

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE
CIENCIAS SOCIALES
-SEDE ACADÉMICA ARGENTINA-
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS
SOCIALES**

TÍTULO DE LA TESIS: Conformación y desarrollo de una tradición de investigación clínica médica: Alfredo Lanari y el Instituto de Investigaciones Médicas (IIM) (1957-1976)

AUTORA: Lucía Ana Romero

DIRECTOR: Pablo Kreimer

FECHA: 26/11/2010

Resumen

Esta tesis se inscribe en los estudios sociales e históricos de la ciencia en la Argentina y trata sobre la conformación y el desarrollo de la tradición de investigación clínica médica de Alfredo Lanari, radicada en el Instituto de Investigaciones Médicas (IIM) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, entre 1957 y 1976, en un contexto temporal de avanzada institucionalización de este ámbito de investigación en el medio local e internacional.

He adoptado como estrategia teórico-metodológica analizar la investigación clínica llevada a cabo por Lanari en el IIM en términos de una tradición, a partir de considerar las siguientes dimensiones de análisis: el modelo institucional, los perfiles profesionales, las prácticas, los temas y el estilo de investigación, el liderazgo y los tipos de autoridad ejercidos, los mecanismos de reclutamiento y las generaciones de discípulos.

La conformación de esta tradición fue resultado de la convergencia que realizó Alfredo Lanari de las dos vertientes de la tradición médica argentina: la de Bernardo Houssay, orientada al desarrollo de la medicina experimental y la de Mariano Castex y Raúl Francisco Vaccarezza, circunscripta a la clínica médica. Esta confluencia dio por resultado una articulación cognitiva e institucional *sui generis*.

La “tradición Lanari” se institucionalizó en el IIM y su proyecto radicó en la combinación del hospital con el laboratorio; la imbricación de prácticas de investigación experimental y clínica con prácticas de asistencia a pacientes y; la convivencia de perfiles profesionales de practicantes, investigadores y docentes bajo una ideología de dedicación *full time*.

El análisis del desarrollo de esta tradición me permitió mostrar tanto elementos de continuidad como de ruptura en dimensiones tales como los mecanismos de reclutamiento, las generaciones de discipulado, estilos de investigación, siendo los perfiles profesionales en juego la dimensión de la tradición que presentó, a lo largo de los casi veinte años estudiados, las mayores rupturas y frentes de disputas.

Abstract

In the context of sociological and historiographical studies of science in Argentina, this dissertation studies the origin and development of Lanari's clinical medical research tradition at the *Instituto de Investigaciones Médicas* of the *Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires*, between 1957 and 1976, years of a high institutionalization process of this research field in the local and international context.

The research strategy adopted focuses on tradition studies, taking into account the following analysis dimensions: institutional models, professional profiles, research practices, topics, research styles, leadership, recruitment mechanisms and disciple generation.

The origin of Lanari's tradition was possible due to the convergence he produced between two different branches of Argentinean medical tradition: Bernardo Houssay's, oriented by experimental research; and Mariano Castex and Raúl Francisco Vaccarezza's, oriented by medical clinical practices.

The result of this convergence was the institutionalization of the tradition through an innovative institutional articulation between cognitive and professional practices at the *Instituto de Investigaciones Médicas*, led by Lanari between 1957 and 1976. His project grounded on the convergence of: a) hospital and laboratory institutional spheres, b) experimental research practices and clinical medical assistance ones, c) practitioners, research and teaching professional profiles under a *full time* ideology.

The analysis of the development of this tradition allowed me to show its continuity and breaking-off elements in recruitment mechanisms, disciple generations and research styles, being professional profiles the one dimension of this tradition that presented more breaking-off points and disputes.

Agradecimientos

Esta tesis fue posible gracias al apoyo y la colaboración de numerosas personas a quienes quiero agradecer en esta ocasión.

En primer lugar, a los investigadores miembros del Instituto de Investigaciones Médicas que accedieron a responder mis preguntas y me facilitaron materiales para la construcción del corpus empírico. Especialmente, a Elvira Arrizurieta, Rodolfo S. Martín y Manuel Arce, quienes compartieron tiempo, materiales y testimonios muy valiosos para mí, y tuvieron una cálida disposición, interés y generosidad con mi trabajo. También resultó fundamental para la obtención de las fuentes hemerográficas y archivísticas la atención que recibí por parte del personal de las bibliotecas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: la Biblioteca Central, el Archivo General de Legajos y la Sala de Consejo Directivo, cuyo personal (en particular, Ariel y Jorge) me alojó amablemente durante largas jornadas de trabajo. Asimismo, mi agradecimiento a Claudia Lanari, hija de Alfredo Lanari, quien muy solidariamente me abrió las puertas de su historia científica y personal.

En segundo lugar, quisiera expresar un gran reconocimiento a mi director de tesis, Pablo Kreimer, quien me acompañó en el trayecto de maestría y doctorado. En estos años, ya sea en sus cursos, en los seminarios del grupo o en múltiples charlas informales, me beneficié enormemente de sus aportes en nuestros intercambios y discusiones. A él entonces mi agradecimiento por su dedicación y paciencia.

En tercer lugar, a Carlos Prego, quien me introdujo en este campo de estudios y desde el primer momento me capturó su compromiso con la docencia y la investigación. A mis compañeros del equipo de investigación por él dirigido en la Universidad de Buenos Aires, Mariano Bargeró, María Elina Estébanez y José Buschini. Asimismo, al grupo de investigadores del Litoral, Oscar Vallejos, Claudia Neil y Gabriel Matharán, quienes han discutido distintas fases de mi trabajo, aportando dedicación, atención y comentarios constructivos.

En cuarto lugar, a mis compañeros de trabajo del Instituto de Estudios de la Ciencia de la Universidad Nacional de Quilmas, integrantes del grupo de sociología de la ciencia dirigido por mi director Pablo Kreimer.

Quiero agradecer especialmente a Juan, por su generosidad intelectual y afectiva ya que me acompañó desde los primeros momentos en el Instituto, me ayudó de manera invaluable con la decisión final de hacer esta tesis así como también con las dimensiones más operativas del quehacer investigativo. Asimismo, a Leonardo Vaccarezza, quien a lo largo de estos años tuvo una gran paciencia para conversar, informalmente en los pasillos del Instituto, sobre mis dudas, enfoques y disquisiciones varias sobre la investigación clínica, leyendo mis avances y brindándome comentarios siempre muy agudos y constructivos para mi trabajo.

Un último agradecimiento profesional es para las instituciones que me permitieron realizar esta investigación en condiciones muy favorables. Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, que me otorgó una beca doctoral; a la Universidad Nacional de Quilmes, que me dio espacio físico y a la Agencia Nacional de Promoción de Ciencia y Tecnología, a partir de los subsidios otorgados al grupo de investigación.

Finalmente, a mi familia y amigos por su apoyo y paciencia. Especialmente a mis padres que me mostraron la cultura del trabajo, el esfuerzo y la constancia. A Mercedes, quien me leyó y me ayudó en el tramo final de este trabajo. A mis compañeras de Banco Nación y a Armando, quienes me ayudaron a transitar la escritura de esta tesis, siendo un descanso y distracción lúdica insustituible y fundamental.

Además, la posibilidad de la realización de esta tesis ancló en un entusiasmo intelectual y personal que fue creciendo a la luz de motivaciones y metas no sólo profesionales sino de otra índole, aquéllas ubicadas en el plano de la experiencia y del autoconocimiento personal, que fui vivenciando a lo largo de este trabajo.

Índice

Introducción	9
Capítulo 1. La noción de tradición: sus implicancias teóricas y metodológicas respecto al objeto de esta tesis	29
1.1. Su lugar en los estudios sociales de la ciencia.....	30
1.2. La tradición como un modo de pensar el nivel de agregación de la actividad científica.....	36
1.3. Dimensiones para el análisis socio histórico de la “tradición Lanari”	41
1.3.1. Estilo.....	42
1.3.2. Perfil profesional.....	45
1.4. El uso de la noción de tradición en la investigación clínica médica en contextos periféricos	49
Capítulo 2. Orígenes de la tradición: instituciones y prácticas ..	51
2.1. La clínica médica y la investigación I: 1820-1910	51
2.2. La clínica médica y la investigación II: 1910-1957	57
2.2.1. 1910-1930. Fisiología y clínica médica: senderos que se bifurcan.	57
2.2.2. 1930-1957. Incipiente reencuentro de la clínica y la fisiología: nuevas creaciones de institutos de investigación clínica. La generación de 1930.....	72
Capítulo 3. Conformación de la tradición: Alfredo Lanari, la construcción de un estilo de investigación propio.....	96
3.1. Socialización primaria con la medicina.....	97
3.2. Educación formal	101
3.3. Entrenamiento experimental y clínico: instituciones y referentes locales.....	105
3.3.1. El Instituto de Fisiología: el “estilo de laboratorio” de Houssay..	105
3.3.2. La Primera Cátedra de Clínica Médica: el “estilo de los practicantes” de Castex	107
3.3.3. La Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis: el estilo de investigación clínica de Vaccarezza	109
3.4. Entrenamiento con el grupo de Boston: el estilo de investigación clínica de Cannon, Luco y Rosenblueth.....	116
3.5. Conformación de un estilo de investigación propio.....	120
3.6. Segunda etapa en el exterior en el National Jewish Hospital en Denver	125

3.7. Regreso y radicación: titular full time de la Tercera Cátedra de Clínica Médica.....	126
3.8. Líneas y temas de investigación 1933-1957.....	129
Capítulo 4. Institucionalización de la tradición: contextos e intervenciones en la creación del Instituto de Investigaciones Médicas (IIM)	133
4.1. Procesos de modernización cultural y científica en la UBA 1955-1958	134
4.2. Contexto de cambio en el plano de la disciplina.....	145
4.3. La Facultad de Medicina ante la modernización de la UBA y los cambios en la disciplina	149
4.3.1. El frente modernizador en la Facultad de Medicina	150
4.3.2. La posición de Lanari ante el <i>full time</i> en clínica médica	155
4.4. El full time y el perfil profesional del médico y del investigador clínico: el Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina (AMA).....	158
4.5. La creación del Instituto de Investigaciones Médicas (IIM).....	165
4.5.1. Entre la intervención individual y el contexto de renovación local y disciplinar	167
Capítulo 5: Desarrollo de la tradición. La conformación inicial del IIM	172
5.1. Primera generación de discípulos	173
5.2. La organización institucional: secciones y especialidades.....	181
5.3. La organización asistencial: un insumo para la investigación.....	183
5.4. El espacio de los ateneos semanales	187
5.5. Mecanismos de reclutamiento	189
5.5.1. Las residencias médicas.....	192
5.5.2. Las unidades hospitalarias (UDH)	207
5.6. Un nuevo espacio de sociabilidad: la creación de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC)	215
Capítulo 6: Consolidación de la tradición. Apuestas cognitivas y construcción de reconocimiento científico.....	219
6.1. Desarrollo de las investigaciones sobre trasplantes de órganos	220
6.1.1 Especialidades en juego.....	220
6.1.2. Los primeros injertos de riñón en seres humanos. La conformación de una especialidad: los estudios sobre trasplantes	223
6.1.3. La primacía de la inmunogenética: su fusión con la hematología	224

6.1.4. Los estudios de histocompatibilidad	225
6.1.5. Las drogas inmunosupresoras	226
6.2. La diálisis: su origen y evolución	228
6.2.1. Modelos de aparatos de diálisis	229
6.3. Producción local de conocimientos sobre injertos y trasplantes.....	233
6.4. La construcción institucional y cognitiva de la Sección Nefrología en el IIM. El origen y los desarrollos de la diálisis y los trasplantes renales	235
6.4.1. Diálisis.....	238
6.4.2. Trasplantes.....	249
6.4.3. La insuficiencia renal aguda (IRA) y crónica (IRC): dispositivos de investigación y atención. De enfermos a pacientes	253
6.5. Diseminación de las prácticas de diálisis y trasplantes: otros espacios institucionales	258
Capítulo 7: Continuidades y rupturas de la tradición	264
7.1. Segunda y tercera generación de discípulos	266
7.1.1. Segunda generación.....	266
7.1.2. Tercera generación	270
7.1.3. Continuidades y rupturas de las tres generaciones.....	271
7.2. Cambios en la disciplina desde mediados de 1960: su resonancia local en la evolución del perfil profesional clínico y en la conformación de un nuevo mecanismo de reclutamiento.....	275
7.2.1. El perfil profesional del investigador clínico en disputa	277
7.2.2. Mecanismos de reclutamiento.....	293
7.3. El alejamiento de Lanari de la dirección del IIM	302
7.4. La permanencia de la tradición.....	304
Conclusiones	310
Referencias bibliográficas	335

Introducción

Esta investigación se originó debido a una mezcla de intuiciones, materiales dispersos e interrogantes derivados de mi tesis de maestría, que giraron en torno a las vinculaciones entre la medicina, la ciencia y la sociedad argentina. Mis preguntas fueron: ¿En qué medida reconstruir la historia de la investigación clínica médica puede echar luz sobre la historia de la ciencia local, la universidad y la dinámica cultural y política más amplia de la sociedad argentina? ¿Qué espacios institucionales, figuras y prácticas han caracterizado a dicho ámbito de investigación? Con estos interrogantes me lancé a las primeras búsquedas. Rápidamente hallé una figura, un espacio institucional y una época que cautivaban y hacían converger las miradas de casi todos los informantes claves y protagonistas de este ámbito de investigación. La mía también fue capturada y allí me detuve.

Esta tesis trata sobre los procesos de conformación y desarrollo de la tradición de investigación clínica médica de Alfredo Lanari¹, radicada en el Instituto de Investigaciones Médicas (IIM) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

El análisis de ambos procesos se centra en los años transcurridos entre 1957 y 1976, mientras Lanari ocupó la dirección del IIM, en un contexto temporal de avanzada institucionalización de este ámbito de investigación en el medio local e internacional², retomando asimismo las instituciones y referentes locales e internacionales con los cuales aquél se formó y fueron la condición de posibilidad de la conformación de una tradición de investigación propia.

¹ En adelante hablaré de la “tradición Lanari”. Es mi intención, no obstante, aclarar que ello no supone pensar la tradición sólo en términos de “la figura” ni como una mera propiedad de ella. Si bien la posibilidad y el desarrollo de ésta (como de toda tradición) se encuentran fuertemente asociados a un nombre propio o una personalidad (con fuertes caracteres carismáticos), éste no es el único componente en juego. Antes bien, y como se podrá ver a lo largo de esta tesis, mi punto de partida para hablar de tradición de investigación clínica médica supone también poner el énfasis en prácticas y estilos de investigación específicos, modelos institucionales y profesionales, generación de discipulado y mecanismos de reclutamiento, todos los cuales hacen a una tradición de investigación en particular. Aún cuando el conjunto de tales elementos no sería posible sin la figura que los origina y transmite, no se agotan ni se comprenden sólo por ésta.

² En el medio local, en 1960 se creó la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC). En el plano internacional, entre 1950 y 1960, en los Estados Unidos y en Francia se conformaron programas de financiación e instituciones que hicieron de la investigación clínica médica un ámbito más dinámico y con mayores recursos en investigación (Gaudillière, 2002).

El origen de la “tradicción Lanari” fue posible debido a la convergencia que él generó y encarnó entre dos estilos de la tradición médica argentina: el de Bernardo Houssay, orientado al desarrollo de la medicina experimental y el de Mariano Castex y Raúl Francisco Vaccarezza, circunscripta a la clínica médica. Al igual que Lanari, otros referentes de la clínica médica local, predecesores y contemporáneos suyos, recibieron formación y socialización científica con ambas tradiciones. Sin embargo, no fue hasta la aparición de Lanari que sendas vertientes adoptaron una fuerza e imbricación singular.

En tal sentido, la conjetura central que ha guiado la construcción del objeto de esta tesis es que la experiencia inaugurada por Lanari en el IIM modificó de un modo *sui generis* la articulación y la entidad del ámbito de la investigación clínica médica local, dando paso a una nueva fase de su institucionalización. ¿En qué sentido? El proyecto de Lanari en el IIM radicó en la combinación del ámbito institucional del hospital con el del laboratorio; la imbricación de prácticas de investigación experimental y clínica con prácticas de asistencia a pacientes y la convivencia de perfiles profesionales académicos (orientado hacia colegas) y de consulta (orientado hacia una clientela, propio de las profesiones liberales) (Freidson, 1970). Es decir, la integración de actividades asistenciales, de investigación y de enseñanza bajo una ideología de dedicación *full time*.

¿Bajo qué modalidades histórico-políticas fue posible tal proyecto y creación institucional? Entiendo que esto obedeció a elementos contextuales pero también individuales. Por un lado, aquellos fueron posibles gracias a la singular formación médica de Lanari, durante la cual logró integrar las vertientes clínicas y experimentales locales, articulando prácticas, lenguajes y estilos de investigación de ambas. Por el otro lado, la radicación del proyecto cognitivo en el IIM ocurrió en un contexto favorable, dado por el momento histórico local de modernización cultural y científica (1955-1966)³ en el cual Lanari encontró su etapa media de maduración profesional y con el cual mantuvo coincidencias respecto a la profesionalización de la

³ Éste se asentó, fundamentalmente, en el inicio e impulso estratégico de un proceso de profesionalización de las actividades de enseñanza e investigación científica, en el marco de la aparición regular de posiciones ocupacionales de tiempo completo en la universidad: el *full time* (Prego, 2010).

investigación y la docencia en la universidad y sus materializaciones institucionales. Por último, el otro elemento contextual que sustenta la idea del carácter *sui generis* de la construcción institucional del IIM y de su proyecto cognitivo refiere a una serie de transformaciones en la organización educativa, de asistencia y de investigación de la medicina en el contexto internacional y regional, iniciadas a partir de 1950, que rápidamente se propagaron por los distintos espacios locales, modificando las prácticas y los modelos institucionales. En el interjuego entre estos tres niveles de interacción (individual, histórico político local e internacional), en 1957 se creó el IIM bajo la forma de un proyecto cognitivo e institucional integral de docencia, asistencia e investigación experimental y clínica.

Dicha creación institucional y el proyecto científico y pedagógico por ella encarnado se basaron fuertemente en el impulso y ampliación del modo *full time* en docencia e investigación universitaria. De cara a la tradición clínica médica local, caracterizada históricamente por una orientación profesional liberal clásica en el ejercicio y práctica privada y de consulta de la medicina, dicho proyecto e instituto rápidamente se convirtieron en frentes de tensiones y conflictos.⁴ Por cierto, ambos pasaron a constituir una amenaza a la institucionalidad preexistente y al perfil profesional liberal del médico clínico, con sus respectivos imperativos cognitivos y docentes y sus criterios de ingreso, permanencia y consagración académicos y profesionales.

En los inicios del proceso, el proyecto científico y pedagógico de Lanari no recibió resistencias significativas debido a las alianzas -en torno al sentido que debía tener la renovación académica en la universidad- que estableció con el frente modernizador, liderado desde el rectorado de la UBA por Risieri Frondizi. Sin embargo, a pocos años de iniciado dicho proceso, las primeras resistencias se hicieron sentir dentro del ámbito de la

⁴ Si bien las prácticas de investigación y sus respectivos enclaves institucionales existieron tempranamente en las ciencias médicas locales –entre fines del siglo XIX y principios del XX- y ello fue gracias a médicos, éstos se definieron y circunscribieron rápidamente en los carriles de la medicina experimental –es decir, en el campo biomédico, representado por Houssay-, manteniendo escasa vinculación con la medicina clínica.

Facultad de Medicina y del Instituto.⁵

Ahora bien, aún cuando el IIM significó una novedad respecto a la investigación clínica médica precedente en la Argentina, y de allí su carácter *sui generis*, también mantuvo líneas de afinidad y continuidad con experiencias y acumulaciones previas. Tal como mencionaba al comienzo; Lanari recibió su socialización científica con investigadores y médicos clínicos en sus respectivos espacios institucionales -el laboratorio, los primeros, y el hospital, los segundos-, desarrollando prácticas específicas con cada uno, de las cuales luego retomó algunos elementos, pero también innovó y descartó otros. Es por eso que me propuse analizar la investigación clínica que él radicó y desarrolló como director del IIM, entre 1957 y 1976, en términos de una tradición, esto es, prestando atención a las rupturas pero también a las continuidades, a partir de considerar las siguientes dimensiones para su análisis: los modelos institucionales que la atravesaron, los perfiles profesionales en juego, las prácticas y temas de investigación, el estilo de investigación prevaleciente, el ejercicio de autoridad académica y moral específicas, los mecanismos de reclutamiento implementados y las generaciones de discípulos creadas, con sus implicancias de cara a la producción y reproducción ampliada de la tradición.

Aspectos conceptuales y antecedentes para la construcción del objeto

La aproximación al estudio social e histórico de la ciencia desde la noción de tradición implicó la adopción de una mirada teórica y metodológica particular que abreva en determinadas perspectivas interpretativas de la teoría social y de la sociología de la ciencia. Dejando a un lado, en esta instancia, la multiplicidad de tramas de significados y discusiones presupuestas por tales perspectivas, entiendo que concebir la generación y desarrollo de la ciencia en el marco de tradiciones supone fundamentalmente hacer hincapié en las prácticas localmente situadas del

⁵ En varios testimonios de investigadores del IIM es recurrente el recuerdo de que en el ámbito de la clínica médica en la Facultad de Medicina de entonces prevalecía la idea de que los del IIM eran “los raros” y que no eran médicos (Finkielman Samuel, investigador del IIM, Sección Sustancias Vasoactivas, 1º Jefe, entrevista personal, 12 diciembre de 2008). Sumado a estos aspectos subjetivos, las resistencias se manifestaron centralmente respecto a las reformas de enseñanza médica introducidas durante el período bajo estudio, las cuales tuvieron un carácter fuertemente innovador para la época.

quehacer científico: es decir, prestar especial atención a los procesos de transmisión y aprendizaje de “modos de hacer” constitutivos de la actividad científica que resultan en la estructuración de generaciones de maestros y discípulos y de estilos de investigación específicos. Dicha estructuración, en el mediano y largo plazo, garantiza un ciclo de reproducción ampliada y la continuidad de la tradición (Kreimer, 1997; Jacobs, 2007). De esta manera, en el concepto de tradición se visibiliza la vinculación entre las dimensiones cognitivas, técnicas, institucionales, organizacionales, culturales y de poder (King, 1970), intrínsecas al proceso de producción de conocimiento científico (Kuhn, 1962; King, 1970).⁶

Asimismo, y más allá de estas inquietudes teóricas, para la configuración de este objeto de investigación hallé otro tipo de inspiraciones y apoyos. El más cercano lo constituyó la acumulación local de estudios históricos y sociales sobre la medicina en la Argentina. Desde el punto de vista de la problemática de la profesionalización médica durante el siglo XIX, encontré realizaciones que han sido contribuciones de altísimo valor para, por un lado, reconstruir los momentos de inflexión de la clínica médica durante tal período y, por otro, para colocar la problemática de la profesión y el horizonte temporal de la presente tesis en perspectiva con procesos y estructuras de referencia histórica local (González Leandri, 1997; Souza, 2005).

Otros trabajos referentes fueron aquellos que versaron sobre la

⁶ Es oportuno referir a otra vertiente y connotación que recibió la noción de tradición por parte del pensamiento moderno más amplio. Siguiendo a Giddens (1999), en un sentido, la noción de tradición fue una creación de la modernidad y un producto de la Ilustración. Al identificar tradición con dogma, los pensadores de la Ilustración buscaron justificar su absorción por lo nuevo: la modernidad, anclada en los procesos de racionalización, individuación, secularización y diferenciación social. En este marco, la tradición –comunalismo, dogma, costumbre– era la antítesis de aquellos procesos, y cargaba asimismo con fuertes valoraciones tendientes a identificar la tradición con lo arcaico y la irracionalidad, y lo moderno con la idea de progreso racional. Esta connotación impregnó asimismo en referentes locales de la sociología, como la de Gino Germani, permitiéndole diferenciar “etapas” de desarrollo, desde la sociedad tradicional a la moderna. No es éste el sentido de tradición que aquí retomo sino el que fue recuperado por los referentes de la sociología de la ciencia, antes mencionados, los cuales a su vez trazaron filiación con el uso de la noción de tradición que hicieron las perspectivas interpretativas wittgenstenianas y winchianas (Bargero, 2007). Recuperar la potencialidad y renovada capacidad analítica que dichas perspectivas le imprimieron a la noción de tradición, para analizar colectivos científicos, tiene el atractivo heurístico de desmitificar y desnaturalizar la asimilación entre ciencia y modernidad —ciencia como opuesto a lo tradicional; ciencia como sinónimo de progreso— que se ha enquistado tanto en el sentido común social como en ciertas perspectivas en sociología e historia de la ciencia (King, 1970).

creación de los primeros laboratorios de medicina experimental en la universidad argentina (Prego, 1996, 1998, 2001; Buta 1996), considerando en forma paralela a tales creaciones el nacimiento de la fisiología en el país, impulsado por Bernardo Houssay (Buch, 1994, 2006; Cueto, 1994), así como también la introducción de la bacteriología, dentro del complejo sanitario estatal en conformación (Estébanez, 1996). En líneas generales, el conjunto de estos trabajos ha enfatizado líneas de abordaje sobre las vías de profesionalización académica de la investigación médica, asociadas a los procesos de conformación y maduración del campo biomédico en términos de espacio disciplinario y de constitución de diversas tradiciones científicas, en el marco más general de los procesos de institucionalización de la ciencia en el país y en la región.⁷ En este encuadre, el estudio de la “tradición Lanari” recupera tales problemáticas con el fin de aportar nuevas y complementarias comprensiones.

En forma subsidiaria, el recorte del objeto problema también fue orientado por intereses relativos a la caracterización y análisis de la especificidad cognitiva e institucional de la investigación clínica médica. Ésta constituye un objeto cuya circunscripción epistémica, cognitiva y social no puede ser más que una definición aproximativa, ya que, a diferencia de otros ámbitos/disciplinas de investigación científica, es resultado de la articulación y composición de elementos cognitivos, institucionales y profesionales. En términos cognitivos y epistémicos, la investigación clínica médica toma prestados objetos, métodos, técnicas y prácticas de otras disciplinas (tales como la fisiología, la biología y la bioquímica) que son puestos en vinculación con el conocimiento acumulado por la práctica clínica –proveniente del hombre enfermo-. En términos institucionales, reúne el marco institucional del laboratorio experimental con

⁷ Fue desde el campo biomédico que se desarrollaron las actividades de investigación más dinámicas en los momentos iniciales del proceso de institucionalización de la ciencia en América Latina. Por eso, aquél ha sido objeto de una vasta producción en el campo de los estudios sociales de la ciencia de otros países, tal como fue el caso de Perú y Brasil. Desde una perspectiva propia de los estudios sobre la “excelencia científica” en la periferia, contamos con el análisis de la fisiología de altura en el Perú (Cueto, 1989) y de la investigación sobre la enfermedad de Chagas en Brasil (Coutinho, 1999). Con respecto a los comienzos de la investigación médica en el Brasil de fines del siglo XIX, véase Stepan (1976) y Benchimol (1999) y sobre el papel del movimiento médico-higienista de la primera república del Brasil, véase Lima & Hochman (2005).

el del hospital. Desde el punto de vista profesional, en el investigador clínico convergen rasgos propios de las profesiones doctas o científicas, guiadas por la producción original de saberes; y aquellos más característicos de las profesiones de consulta, orientadas por la prestación de servicios a una clientela (profesiones liberales clásicas) (Freidson, 1970).

La investigación clínica, resultado de la composición de estos elementos, fue adquiriendo fronteras cognitivas y sociales cambiantes y difusas en comparación con otras disciplinas más estabilizadas tales como la fisiología, la biología o la física. No obstante, desde una perspectiva de historia social de la ciencia, dichas disciplinas tampoco conforman conjuntos circunscriptos y cerrados en términos sociales y cognitivos, dado que, en todos los casos, fueron objetos situados históricamente y, por eso, sujetos a transformaciones sociales, políticas y técnicas.⁸

Por eso, reconociendo y tomando como punto de partida la naturaleza compuesta de este objeto, el estudio socio histórico que propongo sobre una tradición de investigación clínica en particular pretende contribuir a delimitar y caracterizar sus diferentes elementos, tomando en consideración: 1) el conjunto de prácticas distinguibles de la biología y la bioquímica; prototipo de investigación clínica (con material de pacientes), 2) el modelo institucional: el laboratorio y la formación y socialización médica en el hospital (hospital universitario) y 3) el perfil profesional híbrido del investigador clínico, contemplando las continuidades y rupturas

⁸ Por cierto, para la medicina, una periodización elemental que resume los momentos de cambio fundamentales: 1º) La medicina familiar, “al pie de la cama”, 2º) Hacia fines del XVIII y principios del XIX. La medicina hospitalaria (pública), con la constitución de pacientes como materiales de estudio y el desarrollo de la anatomía patológica y la fisiopatología como nuevos marcos para construir evidencia en la experiencia clínica y 3º) A mediados del siglo XIX, el ingreso de las ciencias básicas en la medicina como nuevo modo de legitimación de su “cientificidad” vía: a) la fisiología (Claude Bernard), complementando y reemplazando a la anatomía patológica como marco para la construcción de evidencia científica en medicina, la fisiopatología (Lain Entralgo, 1978) y; b) la microbiología (Pasteur y Kotch) –y sus especialidades, la bacteriología y parasitología (Canguilhem, 1971; Foucault, 1973). A su vez, la medicina ha transitado complejas transformaciones en su enseñanza (De Asúa, 1984; García, 1972), en su profesionalización (Freidson, 1970; Löwy, 2002) y en sus prácticas de investigación y atención a pacientes, a lo largo del siglo XX. A partir de 1950, se aceleró y profundizó la incorporación de la base experimental del conocimiento en la investigación clínica médica, con el ascenso de nuevas metodologías y criterios para el diseño, la realización y la validación del conocimiento científico (Berg, 1995, 1997). Éstas implicaron nuevas modalidades sociales y cognitivas de organización de la actividad científica: modificaciones en las modalidades de producción y legitimación del conocimiento, emergencia de nuevos actores vinculados a la actividad de investigación y cambios en sus criterios normativos de regulación (Löwy, 2000).

de estos tres ejes a lo largo del período estudiado.

Según Lanari (1981) era posible emplear un criterio restrictivo y reducir la investigación clínica a aquella investigación que se replicaba en el hombre enfermo para combatir el sufrimiento y prolongar la vida. La medicina clínica, de este modo, se apoyaba en un trípode cuyos pilares eran el estudio a) en seres humanos vivos, b) en seres humanos muertos (patología), c) en animales. La “ciencia clínica” contenía a los tres, aunque su brazo más importante lo constituía su orientación hacia el estudio del hombre vivo:

“El motivo que guía al investigador es el aclarar los problemas que presenta un enfermo o una enfermedad. Los instrumentos y los medios que emplea no tienen importancia y pueden utilizarse tanto en una investigación que se realizará en un laboratorio de fisiología como en una sala de hospital. Pueden realizarse en el mismo paciente (...) como pueden utilizarse en un mamífero entero, sano o enfermo o en un preparado cardio pulmonar. Lo que certifica la investigación clínica es que como trasfondo del experimento y motivando la investigación, está el propósito inmediato de aclaración de un problema que en alguna forma atañe a un hombre enfermo. Así, lo que define a la investigación clínica es la motivación que guía al investigador y no los medios que utiliza. En realidad, la investigación clínica la hacen y dirigen quienes ven enfermos y los tratan, apoyados por numerosos investigadores que pueden provenir de otra áreas biomédicas” (Lanari, 1981: 4-5).

Asimismo, siguiendo las visiones de diferentes miembros del IIM, la característica distintiva de este ámbito de investigación podía establecerse a partir de su meta de conocimiento y no tanto por sus medios/procedimientos:

“La investigación clínica se hace siempre guiado en la búsqueda del mecanismo de alguna enfermedad. Los experimentos son hechos con pacientes, cuando se puede, o con animales cuando no se puede hacer con un paciente. Pero no es una investigación pura; es una investigación que tiene que ver con el progreso del conocimiento en algún problema clínico; eso es lo que categoriza la investigación clínica; es la finalidad del conocimiento, no el método (...) La investigación experimental que hacía Lanari en el Instituto, básicamente era sacarle pedazos de pulmón a los perros y ver si desarrollaban o no hipertensión

pulmonar” (Domínguez José Miguel, Investigador del IIM, Sección Metabolismo, 1º Jefe, entrevista personal, 25 de febrero de 2009).

“La integración con la investigación básica puede existir en muchos aspectos. Sobre todo, en cuanto a la fisiopatología; cuando uno estudia fisiopatología de las enfermedades. Pero la investigación clínica, fundamentalmente es la integración de los hallazgos clínicos de laboratorio y las respuestas terapéuticas; fundamentalmente eso es lo que nosotros hacíamos. Más que Medicina experimental, nosotros lo que hacíamos era eso. También, a veces, muchas de las preguntas que uno se hace en la investigación clínica, solamente pueden tener respuesta si uno va a modelos experimentales, porque no puede pedir que el paciente sea “el ratón”, “el conejo”. Exactamente; el animal experimental. Así que reconozco que no siempre uno, en la investigación clínica va a encontrar todas las respuestas a las preguntas que uno puede hacerse” (Sánchez Ávalos Julio, Investigador del IIM, Sección Hematología, 2º Jefe, entrevista personal, 2 de marzo de 2009).

Estas problemáticas me han llevado a reflexionar en torno a un conjunto de preocupaciones propias de Ludwig Fleck (1935) sobre la demarcación cognitiva e institucional de la investigación médica. Fruto de un interés principalmente epistemológico y a la vez de índole social sobre el conocimiento médico, Fleck publicó en 1927 una conferencia sobre algunas características especiales del pensamiento médico. Según Schäfer y Schnelle (1986), esta conferencia demostró la deuda de su nueva concepción sobre la ciencia y el conocimiento científico con las particularidades de la investigación médica, no sólo porque la medicina representa epistemológicamente, en oposición a los casos frecuentemente discutidos de la física y la astronomía, un territorio sin descubrir, sino porque, “debido a su típica conexión de aspectos teórico-experimentales y terapéutico-prácticos, dirige su atención, desde el principio, hacia el carácter cooperativo, interdisciplinario y colectivo de la investigación” (Schäfer & Schnelle, 1986: 17). Fleck encontraba dos especificidades de la medicina a partir de la peculiaridad de sus concepciones científicas frente a las de otras disciplinas científico-naturales. Una, referida a que el conocimiento médico no estaba dirigido a la regularidad, a las manifestaciones normales, sino a lo que se desviaba de la norma, a los estados de enfermedad del organismo. De

allí que la formulación de regularidades en los fenómenos de enfermedad fue alcanzada a partir de abstraerse del caso individual observado, generando, en la mayor parte de los casos, conocimiento de tipo estadístico. La segunda particularidad consistía en la meta cognoscitiva de la medicina de tipo pragmática (dominio de los estados patológicos), “menos volcada a la producción de saber en sí mismo” (Schäfer & Schnelle, 1986:18).

Camargo (2002), retomando la noción de estilo de pensamiento de Fleck (1927), sostiene que en la mayoría de las instituciones y prácticas médicas prevalece un estilo de pensamiento específico: el estilo de pensamiento de los “practicantes”, caracterizado por ser pragmático, intuitivo, orientado por resultados de relevancia y de aplicabilidad, basado mayormente en recursos de autoridad y legitimidad de quienes reciben “servicios” -la clientela-. Este estilo se opone al estilo de los “investigadores”, orientado mayormente por resultados de originalidad y excelencia y basado en la credibilidad académica y científica, legitimándose con pares o colegas. La peculiaridad de nuestro objeto, la investigación clínica médica, radica en que incluye ambos estilos de pensamiento: el de los practicantes e investigadores médicos.

Desde un punto de vista analítico y conceptual, la historia del IIM y de la investigación clínica también se reconstruye aquí a la luz de problemas que han enmarcado y orientado gran parte de las discusiones y debates de la sociología y de la historia social de la ciencia (la organización/marcos institucionales, las prácticas y aspectos profesionales de la investigación científica). En este marco, y entre las variadas tradiciones y perspectivas conceptuales que fueron asentándose y transformándose hasta hoy en dichos campos, es oportuno explicitar un conjunto de ideas (presupuestos) generales sobre la ciencia, en tanto conjunto de prácticas, conocimientos e instituciones, con las cuales he construido y analizado mi objeto-problema.

Mi punto de partida para hacer una investigación de sociología o historia social de la ciencia es aquél que considera adentrarse en los aspectos cognitivos, es decir, dar cuenta de la naturaleza y tipo de conocimiento producido: los desarrollos científicos y técnicos, las prácticas y actividades de investigación que permitieron su producción, su lugar o relación con el estado de desarrollo de conocimientos de la disciplina y

especialidad médicas.⁹

Ahora bien, esta visión no se contradice con otro supuesto: el proceso de producción de conocimiento se encuentra atravesado por el contexto social más amplio y extendido del laboratorio científico, constituido por actores y grupos sociales portadores de intereses y con capacidades diferenciales de poder de intervención sobre dicho proceso. Desde esta mirada, el carácter “científico” del conocimiento producido y el modo a través del cual éste se produce no son una cualidad en sí o un atributo lógico del conocimiento, sino resultado de un proceso de construcción social y cognitiva dado en determinados contextos de interacción social entre actores y grupos particulares (Knorr Cetina, 1981, 1992; Latour, 1988).

Si bien sostengo que existe una fuerte interrelación constitutiva entre el espacio científico y el social, tanto en las instancias de producción como de uso del conocimiento científico, a la vez dichos espacios se conciben como entidades diferenciadas y con especificidades. Así, la naturaleza del conocimiento científico, sus fines y estrategias cognitivas se encuentran también en estrecha interdependencia con los modelos de su organización social en el espacio delimitado por el laboratorio (Whitley, 1984). De este modo, aquí asumo la vinculación ciencia-sociedad en la forma de una tensión; entre lógicas de interrelación y de diferenciación y de autonomía relativa.

Según estas nociones generales expuestas, es claro que las prácticas y conocimientos no son creados en el “vacío”. Muy por el contrario, son posibles gracias a la acción de grupos sociales de científicos¹⁰, situados dentro de específicos marcos institucionales que, a su vez, se encuentran condicionados por las dinámicas políticas, los intereses económicos, el

⁹ Conocimiento científico es tanto el contenido cognitivo adquirido en la educación formal, durante la práctica profesional, y codificado en la literatura científica, es decir, aquel conocimiento validado y certificado por la autoridad de la ciencia (Camargo, 2002), así como también las destrezas adquiridas en forma tácita (Polanyi, 1958, 1966).

¹⁰ Los científicos, a partir del advenimiento de la ciencia académica (Ziman, 2000) o de la denominada institucionalización de la ciencia en los claustros universitarios (Ben David, 1970), no actúan sino en forma agregada, colectiva e institucional. La ciencia es una empresa fundamentalmente colectiva y pública. Sobre el carácter y el papel cambiante, aunque siempre presente, de los públicos (en calidad de testigos) en la ciencia, véase Fehér (1990).

clima de ideas (ideología) y los valores culturales de una sociedad y de una época. La incidencia de cada uno de estos órdenes sobre la ciencia como institución y conjunto de prácticas y conocimientos, así como también los direccionamientos y demandas operadas por ésta sobre dichos órdenes, han variado en forma y grado muy diverso durante el siglo XX, en el mundo y, de modo particular, en la Argentina.¹¹

En este encuadre, la reconstrucción de la investigación clínica que aquí realizo tiene diversos grados de conexión con los órdenes políticos, económicos, culturales e ideológicos de la sociedad de su época, según la dinámica y evolución propias del ámbito de investigación en cuestión y más allá del alcance de indagación y posibilidades de este trabajo. Pese a ello, lo que no puede hacerse es desconocer tales determinaciones con sus múltiples direccionamientos.

Aspectos metodológicos

La construcción de la historia de la vida institucional del IIM y de la “tradición Lanari” que se despliega durante casi 20 años requirió pensarla, no sólo teórica sino metodológicamente también, en términos de continuidades y rupturas, es decir, a partir de procesos e irrupciones que marcaron los momentos de continuidad y de inflexión de aquella historia. Dichos procesos han sido de diversa clase, generalidad y naturaleza: el devenir político argentino de ese período y sus coyunturas de mayores niveles de radicalización, las diferentes gestiones en el espacio de la Facultad y del rectorado de la Universidad, el conjunto de reformas de enseñanza médica implementadas, el ingreso de nuevos miembros al IIM, la adquisición de técnicas y el establecimiento de contactos con grupos en el exterior, entre otros; todos ellos tuvieron incidencia en el desarrollo de esta tradición y del instituto, sólo que su alcance y fuerza han tenido una

¹¹ Los científicos forman parte de una sociedad y un tiempo en los que se encuadran para crear explicaciones a los problemas que se les plantea. A veces se adelantan y se apartan de los carriles de la ciencia normal, participando de una “revolución científica” (Kuhn, 1962). Estos procesos van más allá del plano individual, siendo atravesados por condicionantes económicos, políticos, culturales e ideológicos. Como ejemplo, se puede pensar en la disputa entre Luis Pasteur (1822-1895) y Robert Koch (1843-1910) en torno a la dilucidación y sistematización de una teoría microbiana sobre las enfermedades. Ésta fue dirimida en términos tanto científicos como políticos, en un contexto signado por la competencia francesa-alemana en su mayor exponente nacionalista (Latour, 1988a).

gravitación diferente.

Esto implicó tomar decisiones respecto a cuáles de esta serie de procesos, algunos de nivel sociopolítico y macro estructural, otros ubicados en el plano propiamente institucional y otros de orden cognitivo y situacional, marcaron los puntos de inflexión más significativos en la conformación y el desarrollo de la tradición, y por ende, establecieron los cortes temporales a partir de los cuales fue posible distinguir momentos o períodos en aquella.

¿Cuáles fueron los criterios utilizados para tal selección?

En primer lugar, diferencié cuatro grandes momentos de la “tradición Lanari”: 1) su origen, a partir de los antecedentes institucionales y referentes en los que abrevó Lanari, tanto por los elementos que de aquéllos recuperó como también de los cuales se diferenció, 2) su conformación, esto es, la adquisición de un estilo de investigación propio por parte de Lanari como resultado de su entrenamiento local e internacional con los estilos de investigación experimental y clínicos y asimismo con el estilo de los practicantes clínicos, 3) su institucionalización en el IIM, cuya creación fue posible debido a la convergencia sinérgica de contextos político-académicos locales y disciplinares con un conjunto de intervenciones individuales (de Lanari y otros actores) y 4) su desarrollo y consolidación en el marco institucional y cognitivo del IIM.

Segundo, desde una perspectiva interpretativa y respecto a los momentos 3 y 4, el criterio que adopté fue aquél cuyo punto de partida para establecer aquello que es significativo es siempre el sentido subjetivo de la acción (Weber, 1922), prestando atención a la mirada de los sujetos que participaron de dicha tradición así como también a sus objetivaciones. Por eso, las valoraciones y percepciones de los sujetos fueron complementadas (cruzadas) con materiales y fuentes documentales. Así, tomé en cuenta las acciones y procesos que efectiva y subjetivamente estructuraron y modificaron más fuertemente el desarrollo de la tradición, arraigada en el IIM: 1) los mecanismos de reclutamiento (modelos de enseñanza y de entrenamiento médicos –con sus respectivas representaciones y prácticas-) y 2) la conformación de generaciones de discípulado.

Éstos han sido los dos elementos ordenadores que permitieron

observar e interpretar las continuidades y rupturas más significativas de la dinámica tanto cognitiva como organizacional del desarrollo y consolidación de la tradición. Tales elementos permitieron establecer un primer momento de su desarrollo e institucionalización, con la conformación inicial del IIM, entre 1957 y 1965, con la creación de la primera generación de discípulos y la implementación de dos mecanismos de reclutamiento -sistema de residencias médicas y unidades docente hospitalarias (UDH)-. Un segundo momento, entre 1966 y 1976, de consolidación y reproducción ampliada de la tradición dado a partir de la conformación de la segunda y tercera generación de discípulos y de la implementación de un nuevo mecanismo de reclutamiento: la Experiencia Pedagógica Curricular (EPC).¹²

Asimismo, el perfil profesional del investigador clínico, aunque no tan nítidamente, también fue un elemento que diferenció estos dos períodos: si durante el primero de ellos comenzó a institucionalizarse y a ganar legitimidad ante el perfil médico clásico -de consulta-, rápidamente, a partir de 1965, empezó a verse amenazado y desplazado, ya no por dicho perfil médico clásico, sino por otros grupos profesionales dentro del espacio que había sido notoriamente controlado por los investigadores clínicos en una primera instancia, esto es, la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC).

Si bien estos elementos, propios de una dinámica social y cognitiva interna de la tradición en el IIM, han sido los ejes ordenadores para periodizar esta historia, operando como los criterios utilizados para marcar los puntos de continuidad y ruptura, ello no supuso perder de vista la trama de significados de la historia política y cultural de la sociedad argentina, de los años 1957-1976, y su cambiante penetración y permeabilidad en la vida del IIM, de su configuración como institución y como tradición singular.¹³

¹² Durante estos dos momentos se configuró la apuesta cognitiva más fuerte de la tradición - la investigación y la asistencia renal con trasplantes y diálisis- que le permitió consolidarse, recibiendo un amplio reconocimiento científico y público.

¹³ Esta reflexión en torno a los criterios construidos para periodizar esta tradición pretende constituir un aporte para continuar pensando en torno a las continuidades y rupturas entre la periodización de la historia de la ciencia en la Argentina y la de su historia política y social. Es decir, cómo no subsumir las continuidades y rupturas de la primera a las de la segunda pero, al mismo tiempo, no perder de vista la incidencia significativa de la historia política y cultural de la sociedad argentina en el derrotero de las instituciones y actividades propias de

Desde este encuadre, utilicé la técnica de entrevista para privilegiar el punto de vista de los integrantes y partes vivas de la tradición. Realicé entrevistas en profundidad a dichos miembros: investigadores, médicos de sala, técnicos, integrantes de la revista *Medicina* y de la SAIC. Asimismo, a investigadores de otras instituciones relacionadas con el IIM, en lo atinente a colaboraciones en temas de investigación y/o tratamientos.¹⁴ Dado el rol central que juega el elemento de identificación subjetiva en la conformación de las generaciones de discipulado, el conjunto de tales testimonios fue muy útil para identificarlas y distinguirlas. Estas fuentes me aproximaron a discursos individuales y colectivos con rasgos profesionales comunes, como la especialidad, la experiencia asociativa y la pertenencia generacional.¹⁵

Asimismo, la elección de este tipo de técnica se debió también a la escasez de fuentes estables (el IIM cuenta solamente con una Memoria Anual Institucional correspondiente a 1981) y, al mismo tiempo, debido a mi interés por complementar (y vivificar) las otras fuentes y materiales con los cuales trabajé principalmente. Éstas fueron fuentes primarias y secundarias, archivísticas, bibliográficas y hemerográficas.¹⁶ Dentro de las primeras, trabajé con legajos de investigadores, Actas de Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, memorias de decanos y memorias institucionales. Con ellas, reconstruí trayectorias individuales y el organigrama del IIM. Entre las bibliográficas, accedí a literatura secundaria para reconstruir el estado de conocimiento internacional de los temas investigados en el IIM, tanto de historiadores de la ciencia como de los

la ciencia y la investigación clínica en la universidad.

¹⁴ Pude entrevistar a los jefes y miembros de todas las secciones de los primeros años del IIM. En los casos que no hallé representantes de ese entonces (como en el caso de la sección Bacteriología), contacté a su jefe actual. En total, realicé 30 entrevistas entre éstas y otras realizadas a médicos de instituciones médicas vinculadas al Instituto y a una de las hijas de Lanari, Claudia, para tener el testimonio más personal de su vida familiar y sus intersecciones con la profesional, muy útiles para la reconstrucción de su trayectoria. No fue posible entrevistar a la esposa de Lanari, Irene Tschudi, también técnica del IIM durante un lapso de tiempo, ya que, aunque se encuentra con vida, su salud no lo permitió.

¹⁵ Un elemento metodológico de gran importancia cuando se utilizan fuentes orales es tener presente que “la historia oral no proporciona datos sino que es expresión y representación de la(s) cultura(s) y contiene no sólo narraciones literales y el recuerdo de hechos concretos, sino también la memoria, la ideología y los deseos inconscientes de las personas que aportan sus testimonios” (Ortiz Gómez, 2005: 6). Asimismo, la riqueza de producir historia basada en fuentes orales y archivísticas radica en que el testimonio individual puede producir disonancias (cortocircuitos) con otros testimonios o con fuentes estables como documentos de archivos (Ortiz Gómez, 2005).

¹⁶ Se pueden consultar en el apartado de referencias bibliográficas.

mismos científicos del medio local e internacional. Del conjunto de fuentes hemerográficas, elegí revisar las publicaciones políticas y editoriales realizadas por los miembros del IIM y por actores del campo médico local, mayormente en la revista *Medicina* pero también en otros canales locales de comunicación científica de la época. A partir de éstas, pude reconstruir las visiones y posicionamientos en torno a diferentes procesos de cambio tales como la introducción de reformas en el entrenamiento médico, la consecuente transformación del perfil del investigador clínico y la cuestión del *full time* universitario, entre otros tantos sucesos que produjeron consensos y conflictos en el desarrollo de la tradición y en su ubicación en el espacio de la Facultad y del ámbito de la clínica médica local. Asimismo, trabajé con las publicaciones científicas (*papers*) para reconstruir los temas de investigación desarrollados en el IIM.

En cuanto a su desarrollo, esta tesis consta de siete capítulos y un apartado de conclusiones.

En el capítulo 1 reviso el uso y significado que distintos referentes del campo de los estudios sociales de la ciencia le otorgaron a la noción de tradición con el fin de sistematizar dimensiones específicas para el estudio y análisis de la conformación y el desarrollo de la tradición Lanari. Esta labor me condujo a establecer un diálogo entre los análisis de tradiciones y los de profesiones, proponiendo incluir el perfil profesional como una dimensión posible y característica de toda tradición.

En el capítulo 2 sostengo que el origen de la “tradición Lanari” abrevó en referentes y experiencias institucionales previas, tanto de la vertiente clínica como experimental médica. Así, reconstruyo y sistematizo las prácticas (de enseñanza, investigación y asistencia clínica), los perfiles profesionales y los modelos institucionales que los antecedieron, prestando atención a las continuidades y rupturas entre aquéllas y la “tradición Lanari” para, a partir de ello, identificar cuáles fueron los elementos en los que radicó su novedad cognitiva e institucional.

En el capítulo 3 analizo la conformación de la “tradición Lanari”, mostrando el itinerario de la formación médica de Lanari, entre 1910 y 1957, hasta que fue designado en 1956 primer profesor *full time* de clínica médica de la Facultad de Medicina y en 1957 director del IIM con igual

dedicación. Sostengo que la singularidad de su primer tramo de formación radica en que supo gestar un estilo propio con elementos del “estilo de laboratorio” de Bernardo Houssay como del “estilo de pensamiento de practicantes”, característico de la tradición clínica médica de figuras tales como Mariano Castex y Raúl Vaccarezza. Esta conjunción de estilos se afianzó aún más con su experiencia de formación en Estados Unidos y fue el sello distintivo que estuvo detrás de sus opciones personales y socio-profesionales, para su radicación en el medio local, y del modo en que intervino en la institucionalización de la investigación clínica en el país en los últimos años de la década de 1950.

En el capítulo 4 describo cómo la “tradición Lanari” se institucionalizó a partir de la creación del IIM. Su condición de posibilidad fue la convergencia entre intervenciones individuales y un contexto político académico local y otro disciplinar favorable a aquéllas.

Los contenidos centrales del proceso de renovación que vivió la Universidad de Buenos Aires (UBA) a partir de 1955 -en particular algunos enclaves como la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (FCEN)- y sus liderazgos innovadores confluyeron con los contenidos de cambio que habían comenzado a ser impulsados por el grupo de discípulos de Houssay en la Facultad de Medicina y, dentro de éste, en particular, con Lanari y su proyecto cognitivo y pedagógico.

En el plano de la disciplina se dieron transformaciones de envergadura en el plano de la discusión sobre la organización de la enseñanza y el entrenamiento médico que tuvieron rápida repercusión y apropiación por parte del grupo de Houssay y de Lanari.

Ambos frentes de convergencias radicaron tanto en visiones y valoraciones como en la puesta en práctica de reformas organizacionales educativas y pedagógicas y el inicio de procesos de profesionalización académica, esto es, la nueva centralidad que adquirió la investigación atada a la docencia universitaria bajo modalidades *full time*. Si por un lado estas reformas produjeron consensos entre el grupo innovador de Medicina y el de FCEN y el rectorado de la UBA, por otro lado, provocaron resistencias y conflictos en el espacio interno de la Facultad de Medicina y en el ámbito de la clínica médica en particular.

En el capítulo 5 describo el momento de desarrollo de la tradición, caracterizado por la construcción institucional y cognitiva inicial del IIM. Ésta se realizó sobre la base de la incorporación y conformación simultánea de una primera generación de discípulos, la apertura de secciones y especialidades, la organización asistencial del Instituto como un insumo para la investigación, el establecimiento de modalidades de socialización cognitivas y organizacionales internas, tales como la práctica de ateneos semanales y el establecimiento de los mecanismos de reclutamiento de nuevos miembros -sistema de residencias médicas y unidades docentes hospitalarias (UDH)-. Estos implicaron reformas pedagógicas, de posgrado la primera y del ciclo clínico de grado la segunda, ocurridas en el seno de la Facultad de Medicina (y en el espacio de la enseñanza médica regional y mundial) orientadas a formar profesionales médicos de nuevo tipo, insertos en el ámbito hospitalario asistencial y de investigación. Tales reformas, al ocurrir sobre institucionalidades preexistentes, desencadenaron conflictos de intereses y resistencias. Por último, analizo la conformación de un espacio de sociabilidad, complementario y adyacente del IIM, dado por la creación de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC) en 1960 y la adopción de la revista *Medicina* como su canal de comunicación. Señalo cómo la naciente Sociedad, esta revista y el IIM configuraron en adelante un espacio para la institucionalización creciente de la tradición, no exento de disputas respecto a sus límites epistémicos y profesionales.

En el capítulo 6 intento mostrar cómo la investigación y el tratamiento sobre diálisis y trasplantes renales para los enfermos con insuficiencia renal aguda y crónica¹⁷ fueron la apuesta cognitiva más fuerte de la tradición que le permitieron su consolidación cognitiva e institucional.

Dicha apuesta se conformó sobre la convergencia de circunstancias y oportunidades técnicas, de recursos humanos y enfermedades asociadas disponibles, y de una acumulación local previa en investigación sobre injertos y trasplantes. En ese marco, por un lado, describo cómo mediante

¹⁷ La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el funcionamiento normal de los riñones. A lo largo de este capítulo ahondaré en sus características y en la diferencia entre su etapa aguda y crónica. La diálisis y el trasplante renal constituyen tratamientos para solucionar esa disfunción. La primera, sustituye la función renal con el objetivo de que el riñón natural pueda volver a hacer su trabajo normalmente, mientras el segundo es más radical al reemplazar los órganos (riñones), cuyas funciones ya no pueden ser restituidas.

dichos desarrollos de investigación y de asistencia el IIM adquirió un lugar de referencia, notoriedad pública y reconocimiento local y regional, con conocimientos significativos desde el punto de vista de su utilidad sanitaria¹⁸ y a la vez desde el punto de vista del prestigio de las investigaciones científicas. Por otro lado, pretendo señalar cómo tales investigaciones conformaron la unidad cognitiva de la tradición Lanari. A tales fines, describo el estado y la evolución del conocimiento internacional de la investigación experimental sobre trasplantes (especialidades involucradas) y sobre las primeras experiencias en humanos, así como también el origen, la evolución técnica y las primeras aplicaciones clínicas de la diálisis. Tales desarrollos son colocados en perspectiva con la producción científica local sobre injertos, trasplantes y diálisis, con la construcción institucional y cognitiva de la Sección Nefrología en el IIM y la rápida difusión de sus conocimientos y prácticas de tratamiento a otras instituciones hospitalarias del medio local.

En el séptimo y último capítulo describo el momento en el cual, al mismo tiempo que la tradición se consolidaba en el IIM, en la SAIC y en el medio clínico local e internacional, se iniciaba un proceso de crecimiento y avance de la medicina experimental y de grupos profesionales en dicha Sociedad, tales como los biólogos e inmunólogos, que generaron disputas en torno a la naturaleza y misión de este espacio así como también del lugar y de la injerencia del perfil del investigador clínico. Estas transformaciones, partes de un engranaje de cambio más amplio dado por la disciplina médica –con el advenimiento de las ciencias básicas (la biología molecular y la genética)-, y otras propias de la evolución sociopolítica y universitaria del país, incidieron en la disminución de investigadores clínicos *full time* en el IIM y de investigadores con otras dedicaciones, en general, en el medio clínico nacional.

A pesar de estos procesos, la tradición Lanari se reprodujo a través de la conformación de una segunda y tercera generación de discípulos y de un nuevo mecanismo de reclutamiento –la Experiencia Curricular

¹⁸ La importancia sanitaria de tales desarrollos radicó en que los enfermos renales (agudos y crónicos) hasta la llegada de la diálisis y de los trasplantes no disponían de tratamiento alguno ni en términos de cura, ni para tener una mejor calidad de vida o de sobrevivida.

Pedagógica (EPC) -. Respecto a las primeras, analizo sus continuidades y rupturas en relación a la primera generación de discípulos, en lo atinente a mecanismos mediante los cuales fueron reclutados en cada caso, las especialidades médicas que desarrollaron y los diferentes modos en que la inserción de discípulos en otros espacios institucionales (por iniciativa de Lanari o por elección de ellos) funcionó como un mecanismo de difusión del modelo institucional del IIM y de la reproducción ampliada de la tradición.

La EPC, por su parte, consistió en la implementación, entre 1970 y 1976 en el IIM, de la enseñanza básica de grado en el ámbito hospitalario, en una modalidad intensiva de socialización asistencial y de investigación. La EPC estableció así fuertes puntos de continuidad con las reformas suscitadas con el sistema de residencias médicas y la UDH, aunque, a diferencia de éstas, se llegó a implementar solamente en el IIM.

Finalmente, en el apartado de conclusiones, trato de reflexionar en torno a los aportes que creo haber dejado con mi trabajo, por un lado, para quienes realizan estudios sociales sobre tradiciones en general, y sobre tradiciones de la ciencia y la medicina en particular. Por el otro lado, para quienes comenzaron hace tiempo, y continúan hoy, con la estimulante tarea de reconstruir segmentos de la historia de la ciencia local (siempre interrogada desde su naturaleza y dinámicas sociales y políticas) con el fin de aportar claves interpretativas sobre el devenir social, cultural y político de la sociedad argentina.

Capítulo 1. La noción de tradición: sus implicancias teóricas y metodológicas respecto al objeto de esta tesis

Desde las perspectivas interpretativas de la teoría social¹⁹, la tradición ha sido pensada como un conjunto de conocimientos heredados en constante realización colectiva y práctica. En la medida en que orienta nuestras acciones, deseamos lo que tiene sentido en la tradición a la que pertenecemos ya que nos enmarca y provee de metas y de recursos. Esto supone analizar la fuerza que aquélla ejerce sobre la acción individual o colectiva en términos de recursos habilitantes antes que restrictivos (Bargero, 2007).

La relación entre tradición y acción individual retoma así una dualidad clásica que en la teoría social ha adquirido diferentes denominaciones: la vinculación entre estructura y acción, sociedad e individuo, historia y biografía (Elías, 1970). Entiendo que la noción de tradición puede operar como una categoría mediadora al recuperar ciertos aspectos de aquello que Giddens (1976) ha pensado acerca de la naturaleza de la estructura como recurso habilitante respecto a las capacidades de agencia.

Distintos autores clásicos en el campo de la sociología e historia social de la ciencia han pensado la actividad científica como una tradición, enfatizando de ese modo el análisis en el nivel de las prácticas situadas y de las acciones individuales, tomando en cuenta sus condicionantes cognitivos y sociales de mayor agregación y sedimentación.

Asimismo, sostener que la actividad científica se realiza en el marco de tradiciones supone colocar el énfasis en los procesos de transmisión y aprendizaje de “modos de hacer” constitutivos de dicha actividad. Dichos procesos son posibles en el marco de la creación de relaciones de autoridad social y cognitiva entre maestros y discípulos que en el mediano y largo plazo permiten un ciclo de reproducción ampliada y de continuidad de la tradición (Jacobs, 2007).

¹⁹ Barry Barnes fue quien, apoyándose en la perspectiva wittgensteniana y winchiana, pensó el mantenimiento de la tradición como “seguimiento de reglas”, esto es, regularidades en el “saber hacer” que sedimentan en distintas “formas de vida” (Bargero, 2007).

De esta manera, en el concepto de tradición se visibiliza la vinculación entre las dimensiones cognitivas y sociales, intrínsecas al proceso de producción de conocimiento científico.

1.1. Su lugar en los estudios sociales de la ciencia

Las perspectivas que conciben a la ciencia en términos de una tradición se oponen fundamentalmente a la “visión heredada” de la epistemología y la filosofía de la ciencia cuyas formulaciones canónicas han tendido a abordar el estudio de la ciencia como un conjunto de enunciados formales –teorías-. Dicha visión producía fundamentalmente “reconstrucciones racionales” del razonamiento y método científicos, de los cuales derivaban normas de racionalidad a las que debía ajustarse una buena práctica científica para no ser calificada de irracional (Lorenzano & Lorenzano, 1996).

Hasta Kuhn, la mayoría de los filósofos de la ciencia habían concentrado su atención en el estudio de fórmulas, reglas y lenguajes (lógicos) de la ciencia:

“El gran mérito de Wittgenstein estriba en haber reconocido y criticado este proceder, así como en el error en que se basa, y en haber puesto de relieve que la ciencia no sólo contiene fórmulas y reglas para su aplicación, sino tradiciones completas. Kuhn vino luego a ampliar la crítica y a hacerla más concreta” (Feyerabend, 2004: 73).

Las nociones sociológicas de “comunidad científica” y “paradigma” (Kuhn, 1962), iniciaron una aproximación entre las perspectivas de los estudios epistemológicos, filosóficos, históricos y sociales de la ciencia al tematizar cada uno de sus objetos como aspectos complementarios y teóricamente compatibles de un mismo proceso cultural (Lorenzano & Lorenzano, 1996). En un sentido similar, la noción de tradición también realizó un aporte de importancia ya que introdujo dimensiones sociales, políticas y culturales para el análisis de la organización y producción científicas.

En el marco de su preocupación por el cambio científico, Kuhn postula una copresencia entre tradición e innovación en la investigación científica:

“Para hacer su trabajo, el científico debe adquirir toda una variedad de compromisos intelectuales y prácticos. Sin embargo, su aspiración a la fama [...] puede estar fundada en su capacidad para abandonar esa red de compromisos a favor de otros que él mismo invente. Muy a menudo, el científico que logra el éxito debe mostrar, simultáneamente, las características del tradicionalista y las del iconoclasta” (Kuhn, 1977: 250)

Si bien en la actividad científica ambas se encuentran en forma simultánea, la innovación sólo es relevante en momentos excepcionales de la historia. En ciencia normal el peso de la tradición domina sobre cualquier intento de innovación. Así, un paradigma para Kuhn es “una tradición que contiene rasgos fácilmente identificables [fórmulas y reglas para su aplicación] junto a tendencias y procedimientos desconocidos, pero que guían la investigación de modo subterráneo y únicamente pueden descubrirse por contraposición con otras tradiciones” (Feyerabend, 2004: 73).

Por su parte, Feyerabend (2004) también participa de la discusión en torno a las implicancias que conlleva mirar la ciencia en términos de una tradición, invirtiendo, por un lado, la oposición característica que la modernidad ilustrada realizó entre tradición y ciencia²⁰ y, por el otro lado, pensando que la ciencia no es una tradición sino muchas -cada una con criterios y reglas (teorías) que coexisten en su interior y compiten entre sí-

De este modo, captura la noción de una diversidad o pluralidad de prácticas opuestas al supuesto (ideal) positivista de una única y universal racionalidad y método. Más aún, diluye la distinción entre razón y práctica y postula a ambas como prácticas de diferente tipo: “la diferencia estriba en que aquélla muestra claramente ciertos aspectos formales sencilla y fácilmente reproducibles mientras que ésta ahoga los aspectos formales bajo una gran variedad de propiedades accidentales” y, como tales, aunque de valor desigual, son productos humanos mutables e imperfectos (Feyerabend, 2004: 17).

La preocupación de este filósofo se focaliza en la interacción entre las distintas tradiciones: al interior de la ciencia y entre ésta y otras

²⁰ Véase nota 6.

tradiciones pertenecientes al ámbito mayor de la sociedad. Su idea de “sociedad libre” se basa en la igualdad de derecho con la cual deben presentarse las relaciones de competencia entre las diversas tradiciones, incluida la científica (Feyerabend, 2004). Sostiene así que aquellos que participan en otras tradiciones también poseen sus propios juicios de valor, criterios y principios. Por eso, desde su punto de vista: a) las tradiciones no son buenas ni malas: simplemente son; y por lo tanto la racionalidad, en su propia pretensión de objetividad, no puede erigirse como árbitro, siendo ella misma una tradición; b) una tradición adopta propiedades deseables o indeseables sólo cuando se la compara con otra tradición; c) cada tradición tiene sus formas peculiares de ganar adeptos (Feyerabend, 2004).

Desde un punto de vista sociológico, King (1970) aborda el problema de las tradiciones científicas, entendiendo que tanto la ciencia como la política pueden pensarse en el marco de tradiciones concretas antes que en términos de una “razón abstracta” ya que ambas no sólo suponen conocimientos técnicos susceptibles de formularse y aprenderse como reglas y máximas formalizadas sino que también implican conocimientos prácticos irreductibles a reglas escritas (Kreimer, 1997). Según King (1970), estos conocimientos se expresan en el modo habitual o tradicional de la práctica y se adquieren únicamente en el entrenamiento y aprendizaje con un maestro –no porque éste sea capaz de transmitirlos y enseñarlos teóricamente sino porque sólo el contacto entre él y el aprendiz permite la continuidad de su adquisición-.

A su vez, reflexiona en torno a la sociología de la ciencia que puede derivarse de la concepción sobre tradiciones de investigación de Kuhn. Considera que su tematización sobre el carácter social de la ciencia, desarrollada desde la política, las leyes y la religión –y no desde la economía como el dominio de lo “racional”-, encuentra afinidad con la noción de tradición. La aproximación de Kuhn señala entonces el camino hacia una sociología de la autoridad científica, el consenso y el compromiso social y cultural y de ese modo establece el distanciamiento y la crítica a la concepción positivista de la ciencia.²¹

²¹ Esta concepción centralmente sostiene que el conocimiento científico se obtiene a través del empleo de métodos racionales de indagación y su crecimiento es tratado meramente

Pero no es sólo a través de los aportes de Kuhn que es posible realizar esta crítica. La teoría mertoniana de la acción social muestra que la conformidad del científico a los cánones positivistas de investigación se halla garantizada por sentimientos sociales antes que por la razón. Así, la ciencia no está ubicada en el lado del racionalismo y enfrentada con el tradicionalismo. Para Merton (1937)²², aún la racionalidad científica misma surge y es garantizada por una tradición cultural particular, el Puritanismo (King, 1970).

De esta manera Merton derriba la antítesis tradición-ciencia. Por un lado, subraya la "sensatez" de las creencias y prácticas tradicionales mirando más allá de su fracaso cognitivo y técnico, colocando la atención en su triunfo "expresivo" y "funcional" al expresar sentimientos y contribuir al mantenimiento del orden social. Por el otro lado, rompe con el positivismo afirmando que la ciencia en tanto sistema social se rige por una tradición normativa²³ –y no, en cambio, en conformidad con un procedimiento lógico establecido denominado método científico-.

como evidencia del avance de la racionalidad humana. Tradición y ciencia son considerados por el positivismo como enemigos naturales: las creencias y las prácticas tradicionales ejercitan un poder mágico sobre los hombres que los protege de la evaluación crítica del sentido común. La ciencia desmitifica la tradición y expone sus absurdos cognitivos y técnicos (King, 1970).

²² Inspirado en la tesis weberiana sobre la afinidad entre la racionalidad moderna capitalista y los valores y las prácticas culturales del puritanismo, Merton (1937) analiza el papel de éstas en el origen de la comunidad científica en la Inglaterra del siglo XVII. Intenta mostrar así cómo cierto clima social, cultural e intelectual sentó condiciones propicias para el florecimiento de lo que hoy se entiende por ciencia moderna -el experimento como base de elaboración y validación del conocimiento- y cómo, a la vez, esta actividad particular emergió en dicho clima social y cultural y no en otro. Para comprender la génesis de la ciencia moderna, Merton puso en juego el análisis de las relaciones de mutuo condicionamiento entre los elementos culturales y sociales y los propiamente científicos.

²³ Según Merton (1942) la estructura normativa de la ciencia se configura centralmente a partir de cuatro imperativos que orientan moralmente la acción de quienes hacen investigación científica, conformando un "ethos" sostenido por los ideales de comunalismo, universalismo, desinterés y escepticismo. Sumado a éstos, la dinámica de integración de la organización social de la ciencia se sustenta en la búsqueda de reconocimiento (prestigio) por parte de los científicos. En ésta movilizan valores, en principio, contradictorios: el valor de "originalidad" que conduce hacia la lucha de prioridades (y con ello a la competencia) y el valor de "humildad" asociado al desinterés. El primero de ellos se vincula al mecanismo de la eponimia en ciencia y el segundo con la existencia de predecesores y de una historia cultural que conforman una tradición científica; la humildad pareciera expresarse de este modo a partir de "una especie de respeto por el pasado y por los mayores". La tensión entre estos dos valores, crea un conflicto interno en los hombres de ciencia y da origen a una clara ambivalencia hacia el reclamo de prioridades. Ambos valores operan, según Merton, en el plano motivacional de los actores y en el institucional; los científicos internalizan la tensión valorativa que, a su vez, refuerza el sistema de recompensas de la ciencia.

Aún dentro de este encuadre, King (1970) sostiene que el tratamiento kuhniano implica una posición más radical al respecto. Cuestiona aquello que Merton, no menos que los positivistas, simplemente toma como dado: el hecho de que el desarrollo cognitivo de la ciencia es un proceso racional regido por reglas de procedimiento que no cambian con el paso del tiempo. Kuhn niega que tales estándares existan y, en cambio, sostiene que la práctica de la ciencia no se encuentra controlada por reglas universales sino por tradiciones de pensamiento "locales" que definen, para un grupo particular de practicantes, los problemas, métodos y teorías que deben considerarse científicos y a partir de los cuales deben trazarse los límites de su autoridad y legitimidad.

Así, mientras Merton dirige la atención de los sociólogos hacia la tradición normativa que rige el comportamiento científico, Kuhn se ocupa del proceso socio-psicológico a través del cual específicas tradiciones se establecen y perpetúan y con el tiempo se socavan y desplazan (King, 1970). Para esta tarea resulta central su noción de paradigma: ¿Cuál es la naturaleza de la autoridad ejercida a través de tales paradigmas? ¿Cómo se ejerce? ¿Cómo llega a ser derrocada? Estas son las preguntas que vinculan el análisis de Kuhn sobre la estructura del crecimiento y del cambio científico con el pensamiento sociológico. Es interesante notar que el contacto se realiza a través del análisis de áreas de vida en el cual la tradición todavía se acepta como una fuerza positiva, a saber, política, legal y religiosa, antes que el campo "liberado" o "racionalizado" de la economía (King, 1970: 20).

Por su parte, el esquema conceptual desarrollado por Merton (1942) para el análisis de la formación, transmisión, articulación y eventual ruptura de tradiciones de investigación se ha visto que postula que los científicos tienen compromisos hacia valores altamente abstractos y generalizados – representados en los imperativos del *ethos* científico-. Según King (1970) ello puede dar cuenta de su compromiso y adherencia esperados al "método científico" pero poco puede decirnos acerca de la emergencia y la declinación de las tradiciones concretas que rigen la práctica científica cotidiana. Allí se encuentran sus límites.

Aunque, paradójicamente, Kuhn se propone realizar dicha

aproximación, la vía encontrada a través de su concepto de paradigma lo va acercando de a poco a una posición muy parecida a la de Merton.

“Por ello el argumento en *The Structure of Scientific Revolutions* descansa en el presupuesto de que una comunidad científica se distingue por el compromiso de sus miembros con una manera de hacer ciencia en particular, brindando "ejemplos aceptados de práctica científica real" o paradigmas. Sin embargo, su trabajo más reciente sobre este tema concluye afirmando que el progreso científico se explica por el compromiso de los científicos con ciertos "valores supremos" que tienen plena prioridad con respecto a los paradigmas –en el texto, en realidad, estos últimos sólo se consideran ligeramente. ¿Por qué Kuhn ha cambiado el lugar del compromiso científico desde paradigmas concretos (transitorios) hacia valores abstractos estables?” (King, 1970: 28)

Según King (1970), es más interesante la concepción original de Kuhn desde la cual establece la idea de que la práctica científica cotidiana se rige por tradiciones concretas de investigación, por la “ley viva”, antes que por reglas abstractas y valores.

Aquella abre un campo completamente nuevo para la indagación sociológica. El camino a seguir por parte de la sociología de la ciencia no descansa en la elaboración de teorías sobre el hombre científico, otorgándole la apariencia del “metodista” racional de Merton o la de constitucionalista que resuelve incógnitas de Kuhn, sino que radica en el estudio de las interrelaciones de los modos de pensamiento, estilos de trabajo y la posición social de los científicos, utilizando la noción de autoridad científica –intelectual y social- como el concepto clave que posibilita la mediación entre aquellos (King, 1970).

Quiero volver a una cuestión crucial: la relación entre las dinámicas de continuidad y cambio, o dicho de otro modo, la “tensión esencial” de la actividad científica –intrínseca también a la noción misma de tradición-. En tal sentido retomo esta pregunta: “¿Cómo es posible que una orientación firme hacia una tradición al parecer única pueda ser compatible con la práctica de las disciplinas más notables por la producción continua de ideas y técnicas nuevas?” (Kuhn, 1977: 255).

Esta pregunta podría sugerir, en una primera y rápida interpretación, que mientras la orientación por la disciplina impulsa a los investigadores a la producción de innovaciones, la tradición ejerce presión para que sus trabajos se mantengan en los marcos de lo conocido por ella. Sin embargo, dicho interrogante retoma, por un lado, la compleja imbricación existente entre las dinámicas de innovación y conservación en las apuestas investigativas en ciencia y, por el otro lado, coloca la idea de que el trabajo científico se organiza en el marco de tradiciones y al mismo tiempo en el de la disciplina. Es decir, establece un cruce entre la noción de tradición y disciplina, entendiéndolos como modos superpuestos -y no excluyentes- en los cuales se conforma y desarrolla toda práctica científica. En esto radica también la “tensión esencial” de la que habla Kuhn.

“(…) las teorías nuevas y, en grado creciente, los descubrimientos, dentro de las ciencias maduras, no ocurren independientemente del pasado. Por el contrario, surgen de teorías antiguas y dentro de la matriz de creencias añejas acerca de los fenómenos” (...) “Al científico le hace falta un compromiso total hacia la tradición con la cual, en caso de que logre el éxito, habrá de romper” (Kuhn, 1977: 257-258).

La cuestión relativa al simultáneo y superpuesto encuadre de toda práctica científica, dado por la disciplina y la tradición, amerita un conjunto de reflexiones acerca del significado e implicancias de esta última noción en tanto modo de pensar y analizar el nivel de agregación de la actividad científica.

1.2. La tradición como un modo de pensar el nivel de agregación de la actividad científica

La noción de tradición permite problematizar la relevancia de lo que Dunford (1985) denomina marco de referencia o colectivo de agregación cognitiva e institucional orientador de la práctica científica.

Por cierto, éste ha sido un tópico de tematización central en los principales enfoques conceptuales de la sociología de la ciencia, lo cuales han colocado su mirada y generado sus categorías analíticas en relación con específicas unidades de referencia y de agregación de la ciencia en tanto

institución y práctica. Es posible diferenciar los siguientes encuadres:

- a) los mecanismos de validación normativa de la producción científica, captados a través de la categoría de comunidad científica (Merton, 1942),
- b) los modos cosmopolitas de la organización social de la actividad científica, tematizados mediante los estudios sobre disciplinas y especialidades (Law, 1973; Mulkay, 1971),
- c) los dinámicas de poder, de asimetrías y de dominación, visibilizados con la noción de campo científico (Bourdieu, 1976),
- d) los elementos instrumentales, cognitivos y sociales de la investigación científica, puestos en juego en los análisis de “escuelas de investigación” (Morrel, 1972).
- e) la “ciencia mientras se hace”, mostrada en las etnografías de laboratorio (Latour, 1992; Latour & Woolgar, 1988b; Lynch, 1982) y las relaciones de recursos y múltiples marcos de referencias de la práctica y productos de la ciencia que atraviesan y extienden el laboratorio hacia el espacio social más amplio, entendidas como “arenas transepistémicas” (Knorr Cetina, 1992).
- f) la dimensión local de la producción y reproducción de las prácticas enmarcadas en tradiciones (Kuhn, 1962; King, 1970).

Retomando la preocupación por la delimitación del agrupamiento significativo de la práctica y productos científicos a la hora de pensar un objeto histórico en particular, comencé a preguntarme por qué la noción de tradición constituía la agregación social y cognitiva que portaba más sentido a la hora de describir y analizar la emergencia y maduración de un ámbito científico específico.

Un punto de partida fue recuperar la propuesta de adecuación significativa que realiza Dunford (1985) cuando vincula el nivel de agregación elegido por el observador con aquello que los participantes del ámbito de actividad estudiado consideran relevante. Esto es, una agregación o colectivo es relevante siempre que lo sea desde el punto de vista de las orientaciones e identificaciones cognitivas y sociales de los participantes y

desde el punto de vista del observador.

Ahora bien, difícilmente los participantes mantengan un único colectivo de referencia de sus prácticas y productos científicos. Antes bien, en la mayoría de los casos, prevalece una simultaneidad de orientaciones e identificaciones de acción. Los investigadores científicos se orientan, al mismo tiempo, según los colectivos de referencia delimitados por la disciplina, la especialidad, la institución, y la profesión. El peso de cada uno de éstos se encuentra condicionado y cambia según el campo de conocimiento o la disciplina en que se insertan sus prácticas y productos, y según el tiempo y el lugar históricos.

Si la categoría de tradición científica coloca el énfasis en la dimensión de las prácticas locales y situadas de la actividad científica, ¿En qué medida puede prestarse atención al modo en que una tradición se inserta al mismo tiempo en la agregación intelectual y social de la ciencia cosmopolita, como lo es la disciplina o la especialidad? ¿De qué modo es posible estudiar la conformación y el desarrollo de una tradición sin perder de vista sus características disciplinares, en otras palabras, el modo en que la tradición se ve atravesada por la dimensión universal del conocimiento y de la práctica científica?

Considero que el aporte singular del uso de la noción de tradición radica en que posibilita pensar la actividad científica a partir de una historia local y diacrónica (generaciones de maestros-discípulos) al tiempo que no excluye, sino que incorpora, los condicionantes y orientaciones de los encuadres dados por las disciplinas, las especialidades, la institución y la profesión, en las dimensiones cognitivas, sociales y organizacionales de la actividad científica.

Por un lado, dicha noción opera en la mediación entre el plano universal (disciplinar) y local del quehacer científico. Por otro lado, lo hace entre los distintos niveles de agregación de lo social: “macro”, constituido por procesos e intervenciones en la arena política social y estatal; “meso”, en el plano de las instituciones y su organización; y “micro”, dado por la forma que adquieren y afloran aquellos dos niveles en la interacción cotidiana entre los individuos. En este marco y como he señalado antes, desde una perspectiva que retoma problemas más clásicos de la sociología,

la noción de tradición implica una vinculación individuo-sociedad en la forma de una tensión (Prego, 1996).

Las tradiciones son entonces siempre propiedades de grupos, comunidades o colectividades, es decir que si bien son los individuos quienes siguen específicas tradiciones, éstas no son una cualidad o resultado del comportamiento individual, no son nunca equiparables a éste. Una tradición conforma una entidad *sui generis* que siempre es diferente a la suma de las partes (Giddens, 1999).

No obstante ello, en los procesos de gestación, organización y estructuración de toda tradición el desempeño de la autoridad y el liderazgo individual opera como elemento central en su activación y orientación. Ello refiere al peso que en toda tradición tiene una figura -el nombre propio- en las modalidades de su ejercicio carismático como cualidad extraordinaria intransferible (Weber, 1922).

Esto se conecta con la preocupación en torno a la relación entre la capacidad diferencial que tienen ciertos individuos de realizar aportes en procesos de construcción institucional de la ciencia. Si bien el hombre individual no es nunca el único foco de atención, sí lo es en una figuración o entramado de relaciones (de interdependencia) (Elías, 1970). En el caso particular de la ciencia, en la emergencia de disciplinas, especialidades y tradiciones, resulta especialmente difícil diferenciar estrictamente los individuos de su historia social.

Como señalaba Hebe Vessuri (1987), en particular para el caso de los pioneros en la ciencia latinoamericana, resulta difícil diferenciar estrictamente las biografías de la historia social, “dado el estrecho entrelazamiento entre sus vidas y los cuadros institucionales a los que en su circunstancia histórica contribuyeron decisivamente a dar forma” (Prego, 1998: 186).²⁴ En el caso de la ciencia argentina, y en particular en el campo médico, hacia fines del siglo XIX y principios del XX, la creación de los

²⁴ Como señala Prego, es posible que esta mirada analítica conlleve, como contrapartida, obstáculos que puedan adoptar la forma de algún determinismo heroico y sus “características ilusiones retrospectivas”. No obstante, “el esfuerzo de esta perspectiva por establecer el balance entre los elementos de la iniciativa humana y de su necesario encuadre histórico podría expresarse por medio del doble reconocimiento de la importancia de la determinación de aquellas premisas que la acción e incluso la aparición misma del héroe requieren y que no dependen de él, así como también de las características que hacen que su intervención sea excepcional, y (probablemente) indispensable” (Prego, 1998: 187).

primeros laboratorios y la aparición de especialidades y disciplinas nuevas se debieron mayormente al impulso de ciertas personalidades e iniciativas individuales antes que debido a proyectos institucionales –incluso, la dirección que tomaron dichas iniciativas personales se dieron en un contexto social e institucional desfavorable a aquélla-.

Aún con estas particularidades, el uso del concepto de tradición habilita retomar la dualidad fundamental, entre individuos y estructuras, presente en todo dominio social. De allí es posible afirmar que, por una parte, una tradición científica es el conjunto de individuos que son reconocidos como sus miembros, entre los cuales se distinguen aquellos que, por sus iniciativas y vocaciones personales y morales, tienen mayor peso en la orientación de su rumbo. Por otra parte, una tradición es al mismo tiempo un conjunto de valores culturales y modos de hacer y pensar que sedimentan a través de procesos de transmisión, entrenamiento y recepción de generación en generación y que cobran una entidad supra individual (Brunner y Flisfisch, 1983).

En este marco, y siguiendo estos postulados, me propuse reflexionar en torno a las problemáticas metodológicas-conceptuales y énfasis que conlleva describir y analizar la conformación y el desarrollo de la “tradición Lanari”, su posición en el campo médico²⁵ argentino y en el espacio cosmopolita de la disciplina.

Primero, elegí pensar la investigación clínica médica desarrollada por Lanari en términos de una tradición²⁶ dado que ha conformado un

²⁵ El uso del concepto de “campo” de Bourdieu (1976), para el estudio de contextos de debilidad institucional -con campos truncadamente diferenciados, en términos de una relativa autonomía- como el que ha sido caracterizado para el caso argentino (Sigal, 1986) trae aparejado una serie de inconvenientes metodológicos y conceptuales. Una alternativa analítica son los conceptos de “entramado” y de “configuración” de Elías (1970) con los que plantea la relación individuo-sociedad en términos de figuraciones no antagónicas que conviven en todo proceso social, enfatizando la intervención individual en un entramado social específico. Sin embargo, la noción de configuración de Elías remite a procesos y sedimentaciones de larga duración en el tiempo, que no son los del objeto de esta tesis. Con estas salvedades, utilizaré la noción de campo para referirme al colectivo de actores e instituciones del medio local, y hablaré en términos de contexto social para referirme a las circunstancias sociales, políticas y culturales en la cuales se inserta la “tradición Lanari”.

²⁶ La noción de tradición de investigación (Kuhn, 1962) refiere principalmente a un área o especialidad de conocimiento (línea de investigación). Con respecto a esta connotación particular, la “tradición Lanari”, con una multiplicidad de áreas/especialidades médicas en su interior, podría implicar una desviación de aquél sentido original. Más allá de que retomo otros sentidos y autores que pensaron dicha noción, quiero señalar que aún en ese sentido original de Kuhn la noción de tradición es operable y heurística para el objeto de

colectivo cognitivo y social que, aunque se identifica con la disciplina médica y sus diferentes especialidades, abrega en institucionalidades, referentes y prácticas del medio local.

Asimismo, los participantes de este ámbito han manifestado la significatividad de la dimensión local del desarrollo de sus prácticas y productos en espacios institucionales y de sociabilidad específicos, conformados a la luz del liderazgo de Alfredo Lanari y de su rol fundacional en la institucionalización²⁷ de este ámbito.

Si bien éste fue un elemento central en la conformación y el desarrollo de la tradición, otros elementos permitieron diferenciar dimensiones igualmente cruciales en el devenir de ambos procesos.

1.3. Dimensiones para el análisis socio histórico de la “tradición Lanari”

¿Cómo surge, se consolida y evoluciona esta tradición? ¿Qué dimensiones son relevantes a la hora de analizarla?

Mi propuesta es colocar el foco de atención principal en las continuidades y rupturas de los elementos socio-institucionales y cognitivos que distinguen y singularizan esta tradición, desde su nacimiento y a lo largo de su desarrollo, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones para su abordaje y análisis: los modelos institucionales -formas y culturas

esta tesis debido a dos razones: 1) me enfocaré en una especialidad y en específicos problemas de conocimiento -la investigación sobre trasplantes y diálisis renales- y 2) las dimensiones sociales tales como los mecanismos de reclutamiento y de construcción de discipulado, las modalidades de ejercicio de la autoridad, el tipo de sociabilidad y los perfiles profesionales prevalecientes, atraviesan a todas las especialidades y forman un modo de hacer común que me permite conceptualizarlo en términos de tradición.

²⁷ Por institucionalización entiendo el grado de coherencia y organización de acciones y percepciones y el alcance de su articulación y adhesión con un conjunto de ideas. Así, se distinguen procesos de institucionalización cognitiva y social; mientras el primero focaliza en la estabilización de problemas, medios de investigación, agendas de conocimientos; el segundo, hace hincapié en la organización interna del colectivo y en su identificación en términos de un campo de investigación discreto (Whitley, 1984). Asimismo, esta concepción, mayormente inclinada por los rasgos intelectuales de un proceso de institucionalización, puede ser complementada con otra que se concentra más centralmente en sus dimensiones materiales e institucionales (Shils, 1980): “Por institucionalización de una actividad intelectual entiendo una interacción relativamente densa de personas que llevan adelante esa actividad con un acuerdo social sobre sus límites y su nombre (...) el grado de institucionalización de dicha actividad supone tareas de enseñanza e investigación sistemáticamente organizadas, administradas y reguladas, así como también la adquisición de recursos instrumentales y financieros que la soporten y canales donde sus productos (de conocimiento) circulen públicamente (canales de comunicación)” (Shils, 1980: 169). Asimismo, tales procesos requieren materializarse en una “ecología”, un espacio físico y cultural específico.

organizacionales del trabajo científico- (Shils, 1980; Whitley, 1984); los mecanismos de reclutamiento y entrenamiento de nuevos miembros (Hagstrom, 1965)²⁸; las prácticas y líneas de investigación (Kreimer, 1997); los estilos de investigación (Gayon, 1999); los modos de ejercicio de autoridad (Shinn, 2007; Bourdieu, 1976) y de liderazgo (Jacobs, 2007)²⁹; el tipo de sociabilidad y comunicación (Hagstrom, 1965); los perfiles profesionales (Freidson, 1970) y el sentido de pertenencia y arraigo institucional colectivo e individual.³⁰

De todas estas dimensiones en que la literatura desagrega la noción de tradición, las que refieren a la noción de estilo y perfil profesional merecerán unas líneas de reflexión aparte debido a la carga conceptual más densa que conllevan con relación a las otras dimensiones y debido al lugar que ocupan en el entramado de comprensión de nuestro objeto.

1.3.1. Estilo

La idea de estilo de investigación está estrechamente vinculada con la de tradición a raíz del lugar central que adquiere la noción de conocimiento práctico en ambas estructuras de significación.

Gayon (1999) diferencia dos usos de la noción de estilo, presentes en el trabajo contemporáneo de los historiadores de la ciencia: 1) sobre la historia local de las prácticas científicas y 2) en la historia general de la ciencia. De estos niveles de análisis que corresponden a dos niveles distintos

²⁸ Ellos aluden a los procesos de transmisión y aprendizaje formales y codificados, por ejemplo, en libros, planes de enseñanza curricular. Pero también, y principalmente, retomo la transmisión de destrezas prácticas informales o no codificadas, es decir, lo que se entiende, a partir de Polanyi (1958, 1966), como “conocimiento tácito”, posible en el marco de interacciones de entrenamiento cara a cara (Jacobs, 2007).

²⁹ La configuración de una fuerte autoridad moral e intelectual (social y científica) es un elemento estructurante fundamental para el origen, la evolución y permanencia de una tradición. Aquella encarna los modos de hacer característicos de la misma (un estilo) que son transferidos a generaciones de discípulos, asegurando la continuidad de la tradición. Este proceso, sin embargo, no supone ausencia de conflictos o resistencias. Dado que la autoridad se constituye también en tanto relación de poder, puede generar adherencia y seguimiento pero, según las circunstancias, también puede verse sujeta a resistencias y cuestionamientos (Bourdieu, 1976; Shinn, 2007).

³⁰ Sin darle un lugar central a toda la literatura teórica sobre la problemática de la identidad –cuestión que no es objeto central de este trabajo-, en la conformación de toda tradición se dan procesos de identificación colectiva. Dichos procesos implican la puesta en marcha de mecanismos constantes de interpretación y apropiación simbólica de la realidad, como una forma de autorrepresentación consciente, así como son resultado de un proceso de interacción social entre las trayectorias individuales y los sistemas de organización institucional (Ortiz Gómez, 2005).

de organización de la comunidad científica, el de los grupos locales de investigación y el de la nación³¹, el primero es el que me interesa recuperar.

En el contexto de las reflexiones realizadas por los historiadores de la ciencia en torno a las “escuelas de investigación”, la noción de estilo científico ha sido referida a un conjunto de prácticas que individualizan la producción de conocimiento, incluyendo además de una serie de preferencias intelectuales y técnicas que caracterizan a un espacio de investigación (Gayon, 1999).

La conformación y difusión de un estilo supone la puesta en práctica de determinados modos de hacer, no codificables, que lo caracterizan y distinguen. La mayoría de los usos de dicha noción han referido particularmente a la definición de “conocimiento tácito” de Michael Polanyi (1958, 1966), la cual sostiene que un arte no puede transmitirse por prescripción sino sólo mediante el ejemplo de maestro a discípulo. Este hecho restringe así el dominio de su difusión a los contactos personales, colocando en un lugar central la relación maestro-discípulo, en la que el primero posee (encarna) las destrezas a ser transmitidas y el segundo las aprehende, principalmente mediante la imitación. (Gayon, 1999).

La potencialidad que provee la noción de estilo para dar cuenta de prácticas localizadas tiene como anverso una limitación o tensión que, por cierto, no es propiedad exclusiva de esta noción sino que es constitutiva de la ciencia en su conjunto. Ésta remite a la relación entre la naturaleza universal y local de los conocimientos científicos. Mientras en la práctica los estilos locales siempre existen, la tendencia general de la ciencia es que estos estilos locales (o sus productos, técnicas e instrumentos) sean asimilados como métodos comunes y universalmente aceptados. Es desde este ángulo que la noción de estilo es insatisfactoria o no alcanza sólo con ella para dar cuenta de los procedimientos mediante los cuales el

³¹ Gayon (1999) coloca el uso de la noción de estilo en el marco de aquellos trabajos que han abordado el estudio de la ciencia desde una perspectiva nacional, considerando este nivel de agregación sociopolítico una variable determinante de un “estilo”. Existe una abundante literatura decimonónica que ha estudiado la especificidad de la ciencia alemana, francesa e inglesa en un contexto de auge de los nacionalismos. En ellos, por cierto, la ciencia funcionaba como un objeto de distinción e identificación de mucha significación. Actualmente, los historiadores que hablan de un estilo nacional lo hacen refiriendo, por el contrario, a la existencia de tradiciones institucionales que explican la persistencia de estilos y estereotipos nacionales del comportamiento científico.

conocimiento científico conformado y aceptado en un contexto local termina universalizándose (Gayon, 1999).

Otro uso de la noción de “estilo”, que retoma o supone esta acepción pero que incluye otras, es el que se encuentra en Latour (1988a) para describir aquello que configuraba ser un “pasteuriano” hacia fines del siglo XIX: con él, Latour incorpora y enfatiza dimensiones político sociales presentes en los modos de hacer ciencia. Así, no sólo la producción de conocimiento se realiza bajo un estilo determinado, sino que éste supone también específicos modos de movilización e interesamiento de colegas u otros grupos sociales.³²

La noción de estilo también ha sido trabajada específicamente en relación a la práctica y el pensamiento médico. Camargo (2002), retomando la noción de estilo de pensamiento de Fleck (1927)³³, por un lado, sostiene que la medicina contiene dos estilos de pensamiento, el de los “investigadores” (orientado por el valor de la producción original y la novedad y sustentado por la legitimidad académica) y el de los “practicantes” (pragmático, intuitivo, orientado por resultados de relevancia y de aplicabilidad, basados mayormente en recursos de autoridad exógenos a la credibilidad académica y científica).

Por el otro lado, observa que la particularidad de la medicina reside en que su pilar fundamental no es la producción de conocimiento –el estilo de los investigadores- sino su aplicación en una variedad de situaciones –prevaleciendo el estilo de pensamiento de practicantes. Esto se conecta con la dimensión referida a las orientaciones y perfiles profesionales mixtos,

³² Asimismo, Cueto (1994) ha utilizado la noción de “estilo de laboratorio” para caracterizar la modalidad de trabajo de Bernardo Houssay en el Instituto de Fisiología. En el siguiente capítulo volveré sobre esto.

³³ La idea de Fleck (1927) remite a un condicionamiento sobre el pensamiento, es decir, sobre la preparación intelectual para observar y actuar de una determinada forma. El estilo de pensamiento médico es impuesto durante el proceso de socialización médica. A su vez, distingue entre “una forma de razonamiento médico” y “otra del investigador científico”. Para un abordaje sociológico del razonamiento médico, anclado en aportes de la etnometodología y del análisis conversacional, que derivó en los años 70 en un programa de sociología cognitiva, véase Cicourel (2002). En el marco de estas preocupaciones conceptuales, el principal objeto de interés lo constituye el razonamiento médico y cómo éste produce diagnósticos y decisiones terapéuticas, mediante procesos conversacionales de interacción cotidiana entre médico y paciente en el seno de la institución (situación) hospitalaria. En dichos procesos se observa una fuerte dependencia entre el conocimiento médico y las creencias colectivas propias del medio sociocultural del grupo y de los individuos.

presentes en la medicina y, con particular fuerza, en la investigación clínica médica.

1.3.2. Perfil profesional

Considero que en toda tradición es posible distinguir un patrón o perfil profesional característico o, en otras palabras, el hecho de atender al modo en que se ejerce la profesión en el marco de una tradición puede iluminar aspectos de su conformación y desarrollo. A su vez, la profesión es un modo de orientación y referencia individual, en simultáneo con el de la tradición y de la disciplina. En ambos sentidos, valoré que la reflexión en torno a la cuestión profesional merecía ocupar un espacio en el marco de una reflexión sobre tradiciones, estableciendo un diálogo entre la literatura de ambas.

Siguiendo a Tenti Fanfani (1988), quien retoma la propuesta y sistematización de Schein (1972), las profesiones³⁴ son conjuntos de ocupaciones que han desarrollado un verdadero sistema de normas que se derivan de su rol especial en la sociedad. En este sentido, a) el profesional es distinto del *amateur*, está implicado tiempo completo en una ocupación que constituye su principal fuente de ingreso, b) desempeña su ocupación en forma continuada y con una fuerte motivación, c) posee un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades adquiridas mediante educación y entrenamiento que conllevan procesos de identificación colectiva fuertes, d) tiene espíritu de servicio, decisiones orientadas hacia demandas de clientes y e) autonomía de juicio acerca de la actuación profesional, controlada por parte de colegas.

La reivindicación de autonomía da origen a la conformación de las “comunidades” profesionales, las cuales producen un sentimiento común de

³⁴ Los fenómenos profesionales (en sentido amplio) tuvieron un lugar significativo en la reflexión de la teoría social clásica. Weber los pensó en íntima conexión con la expansión ilimitada de los procesos de racionalización y de burocratización de la sociedad moderna, destacando así la relación de aquéllas con la posesión de un saber especializado. El énfasis de Durkheim apuntó a su dimensión moral, como salvaguarda posible de una regulación social capaz de mitigar la crónica inestabilidad de las sociedades basadas en la siempre creciente división del trabajo (González Leandri, 1997; Tenti Fanfani, 1988). Sin embargo, siguiendo a Burrage (1990), en un sentido restringido, las profesiones fueron un objeto de estudio marginal entre los clásicos de la sociología: el interés general por el fenómeno profesional en Weber y Durkheim no se tradujo en análisis históricos ni teorización sobre las distintas profesiones existentes en su época y sociedades. El legado más concreto con el cual los clásicos nutrieron a la sociología e historia de las profesiones fue según Burrage (1990), el de Marx, con el concepto de clase y el de Weber, con el de burocracia.

identidad, autorregulación, membresía permanente, valores y lenguajes compartidos, límites sociales más o menos definidos y una fuerte y específica socialización para sus miembros e ingresantes. Cuando las profesiones alcanzan un alto grado de autonomía constituyen asociaciones corporativas profesionales. Según Tenti Fanfani (1988), desde esta perspectiva las motivaciones para formar las asociaciones profesionales son la definición de una línea de demarcación entre personas calificadas y no calificadas, el mantenimiento de altos niveles de carácter profesional o práctica honorable y la elevación del estatus del grupo profesional. Estas nociones se articulan alrededor de una misma matriz teórica: la sociología funcionalista parsoniana, que caracteriza las profesiones por su posición intersticial en la estructura social, posición que está en relación con un conjunto de valores que constituyen el objeto principal del análisis: logro, universalismo, especificidad funcional y neutralidad afectiva.

Contrariamente a esta visión, los estudios empíricos realizados sobre profesiones han mostrado que ciertos caracteres de este modelo típico ideal no se dan en forma completa e, incluso, adquieren otros matices. Un ejemplo de tales trabajos es el de Freidson (1970) sobre la profesión médica.

A partir de este estudio fue posible poner en duda ciertas formulaciones funcionalistas sobre el fenómeno de las profesiones modernas. En particular, el hecho de que las profesiones no constituyen comunidades en un sentido estricto, es decir, conjuntos de individuos que comparten una identificación y una serie de valores comunes en forma acabada y armoniosa (Tenti Fanfani, 1988; González Leandri, 1997). Sin negar este factor comunitario, fue preciso reconocer que el elemento de lucha tiene igual peso que el del consenso en los espacios profesionales concretos, tanto hacia su interior como hacia el exterior, en referencia a otras profesiones³⁵. En otras palabras, éstas pueden lograr diferentes grados

³⁵ Esta visión se encuentra en línea con la que aporta Bourdieu (1976) con su teoría de los campos y los bienes simbólicos producidos e intercambiados en cada uno de ellos. Desde esta perspectiva, las profesiones son un caso particular del desarrollo general de los campos estructurados de producción de bienes simbólicos (servicios) en la sociedad moderna. Las posiciones en el interior de los campos están organizadas jerárquicamente, en el sentido de que existen posiciones dominantes y dominadas. Así, las profesiones no constituyen espacios homogéneos, sino espacios estructurados en los cuales existen posiciones con diferenciales de prestigio y de poder, como resultado de las relaciones de fuerza y las

de éxito en el establecimiento de su control y límite jurisdiccional respecto a otras ocupaciones y profesiones vecinas. El caso de la medicina resulta ejemplar de estas dinámicas de control profesional, caracterizadas por coaliciones internas y fronteras que mantienen puntos de intersección (Halpern, 1992), dada la multiplicidad de especialidades, entre las cuales algunas llegaron a ser profesiones y otras nunca han salido del estatus de ocupación o paraprofesión –el caso de la enfermería es sugerente en este sentido- (Freidson, 1970).

Este aspecto referido a los límites que deslinda para sí un espacio profesional se vincula con el proceso de profesionalización, consistente en hacer que los límites entre doctos/especialistas y “profanos” se efectivicen, a partir de que los primeros logran la propia definición sobre los contenidos de trabajo y los criterios de ingreso, regulación y evaluación (Freidson, 1970).

Este efecto de objetivación legitima a su vez la distinción entre la función y la persona que la desempeña, esto es, la profesión es el cargo. Sin embargo, esto opera como un modelo típico ideal y varía, además, según cada conformación histórica y social. Por eso, sin negar dicha distinción, no se excluye la centralidad que los elementos de autoridad y liderazgo tienen tanto en los procesos de génesis de un campo profesional como de su desarrollo y maduración. Se trata así de otorgar a los individuos un lugar activo en tales procesos, prestando atención a sus estrategias, intereses, recursos y prestigio acumulados y puestos en juego en el proceso de su profesionalización. Por ende, por una parte, una profesión es un conjunto de posiciones definidas que gozan de una considerable estabilidad, permanencia y especificidad. Estas posiciones son independientes del personal que las ocupa. Por otra parte, una profesión es también el conjunto de individuos que en un momento determinado son reconocidos como miembros de ella, a través de los mecanismos de acreditación vigentes (Brunner, y Flisfisch, 1983).

Una distinción analítica orientadora para el análisis de los fenómenos profesionales es aquella que establece Freidson (1970) para analizar el caso

luchas en un momento determinado de la evolución histórica de dicho campo (Tenti Fanfani, 1988; González Leandri, 1997).

de la profesión médica y que remite a la diferencia entre las profesiones que podrían llamarse de “consulta” y las profesiones “científicas”, “doctas” o “eruditas”.

“Las primeras sobreviven prestando servicios destinados a resolver problemas prácticos a una variada clientela profana. Ellos deben atraer la confianza de la clientela, y el modo más efectivo de conseguirlo es proveyendo soluciones adecuadas a sus problemas. Las últimas pueden sobrevivir, de todos modos, simplemente si consiguen el interés y el patrocinio de un padrino poderoso, sin tener que ganarse la confianza popular general. Las profesiones científicas, doctas o eruditas pueden lograr su monopolio sobre el trabajo simplemente por la conjunción de la asociación profesional y el apoyo estatal. Las profesiones de consulta tienen que pasar por la prueba de la solución de problemas prácticos propuesta por su clientela profana” (Freidson, 1970: 38).

Asimismo, existen distinciones sustantivas entre las ciencias como profesiones y las demás ocupaciones que han logrado alcanzar un estatus profesional. Mientras éstas controlan su trabajo a través de la producción de habilidades, relativamente estables, que permiten concentrarse en los términos y condiciones que rigen su trabajo y uso, las ciencias tienden a la inestabilidad en los procesos de trabajo debido a su compromiso permanente y constitutivo con la innovación y la originalidad (Whitley, 1984).

Por eso, se apoyan en un sistema de retroalimentación y control del trabajo que consiste en la comunicación pública de resultados. A diferencia de otras profesiones, en la ciencia existe un control (colegiado o de “pares”) cotidiano y permanente sobre el trabajo realizado, debido a su compromiso permanente con la innovación y la originalidad (Whitley, 1984).

Generalmente se asume que la adquisición de habilidades profesionales garantiza competencia en la mayoría de las profesiones y, de este modo, los practicantes no necesitan demostrar su *expertise* mediante la comunicación permanente de sus éxitos a sus colegas. En la ciencia se debe mostrar aptitud para controlar, de maneras aprobadas, las áreas de incertidumbre. El grado de autonomía individual respecto al grupo profesional es por eso mucho más bajo en comparación con otros campos profesionales. En este sentido, la comunidad y la orientación mutua de las

ciencias es más fuerte que en ningún otro campo. Esta comunidad sólida, sin embargo, es mucho más competitiva y conflictiva de lo que parece y sus disputas tienen consecuencias sustanciales respecto a aquello que emerge como conocimiento científico (Whitley, 1984; Bourdieu, 1976).

Por su parte, la profesión académica –tipo particular de profesión científica- materializa el vínculo orgánico con el sistema educativo³⁶ y ha sido entendida mayormente como un sistema de asignación/distribución de prestigio en torno a habilidades y logros que refieren a prácticas y construcciones cognitivas, cuya valoración diferencial es realizada de un modo colegiado, a través del juicio de los pares o colegas.

Retomando entonces esta noción de profesión científica y académica (del tipo doctas) y de consulta, el caso de la investigación clínica incluye aspectos de ambas, delineando un perfil profesional combinado que al mismo tiempo, siguiendo a Camargo (2002), supone dos estilos de pensamiento; el de los investigadores y el de los practicantes.

1.4. El uso de la noción de tradición en la investigación clínica médica en contextos periféricos

Se ha establecido que la actividad científica se enmarca en tradiciones y, al mismo tiempo, en disciplinas y especialidades.

Ahora bien, en contextos de ciencia periférica (Kreimer, 2010) los desarrollos o cambios científicos por lo general no son endógenos, es decir, no conforman procesos de apertura de nuevas disciplinas y especialidades sino, antes bien, constituyen resignificaciones de tales procesos ocurridos en contextos centrales de producción científica, vía procesos de recepción. Por eso, en el marco de esta dinámica particular, el carácter cultural y localmente situado del agrupamiento científico y de sus prácticas, tan centralmente captados por el concepto de tradición, funcionan como los ejes orientadores más significativos para analizar la ciencia en contextos

³⁶ Los procesos de institucionalización de la ciencia moderna, como actividad social diferenciada con relativa autonomía, han estado históricamente en estrecha vinculación con el desarrollo y consolidación de las universidades científicas (de “nuevo tipo”), volcadas principalmente a la producción de conocimiento original, durante las últimas décadas del siglo XIX, particularmente en Alemania (Ben David, 1970). Uno de los contenidos centrales de tales procesos refiere a la profesionalización de la investigación, articulado con el surgimiento de la moderna profesión académica.

periféricos y su cruce singular entre el carácter universal y local del conocimiento.

A su vez, en términos políticos y cognitivos, este entrecruzamiento no es sino otro modo de expresar la relación entre producción periférica y central de la ciencia. La noción de tradición permite hacer aflorar en las actividades de producción y circulación de la ciencia no sólo sus determinaciones disciplinares sino también las geopolíticas (periferia – centro). Esto podrá observarse a lo largo de la conformación y el desarrollo de la “tradición Lanari” en los aspectos emulados de modelos institucionales de enseñanza y de organización asistencial y de investigación así como también en relación con las vinculaciones y filiaciones cognitivas entabladas con grupos pioneros como modos de legitimación y diferenciación en el ámbito local.

La noción de tradición sugiere una articulación o composición sobre la base de la conjunción de una multiplicidad de elementos de índole cognitiva y social. Este carácter compuesto también es una marca del objeto de esta tesis, la investigación clínica médica. Sobre la base de esta naturaleza afín consideré también la pertinencia de su uso.

Capítulo 2. Orígenes de la tradición: instituciones y prácticas

Así nace la investigación clínica; nace de gente que usa instrumentos de la investigación básica para la aplicársela a la investigación del ser humano. Se dan cuenta que no todo lo que se registra en el animal experimental, aún en los modelos ideales, es exactamente lo que ocurre en el ser humano y que vale la pena el esfuerzo de meterse a investigar en él. Es el pasaje no solamente de Lanari sino también de Taquini, de Orías. (Barousse Amadeo, Investigador del IIM, Sección Neumonología, 3º jefe, entrevista personal, 4 de marzo de 2009).

En este capítulo mi propósito es reconstruir las características distintivas de las prácticas de enseñanza, asistencia e investigación desarrolladas en el espacio de la clínica médica en Buenos Aires desde fines del siglo XIX hasta la mitad del siglo XX. Ello se vincula con la intención de describir y comprender el mapa de antecedentes de las tradiciones clínicas (Castex y Vaccarezza) y experimentales (Houssay) de las cuales se nutrió Lanari. Dichos antecedentes conforman referentes, espacios institucionales, modelos organizacionales y prácticas de trabajo docente, asistencial y de investigación, atravesados por tensiones y cambios fundamentales que ocurrieron en la disciplina durante esos años.

2.1. La clínica médica y la investigación I: 1820-1910

La literatura local que ha abordado el análisis del ámbito clínico médico, principalmente durante el siglo XIX y la primera década del XX, ha establecido momentos de ruptura para su ordenamiento, tomando en consideración transformaciones en las prácticas e instituciones médicas ocurridas en el contexto local y en el plano cosmopolita de la disciplina. Así, se han sistematizado los siguientes 3 períodos: 1º) entre 1822 y 1875; 2º) entre 1875 y 1883 y 3º) entre 1883 y 1910.

El período que transcurrió entre 1822 y 1875 fue caracterizado por la preeminencia de una práctica médica privada y de corte libresco, constituyéndose la clínica médica como un ámbito de actuación

monopolizado por “la élite de la élite”. Los grupos que intervenían en él orbitaban en las más altas posiciones en la jerarquía de poder de la estructura social argentina y de la profesión médica. Estos rasgos permitieron concebir a dicha elite en términos de un actor político, la “corporación médica” (González Leandri, 1997).

Asimismo, la práctica médica estuvo volcada hacia la atención privada, propio de un clásico ejercicio liberal de la profesión médica. En este marco, la presencia de los médicos en el ámbito hospitalario como espacio de entrenamiento y formación profesional quedaba contemplada sólo en un plano formal y reglamentario. Esta dinámica se correspondía, a su vez, con un sistema de enseñanza y aprendizaje de la medicina asentado sobre una modalidad meramente teórica, basada en la transmisión oral y de un saber libresco (Souza, 2005). A partir de 1871, esta configuración médica comenzó a recibir las primeras embestidas a partir de un conjunto de cuestionamientos provenientes de los sectores estudiantiles de la época. El foco de su crítica fueron las prácticas y modalidades de enseñanza prevalecientes en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, caracterizadas como obsoletas y atravesadas por relaciones de clientelismo docente (Halperín Donghi, 1962).

El segundo período, entre 1875 y 1883, se identificó con los años durante los cuales comenzaron a emerger demandas de renovación de la enseñanza y de las prácticas médicas, a partir de la introducción del aprendizaje práctico en el hospital como base científica para la experiencia clínica (Souza, 2005).

En 1875 se originó un movimiento de renovación científico y político con estudiantes avanzados y graduados jóvenes de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, fundando el Círculo Médico Argentino (CMA). Según Souza (2005) el programa científico y político del CMA implicaba un conjunto de elementos innovadores: 1) una nueva imagen de la relación entre el médico y la naturaleza, donde ésta dejaba de ser representada mediante el saber libresco y pasaba a serlo a través de la observación y experimentación con el cuerpo y el material humano, 2) la revalorización del dispositivo hospitalario y del paciente, como espacio y objeto, respectivamente, de la experiencia clínica y de los procesos de

aprendizaje y enseñanza médicos y, 3) una consecuente renovación en la concepción pedagógica y política que ubicaba a los miembros del CMA en el escenario de disputa interno de la Facultad.

Esta renovación generacional implicó un giro de identificación hacia referentes de las ciencias médicas alemanas en lo que respecta a sus modelos institucionales, volcados a la investigación (modelo humboldtiano de universidad) en contraposición al modelo francés, napoleónico y volcado a la producción de profesionales, imperante en la universidad argentina desde sus comienzos (Halperín Donghi, 1962), y del cual, en particular “las ciencias médicas francesas fueron el modelo admirado por la Corporación Médica local” (Souza, 2005:117).

Los años que transcurrieron entre 1883 y 1910 recortaron un tercer período cuyos rasgos más destacados fueron, por un lado, la introducción y la estabilización de la anatomía patológica³⁷, como base de la enseñanza práctica de la medicina, y la institucionalización del hospital como lugar para la experiencia clínica (Souza, 2005). En forma simultánea, por otro lado, se iniciaba su modificación por la emergencia y expansión de la microbiología y la fisiología, las cuales venían a configurar nuevas bases científicas para la medicina (Buch, 2006).

Estos años comprenden el período de consolidación de una mirada clínica asentada sobre la enseñanza y aprendizaje de la medicina basada en la confrontación empírica y la observación, a partir de la creación del Hospital de Clínicas como hospital escuela dependiente de la universidad en

³⁷ El pensamiento clínico que prevaleció dentro del modelo médico en Europa desde principios del siglo XIX, fundó dos estilos intelectuales distintos hacia 1850: la mirada médica anatomopatológica y la mirada médica fisiopatológica (Lain Entralgo, 1978). Desde mediados del siglo XIX ambas miradas legitimaron experiencias de trabajo distintas en la práctica médica, dando lugar a diferentes nociones de enfermedad y, por ende, de normalidad y patología. Bajo la mirada anatomopatológica, en el estudio de la enfermedad ocupaba un lugar central la lesión anatómica. Bajo su influencia, se consolidó la experiencia médica “al pie de la cama” siguiendo la evolución de las patologías en el cuerpo del paciente (Lain Entralgo, 1978). En cambio, la fisiopatología entendía a la enfermedad como un desvío comprobable por vías positivas del proceso material y energético en que consiste la vida. El estudio de estas funciones precisaba de la colaboración de las ciencias básicas, quitándole centralidad al conocimiento de las lesiones anatómicas. El modelo clásico de pensamiento clínico implicó la hegemonía intelectual de la mirada anatomopatológica, siendo la fisiopatología un estilo subordinado cuya influencia y autoridad en la disciplina médica comenzó a tener peso hacia fines del siglo XIX (Canguilhem, 1971; Foucault, 1963).

1883 (Souza y Hurtado, 2008).³⁸

Asimismo, durante esos años se produjo también la creación y ampliación de las Cátedras de Clínica Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, cuyas dinámicas de trabajo se asentaron poco a poco en el interior del espacio hospitalario (en el Hospital de Clínicas principalmente).³⁹ A partir de 1880 se inauguraron tres nuevas Cátedras: la Segunda, Tercera y Cuarta Cátedra de Clínica Médica –en 1887, 1896 y 1898 respectivamente- (Masnatta, 1978).

Este proceso se completó con el nuevo plan de estudios que se dictó en dicha Facultad durante 1887, el cual implementó por primera vez la enseñanza de la anatomía patológica. Su dictado fue encargado a Telémaco Susini, quien también pasó a dirigir el Instituto anexado a la cátedra correspondiente (Prego, 1998; 2001).

La anatomía patológica realzaba la importancia del estudio y de la observación sobre el cuerpo del paciente en la sala clínica y, a su vez, la observación de las manifestaciones *postmortem* de las patologías (es decir el trabajo con materiales tales como autopsias). El estudio metódico de la

³⁸ Souza (2005) piensa este período como el de la conformación de la clínica nacional, en paralelo al del Estado Nacional. Con la federalización de la ciudad de Buenos Aires en 1880, la universidad también había pasado a manos del gobierno nacional a comienzos de 1881 mediante la ley Avellaneda. Esta normativa, confeccionada entre este año y 1885, surgió como un modo de buscar marcos institucionales universitarios para la nueva configuración nacional, persiguiendo normalizar la vida universitaria a partir de una ley homogénea que diera disposiciones generales a la Universidad de Córdoba y de Buenos Aires para dictar sus estatutos (Halperín Donghi, 1962). Los elementos centrales de la ley fueron la composición de las facultades y la modalidad de ocupación de los cargos docentes titulares. Al respecto existieron dos concepciones contrapuestas. Por un lado, aquella que otorgaba al Poder Ejecutivo Nacional (PEN) la capacidad de decisión de los cargos titulares a partir de una terna que la propia Facultad elevaba al Consejo Superior, y luego una vez aprobada allí, era presentada al PEN, donde se tomaba la decisión final. Por el otro lado, la otra impulsaba la realización de concursos como una estrategia para preservar un margen mayor de autonomía del poder político. La primera de estas dos modalidades fue la que triunfó y se plasmó en el cuerpo de la ley. Así, el poder central se reservaba capacidades importantes sobre la vida universitaria sin afectar algunos intereses importantes de la corporación docente, como permite apreciar la vida interna de la Facultad de Medicina durante este período (Halperín Donghi, 1962).

³⁹ La cátedra clínica con base en el hospital demuestra una complejización de la división intelectual del trabajo, en el mismo momento en que el hospital pasó de los márgenes al centro de la profesión médica. Desde el punto de vista del alumno, tal división del trabajo consolidaba una jerarquía profesional que se iniciaba desde los últimos años de la carrera. Esta jerarquía puede apreciarse en la reglamentación del trabajo de practicantes mayores y menores, así como en el de jefe de disectores. Ambos puestos eran de capital importancia en el funcionamiento de las cátedras clínicas. Los primeros, sobre todo, constituían el nexo para los alumnos interesados en la investigación médica y en la docencia universitaria (Souza, 2005).

relación entre el cuadro clínico y el cuadro necrótico de caso permitía diferenciar lo meramente anormal de lo patológico y analizar los cambios inducidos en los órganos por diferentes enfermedades (Lain Entralgo, 1978).⁴⁰ La puesta en práctica de este paradigma médico con la inauguración del Hospital de Clínicas como lugar de entrenamiento médico puede valorarse también como la concreción de las demandas de renovación que había movilizó el CMA (Souza, 2005).

Por su parte, el ingreso de las ciencias básicas en la enseñanza y las prácticas de investigación en medicina tuvieron su expresión institucional y sus referentes en el medio local.⁴¹ En el caso de las especialidades microbiológicas, tales como la bacteriología y parasitología, se desarrollaron en el conglomerado estatal en formación, en el Departamento Nacional de Higiene, creado en 1880, y luego 3 años más tarde dentro de la Oficina Sanitaria Argentina, dependiente de dicho Departamento (Estébanez, 1996).⁴² En cambio, la fisiología se radicó más tarde y lo hizo

⁴⁰ Asimismo, bajo esta mirada adquirió fuerza la semiología, esto es, el área de conocimiento del paciente basada en los sentidos –el tacto, la auscultación, el olor, la escucha, la mirada- como guía para el diagnóstico, el tratamiento del enfermo así como también para el entrenamiento y formación de nuevos médicos. Ello se producía a través de la recolección de signos clínicos, su clasificación (la conformación de la historia clínica como registro fundamental) y la confección de casuísticas (estudios de caso). Por entonces, la medicina clínica se fundaba en tales prácticas (Lain Entralgo, 1978).

⁴¹ A partir de 1850, la medicina clínica comenzó a verse influida por otra mirada, aquella que privilegiaba el trabajo de laboratorio así como la relación con las ciencias físico naturales, tales como la química y la biología. Ésta fue la fisiología. Su aplicación al estudio de las patologías en la medicina, la fisiopatología, aportó una distinta concepción de la enfermedad, reconfigurando al síntoma como un proceso energético, un sistema de trazados y gráficos y resultado de un proceso químico. Ello permitía ver la enfermedad como un proceso continuo y medible (Lain Entralgo, 1978). Durante estos años se dio, en paralelo, la introducción de las prácticas experimentales en medicina, desde la fisiología, auspiciada por Claude Bernard (Canguilhem, 2009 [1965, 1988]), y a partir del desarrollo de la microbiología, en Francia, con el modelo de investigación inaugurado por Louis Pasteur y, en Alemania, el iniciado por Robert Koch. A partir de ellos, quedó demostrada la teoría microbiana de la enfermedad, dando sepultura definitiva a la teoría humoral y convirtiendo “el arte de la medicina en una ciencia” (Latour, 1988). Desde las últimas dos décadas del siglo XIX, los conocimientos y técnicas de la fisiología y la microbiología pasaron a constituir el basamento científico central de la enseñanza y la práctica médicas, ocupando el lugar que hasta entonces había tenido el saber anatomopatológico (Canguilhem, 1971; Foucault, 1963).

⁴² Estas dos creaciones fueron las bases institucionales sobre las cuales se inauguró, en 1916, el Instituto Bacteriológico (más tarde conocido como “Instituto Malbrán”), en el cual se introdujeron las prácticas bacteriológicas en la Argentina. Así, mientras la bacteriología se ubicó y desarrolló mayormente en ligazón con los intereses y problemas propios de las políticas públicas de salud, como ciencia aplicada, la fisiología fue el modelo de ciencia básica que prosperó en el entorno académico (Buta, 1996).

principalmente dentro del ámbito de la universidad, siendo sus referentes, Houssay y el Instituto de Fisiología -a partir de 1919- (Buch, 2006).

Así, en el desarrollo de la medicina durante el siglo XIX se han distinguido estos 3 momentos, según cambios ocurridos en las prácticas de asistencia, enseñanza y de investigación a partir de la irrupción de nuevos paradigmas cognitivos y sus correspondientes transformaciones en los espacios institucionales locales destinados para su desempeño.

Similares criterios están puestos en juego cuando identifico y distingo un cuarto y quinto momento para los años que transcurren durante la primera mitad del siglo XX: 4°) entre 1910 y 1930, en el cual la fisiología y la clínica médica se bifurcan, creándose los primeros institutos de investigación y asistencia clínica y 5°) entre 1930 y 1957, cuando ocurre un incipiente reencuentro entre aquéllas, a partir de nuevas plataformas institucionales del ámbito clínico.

Durante el cuarto período se creó uno de los primeros institutos de investigación y asistencia clínica, el Instituto Modelo de Clínica Médica, en paralelo con la conformación y el crecimiento del Instituto de Fisiología, dirigido por Houssay. En este contexto de emergencia, diferenciación y estabilización de la fisiología, los intercambios y vinculaciones entre los grupos e institutos de clínica médica y de fisiología fueron casi nulos, prevaleciendo desarrollos por separado para cada una de estas vertientes médicas locales.

En cambio, fue a partir de los años comprendidos dentro del quinto período que dicha bifurcación comenzó a revertirse a partir de que algunos médicos se volcaron al trabajo dentro del ámbito de la clínica médica asistencial y de investigación experimental, liderando la creación de un conjunto de institutos cuyas misiones y objetivos se establecieron sobre la conjunción de actividades de tal naturaleza. Tales médicos fueron Alberto Taquini, Alfredo Pavlovsky, Rodolfo Pasqualini, Norberto Quirno y Alfredo Lanari, quienes no sólo compartieron los años de formación de grado sino también visiones y acciones sobre la profesión médica y su ejercicio en la investigación, la docencia y la asistencia. Por eso, conformaron un conjunto al cual denominé la “generación de 1930”. Sin embargo, como se verá luego, la conjunción de la mirada clínica con la fisiológica y la imbricación

de investigación, asistencia y docencia clínica obtuvieron su máximo exponente en la “tradición Lanari” y su institucionalización en el IIM en 1957.

2.2. La clínica médica y la investigación II: 1910-1957

2.2.1. 1910-1930. Fisiología y clínica médica: senderos que se bifurcan.

Las transformaciones que atravesaron la medicina y la práctica clínica de entresiglo, con la introducción de la anatomía patológica, la medicina de laboratorio y los nuevos medios y tecnologías diagnósticos –tales como la radiología y el microscopio a fines del siglo XIX-, son sistematizadas en términos de tres movimientos: el paso de la “medicina de cabecera” a la “medicina hospitalaria” (de lo “privado” a lo “público”) y al nacimiento de la “medicina de laboratorio” (Nájera Morrondo, 2006; Löwy, 2002; Foucault, 1963).

La velocidad con la cual ocurrió la introducción de estos cambios en los diferentes contextos nacionales se dio en forma entrelazada con transformaciones en los modos de formación y entrenamiento médicos, cuyos contenidos y modalidades se plasmaron en específicas reformas de planes de estudio, orientaciones y modelos de la enseñanza médica.

Así, a partir de 1910 este viraje de la clínica médica desde el paradigma anatomopatológico hacia el de las ciencias básicas (la fisiología) y de laboratorio se plasmó en una serie de reformas producidas en la enseñanza médica de las universidades estadounidenses, a raíz del “informe Flexner”. Este informe fue el resultado del trabajo que la Fundación Carnegie le había encargado a Abraham Flexner sobre el estudio de la enseñanza de medicina en las universidades americanas. Por entonces, ésta se percibía con un bajo nivel en comparación a la que se impartía en los países europeos de vanguardia (*Medicina*, Editoriales, 1960).

Flexner fue alumno de la *John Hopkins University*, donde tenía importancia prioritaria el trabajo experimental y estaba deslumbrado con el modelo germánico de universidad que destacaba el fundamento científico de la medicina. Justamente ese conformó el eje de su innovación: la consideración de la medicina apoyada en las ciencias básicas y, por ende, la

importancia de éstas en la formación del médico (De Asúa, 1984).

En este marco, las escuelas de medicina de los Estados Unidos sufrieron una importante transformación en su estructuración organizacional y pedagógica: se crearon departamentos, se incentivó la enseñanza y la investigación en ciencias básicas y se incorporó el hospital para ser utilizado como campo fundamental de adiestramiento clínico. Estos cambios comenzaron en *John Hopkins* y luego se extendieron a las restantes escuelas de medicina americanas (*Medicina*, Editoriales, 1960).

La influencia del informe Flexner se extendió (consolidándose prácticamente sin cuestionamiento) hasta la segunda mitad del decenio de 1940, cuando surgió en la Escuela de Medicina de la Universidad de *Western Reserve* (Cleveland, Ohio), el concepto de enseñanza integrada de las ciencias básicas.

La reforma iniciada en dicha Universidad se extendió rápidamente a otros contextos nacionales y espacios institucionales con diferentes ritmos y niveles de profundidad (De Asúa, 1984). Así, para definir la enfermedad pasó a resultar insuficiente el conocimiento exhaustivo de la anatomía practicada sobre el material de cadáveres y, en cambio, el análisis de las funciones del órgano en el conjunto del organismo empezó a ser una pieza fundamental. Esta transformación teórica en la disciplina gradualmente se fue plasmando en las prácticas de los médicos, en sus nuevas orientaciones de trabajo y elección de campos de problemas de investigación, así como en los métodos, técnicas y procedimientos de observación de los fenómenos de la salud y enfermedad humanos. Asimismo, dichas transformaciones se registraron en los planes y organización de las escuelas de enseñanza médica en paralelo al cambio de hegemonía de la medicina francesa por la alemana y la norteamericana (De Asúa, 1984).

En el medio local, los impulsores de la fisiología se orientaron a consolidar su posición y ganar terreno en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, configurando la base científica de la medicina a partir de la fisiología y las prácticas experimentales (Buta, 1996). Este posicionamiento tuvo por resultado una fuerte diferenciación de quienes optaban por la clínica médica, dándose a partir de entonces una marcada bifurcación entre la tradición experimental, encabezada por

Houssay, y la clínica médica, por entonces en manos de Luis Agote como referente –y pocos años más tarde por Mariano Castex también-, en el ámbito académico principalmente:

“En la Argentina, en la segunda mitad de la década de 1910 la investigación en general, y la fisiología en particular, comenzaron a diferenciarse crecientemente de la clínica. La investigación debía ser una práctica autónoma, con una lógica y unos objetivos propios, independientemente de los usos que pudieran darse a sus hallazgos. La fisiología comenzó a ser pensada a partir de aquí, en algunos ambientes, como una disciplina (Buch, 2006: 166) (...) La ciencia y la clínica implicaban actividades netamente diferentes (...) No hay aún la suficiente compenetración entre clínicos y fisiólogos. Suelen atribuirse, fatuamente, a sí mismos, diversas superioridades y señalar defectos en los otros” (Buch, 1994: 260).

2.2.1.1. Bernardo Houssay y el Instituto de Fisiología

Detrás del impulso y la creación del Instituto de Fisiología estuvo quien fuera decano de la Facultad de Ciencias Médicas durante 1919 y 1920, Alfredo Bartolomé Lanari⁴³.

Su funcionamiento inicial se organizó sobre una plataforma previa, la perteneciente a la cátedra de Fisiología y al laboratorio de Fisiología, a las cuales se les anexó las cátedras y los laboratorios de Física y Química.⁴⁴ El

⁴³ Padre de Alfredo Lanari, ocupó un lugar significativo en la medicina argentina de las dos primeras décadas del siglo XX. Discípulo de Jaime Costa, desde 1909 estuvo al mando del Instituto de Fisioterapia, donde dictó Física Médica. Fue elegido Decano de la Facultad de Medicina en mayo de 1919 -y posteriormente en 1927 hasta 1929-, dando lugar con su mandato de tres años a un conjunto de transformaciones: la implantación efectiva de la docencia libre en la Facultad, la limitación de la edad dentro de la cual los profesores estaban en condiciones para dictar clases y la modificación del plan de estudios. Entre los principales cambios, el nuevo plan redujo la enseñanza de la anatomía descriptiva y realzó el lugar de las ciencias básicas con la creación del Instituto de Fisiología (Buch, 2006: 192-193) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo Bartolomé, 8719).

⁴⁴ Si bien se ha señalado que el momento decisivo del desarrollo de las prácticas experimentales fue a partir del acceso de Houssay a la dirección de la cátedra de Fisiología y de la creación del Instituto en 1919 (Buch, 2006), también se ha resaltado la existencia de una plataforma previa a dichos desarrollos (Prego, 1998; Buta, 1996). Ésta refiere a un conjunto de prácticas, figuras predecesoras y a una cultura de laboratorio en gestación que rebasaba el espacio de la cátedra de Fisiología: incluía las cátedras de Física Médica, Química Biológica, Fisiopatología Experimental, Anatomía Patológica y posteriormente Microbiología/Bacteriología, todas con eje en una rearticulación de la enseñanza y práctica de la medicina con base en las ciencias básicas (Buta, 1996; Prego, 1998). En 1897, en la cátedra de Fisiología, a cargo de José Astigueta, se organizaba el primer Laboratorio de Fisiología. A raíz de su fallecimiento fue Pedro Coronado quien inauguró el Laboratorio de

personal técnico y administrativo, las asignaciones presupuestarias y el equipamiento de los laboratorios de Fisiología, Física Médica y Química Biológica pasaron a formar parte del recién creado Instituto de Fisiología (Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo Bartolomé, N° 8719).

La voluntad de Alfredo Bartolomé Lanari por motorizar la inauguración de un Instituto con tales características, en el seno de la Facultad de Ciencias Médicas, era subsidiaria de al menos dos procesos.

Por un lado, se vinculaba con un “aire de época” de cambios que venían aconteciendo en la disciplina desde las últimas dos décadas del siglo XIX, esto es, el viraje desde el paradigma anatomopatológico al de la fisiología como nueva base científica para la medicina.

Por el otro lado, se insertaba en un contexto de profundas y aceleradas transformaciones locales, tanto en el plano de la enseñanza, del gobierno como de la estructuración de una carrera académica en la universidad argentina.⁴⁵ En el nivel de la Facultad de Ciencias Médicas, estos procesos de cambio se plasmaron en el diseño de un nuevo plan de estudios, en la circulación de ideas y prácticas de ejercicio profesional renovadoras que retomaban viejas prédicas difundidas por el grupo del CMA:

“Las nuevas orientaciones universitarias van desterrando

Fisiología Experimental en 1898 (Buta, 1996; Prego, 1998).

⁴⁵ Estos acontecimientos formaron parte de la “Reforma del 18”. Primer cuestionamiento de envergadura a la universidad latinoamericana tradicional, ésta ha sido analizada desde dos perspectivas bien diferenciadas: desde las transformaciones internas, es decir, desde el punto de vista de la reestructuración universitaria (Buchbinder, 2000) y desde sus conexiones con los cambios en la estructura social y las transformaciones políticas, culturales y económicas que estaban ocurriendo en la sociedad del centenario en la Argentina (Ciria y Sanguinetti, 1968; Portantiero, 1978). Me referiré sólo a las transformaciones “internas” ya que son las que tienen sentido con lo ocurrido en la Facultad de Medicina. El programa de la Reforma se centró en dos elementos centrales: el gobierno y la enseñanza universitaria. El primero involucró la discusión sobre la cuestión de la autonomía universitaria, es decir, la independencia organizativa. Esto supuso el comienzo del dictado de reglas propias –estatutos- con modos de control y de autorregulación bajo criterios académicos, instaurando el cogobierno, con la participación de los estudiantes, los profesores de todas las categorías y los diplomados inscriptos –egresados-. Con respecto a la enseñanza, la Reforma implicó el comienzo de un proceso de estructuración de una carrera académica y la instauración de la docencia libre, la libertad académica y la promoción del reemplazo de clase magistral por clases prácticas (Tünnermann, 2008). Otra de las proclamas nucleares de la Reforma fue la extensión social, entendiendo por ella la conexión entre las actividades y productos de conocimiento de la universidad con las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto.

gradualmente la educación médica de tipo libresco, procurando desarrollar en los alumnos la capacidad de observar y hacer crítica científica, enseñándoles más que nada los métodos de aprender, ya que está universalmente aceptado que un hombre vale más por lo que puede y está preparado para hacer, que por lo que dice o repite. Para formar el verdadero tipo universitario, es necesario que la escuela ofrezca una gradación de estudios que vayan desde la enseñanza fundamental para estudiantes que los capacite estrictamente para abordar los problemas médicos, hasta los cursos superiores de especialización y de investigación que permiten a quienes desean seguirlos colaborar en la solución de problemas científicos. Estos altos propósitos ya universalmente aceptados y llevados a la práctica en todos los países europeos y algunos americanos, sólo puede cumplirse con la creación de Institutos de enseñanza e investigación. He pensado que uno de los primeros a crearse por las necesidades primordiales que debe llenar tiene que ser el Instituto de Fisiología, materia básica esencial en la medicina que familiariza al estudiante con los métodos modernos de investigación, experimentales” (Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo Bartolomé, N° 8719).

Asimismo, Alfredo Bartolomé Lanari estimaba que con la apertura de un Instituto de Fisiología podía abrirse la posibilidad de la imbricación y utilidad de su campo de problemas, sus métodos, procedimientos y técnicas con el del campo de la clínica, tanto en investigación, como en actividades de diagnóstico y tratamiento:

“La fisiología ha experimentado grandes progresos que es necesario dar lugar a que su enseñanza influya como debe en mejoramiento de los estudios y sobre todo en la investigación clínica, la clínica moderna recibe interesantes adelantos de la aplicación de los conocimientos y métodos fisiológicos. Por ejemplo, el estudio químico y fisiológico de las glucemias, inmunología, los estudios sobre el metabolismo, las adquisiciones de la fisiología nerviosa, han ampliado y mejorado los conceptos clínicos y los métodos de diagnóstico y tratamiento” (Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo Bartolomé, N° 8719).

En este marco de ideas, el 8 de agosto de 1919 se inauguró el Instituto de Fisiología. Pero este año no sólo fue significativo por esta

creación institucional sino también por el famoso y controversial concurso abierto para ocupar el cargo de titular de la Cátedra de Fisiología -ante el fallecimiento de quien la dirigía, Horacio Piñero- en el cual Houssay se consagró ante su competidor, Frank Soler.⁴⁶

Houssay, siendo estudiante, había ingresado a la Cátedra de Fisiología en 1907, en calidad de ayudante. Se recibió de farmacéutico en 1904 y de médico en 1911. En 1913 ya dictaba Fisiología en la Facultad de Agronomía y Veterinaria, siendo titular de dicha materia. Si bien ejerció en el terreno médico asistencial algunos años (fue Jefe de Sala del Hospital Alvear) y luego desempeñó su ejercicio profesional público en el Instituto Bacteriológico, rápidamente lo abandonó para dedicarse exclusivamente a la investigación científica (Buch, 1994).

Según Cueto (1994), dos fueron las influencias más significativas que orientaron la carrera científica de Houssay: Horacio Piñero y Rudolf Kraus. El primero, fue su referente y maestro local siendo titular de la Cátedra de Fisiología cuando ingresó como su ayudante en 1907. Con el segundo, Houssay trabajó entre 1915 y 1919 en el Instituto Bacteriológico.⁴⁷

Houssay desarrolló como director del Instituto un “estilo de laboratorio”⁴⁸, basado centralmente en un sistema de “monitores”. Éste consistía en una dinámica por la cual grupos de estudiantes con muy buen nivel de preparación académica aliviaban el trabajo docente de los

⁴⁶ Esta consagración significó algo más que la competencia en este plano individual. Supuso una ruptura en el nivel de “los criterios prevalecientes en la definición de una sucesión académica: se trató de la elección de un investigador en sustitución de criterios que se fundamentaban, hasta ese momento, centralmente en la antigüedad” (Buch, 1994: 162).

⁴⁷ El Instituto Bacteriológico fue inaugurado en 1916. Rudolf Kraus, bacteriólogo austríaco, fue contratado para organizar su creación. Desde sus inicios, se constituyó como un instituto con funciones técnico-sanitarias, siendo sus misiones centrales la preparación de sueros y vacunas, la investigación sobre enfermedades autóctonas y el control del uso de insecticidas y desinfectantes. Kraus diseñó 5 secciones para el Instituto. Al frente de la sección de zoología, colocó al brasileño Arturo Neiva; la sección de físico-química, estuvo a cargo de Alfredo Sordelli; otra sección de estudio experimental de cáncer, en manos de Ángel Roffo; una sección de terapia experimental, dirigida por él también y, la última, de patología y organoterapia, al frente de Houssay (Estébanez, 1996).

⁴⁸ Cueto (1994) realiza una aproximación analítica al modo en que la ciencia opera en América Latina, identificando los elementos que distinguen sus dinámicas locales, a través del estudio de los estilos de laboratorio. Para el caso que él estudia, la fisiología argentina, considera que Houssay logró su desarrollo en condiciones sociales poco favorables –con escasos recursos de financiamiento e inexistentes condiciones institucionales para la investigación– mediante la creación de un “estilo de laboratorio”, que afianzó y extendió más tarde, a través de sus discípulos, a diferentes espacios institucionales en la Argentina.

investigadores formados, sobre la base de remuneraciones muy bajas o con cargos ad honorem, colaborando en la supervisión de los experimentos y asistiendo a los investigadores principales. Éste conformaba un mecanismo de reclutamiento escalonado de los estudiantes que demostraban mayor talento, quienes eran incorporados en este sistema de jerarquías del trabajo docente y de investigación al interior de la cátedra y del laboratorio (Cueto, 1994).

Otros elementos que caracterizaron este estilo fueron: el poco uso de tecnología (con bajos presupuestos y poco equipamiento); una dinámica de trabajo intensivo; un montaje de sistemas de experimentación que maximizaba los tiempos, multiplicaba el número y variedad de animales con los cuales se trabajaba y producía una variedad de campos de problemas de conocimiento donde realizar publicaciones científicas; una aproximación holística a la fisiología y la elección deliberada de áreas de investigación endocrinológica en las que la competencia internacional era escasa (Cueto, 1994).

Antes de ocupar la plaza titular de la Cátedra y del Instituto de Fisiología, si bien su interés central de investigación fue sobre la acción de la hipófisis (su tema de tesis) también trabajó en el estudio del pulso nervioso, estimulantes hormonales y la acción del veneno de diferentes animales (tales como víboras y arañas) en perros, gatos y caballos.⁴⁹ Los intereses y líneas de investigación en el Instituto, siempre orientadas y monitoreadas por el mismo Houssay, fueron de variado tipo. Durante la década de 1920, se concentró en el estudio de la hipófisis y desarrolló un programa de investigación centrado en los mecanismos de secreción de la adrenalina –la cual, hacia mediados de la década fue interrelacionada con la investigación sobre los mecanismos de regulación de los hidratos de carbono-. El estudio de la hipófisis hizo foco en su vinculación con la diabetes *mellitus* (un desorden producido por la incapacidad del cuerpo humano para metabolizar carbohidratos) (Buch, 2006).

⁴⁹ Tanto en estos momentos como luego se verá en las investigaciones experimentales llevadas a cabo en el IIM por parte de Lanari los modelos experimentales utilizados eran los perros, gatos y conejos. Recién entre finales de 1960 y 1970 el ratón fue el modelo que los reemplazó. Ello fue fruto, en parte, del surgimiento de regulaciones éticas que restringieron la experimentación con dichos animales.

A partir de 1923, Houssay y su grupo experimentaron con insulina en perros -a los que se les había quitado la hipófisis-, demostrando que la diabetes podía ser producida en estos animales inyectándoles hormona de crecimiento. Postularon que en el origen de la diabetes intervenía más de un órgano, lo cual contribuyó a reconceptualizar la diabetes *mellitus* en términos de una enfermedad metabólica del equilibrio endocrino. Durante los años 30, el grupo de Houssay repitió el estudio en otros mamíferos, peces, anfibios y reptiles, confirmando que la ausencia de la hipófisis aliviaba los síntomas de la diabetes. Para los años 40, el Instituto era una parte central de la Facultad de Medicina, con un *staff* de 130 instructores que enseñaban fisiología, bioquímica y biofísica a más de 800 alumnos. Si bien trabajó en varias líneas de investigación, su mayor inversión fue sobre la relación entre la hipófisis y la diabetes, por lo cual obtuvo el Premio Nobel en Medicina en 1947, precisamente por el descubrimiento del papel de la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis sobre el metabolismo de los hidratos de carbono (Cueto, 1994).

Los discípulos de Houssay desarrollaron líneas de investigación que se desprendían de los temas iniciados por él. Así, Juan Lewis trabajó sobre la influencia de la excitación emocional en la secreción de la adrenalina y del corazón denervado como un indicador de la actividad del nervio simpático. Oscar Orías se concentró en el estudio del uso de instrumentos para la grabación gráfica del registro de la actividad cardíaca. Luis Federico Leloir⁵⁰ investigó sobre el metabolismo de los hidratos de carbono y suprarrenales. Eduardo Braun Menéndez, Juan Fasciolo y Alberto Taquini indagaron acerca de la hipertensión renal y el primero de éstos, junto a Alfredo Lanari, estudió la relación entre los riñones y la adrenalina en la presión sanguínea (Buch, 2006).

⁵⁰ De todos los discípulos de Houssay, el nombre de Leloir se destaca inevitablemente dado que fue Premio Nobel de Química en 1970. Leloir se recibió de médico en 1932 y ejerció la profesión asistencial por poco tiempo, orientándose rápidamente en forma exclusiva hacia la investigación básica. Luego de realizar, bajo la tutela de Houssay, su tesis doctoral “Suprarrenales y metabolismo de los hidratos de carbono”, se perfeccionó en Cambridge, en el laboratorio de bioquímica de Hopkins (premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1929). A su regreso al país, con J. Muñoz investigó sobre la oxidación de ácidos grasos en el hígado y participó con otros discípulos de Houssay en las investigaciones sobre hipertensión renal que describió el sistema renina-angiotensina –sobre el cual luego me referiré en particular- (Nachón, 2000).

Otro rasgo del estilo de laboratorio puesto en práctica por Houssay fue el de una orientación estratégica hacia una alianza estable y perdurable, en un mediano plazo, con la Fundación Rockefeller.⁵¹ El propósito no era otro que el de asegurarse los recursos para formar y entrenar a sus discípulos con los referentes más prestigiosos y reconocidos de la fisiología y la endocrinología, principalmente en los Estados Unidos (aunque también en otros lugares, como fue el caso de Luis Federico Leloir en Cambridge, Inglaterra).⁵²

En el marco de la denominada revolución de 1943⁵³, el gobierno de facto dejó cesantes a Houssay, Lewis, Orías, Leloir y Castex, entre otros, ante su solicitud de retorno a un régimen democrático.

Ante esta situación, Houssay y sus discípulos, Oscar Orías y Juan Lewis, más dos jóvenes, Virgilio Foglia y Eduardo Braun Menéndez, decidieron crear un centro de investigación privado donde pudieran realizar sus trabajos con relativa estabilidad y autonomía en el contexto de interrupción e inestabilidad política y social que vivía el país por entonces.

Este centro autónomo se denominó Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME). Durante sus primeros años fue financiado mayormente con aportes privados provenientes de fundaciones locales y gracias a la ayuda de amigos de Houssay. A partir de 1944 y hasta 1947⁵⁴, la

⁵¹ La promoción del desarrollo del estilo científico estadounidense en la Argentina ocupaba un lugar central en el interés y apoyo brindado por esta Fundación, la cual buscaba “trasplantar el modelo académico americano” en América Latina mediante un “desarrollo imitativo” (Cueto, 1994: 238-239).

⁵² La reinscripción en el país de sus primeros discípulos, Lewis y Orías, luego del entrenamiento en los Estados Unidos, con Walter Cannon y Carl Wiggers respectivamente, se enfrentó con un sistema universitario sin posiciones *full time* y con los obstáculos que ello suponía para un desempeño profesional académico de investigación. Ante esa situación, Houssay desplegó “estrategias de diversificación provincial”. Lewis fue el primer docente *full time* de Fisiología y del Instituto creado en tal disciplina en la Universidad del Litoral, en 1931. Orías, en 1934, ocupó la vacante de Fisiología en la Universidad de Córdoba (Cueto, 1994).

⁵³ Se conoce como revolución del 43 en la Argentina al golpe militar producido el 4 de junio de ese año que derrocó al gobierno fraudulento de Ramón Castillo. Asimismo, se incluye la serie de gobiernos militares que resultaron del mismo hasta la asunción del gobierno electo de Juan Perón el 4 de junio de 1946. Tres presidentes se sucedieron en el mando durante la Revolución del 43: los generales Arturo Rawson, Pedro Pablo Ramírez, y Edelmiro Farrell (Troncoso, 1976; Potash, 1981).

⁵⁴ En este año, el industrial Jaime Campomar ofreció a Houssay crear un instituto de investigaciones básicas en el campo de la bioquímica. Fue inaugurado en 1947 con el nombre de Instituto de Investigaciones Bioquímicas Fundación Campomar y su dirección quedó en manos de Leloir. Su ubicación fue lindante con el IBYME y desde el inicio se integró con R. Caputto, R. Trucco, N. Mittelman, C. Cardini y Leloir (Nachón, 2000).

Fundación Rockefeller realizó los aportes financieros de mayor peso (Cueto, 1994). Recién en 1955, Houssay volvió a integrarse como profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en el marco del proceso de modernización y renovación abierto a partir de aquel año, y tres años más tarde, en 1958, el IBYME fue declarado un centro de dicha universidad.

Houssay no sólo fue responsable del impulso de la endocrinología y la fisiología en el campo biomédico argentino y mundial, del establecimiento de las primeras prácticas experimentales y de los laboratorios de investigación en el país, sino que también ocupó un lugar protagónico en los inicios de la institucionalización de la política científica local. Como presidente de la Sociedad Argentina de Biología, una institución “paraguas” creada en 1919, y luego, de la Asociación Argentina para el Progreso de la Ciencia, fundación privada creada en 1934, se posicionó como el portavoz de la ciencia argentina. Su actividad en la política científica local llegó a la cúspide siendo mentor y primer presidente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), creado en 1958 (Kreimer, 1997b).

2.2.1.2. Luis Agote y el Instituto Modelo de Clínica Médica

El Instituto Modelo de Clínica Médica fue creado en 1914 por decreto ley del Poder Ejecutivo de la Nación (PEN) (Ley N° 8206), con Luis Agote como su primer director y con sede en el Hospital Rawson.⁵⁵

Este Instituto se proyectó como un espacio donde se desarrollarían tareas de investigación, docencia y asistencia a pacientes, quedando las dos primeras bajo jurisdicción universitaria y las últimas en dependencia de la autoridad municipal. En el marco de esas misiones institucionales, fue dotado de cuatro salas de internación, una sección de radiología, otra de anatomía patológica y una tercera de cirugía, instalándose también algunos laboratorios de investigación (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agote Luis, N° 8722).

⁵⁵ En 1936, el Instituto Modelo adoptó el nombre de su primer director, Luis Agote (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agote Luis, N° 8722). En adelante me referiré al mismo como el “Modelo”.

Su apertura fue posible debido al apoyo que Agote recibió de parte del PEN, sobre el cual tenía acceso directo y relativos márgenes de maniobra para generar demandas. Como otros tantos médicos de entresiglos, Agote no restringió su actividad al ámbito académico y sanitario sino que incursionó en la vida política a través de la acción parlamentaria, siendo elegido Diputado Nacional en 1910 (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agote Luis, N° 8722) y secretario del Departamento Nacional de Higiene, entre 1894 y 1910, donde realizó trabajos de investigación sobre diferentes epidemias.⁵⁶

La capacidad de movilización de recursos de Luis Agote fue así particularmente relevante en la creación y posterior desarrollo del “Modelo”, apoyándose para ello tanto en sus desempeños políticos como médicos.

Habiéndose recibido de médico en 1893, inició su carrera hospitalaria como médico, ocupando el puesto de jefe de sala en el servicio clínico del Hospital Rawson. Como experiencia de entrenamiento en el extranjero, permaneció diez meses en Europa, consagrado al estudio en las clínicas de diferentes profesores de la escuela francesa, en el *Collège de France*.

Por su parte, en 1902 se inició en la docencia, en calidad de profesor libre de Clínica Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Desde 1905, además fue profesor en el Colegio Nacional de Buenos Aires, actividad que prosiguió durante su ejercicio como director del “Modelo” (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agote Luis, N° 8722).

Cuando en 1915 fue designado titular de la Cuarta Cátedra de Clínica Médica, la actividad docente enmarcada en ese espacio pasó a llevarse a cabo en el Hospital Rawson, dentro del “Modelo”, entonces recién creado. Su mayor contribución científica, que le valió reconocimiento en el medio local y en el extranjero, fue su aporte en la especialidad de hematología, con el tema de la transfusión sanguínea humana con sangre

⁵⁶ Sobre la peste bubónica, véase Agote & Medina (1901), sobre brotes y defunciones de viruela en la Capital Federal, véase Agote (1897) y sobre el origen de la difteria en Buenos Aires, véase Agote (1894).

citrada (Agote, 1916). Este logro fue el resultado de su estudio sobre las sustancias que, agregadas a la sangre, impedían su coagulación y no la alteraban. Luego de múltiples experiencias en perros, en noviembre de 1914, logró realizar la primera transfusión en el hombre, evitando la coagulación sanguínea (Masnatta, 1978).

La apertura del “Modelo” también fue resultado de un proyecto en el cual Agote había estado trabajando previamente y que consistía en la fusión de su actividad ordinaria de enseñanza de la medicina clínica con los recursos y prácticas de investigación de laboratorio (Agote, 1927).

En 1916 la estructura organizacional del Instituto consistía de una Sección Técnica conformada con un bacteriólogo, Ignacio Lucio Imaz Apphatie; un químico biólogo, Horacio Damianovich; un anatómo patólogo, Luis Merzbacher; un médico de análisis clínicos, Emilio Lorentz; y un médico interno, Ernesto Víctor Merlo.

Un año más tarde, se agregó una Sección de Cirugía “Sala Alejandro Posadas”, a cargo de José Arce, y se dispuso de cuatro salas de internación (Sala Juan A. Fernández y Sala Montes de Oca –de hombres-, Sala José María Bosch –de mujeres- y Sala Ricardo Gutiérrez –de niños-). Asimismo, se abrió un Laboratorio de Biología, un Laboratorio de Química Biológica y Físico Química, un Laboratorio de Anatomía Patológica, Hematología y un Laboratorio de Análisis Clínicos. En 1918, en un informe presentado a la Facultad, se describía la capacidad de internación del “Modelo” con 82 camas. Entonces también se sumaban 4 secciones: Electrocardiografía, Radiología, Microfotografía y Espectrofotografía (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agote Luis, N° 8722).

Según las estadísticas presentadas en 1919, en el Instituto se realizaban tareas de diagnósticos de una amplia gama de enfermedades que cubrían todas las especialidades clínicas. Por ejemplo, aneurismas, asma, alcoholismo, bronquitis, cáncer, cólera infantil, fiebre tifoidea, diabetes, sífilis, tuberculosis, enfermedades mentales (tales como neurosis y enajenación mental). Asimismo, se declaraba que se realizaban tareas de investigación y de docencia.

Con respecto a las primeras, figuraba el estudio sobre fermentos

oxidantes y los procesos defensivos del organismo, experiencias con levadura para determinar la acción de las vitaminas y la indagación sobre nuevos procedimientos de laboratorio para obtener la cristalización de la hemoglobina en tumores cutáneos (Agote, 1927). Estos temas demuestran que el tipo de investigación que se realizaba era dentro del marco de la química biológica mientras que con respecto a la clínica prevalecían estudios de laboratorio -análisis clínicos de rutina-, con excepción de los desarrollos sobre la transfusión sanguínea.

El peso del área de enseñanza en Instituto era significativo: Agote le otorgaba un lugar central a la docencia, promoviéndola de modo entrelazada con las actividades de asistencia e investigación. En sintonía con el clima de renovación de ideas y prácticas de enseñanza que por entonces se promovía en la Facultad de Ciencias Médicas, Agote, como representante de la clínica médica de esa época, también incentivaba la enseñanza práctica de la medicina:

“La enseñanza de la clínica médica es una función compleja. Ella exige algo más que el enfermo mismo. Necesita la cooperación constante del personal dispuesto a trabajar de acuerdo con el profesor de la materia, no sólo en el momento de la clase, sino también en todo el proceso de investigación y de examen clínico, función que tiende al mejor conocimiento del caso y las demás cuestiones anexas (...) si la enseñanza estuviera concretada a la conferencia magistral, los inconvenientes, aunque siempre reales, podrían ser menores. Pero nosotros no lo entendemos así. La conferencia constituye el resumen final de un proceso didáctico que tiene un principio en el examen detenido de muchos enfermos, siguiéndoles en su evolución, en las reacciones naturales de la enfermedad, no perdiendo un detalle, haciéndoles palpar a cada alumno, familiarizándole con sus incidencias, obligando a pensar por su cuenta, a deducir también conceptos clínicos a fin de que pueda formarse un criterio propio, que la conferencia magistral sintetizará con el común acuerdo de profesor y discípulo” (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agote Luis, N° 8722).

2.2.1.3. Mariano Castex, la Primera Cátedra de Clínica Médica y el Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana

Habiéndose recibido de médico en 1910, realizó estudios de

perfeccionamiento en Francia y Alemania. La filiación con la medicina germana se debió a su vinculación con Roberto Wernicke, quien fue su director de tesis de doctorado, “El diagnóstico precoz de la tuberculosis, en particular sobre la oftalmoreacción a la tuberculina”.

A su regreso, en 1911, se adscribió a la Tercera Cátedra de Clínica Médica a cargo de Luis Güemes –su titular desde 1897- (Cantón, 1921). Castex inició sus tareas docentes desde la Tercera Cátedra pero se afianzó como titular de la Primera Cátedra de Clínica Médica, cargo que mantuvo entre 1918 y 1947 (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General Legajo de Castex Mariano N° 33920, tomos I y II).

Su actividad asistencial se desarrolló dentro del Hospital Alvear como Jefe de sala, desde 1911, y en el Hospital de Clínicas, en el cual ingresó como Jefe de Clínica Médica en 1913. Allí desempeñó principalmente tareas asistenciales pero también estuvo a cargo de la enseñanza de cursos de clínica médica: en el Hospital de Clínicas, sobre clínica neurológica y endocrinológica, y en el Durand, sobre temas de clínica médica general, vinculados a enfermedades tales como sífilis, tuberculosis y diabetes (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General Legajo de Castex Mariano N° 33920, tomos I y II).

En 1938 se inauguró el Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana⁵⁷, bajo dependencia de la Academia Nacional de Medicina, con parte del personal que integraba la Primera Cátedra de Clínica Médica -a cargo de Castex desde 1918-.

Castex fue el director del Instituto y Eduardo Capdehourat su subdirector. Entre las secciones y personal del mismo, es interesante señalar la participación de Norberto Quirno, a cargo de la Sección Fisiopatología renal y de Alfredo Pavlovsky, de Hematología, a partir de 1943 (Castex, 1943).⁵⁸ Dado que la iniciativa de creación del Instituto de Hematología fue

⁵⁷ Si bien el año de inauguración del Instituto se encuentra por fuera del rango especificado para este período, decidí incluirlo en esta sección por su correspondencia generacional con Houssay y su lugar de referencia para la “generación del 30”.

⁵⁸ En 1943 contaba con las siguientes secciones: 1) Hemodinamia, cuyo jefe era Capdehourat, 2) Alergia, a cargo de Guido Ruiz Moreno, 3) Angiopatología, a cargo de Alfredo Di Cío, 4) Aparato Respiratorio, Egidio Mazzei, 5) Cardiología, Antonio Bator, 6) Electroencefalografía, Alfredo Caprile, 7) Electrología, Máximo Valentinuzzi, 8) Fisiopatología renal, Norberto Quirno, 9) Gastroenterología, Alberto Maggi, 10) Hematología, Alfredo Pavlovsky, 11) Hepatología, Andrés López García, 12) Histología,

de Castex, cuando falleció en 1968, el Instituto pasó a llamarse Instituto de Investigaciones Hematológicas “Mariano Castex” (IIHEMA).

Esta creación se dio en un contexto en el cual la física comenzaba a otorgar a la medicina nuevos recursos epistémicos y técnicos de exploración diagnóstica y de aplicación terapéutica. En ese marco, se crearon institutos de física aplicada a la medicina. En 1923, se inauguró el Instituto de Investigaciones Físicas para la Medicina, en Frankfurt, y poco después se creó el Instituto Fundación Johnson en Filadelfia. En ese contexto, en el medio local se pensó en la necesidad de crear un instituto científico que se dedicara a realizar tratamientos en dicho campo (Castex, 1940).

2.2.1.4. Balance

El itinerario individual de Agote y la creación institucional del “Modelo” configuraron una de las primeras e incipientes plataformas institucionales y cognitivas con desempeños docentes y asistenciales en clínica médica conectados con incipientes desarrollos de investigación clínica en el país, esto es, conectando las prácticas experimentales con el material de pacientes.

Si bien el “Modelo” fue contemporáneo al Instituto de Fisiología, entre ambos espacios institucionales y sus respectivos referentes no se observaron colaboraciones ni vinculaciones de ningún tipo: la fisiología y la clínica médica mantuvieron senderos de desarrollo diferenciados en el ámbito académico.⁵⁹

Dos décadas más tarde, dentro del Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana se realizaron tareas de

Eduardo Pedace, 13) Metabolismo Mineral, Alberto Sanguinetti, 14) Odontología, Carlos Cabanne, 15) Microbiología, Daniel Greenway, 16) Micología, Manuel Blanco (Castex, 1943). En ese Centro Castex había agrupado a muchos de sus discípulos (Castex, 1940).

⁵⁹ Es posible conjeturar que la bifurcación entre fisiología y clínica fue menos pronunciada en otros ámbitos, como en el sector público estatal de investigación y tratamiento en salud, entonces conformado principalmente por el Instituto Bacteriológico. Según la naturaleza de sus misiones, la investigación experimental se orientaba hacia la resolución de problemas de salud humana. Por cierto, a partir de 1923, Gregorio Aráoz Alfaro, presidente del Departamento Nacional de Higiene organizó una Comisión Honoraria en el seno de dicho Departamento para estudiar la insulina (línea de investigación abierta por Houssay desde su Instituto). Dicha Comisión fue integrada por el entonces director del Instituto Bacteriológico, Alois Bachmann, Houssay, Alfredo Sordelli (jefe de la sección de química del Instituto de Fisiología) y dos renombrados profesores de materias clínicas de la Facultad de Medicina: Mariano Castex y Pedro Escudero (Buch, 2006).

investigación clínica y experimental, pero Castex en persona principalmente se concentró en el desarrollo de actividades docentes y asistenciales. Desde la Primera Cátedra, abarcó una gama de temas diversos, tales como el estudio de la sífilis hereditaria, la diabetes, la tuberculosis, la parasitosis intestinal, focos sépticos, alergias, publicando trabajos de repercusión local e internacional (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General Legajo de Castex Mariano N° 33920, tomos I y II).

Entre Castex y Houssay, así como entre sus espacios institucionales académicos, al igual que con el caso de Agote, tampoco hubo colaboración alguna.

2.2.2. 1930-1957. Incipiente reencuentro de la clínica y la fisiología: nuevas creaciones de institutos de investigación clínica. La generación de 1930

Como mencioné ya, a partir de lo que denominé la “generación del 30”, en el ámbito académico, la fisiología y la clínica médica comenzaron a tener mayores vinculaciones académicas, en los espacios institucionales que fueron impulsados por quienes integraron dicha generación. A continuación, describiré sus características comunes y sus diferencias.

2.2.2.1. Alberto Taquini y el Centro de Investigaciones Cardiológicas

El Centro de Investigaciones Cardiológicas Fundación Virginio F. Grego es indisociable de un nombre: Alberto Taquini. Fue él quien impulsó su conformación inicial y ocupó su dirección desde su inauguración en 1944, gracias a que logró movilizar y captar exitosamente los recursos de la filantropía del empresario Virginio Grego –donante de los fondos para la creación y posterior desarrollo del Centro- (Milei y Trujillo, 2004).

Desde su formación de grado, Taquini mostró interés por la investigación clínica y, en particular, por problemas de conocimiento dentro del campo de la cardiología.

En el marco de trabajo dado por su incursión en la Cátedra de Fisiología a cargo de Houssay, en 1929 comenzó a estudiar enfermos con “corazón pulmonar”, dando paso a su exploración en la investigación fisiopatológica -décadas más tarde, su dedicación a este tema culminó,

primero, en su tesis de profesorado (Taquini, 1951) y luego, en la publicación del libro “El corazón pulmonar”-. De este modo, a partir de entonces repartía su tiempo e intereses por la investigación experimental y clínica, trabajando por la tarde, en el Instituto de Fisiología de Houssay y, por las mañanas, en el Hospital Alvear junto a Francisco Arrillaga –quien además era el titular de la Tercera Cátedra de Clínica Médica- (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Taquini Alberto, N° 20573) (Taquini, 2002: 5).

En el Instituto de Fisiología, a partir de 1932, comenzó a trabajar sobre ruidos cardíacos, pulsos y curvas de presión en condiciones normales experimentales en el hombre sano y enfermo, junto con Oscar Orías, Antonio Battro, Pedro Cossio, Luis Solari, Roberto Vedoya y Eduardo Braun Menéndez. Asimismo, abordó el estudio de la actividad normal y patológica del corazón por vía esofágica, conectándolo con su tesis doctoral “Exploración del corazón por vía esofágica”. Como se desprende de estos temas de investigación, a medida que Taquini fue avanzando en la construcción de su carrera médica, mantuvo su preferencia inicial por combinar actividades más cercanas a la investigación clínica y a la actividad médica asistencial con los trabajos experimentales; Arrillaga era el referente de las primeras y Houssay, de estos últimos (Taquini, 2002).

Su experiencia de formación en el exterior fue en los Estados Unidos. Primero, en 1931, visitó el laboratorio de Franz Volhard -quien postuló la existencia de una sustancia vasoconstrictora liberada por el riñón en el estudio de la patogenia de hipertensión- (Milei, 2010). Luego, en 1938, recibió una beca de la Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias mediante la cual, al año siguiente, fue designado *Research Fellow* de la Universidad de Harvard. Allí trabajó en el Laboratorio de Cardiología del *Massachusetts General Hospital* y en el *Fatigue Laboratory* con Paul D. White y Bruce Dill, respectivamente (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Taquini Alberto, N° 20573).

En 1939, al término de su trabajo en los Estados Unidos, la Fundación Rockefeller le otorgó un subsidio para equipar, a su regreso al país, un laboratorio completo para continuar las investigaciones

emprendidas en Harvard⁶⁰ (Taquini, 2002) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Taquini Alberto, N° 20573).

Una vez en la Argentina, se reintegró al Instituto de Fisiología y prosiguió con la línea de investigación abierta sobre hipertensión, en el marco de un trabajo compartido con un grupo compuesto por Eduardo Braun Menéndez, Juan Carlos Fasciolo, Luis Leloir y Juan Muñoz. Paralelamente, organizó un laboratorio de investigación cardiorrespiratoria en el Hospital Alvear, cuyo crecimiento y ampliación encontraron límites inmediatos.

Esta situación fue capitalizada por Taquini, quien estaba interesado en extender las actividades de investigación llevadas adelante en dicho laboratorio, logrando la ayuda filantrópica del empresario Grego. De este modo, se gestó la creación del Centro de Investigaciones Cardiológicas.

Desde su inicio en 1944, el Centro volcó gran parte de sus esfuerzos en el estudio de dos grandes problemas de investigación: la hipertensión arterial y la circulación pulmonar. La primera línea de trabajo contaba, para entonces, con una importante acumulación por parte de Taquini ya que su primer trabajo de adscripción docente se había concentrado en los problemas sobre hipertensión (Taquini, 1938).

A su vez, existía una acumulación colectiva, con relación a este tema, desarrollada por parte del grupo conformado por Bernardo Houssay, Eduardo Braun Menéndez, Juan Fasciolo, Luis Leloir y Juan Muñoz. Todos ellos obtuvieron reconocimiento local e internacional a partir del hallazgo, en 1939, del “sistema renina-angiotensina” (hipertensina) y su incidencia en la hipertensión humana y experimental de origen renal. Esto llevó a establecer los mecanismos subyacentes que tienen lugar en la elevación de la presión arterial en el ser humano.⁶¹

⁶⁰ Más tarde, en agosto de 1959, Taquini también fue becado por la Universidad de Michigan para continuar su especialización en fisiología e hipertensión arterial (Archivos de becarios, Fundación Williams).

⁶¹ Los años 30 habían sido, en el plano internacional, testigo de una experiencia decisiva en la historia de la comprensión de los mecanismos patogénicos implicados en la hipertensión arterial: en 1934, Harry Goldblatt había demostrado que la constricción de la arteria renal de un solo riñón provocaba hipertensión arterial en el perro (Milei, 2010). En 1936, Houssay y Fasciolo demostraron que los riñones isquemiados (esto es, con disminución de flujo sanguíneo renal parcial o total) liberaban una sustancia presora que incrementaba la

En la sesión del Consejo Superior de la Universidad, del 18 de agosto de 1941, se aprobó la donación ofrecida por Virginio F. Grego. Su ofrecimiento imponía condiciones: que la Dirección del nuevo Centro quedara en manos de Alberto Taquini con dedicación exclusiva (sólo como director investigador, no como docente), que la Universidad dispusiera de un terreno para su ubicación geográfica y proveyera el personal subalterno y la alimentación y medicamentos para los enfermos internados con fines de investigación. (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo del Centro de Investigaciones Cardiológicas N° 44558).⁶²

El Centro fue inaugurado el 13 de junio de 1944, con el nombre de Centro de Investigaciones Cardiológicas Fundación Virginio F. Grego y se ubicó en el predio del Hospital Escuela en construcción, en la calle Charcas, entre Azcuénaga y Uriburu (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo del Centro de Investigaciones Cardiológicas N° 44.558).

En la resolución que estipulaba la reglamentación del Centro se establecían sus misiones y tareas centrales. El artículo 1° refería al desarrollo de la investigación científica y el tratamiento de enfermos del

presión sanguínea. Más tarde, Taquini comprobó que el aumento de la presión sanguínea, que seguía del restablecimiento de la circulación en los riñones, también era producto de la actuación de una sustancia plasmática de la sangre venosa de riñones isquemiados agudos, y fue denominada “hipertensina”. Más tarde, el grupo de Houssay comprobó que aquella también era resultado de una reacción en la que la enzima actuante era la renina y el sustrato era el plasma. Al mismo tiempo, en 1939, otro grupo, de origen norteamericano (en Indianápolis), dirigido por Page y Helmer, postulaba que la renina activada por plasma se convertía en vasoactiva y la sustancia fue llamada “angiotonina” –el grupo de Page había comenzado, en 1937, con el proceso de purificación de la renina, estudiando sus efectos hemodinámicos renales-. La culminación del trabajo del grupo de Houssay fue la publicación del libro “Hipertensión arterial nefrótica” (Braun Menéndez, Fasciolo, Leloir, Muñoz & Taquini, 1943). En 1943 el grupo de Page conoció la naturaleza enzimática del sistema y rebautizaron el activador renina con el nombre de sustrato renina. Los dos grupos finalmente fusionaron los dos nombres originales con el de “angiotensina” durante una reunión en Michigan en 1958 (Milei, 2010), estableciendo el papel del “sistema renina-angiotensina” en la hipertensión arterial humana. Para ampliar detalles sobre esta historia, véase Milei (2010).

⁶² Es curioso que un empresario pudiera imponer a la universidad las condiciones edilicias, geográficas y de funcionamiento de esta creación. También resulta interesante notar que unos años más tarde, como señalé antes, en 1947, existió otra iniciativa privada, la del industrial Jaime Campomar, para crearle a Leloir el Instituto de Investigaciones Bioquímicas. Éste, a diferencia del caso de Taquini, se radicó fuera de la Universidad. En gran medida, ello se debió al cambio del contexto político universitario: en 1947 el grado de tensión entre el gobierno peronista y el campo universitario había crecido respecto a 1944 y, además, como se verá luego, Taquini siempre mantuvo relaciones cordiales con el peronismo, a diferencia de Houssay y la mayor parte de su grupo.

corazón. El artículo 2º, de acuerdo con las condiciones de la donación, establecía que el director designado debía depender directamente del Decano de la Facultad de Medicina. Las funciones del director fueron fijadas en el artículo 3º: se esperaba que proyectara y elevara a la consideración del Decano el presupuesto anual de gastos; que de acuerdo con éste planeara y dirigiera la investigación científica del Centro; que nombrara el personal técnico y de servicio; que se encargara de las compras de los materiales necesarios para las actividades del centro y de los artículos de consumo para los enfermos.

El organigrama del Centro de Investigaciones Cardiológicas incluía un director, un jefe de investigaciones, un jefe de clínica, un jefe de sección de investigaciones, un jefe de laboratorio y técnica (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo del Centro de Investigaciones Cardiológicas N° 44.558).

Las principales líneas de investigación que fueron desarrolladas en el Centro se inscribieron en el campo de problemas de conocimiento de la cardiología y la fisiología del riñón y, en particular, versaron sobre la hipertensión arterial y las adaptaciones hemodinámicas. De este tronco central, se desprendieron otras líneas que, con el tiempo, fueron creciendo y ganando autonomía: fisiología del riñón, el metabolismo cardíaco, la farmacología del miocardio y el papel regulador del sistema nervioso central en la circulación (Milei y Trujillo, 2004).

2.2.2.2. Rodolfo Pasqualini y el Instituto Nacional de Endocrinología

El Instituto Nacional de Endocrinología fue creado en 1947 por iniciativa de Rodolfo Pasqualini, eligiendo el edificio para su ubicación en el barrio de Villa Crespo, en la calle Godoy Cruz y la Avenida Juan B. Justo (Pasqualini, 1999).

Esta proyección individual fue posible gracias a la movilización de un influyente contacto para concretar su idea: el entonces Ministro de Salud de la Nación, Ramón Carrillo, quien dio su apoyo a dicha creación en el marco de su gestión ministerial de conformación de institutos asistenciales. Este vínculo había sido consolidado durante los años en que Carrillo se había desempeñado como neurocirujano en el Hospital Militar, donde

Pasqualini lo conoció.⁶³

Pasqualini se desempeñó como médico en el Cuerpo de Sanidad del Ejército desde 1934 hasta 1954, momento en el cual se retiró con el grado de Coronel Médico. En simultáneo, fue docente universitario en la Cátedra de Microbiología a cargo de Alois Bachmann, en la Cátedra de Fisiología del Profesor Houssay y adscrito a la Primera Cátedra de Clínica Médica, a cargo de Mariano Castex, hasta cuando fue designado en 1953 profesor titular de la Cuarta Cátedra de Clínica Médica.⁶⁴ Además, fue Director del Instituto Modelo de Clínica Médica (donde funcionaba la Cuarta Cátedra).

Asimismo, dedicó una parte del tiempo a realizar actividades de investigación; durante sus primeros años de ejercicio profesional publicó trabajos sobre diferentes aspectos derivados de la tuberculosis: sus formas clínicas (Pasqualini, Ontaneda y Rottjer, 1934), neumotórax espontáneo en estadio subprimario (Pasqualini y Ontaneda, 1935), pleuritis tuberculosa (Pasqualini, Ontaneda y Rottjer, 1935), meningitis tuberculosa (Pasqualini, 1937). Más tarde, también publicó sobre temas experimentales vinculados a

⁶³ Sobre el significativo papel que tuvo la gestión de Ramón Carrillo en la historia de la política de salud pública argentina, véase Ramacciotti (2006). Es interesante notar que aquél no era el único contacto político con el que contaba Pasqualini. Debido a su trabajo en el Hospital Militar, tenía llegada directa a muchas otras figuras influyentes que orbitaban en las redes sociales cercanas al gobierno peronista, entre los cuales se encontraba Eugenio Pedro Aramburu, quien luego participó de su derrocamiento (Pasqualini, 1999).

⁶⁴ Un año atrás, ante la vacante generada en la Tercera Cátedra de Clínica Médica, debido al fallecimiento del profesor Arrillaga, Pasqualini se inscribió en el concurso abierto para su reemplazo. Entre los que integraban la terna, Alberto Taquini ocupaba el primer puesto. Por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, en julio de 1952, se conoció la designación de Taquini como titular de dicha Cátedra. Pasqualini valoraba ese triunfo del siguiente modo: “más allá de sus sólidos e incuestionables antecedentes académicos, estaba prestigiado como médico personal de Eva Perón” (Pasqualini, 1999: 79). Pasqualini también contaba con alcance y llegada a las personalidades políticas que, por entonces, eran de vital importancia en las determinaciones de la vida universitaria. Sólo que eran de un rango menor y no podían competir con los contactos de Taquini, quien efectivamente había atendido a Eva Perón durante sus tres últimos meses de vida. Pasqualini asistía en su ejercicio privado de la medicina a algunos miembros de la familia del ministro de Guerra, el General Franklin Lucero y, como dije ya, también mantenía amistad y trato personal con el Ministro de Salud, Ramón Carrillo (Pasqualini, 1999). Después de la Ley Sáenz Peña de 1912, de la Reforma del 18 y los consecuentes procesos de mayor participación de los sectores medios en la vida política y cultural argentina, la profesión médica comenzó a conformarse poco a poco ya no sólo con las élites (González Leandri, 1997), sino con otros sectores de clase con posiciones medias en la estructura social. Con relación a este proceso, fueron emergiendo otras conexiones entre la profesión médica y su participación e injerencia en las esferas del poder político local, en comparación con lo que había ocurrido durante el siglo XIX. Sin embargo, las vinculaciones señaladas al principio dejan pistas abiertas para indagar con mayor profundidad sobre cuán diferentes fueron las relaciones que entablaron la medicina y la política argentina -las élites de gobierno- durante el último cuarto del siglo XIX y los primeros tres cuartos del siguiente.

su tesis: diuresis (Pasqualini, 1936) y el papel de la hipófisis en su regulación (Pasqualini, 1938).

En 1946, obtuvo una beca, donada por el profesor Hans Selye⁶⁵, para trabajar durante un año en investigaciones sobre *stress* y endocrinología en la Universidad de McGill y en el *Royal Victoria Hospital* de Montreal, en Canadá (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Pasqualini Rodolfo N° 23747 Tomo I).

A su regreso al país, en 1947, Pasqualini contaba con una considerable acumulación y formación científicas en el campo de la endocrinología a la vez que disponía de las redes sociales y políticas locales para proyectar y echar a andar el Instituto:

“Su esencia, mantenida largamente inconsciente, se generó, sin duda, durante los trece años de concurrencia al Instituto de Fisiología de Houssay. El germen fue arrojado a la tierra durante el año con Selye en McGill y con John Browne en el Royal Victoria, se fertilizó vigorosamente con la visita a centros de investigación y grandes hospitales de los Estados Unidos, a fines de 1946. Al fin, fructificó cuando Ramón Carrillo fue designado ministro de salud pública, en el gobierno de Perón” (Pasqualini, 1999: 197)

Entre las finalidades explícitas de su creación figuraba el asesoramiento al gobierno en los problemas de salud pública vinculados con la endocrinología -siendo la profilaxis del bocio endémico el que se colocaba en primer lugar-. La misión del Instituto consideraba tanto actividades de investigación y enseñanza como de asistencia.

Su director también tuvo amplia autonomía con respecto a la estimación de gastos en equipamiento, cantidad y selección de personal, las suscripciones a revistas, el armado de biblioteca, laboratorios, entre otros aspectos que hacían a las bases materiales indispensables para el

⁶⁵ Selye fue un médico fisiólogo austriaco, reconocido por sus investigaciones sobre *stress* y su relación con la ansiedad. Éstas fueron desarrolladas en su país de adopción tras la segunda guerra, Canadá, en la Universidad de McGill. El primer contacto de Pasqualini con el fisiólogo fue en ocasión del Segundo Congreso Panamericano de Endocrinología, celebrado en Montevideo en 1940. Allí, al lado de Houssay, conoció también a Herbert Evans (docente investigador de la Universidad de Berkeley y descubridor de la hormona de crecimiento) y Edwin Kepler (investigador de las glándulas suprarrenales y jefe de la división clínica de la Clínica Mayo -sobre la importancia de este espacio institucional hablaré en el próximo capítulo-) (Pasqualini, 1999).

funcionamiento de un Instituto de investigación, asistencia y docencia en enfermedades raras y endocrinológicas.

El organigrama inicial del Instituto también fue diseñado por Pasqualini, tanto con respecto a las secciones y laboratorios abiertos como a la elección de los nombres que ocuparon los cargos del personal técnico y científico. El subdirector elegido fue Juan Reforzo Membrives, antiguo compañero de Pasqualini en el Instituto de Fisiología. Jorge E. Curutchet Ragusin y Emilio Jiménez, también viejos colaboradores en el Hospital Militar, ocuparon sus puestos en los consultorios externos. Santos E. Luchetti fue asesor de cirugía y Adolfo Bassin estuvo al frente del consultorio de ginecología. Se inauguraron los siguientes laboratorios: el Laboratorio de Anatomía Patológica, a cargo de Grato E. Bur y el Laboratorio de Histología, en manos de Roberto Mancini. En la selección de los químicos, Pasqualini se recostó en la opinión de Alfredo Patalano, quien le recomendó a Carlos Enriori para el Laboratorio de Hormonas Proteicas, Arístides E. Riviello, para el Laboratorio de Hormonas Esteroides y Juan Carlos Garberi para el resto de la química. Su esposa, Christiane Dosne⁶⁶, estuvo a cargo del Laboratorio de Fisiología.

El Instituto contaba, además de estos laboratorios, con consultorios externos, una pequeña sala de de operaciones, destinada a cirugía menor (principalmente biopsias), una sala de radiología, un gabinete fotográfico, un aula para conferencias y reuniones, una cámara frigorífica, una biblioteca, un archivo de historias clínicas y un bioterio (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Pasqualini Rodolfo N° 23747 Tomo I).

La actividad docente consistía en el dictado de cursos y conferencias sobre una amplia gama de temas relativos a la endocrinología, destinados no sólo a profesionales del Instituto, sino también a algunos llegados desde distintos países de América Latina y del interior del país. Principalmente, consistían en cursos de perfeccionamiento para graduados.

En cuanto a la labor asistencial, el plan original no contemplaba salas de internación, aunque en cierto momento existió el proyecto de

⁶⁶ Sobre el rol de Christiane Dosne de Pasqualini en el ámbito de la investigación clínica y su relación con Lanari y el IIM ahondaré en los últimos cuatro capítulos.

adquirir una propiedad vecina para instalar un anexo con tal fin. Cuando resultaba necesario, se recurría a la internación en servicios de cirugía y de otras especialidades o se derivaban al Instituto “Modelo”.

El año 1955 implicó para Pasqualini la retirada tanto del Instituto Modelo, del Instituto Nacional de Endocrinología como de la Universidad de Buenos Aires. Su cercanía con el peronismo (con Carrillo en particular) le costó la marginación primero, y la total exclusión después, de estos espacios institucionales y del más amplio medio académico médico local.⁶⁷

2.2.2.3. Alfredo Pavlovsky y el Instituto de Hematología

El Instituto de Investigaciones Hematológicas fue creado por Mariano Castex, en 1956, sobre la base del Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana, a cargo de Castex (Pérez Bianco, 2008).

Desde su creación y a lo largo de 25 años, el cargo de director del Instituto de Investigaciones Hematológicas, lo ocupó otro de los referentes clínicos de la generación de Lanari; Alfredo Pavlovsky, cuya trayectoria profesional lo colocó como uno de los principales referentes de la hematología argentina de entonces (Pérez Bianco, 2008; Dosne Pasqualini, 2008).

La propia acumulación y trayectoria de Pavlovsky, como se verá a continuación, sumada a la herencia personal e institucional que recibió por parte de quien fue su maestro, Mariano Castex, desde el Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas, fueron las bases sobre las cuales se creó el Instituto de Investigaciones Hematológicas.

En forma temprana, Pavlovsky trazó un recorrido que luego

⁶⁷ Como una excepción, Pasqualini afirmaba que Braun Menéndez, en los años posteriores a 1955, había sido el único profesor de la Facultad (y del grupo de Houssay) que lo había invitado a dictar una conferencia -teniendo asimismo una relación casi nula con el referente de la fisiología argentina- (Pasqualini, 1999). El grupo de Houssay encabezó el frente modernizador en la Facultad de Medicina en el proceso de renovación universitaria ocurrido a partir de 1955. En el capítulo 4 volveré sobre las dinámicas de marginación implementadas con respecto a ciertas figuras que habían simpatizado con el peronismo. Pero es curioso que Taquini, habiendo sido médico personal de Eva Perón, no haya sido “marginado” –como en cambio sí lo fue Pasqualini- sino, por el contrario, fue integrado como parte central del núcleo modernizador de Medicina. Cabe preguntarse si la marginación de Pasqualini se debía entonces a otras razones suplementarias. La otra incógnita es por qué éste fue removido de todo espacio académico -aún cuando fuera identificado con la gestión peronista anterior- siendo el médico y amigo personal del General Eugenio Pedro Aramburu.

desembocaría en su inserción profesional en la hematología. De hecho, entre sus primeros trabajos científicos se destacan aquellos que trataron sobre temas vinculados a problemas en la transfusión sanguínea, tanto desde el punto de vista clínico como desde la óptica organizacional relativa a la dinámica de funcionamiento de los servicios de hospitales dedicados a dicha práctica (Pavlovsky, 1931, 1932). Como sus colegas de generación, tuvo su paso por el Instituto de Fisiología a cargo de Houssay y por la Cátedra de Castex (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Pavlovsky Alfredo N°22488).

Tuvo una estadía de trabajo corta en el exterior, en los Estados Unidos, donde visitó los principales centros hematológicos de Nueva York y Boston, permaneciendo en esta última ciudad durante un lapso de dos meses en el *Boston City Hospital*, bajo la dirección de los profesores Minot y Castle. Esta experiencia de entrenamiento en el exterior fue reflejada en su artículo “La hematología en los Estados Unidos”, publicado en *Día Médico* (Pavlovsky, 1937).

Su tema de tesis, sobre el papel diagnóstico de la punción ganglionar, fue objeto de aplicación, estudio y publicación de trabajos sobre metástasis ganglionares, leucemias (Pavlovsky & Galán, 1937), quistes amigdaloides de cuello (Pavlovsky, 1935) y cáncer de pulmón. Asimismo, dedicó parte de su trabajo al estudio sobre los distintos tipos de anemias, y su tratamiento clínico, y sobre las coagulopatías -su interés y trabajo con éstas, lo condujo al descubrimiento de la segunda variedad de la hemofilia (la que corresponde la diferencia del factor IX). Este trabajo lo publicó en *Medicina*, en 1944 (Dosne Pasqualini, 2008) y, en 1947, en *Blood* (Díaz, 2008).

Pavlovsky fue uno de los fundadores de la Sociedad Internacional de Hematología y presidió el IV Congreso de dicha sociedad que se realizó en el país en 1952. Con esa reunión, la hematología local inició su proyección, afianzándose a partir de entonces a través de espacios tales como Congresos, Simposios y mediante las relaciones personales que Pavlovsky fue trazando con los referentes internacionales de su especialidad (Jean Bernard, William Dameshek, Dacie, entre otros) (Dosne Pasqualini, 2008).

De este modo, como consecuencia del itinerario profesional que Pavlovsky trazó en la hematología local e internacional, en 1956 ocupó la dirección del Instituto de Hematología.

El apoyo económico necesario para incorporar personal científico y equipar laboratorios fue garantizado por los aportes provenientes de la Fundación de la Hemofilia (creada en 1944, con el auspicio de la Academia Nacional de Medicina –que le cedió el espacio físico-, por iniciativa de Pavlovsky) y de la Fundación para combatir la leucemia (FUNDALEU), de creación suya también, al poco tiempo de asumir la dirección del nuevo Instituto (Pérez Bianco, 2008).

Para 1957, el organigrama del Instituto tenía diez departamentos: 1) El Departamento técnico (constaba de las siguientes secciones: Dibujo, fotografías, radiografías, conferencias, biblioteca y estadística); 2) el Departamento de Clínica (a cargo de Norberto Quirno) tenía un Laboratorio Central y uno de Esterilización; 3) Linfopatías (a cargo de Pavlovsky), con secciones de Citoquímica, Histoquímica, Histopatología, Bacteriología, Micología, Virus, Cultivo de Tejidos⁶⁸, Cirugía y Tratamientos; 4) Hemoterapia; 5) Inmunohematología; 6) Alergia; 7) Hemostasia, con una sección de Laboratorio y otra de Clínica; 8) Radioisótopos, con una sección de Investigación y otra de Tratamientos; 9) Leucemia Experimental y 10) Odontología (Pavlovsky, 1957).

Las líneas de investigación desarrolladas en sus primeros años fueron, dentro del Laboratorio de Hemostasia, el estudio de los procesos de coagulación de la sangre sobre la base del material humano proporcionado por la Fundación de la Hemofilia. En las secciones de Citoquímica e Histoquímica, se trabajó sobre la distinta morfología de células a partir de técnicas, tales como el microscopio de fase, el electrónico y la microcinematografía, que permitían analizar la morfología celular (reconociendo enzimas en las células), facilitando un mayor conocimiento del metabolismo celular. En el marco de la sección de Inmunohematología,

⁶⁸ Pavlovsky creó esta sección para incorporar al Instituto a Eugenia Sacerdote de Lustig, quien ya había desarrollado la técnica de cultivos de tejido en el Malbrán. Buschini (2007) realiza un análisis muy interesante sobre la trayectoria de esta investigadora y el modo en que logró hacerse un lugar en el medio biomédico local a partir de un diferencial de poder: el manejo y el conocimiento de la técnica de cultivos de tejido.

se estudiaban los mecanismos inmunológicos que intervenían en los procesos hematológicos, en particular, en el caso de anemias. En Radioisótopos se explotó la línea iniciada por parte de su jefe, Varela, durante su estadía en Estados Unidos, sobre el metabolismo del hierro, en particular, el empleo del hierro radioactivo para seguir su metabolismo y estudiar así las causas de las anemias ferroprivas. Asimismo, se trabajó con la utilización de radioisótopos para establecer la vida media de los hematíes, y con ello acercarse a la determinación del mecanismo patogénico de ciertas anemias. En Linfopatías, dirigida por Pavlovsky, se abordaron los problemas nosológicos vinculados con la patología ganglionar, intentando una clasificación consensuada y aceptada por todos los hematólogos. Asimismo, se investigó sobre la existencia de hongos, bacterias y virus en las linfopatías. En Leucemia Experimental se trabajó sobre la etiología de la leucemia y se apostó por el emprendimiento del estudio experimental de nuevas drogas (Pavlovsky, 1957).

2.2.2.4. Norberto Quirno y el Instituto de Clínica Médica en la Sala XX del Hospital Rivadavia

La Sala XX del Hospital Rivadavia fue el germen del Centro de Educación Médica y de Investigaciones Clínicas CEMIC, creado en 1958 y cuya proyección fue ideada por Norberto Quirno.

El desempeño profesional inicial de Quirno no se restringió al ámbito universitario académico, desarrollándose también como médico del Servicio Permanente de la Asistencia Pública y como profesor de física en la Escuela Normal de Profesores N° 2, Mariano Acosta.

A diferencia de sus colegas de generación, no tuvo formación con la vertiente experimental de Houssay. Trabajó, en cambio, en el Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas bajo la dirección de José Arce, en la Primera Cátedra de Clínica Médica a cargo de Castex y en el Instituto Modelo de Clínica Médica. De este modo, desarrolló una orientación clínica diversificada sobre temas y enfermedades muy diferentes: cáncer, diabetes, etiología del hipocratismo digital y diferentes patologías cardíacas, tales como cardiopatías congénitas, oclusión arterial coronaria, entre otras (Quirno, 1933; Quirno & Bator, 1936). Asimismo, trabajó sobre

enfermedades del colágeno, lupus eritematosos (Quirno, 1953a), cirrosis hepática (Quirno, 1953b), uremias agudas y enfermedades renales (tratamiento de la insuficiencia renal aguda) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Quirno Norberto N° 19.603).

A partir de 1956, siendo Egidio Mazzei el nuevo titular de la Primera Cátedra de Clínica Médica, Quirno pasó a trabajar en la Sala XX del Hospital Rivadavia, obteniendo, por concurso, la jefatura de tal servicio en diciembre de 1957. En el mes de marzo de 1957, fue designado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación para organizar un Instituto de Clínica Médica en dicha Sala.

Dicho espacio contaba, por entonces, con 37 camas, con un servicio de radiología y de anatomía patológica y consultorios externos propios. La enseñanza impartida era principalmente práctica, tratando de que el alumno examine personalmente al enfermo, con lo cual se hacía hincapié en el interrogatorio, examen físico, diagnóstico diferencial, radiología y terapéutica (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Quirno Norberto N° 19.603).

En cuanto a las actividades docentes allí desempeñadas, se dictaron cursos de actualización en clínica médica para graduados.⁶⁹ Éstos versaban sobre trabajos en clínica y en otras especialidades y preveían una organización y dinámica de actividades cotidianas altamente reglamentadas que los estudiantes debían cumplimentar: el estudiante debía presentarse diariamente ante el médico y examinar juntos los enfermos del sector asignado, para luego realizar un informe de las novedades observadas en los pacientes, que luego se volcaban en su historia clínica. Asimismo, debían colaborar con el médico en sus tareas desempeñadas en los consultorios externos y tomar guardias pasivas durante el fin de semana. Por último, debían concurrir a los ateneos clínicos y anátomo clínicos que se desarrollaban semanalmente. Éstos consistían en la presentación, por parte de un estudiante, de un caso (paciente) bajo su tratamiento y estudio, y a

⁶⁹ Estos cursos fueron los antecedentes de las residencias médicas implementadas oficialmente como ciclo de posgrado en la Facultad de Medicina a partir de mediados de 1950. El CEMIC fue uno de los espacios pioneros en su concreción. Volveré sobre ello en el capítulo 5.

partir del cual se generaban discusiones e intercambios entre estudiantes, residentes y médicos de la sala.

2.2.2.5. Continuidades y rupturas entre los institutos

Alberto Taquini expresaba que las prácticas derivadas de los años iniciales de Houssay en el Instituto de Fisiología habían conformado el primer antecedente de la investigación clínica:

“Conjugando su experiencia de investigador y de clínico hizo de la fisiología la disciplina que dio contenido científico a la medicina argentina. Además, su disposición para transferir lo que lograba en el laboratorio de investigación al raciocinio del médico atrajo a jóvenes inquietos por llegar a la entraña de las enfermedades. Y así, como prolongación del viejo Instituto de Fisiología, comenzó la investigación clínica” (Taquini, 1987: 679)

La influencia de Houssay en el despertar de la investigación clínica tuvo relevancia en especialidades médicas tales como endocrinología, cardiología, hematología, hepatología y gastroenterología. Sus primeros estudios sobre la hipófisis y los de sus discípulos se extendieron a otras glándulas de secreción interna y “y su escuela, paso a paso derivó a la investigación clínica” (Taquini, 1987: 680).

Respecto a la cardiología, los primeros trabajos de investigación originales relacionados con el aparato circulatorio sugeridos por Houssay fueron de tipo farmacológico (investigaciones sobre la acción sobre el corazón de la adrenalina, la quinidina, la emetina, entre otras drogas), así como también sobre hipertensión arterial. Discípulos suyos como Oscar Orías, profesor de Fisiología a partir de 1935 en Córdoba, Braun Menéndez y Alberto Taquini en Buenos Aires, iniciaron la investigación clínica cardiológica. Sus trabajos y los de sus discípulos sobre la glucogenolisis del hígado, la variación del glucógeno y de la grasa hepática, entre otros temas, significaron la apertura de la investigación clínica en el terreno de la hepatología y la gastroenterología. Asimismo, el estudio del papel de la acetilcolina en la transmisión nerviosa realizado por Lanari, por sugerencia y dirección de Houssay, significó el comienzo de la investigación clínica en la neuromiopatología –enfermedades neuromusculares- (Taquini, 1987).

Lanari (1981) también resaltaba el papel de Houssay en la investigación clínica, señalando su trayectoria inicial como profesional médico en el ámbito hospitalario y en el sector público de salud en el Instituto Bacteriológico, así como también la realización de un número importante de trabajos de casuísticas clínicas, los cuales revelaban “la tentativa de aplicar a la clínica sus estudios experimentales” (Lanari, 1981: 6).

Sin embargo, esta incursión clínica inicial de Houssay no fue continuada por él ni conformó su mayor contribución al desarrollo o a la maduración de la investigación clínica médica como ámbito autónomo. Como señalaba Lanari (1981), la principal contribución de Houssay al respecto fue el haber practicado y enseñado fisiología a distintas generaciones de médicos.

En el plano de la política académica, entre 1919 y 1920, la integración entre las ciencias experimentales y la clínica fue un asunto de preocupación en el medio de la Facultad de Medicina, aunque sólo para un grupo reducido de médicos. Alfredo Bartolomé Lanari, durante su primer decanato (1919-1921) defendió, junto con personalidades como Aráoz Alfaro, el estímulo a la investigación en la Facultad, sin desmerecer o marginar las orientaciones profesionales de consulta (Freidson, 1970) propias del médico. De este modo, su posición reconocía la necesidad de compatibilizar la investigación experimental y la clínica pero respetando la formación diferenciada de médicos e investigadores:

“La “dualidad feliz” entre la formación de profesionales e investigadores que impulsaba Lanari se apoyaba en una concepción que veía en la “ciencia” y la “práctica” dos esencias distintas que evitarían, por su confluencia, tanto los males del “empirismo decadente” como los males de la “ciencia abstracta” (...) pero “ (...) argumentaba que era necesario estimular la formación de médicos e investigadores como roles sociales diferenciados (...)” “(...) Así, dentro de las transformaciones generadas por el movimiento reformista del '18, en las facultades de medicina argentinas, la oposición teoría/práctica pareciera haber cumplido un papel significativamente mayor que la articulación entre las ciencias experimentales y la clínica” (Lanari, Alfredo Bartolomé en Buch, 2006: 199-200).

Más allá de estas inquietudes de los actores del campo de la política académica y de las primeras incursiones de Houssay en el despertar de la investigación clínica (Taquini, 1961), durante la década de 1920, por un lado, todavía se estimulaban desempeños profesionales médicos y de investigadores con roles diferenciados y, por el otro lado, el ámbito de la investigación clínica no era el que Houssay incentivaba desde sus propias prácticas. Su incursión en la asistencia y atención al paciente fue marginal; en el marco de la endocrinología y la fisiología experimental, se concentró en el estudio sobre la relación entre la hipófisis y la diabetes, más precisamente, sobre la “regulación endócrina del metabolismo de los hidratos de carbono en el estado normal y en la diabetes” (Buch, 2006: 303).

Para estos momentos, por un lado, el prototipo de la investigación clínica practicada de hecho y en forma predominante (por Agote) era el modelo de casuísticas –sin investigación experimental asociada a material de pacientes, salvo sus investigaciones sobre la transfusión sanguínea-. Por otra parte, aquéllos que realizaban investigación experimental (como Houssay), no tenían acceso ni contacto con pacientes ni vínculos personales ni institucionales con los clínicos de referencia –como se ha visto con el caso contemporáneo del Instituto Modelo y luego con el Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana y la Primera Cátedra, a cargo de Castex-.

La clínica y la investigación experimental se encontraban poco entrelazadas en el ámbito académico. Fueron los discípulos de Houssay, la que denominé “generación del 30”, quienes comenzaron a desarrollar tales vinculaciones.

Sin embargo, según se ha visto, el Instituto “Modelo” y Luis Agote conformaron los antecedentes de dicha generación. Esta plataforma supuso una fase de institucionalización de la investigación clínica respecto a la existente anteriormente, ya que la conformación de un Instituto que reuniera en su seno actividades de atención a pacientes, investigación médica y docencia era algo inédito para ese momento, incursionando además en la vinculación entre prácticas experimentales y problemas clínicos –a través de

sus investigaciones en el campo de la hematología, sobre la transfusión sanguínea-.

No obstante, dicho conjunto tuvo límites. Tomando en consideración las apreciaciones de Pasqualini, sucesor de Agote en el Instituto Modelo, el tipo de producción de conocimiento realizado en dicho Instituto, poco después de la época de actuación de su primer director, se circunscribió a la recopilación de casos clínicos y la sistematización de sus signos más salientes:

“Con la limitación y el impulso positivista de su época, Agote era un entusiasta de la investigación clínica y a esa inspiración obedeció la creación del Instituto. Pero esta intención se había desvanecido. Su revista, los Anales del Instituto Modelo, era sólo un recuerdo, de aparición errática y publicando sólo casuística, expresión de la limitada actividad científica” (Pasqualini, 1999: 89)

Por cierto, la articulación e integración de las ciencias experimentales y la clínica empezó a materializarse años más tarde. En 1944 primero, cuando se creó el Centro de Investigaciones Cardiológicas, en manos de Alberto Taquini; luego en 1947, con el Instituto Nacional de Endocrinología, con la dirección de Rodolfo Pasqualini; más tarde, en 1952 desde la Sala XX del Hospital Rivadavia, bajo la jefatura de Norberto Quirno; a partir de 1956, en el Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina, a cargo de Alfredo Pavlovsky y, finalmente, en 1957 con la creación del IIM, en manos de Alfredo Lanari.

Este grupo de médicos compartió un rasgo común que los diferenció de sus predecesores respecto a los centros a donde viajaban las anteriores generaciones de clínicos. Castex y Agote tuvieron relaciones muy dinámicas con Francia principalmente, aunque también con Alemania (en el caso de Castex), al igual que Houssay, quien mantuvo vinculaciones con la *Société de Biologie* (Buch, 2006). En cambio, Taquini y sus colegas de la generación de 1930 tuvieron estadias de formación en los Estados Unidos. Lanari luego se formó y trazó lazos, casi por completo, con centros de Alemania y mayormente con los Estados Unidos, careciendo de relaciones

con Francia. En las generaciones siguientes, a las que pertenecieron los discípulos de Lanari, este movimiento se aceleró definitivamente.⁷⁰

Este viraje en los centros de referencia y formación médica se encuadraba en los cambios que venían ocurriendo en la educación, enseñanza y entrenamiento médico desde las reformas flexnerianas (1910), las cuales, por demás, se aceleraron y profundizaron a partir de 1950, tomando nuevos matices para el caso de América Latina (García, 1972).

Otra ruptura entre Agote y la “generación del 30” se visibilizó en la amplia y diversificada gama de recursos políticos y académicos (como médico investigador, sanitarista, funcionario público, docente, diputado) que aquél disponía y logró monopolizar para concretar su proyecto institucional e individual.

Dentro de dicha generación, el perfil profesional diversificado de Pasqualini (quien no llegó a ocupar, como su antecesor, posiciones legislativas) fue el que menos diferencias mantuvo con Agote. Es en este punto referido al perfil profesional donde sobresalen diferencias más tajantes entre Agote y el resto de los médicos que conformaron “la generación del 30”. Éstos principalmente acotaron su ámbito de realización profesional a la actividad docente, de investigación y asistencia universitaria y hospitalaria, dando cuenta de un proceso de especialización profesional creciente, inexistente anteriormente debido a la ausencia de condiciones institucionales que permitieran una actividad científica profesionalizada.⁷¹

⁷⁰ Más allá de esta tendencia, es interesante el matiz que señala Buch (2006) respecto a la conformación de la medicina argentina (entre 1800 y 1930) a partir de una matriz francesa predominante: antes bien que un modelo “único”, se caracterizó por el eclecticismo. Esta hipótesis sobre la medicina argentina encuentra elementos de confirmación en el desarrollo de la fisiología experimental en el país y, en particular, en los viajes realizados por los predecesores de Houssay, como Señorans, Costa y Piñero, con estancias en los Estados Unidos y no principalmente en Francia (Buch, 2006). Más allá de este matiz, a raíz del caso de la fisiología argentina, es rotundo el cambio que se dio en el ámbito de la clínica médica local, por el cual Francia dejó de ser, a partir de 1930, el centro de referencia que había sido hasta ese entonces –por cierto, no sólo en el ámbito de la medicina argentina sino de los consumos culturales (artísticos, intelectuales, arquitectónicos) de las clases altas porteñas – a las cuales pertenecían la mayoría de los profesionales médicos de esa época, al menos hasta 1918, momento en que la ascendente democratización política de la sociedad argentina comenzó a ser parte de la universidad y sus instituciones.

⁷¹ Los casos de Houssay, Leloir y Braun Menéndez, volcados tempranamente a la investigación son ejemplos de sujetos cuya orientación por una profesión científica se proyectó claramente según una vocación muy personal y con posibilidades al acceso de recursos materiales, si tomamos en consideración que se desarrollaron en contextos con casi nulos niveles de profesionalización del rol del investigador científico.

Dentro de este conjunto de médicos, sin embargo, no encontramos una total homogeneidad. Mientras Quirno detentó una trayectoria más acotada que Pasqualini, circunscribiendo su desempeño profesional al ámbito de la docencia y la asistencia clínica hospitalaria, su diversificación se dio en las temáticas investigadas. Contrario fue el caso de una figura como Taquini, quien desde muy temprano tuvo una apuesta muy definida en un campo de especialización (cardiología y fisiología del corazón) –debido a su estrategia personal pero, en gran medida también, por la influencia que recibió, en sus tempranas elecciones y estructuración de su carrera, de figuras muy cercanas a él como Houssay, Braun Menéndez y Leloir-.

Estas diferentes inserciones en el ámbito de investigación clínica, según los distintos grados de especialización o diversificación temática, han tenido su correlato en los canales de comunicación escogidos para la publicación de sus trabajos: Quirno mantuvo su actividad de publicación en revistas locales mientras que Taquini lo hizo en este medio y en el internacional.

Ahora bien, estas diferencias entre los estilos y perfiles profesionales impregnaron muy fuertemente en los modelos institucionales donde desplegaron su actividad, otorgando así a cada uno de ellos su marca personal. Por cierto, la “generación del 30” hacia su interior y mismo con sus predecesores tuvo algo en común: la fuerza del sello personal que dichos referentes imprimieron a cada uno de los modelos institucionales creados fue proporcional al grado de injerencia que tuvieron en el diseño inicial de su organigrama y sus misiones.⁷²

Más allá de las marcas personales, se ha visto cómo todas las

⁷² Este es un rasgo que, por otra parte, ha estado muy presente en la ciencia argentina: su historia ha mostrado el papel que ha jugado el personalismo y el voluntarismo en la proyección, construcción y consolidación de instituciones científicas –así como también en su destrucción-. Tal carácter volitivo individual tiene la paradoja de ser habilitador de procesos de construcción institucional, ante la ausencia de condiciones institucionales favorables, pero al mismo tiempo, y justamente por eso –por su falta de apoyo en lógicas más colectivas- es aquello que vuelve vulnerable su continuidad en un mediano plazo, siendo condición de posibilidad para el desencadenamiento de procesos de labilidad, discontinuidad y destrucción institucional. Esto pareciera ser una característica que no se restringe a la cultura científica local, sino un indicador de una cultura política e institucional más amplia que atraviesa el resto de los campos de la sociedad argentina pasada (y presente). Un argumento similar se encuentra en Sigal (1986) y Halperín Donghi (1987), aunque ellos refieren específicamente a la labilidad y debilidad de los límites que edificó la universidad argentina respecto a las dinámicas y conflictos políticas de su sociedad.

creaciones institucionales de dicha generación no sólo tuvieron entre sus misiones fundacionales, sino que desarrollaron de hecho aunque en diversos grados, actividades de asistencia, formación e investigación: los institutos universitarios, tales como los casos de Taquini y Pavlovsky, por su naturaleza académica dedicaron mayores esfuerzos a los desarrollos investigativos y; en cambio, los institutos inscriptos dentro del área de salud pública, los de Pasqualini y Quirno, se volcaron en forma predominante a la realización de actividades de asistencia.

Esto también se vincula con el entrenamiento que compartieron todos los miembros de esta generación (menos Quirno), al haberse formado con la tradición experimental de Houssay y la clínica de Castex: Taquini, trabajó con Houssay y Arrillaga; Pasqualini, Pavlovsky y Lanari, con Houssay y Castex. Así, dentro del conjunto de las experiencias de la “generación del 30”, se han observado rasgos comunes pero también singularidades. De hecho, existieron diferencias entre los modelos institucionales descriptos y los estilos y perfiles profesionales de cada uno de los referentes analizados. Con seguridad, por un lado, estas diferencias obedecieron a los distintos momentos históricos en que se conformaron dichos modelos y, por el otro lado, a las estrategias y apuestas académicas particulares de cada uno de los referentes analizados –las cuales, a su vez, se enmarcaron en un contexto más amplio que el configurado por el designio o motivación individual-.

Un último aspecto que marcó distinciones entre los modelos institucionales creados por la “generación del 30” fue el lugar otorgado a la formación y docencia formal de discipulado: la Sala XX del Rivadavia, en manos de Quirno, fue el lugar donde mayormente se incentivó un proceso de renovación y modernización de la enseñanza médica, conformado uno de los primeros sitios desde donde se impulsaron y echaron a andar las primeras residencias médicas a partir de 1958. Si bien Pasqualini desarrolló actividades de docencia, no lo hizo con estudiantes de grado o posgrado universitario. A modo de esquema, se pueden observar las continuidades y rupturas entre la generación de clínicos de 1910 y 1930, o de lo que denominado el 4º y 5º período, según las siguientes variables destacadas:

Institutos de Clínica Médica	Año de creación	Tipo de institución	Actividades principales	Director	Formación del director	Principal Perfil profesional del director
Generación de 1910						
Instituto Modelo de Clínica Médica	1914	Pública-universitaria	Asistencia docencia investigación	Luis Agote	Clínica	Diversificado: médico sanitarista, funcionario, docente, diputado
Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana	1938	Academia Nacional de Medicina	Asistencia investigación	Mariano Castex	Clínica	Académico
Generación de 1930						
Centro de Investigaciones Cardiológicas	1944	Universitaria	Investigación asistencia	Alberto Taquini	Experimental y clínica. Discípulo de Houssay y Arrillaga	Académico
Instituto Nacional de Endocrinología	1947	Pública	Asistencia investigación	Rodolfo Pasqualini	Experimental y clínica. Trabajó con Houssay y Castex	Público asistencial
Instituto de Hematología	1956	Universitaria	Investigación asistencia	Alfredo Pavlovsky	Experimental y clínica. Trabajó con Houssay y Castex	Académico
Instituto de Clínica Médica Sala XX del Hospital Rivadavia	1957	Pública	Asistencia docencia	Norberto Quiro	Clínica. Trabajó con Castex y Arce	Público asistencial

Elaboración propia en base a fuente: Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Legajos personales.

En el cuadro que sigue a continuación se pueden observar los nombres de los titulares de las Cátedras de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la UBA, desde su creación hasta mediados de 1950 y las pertenencias y filiaciones de los referentes clínicos de la generación de Agote y Castex y de los que conformaron la “generación del 30”.

TITULARES DE LAS CÁTEDRAS DE CLÍNICA MÉDICA				
PERÍODOS Y GENERACIONES DE LA CLÍNICA MÉDICA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA
1°) La medicina privada y libresca. "La corporación médica"	De Paula Rivero 1822-26			
	Fernández 1826-35			
	Rivera 1835			
	De Paula Almeyra 1836-41			
	García 1841-52			
	Fernández 1852-55			
2°) Demandas de cambio por una medicina practicada y enseñada en el hospital público	Bosch 1856-73			
3°) La medicina practicada y enseñada en el hospital escuela	Porcel de Peralta 1874-89			
	Uballes 1889-97	Gil 1887-92		
	Ayerza 1897-1918	Chaves 1892-1905	Güemes 1896-1921	Sicardi 1898-1915
4°) Generación de 1910. Bifurcación entre la clínica médica y la fisiología en ciernes	Castex 1918-47	Allende 1905-23		Agote 1915-29
		Bullrich 1923-42	Escudero 1921-37	Goyena 1929-43
		Romano 1943-46	Arrillaga 1937-50	Tobías 1947-51
5°) Generación de 1930 Reencuentro entre la clínica médica y la fisiología	Pico Estrada 1947-55	Martini 1947-55	Taquini 1952-55	Pasqualini 1953-55
	Mazzei 1956	Beretervide 1956-62	Lanari 1956	Palacio 1956-62
		Quirno 1964		Pángaro 1964

Elaboración propia en base a Fuente: Masnatta (1978).

Como trataré de mostrar en los próximos capítulos, fue a partir de 1957 que se dio una fase más intensiva de institucionalización de la investigación clínica, a partir de un proceso de profesionalización de dicha actividad, esto es, en el marco de la aparición de ocupaciones de tiempo completo en la universidad y, en particular, en la clínica médica dentro de la Facultad de Medicina.

Lanari fue el primer titular de Clínica Médica con un cargo docente *full time*. Ello se dio en un proceso de delimitación creciente del rol profesional del investigador en general y del clínico en particular.

En el contexto del llamado proceso de modernización cultural y científica⁷³, que vivió el país a partir de 1955, se conformó el conglomerado científico técnico estatal (Oteiza, 1992) y se inició un proceso de profesionalización de las actividades de investigación y docencia en la universidad (ampliación de la figura del *full time*). En ese marco, la investigación clínica se institucionalizó en un conjunto de formas institucionales, actividades y figuras, como un nuevo espacio de producción de conocimiento y de sociabilidad con renovada identidad y fuerza: a partir del modelo institucional y del tipo de prácticas que conformaron la “tradición Lanari” en el IIM a partir de 1957.

Asimismo, la institucionalización de la investigación clínica en la segunda mitad de los 50 en la Argentina debe pensarse en estrecha vinculación con transformaciones culturales y científicas que ocurrían, casi en forma concomitante, en el medio local y en la disciplina de la medicina.⁷⁴

Por último, tenemos como tercero un factor individual: la singularidad de la trayectoria de formación de Lanari, con la vertiente experimental impulsada por Houssay, con la clínica, desarrollada por Castex y Vaccarezza y con referentes externos, que realizaban investigación clínica, haciendo confluir la investigación experimental con material de pacientes en un modo *full time*.

El entrenamiento con estas diferentes vertientes médicas le brindó recursos y habilidades para integrar lenguajes, prácticas investigativas y perfiles profesionales de ambos mundos, en el marco de la encarnación e impulso de la figura del *full time* en la docencia e investigación integrales en la clínica médica.

La convergencia entre esta individualidad y las circunstancias políticas y académicas locales e internacionales entre mediados y fines de los años 50 hicieron de la “tradición Lanari” en el IIM un elemento *sui generis*. Como toda tradición, no obstante, también se asentó en experiencias institucionales y figuras previas y contemporáneas, tales como las de Taquini, Pasqualini, Pavlovsky y Quirno, referidas anteriormente en

⁷³ Sobre las distintas y complejas acepciones del término modernización, me detendré particularmente en el capítulo 4.

⁷⁴ Véase nota 2. Volveré sobre esto en el capítulo 4.

términos de “la generación del 30” -a la cual, por otra parte, Lanari perteneció también-.

Por eso, de ningún modo pienso su figura como un pionero de la investigación clínica ni de su institucionalización; pero sí, en cambio, como un pionero en el esfuerzo por profesionalizarla.

A continuación, me referiré a su itinerario de formación científica y a diferentes elementos biográficos que me posibilitaron pensar la intervención de Lanari en tales procesos como una singularidad y como la figura que conformó una tradición particular.

Capítulo 3. Conformación de la tradición: Alfredo Lanari, la construcción de un estilo de investigación propio

La imaginación sociológica radica en captar la historia y la biografía y la relación entre ambas dentro de la sociedad. Esta es su tarea y promesa. (Mills, 1959).

Como he mostrado en el capítulo primero, mientras la noción de estilo (Gayon, 1999) permite captar elementos de los modos de hacer ciencia, adquiridos a lo largo de una formación y entrenamiento profesional, la noción de biografía, por su parte, amplía el espectro de su reconstrucción a dimensiones personales que bien pueden operar como rasgos complementarios, aportando así un marco de comprensión más amplio y complejo que el del individuo científico.

Otorgarle a la figura de Lanari esta dimensión, no sólo en sus caracteres científicos sino también personales, obedece a que su intervención ha sido crucial en la conformación de esta tradición y en la historia de la institucionalización de la investigación clínica. En otras palabras, un pilar fundamental de la estructuración y evolución este ámbito. Ahora bien, ¿Cómo proceder a estudiar su formación personal y científica en términos de una biografía sin transformarla en una hagiografía o vida ejemplar que enaltezca su excepcionalidad? ¿De qué modo es posible diseñar una vigilancia metodológica para no verse arrastrado por las anécdotas y contingencias de la vida del personaje? O, más bien, ¿Cómo volverlas significativas para nuestra historia? (Olagüe de Ros, 2005). En el discurso biográfico está en juego la tensión entre la singularidad del individuo concreto, su la trayectoria vital única e irrepetible y la representatividad como exponente de una determinada época o de un movimiento o proceso en la historia de la medicina (Ruiz García, 2005),

“Sin duda el problema fundamental sigue siendo articular la trayectoria vital del personaje con el contexto social en que lleva

a cabo su actividad. Establecer en definitiva las conexiones entre los acontecimientos externos y la actividad pública que llenan de episodios la vida del individuo, con los procesos mentales y las vivencias íntimas que conforman su pensamiento y su específica manera de enfrentarse a la realidad circundante. En definitiva ese ideal representado en el título convencional de «el personaje y su tiempo», tantas veces fracasado por limitarse a una mera reproducción de anécdotas o a una revisión del entorno social en que el sujeto queda diluido u oculto” (Carreras Panchón, 2005:7)

El hilo conductor utilizado como nexo entre la biografía de Lanari con la sociedad de su tiempo es el modo a través del cual aquélla se vinculó con sus distintos órdenes, culturales, políticos y científicos (Campos Marín, 2005). La actividad profesional, caracterizada por un afán innovador y reformador, se plasmó en las diversas empresas científicas que emprendió con el objetivo de renovar diferentes aspectos de la medicina argentina. Su compromiso científico fue indisoluble del “aire de época”, cargado de proclamas propias del liberalismo político y del desarrollismo, como clima de ideas dominantes de su sociedad y su universidad a partir de 1955.

A su vez, la singularidad de la biografía médica y de su primer itinerario de formación radica en que supo crear un estilo propio que conjugó elementos del “estilo de laboratorio” de Bernardo Houssay, del “estilo de practicantes”, característico de Mariano Castex y del “estilo de investigación clínica” aprehendido con Raúl Vaccarezza y sus maestros en el extranjero.

3.1. Socialización primaria con la medicina

Alfredo Lanari, conocido entre sus amigos por el apodo de “Pipo”, nació el 9 de febrero de 1910 en la ciudad de Mar del Plata en el seno de una familia de clase media con una generación anterior de profesionales, por línea paterna. Sus abuelos, inmigrantes italianos, habían ejercido el oficio de carpinteros, radicándose en la provincia de Corrientes. Su educación fue primero en el colegio Champagnat y luego en el Colegio Nacional Buenos Aires (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo N° 51456).

No resulta trivial reconstruir algunos aspectos del ambiente familiar donde Lanari creció, así como los estímulos que recibió desde su infancia,

los modos de transmisión cotidiana para entender cómo y en qué modelos domésticos se inspiraron las primeras motivaciones y el estilo científico y personal que más tarde desarrolló. Su socialización primaria se vuelve aún más significativa si se considera el peso y el lugar que ocupó su padre en la medicina argentina en los años 20.

Como señalé en el capítulo precedente, su padre, Alfredo Bartolomé Lanari, era un médico de renombre en el medio local, que sobresalía de la trayectoria profesional médica media.

Se había destacado por promover ideas y prácticas innovadoras en la enseñanza, investigación y organización institucional desarrollada en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, a la vez que figuraba como uno de los radiólogos referentes de Buenos Aires. Asimismo, ocupó un lugar significativo en el ámbito académico y político universitario de la medicina argentina de las dos primeras décadas del siglo XX.

Realizó el doctorado y el profesorado en medicina, recibiendo respectivamente con su tesis “Algunos signos de insuficiencia hepática”, premiada con la medalla de oro, en 1902, y con “Factores radioterápicos”, aprobada en 1907. La docencia tuvo un lugar de importancia en su carrera académica. En el marco de la Cátedra de Física Médica a cargo de Jaime Costa, ocupó los cargos sucesivos de ayudante, jefe de trabajos prácticos y titular en 1909. Asimismo, su desempeño docente también tuvo lugar en la escuela media. En el Colegio Nacional de Buenos Aires dictó Física desde 1903.

Este interés por la enseñanza fue complementado por el relativo a la investigación. Desde la fundación del Instituto de Fisioterapia, en 1903, Alfredo Bartolomé Lanari comenzó a trabajar allí en la sección radio y fototerapia, hasta que en 1909 quedó a cargo de la dirección de dicho instituto y obtuvo al mismo tiempo la titularidad de la Cátedra de Física Médica en la Facultad. Entre esos años, tuvo oportunidad de realizar estancias de trabajo en institutos de fisioterapia en París (allí trabajó con Béclive y Laquemiére) y en Viena (con Holzkecht).

Junto con estos intereses por la docencia y la investigación, desarrolló también inclinaciones por la intervención en la vida política académica de la Facultad de Medicina. Fue dos veces decano (entre 1919 y

1920, y para completar el período entre los años 1927 y 1929) y miembro de la comisión de presupuesto y cuentas del consejo superior en 1927 (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo Bartolomé N° 8719).

Esta gravitación profesional le exigía tiempos completos de dedicación a la actividad pública, restándoselos a su vida personal y familiar. Entiendo que tanto esta modalidad de trabajo y compromiso con la investigación y la docencia como la participación y actividad política académica en el ámbito de gobierno de la Facultad operaron como modelos de desempeño profesional para su hijo, quien también modeló su trayectoria dándole significación a estas tres esferas de acción, desempeñándolas en una modalidad *full time* (al menos las relativas a la docencia y la investigación).

El mismo Alfredo Lanari asumía tal inspiración y a su padre como su primer maestro,

“Mi primer maestro en la Escuela de Medicina fue mi padre. Apenas terminado el 6° año del Colegio Nacional me enseñó con una clavícula y un Testut (...) mi padre murió antes de iniciarme en tercer año de Medicina, pero su influencia continuó a través de lo que me contaban sus amigos, del recuerdo que había quedado en los que fueron sus alumnos y de páginas leídas con respeto de sus discursos académicos y de sus opiniones sobre la Universidad y la educación (...) El ejemplo de la figura de mi padre, su firmeza de carácter y la claridad de su pensamiento, apreciados sobre todo después de su muerte, han sido fundamentales en el desarrollo de mi vida” (Lanari, 1973a: 33)

Aún siendo ésta una reconstrucción discursiva en un momento ya de consagración de la carrera de Alfredo Lanari y tomando las precauciones metodológicas en cuanto al posible anacronismo de sus imputaciones y del momento protocolar de tales palabras e identificaciones respecto al rol de su padre en el despertar de su vocación, al menos resulta elocuente su auto identificación con quien aparece como su primer maestro. Cómo intentaré mostrar a lo largo de esta tesis, ello cobra más sentido cuando se visibiliza la afinidad entre las prácticas efectivas y los proyectos científico pedagógicos que Lanari llevó adelante durante su carrera y aquéllos realizados por su padre.

Reconocía pocas motivaciones vocacionales propiamente personales en su elección profesional y en cambio valoraba en ella el peso de la figura de su padre, “Seguí medicina no con mucha vocación, un poco porque era el camino que se seguía en mi familia” (Investigación en Clínica Médica. Reportaje a Alfredo Lanari, *Ciencia e Investigación*, 1970).

La efectividad de cierto mandato familiar se comprueba a partir del hecho que su hermano, Carlos Lanari también fue médico. Integró, primero, el Instituto de Radiología y Fisioterapia del Hospital de Clínicas, después a partir de 1944, la Cátedra de Clínica y Patología de la Tuberculosis, a cargo de Vaccarezza, en carácter de médico radiólogo (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34030, tomo II) y luego, bajo el mismo rol, el IIM desde la sección de radiología.⁷⁵

En su clase inaugural, Lanari como titular al frente de la Tercera Cátedra de Clínica Médica, en 1957, también le otorgaba a su padre un lugar entre quienes habían conformado las figuras más influyentes en su carrera, ubicándolo en la misma línea de importancia que Houssay y Vaccarezza:

“He dejado para el final como título de agradecimiento (...) a tres figuras: la primera, mi padre, de quien recibí la primera lección de medicina cuando juntos leímos en un Testut del siglo pasado (...) y con su carácter recio y franco me enseñó a que ser hombre es una tarea no siempre agradable pero (...) hay que tomarla de frente sin rehuir responsabilidades” (Lanari, 1957b: 57).

Después de la muerte de su padre⁷⁶, a sus 20 años de edad, su íntimo amigo y comprovinciano, el médico Miguel Sussini, desempeñó un papel relevante como su guía y consejero intelectual (Santas, 1980).

⁷⁵ Resulta sugerente la diferencia entre la alta popularidad y el renombre que adquirieron Alfredo Lanari y su padre, respecto al bajo perfil de su hermano Carlos Lanari, antes y durante el IIM. Ello muestra que si bien la socialización primaria y la fuerte personalidad del padre operó como un elemento significativo para uno, no lo hizo en el otro caso. Sus distintas personalidades tuvieron disposiciones particulares que redundaron en diferentes recepciones y apropiaciones.

⁷⁶ Alfredo Bartolomé Lanari murió en la ciudad de Roma, a los 50 años., cuando, por recomendación médica, a raíz de haber tenido problemas cardíacos, se encontraba descansando en Europa (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo Bartolomé N° 8719).

3.2. Educación formal

En su período de formación de grado (1928-1934) tuvo participación en diferentes espacios académicos, desempeñando, en forma temprana, tareas de docencia e investigación. Durante 1929 ocupó la función y el cargo de disector de anatomía de la Cátedra del Profesor Sarmiento Laspiur.

Su primer acercamiento a Houssay fue en 1929, cuando integró una comisión especial de alumnos de estudio de fisiología. Luego, dos años más tarde, pasó a integrarse como ayudante honorario en la Cátedra de Houssay en el Instituto de Fisiología (Lanari, 1957b):

“A Don Bernardo Houssay lo conocí cuando estaba cursando el segundo año de la Facultad de Medicina. Fui elegido para integrar una comisión especial que recibiría una enseñanza más intensa de la fisiología. Para los alumnos que tenían alguna vinculación familiar con la medicina, el nombre de Houssay era bien conocido. Tenía aureola de sabio, de alguien que se dedicaba por entero a la investigación y a la enseñanza. Todo lo que tenía vinculación con Houssay era en serio (...) ¿Qué fue lo que más nos impresionó de esta visión primera de Houssay? Que se encontrara siempre en su Instituto, ya sea en su escritorio o en los laboratorios enseñando e investigando. Una rara habilidad manual y quirúrgica que contribuía a que las demostraciones de los trabajos prácticos salieran siempre bien” (Lanari, 1971a: 15).

Ya en estos momentos sus inquietudes se bifurcaban entre la medicina experimental y la clínica. En esos años, se presentó en el concurso para practicante externo y mayor⁷⁷ del Hospital Nacional de Clínicas y obtuvo el puesto.

En marzo de 1934 finalizó sus estudios de grado con las más altas calificaciones del curso por lo que recibió el premio Medalla de oro del curso de 1933. En su discurso de colación se pueden observar esbozos de ideas sobre el rol profesional del médico, las misiones de la universidad y el lugar que en ellos debía tener la investigación, que luego maduraron, plasmándose en aspectos troncales del diseño institucional y educativo del

⁷⁷ La figura del practicante interno fue el antecedente inmediato del residente en el medio local, existiendo el Practicante Menor y Practicante Mayor. Consistían en un entrenamiento médico en el hospital con la obligación de trabajar en una sala o servicio, como aprendiz practicante en los últimos años de la carrera de grado o apenas terminada; el Menor antecedía al Mayor y cada uno tenía una duración de un año. Volveré sobre ello en el capítulo 5, a propósito de la introducción de las residencias médicas y de la UDH.

IIM.

Una de estas ideas refiere al lugar insustituible del internado como modo de entrenamiento y aprendizaje del médico recién recibido en el medio hospitalario. Sobre los beneficios de la institución del internado⁷⁸, Lanari afirmaba que era “un ambiente en el cual continuamente se conversa o se discute sobre temas médicos, en el cual cada caso de guardia es analizado y desmenuzado por todos, multiplica la experiencia” (Lanari, 1934:14).

El otro aspecto se vincula con los diversos perfiles profesionales del médico que Lanari valoraba como posibles y deseables en el seno universitario: aquéllos más cercanos al tipo profesional liberal clásico y el volcado a la investigación y docencia universitaria. En este balance aparecía una clara inclinación, en lo atinente a la misión central y naturaleza de la universidad, por la producción de conocimiento original en condiciones de dedicación exclusiva:

“Una misma carrera ofrece perspectivas diversas (...) a los más su norte se concentrará en llegar a ser un buen profesional (...) una minoría saldrá de la facultad con el fin exclusivo de la investigación científica (...) Su dedicación al trabajo experimental estará cimentada en las mismas razones que a otros llevaron a ejercer en forma práctica su profesión (...) Esa minoría que individualmente podrá no ser admirada, es de indispensable necesidad en una universidad. Sin ella, las facultades se convierten en escuelas profesionales sin seriedad en su enseñanza y sin labor original, viviendo del resplandor que le puede prestar alguna escuela extranjera que le sirve de maestra. Esa minoría no sería exigua ni escasa si los encargados de velar por el desarrollo de la vida intelectual del país comprendieran que no sólo los seres de temperamento ascético son los únicos a quienes está reservada la labor científica” (Lanari, 1934: 17).

Una vez recibido, comenzó a desempeñarse como médico asistente en el Servicio de Clínica Médica de Mariano Castex en el Hospital de Clínicas y en el Servicio de enfermedades infecciosas de Raúl F.

⁷⁸ El internado conformaba un entrenamiento médico en el hospital, cuyo inicio se remonta a comienzos del siglo XIX en Francia (Buzzi, 2002). En el medio local, fue el antecedente de las guardias y, en términos sustantivos, también de ciertos aspectos que introdujeron las residencias médicas y la UDH, como se verá en el capítulo 5.

Vaccarezza. Ambas experiencias continuaron hasta fines de 1937, cuando fueron interrumpidas por sus estadias en el extranjero -con el primero, volvió a trabajar hasta 1943 y con Vaccarezza, hasta 1953- (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo N° 51456).

Un aspecto central de su formación personal durante estos años, fuera del terreno académico y profesional, aunque indirectamente relacionado con éste, fue su dedicación, predilección y gusto por la práctica deportiva. En particular, rugby (llegando a ser integrante del equipo argentino), golf (jugaba con sus amigos Alfredo Pavlovsky, Alberto Taquini y Alberto Agrest) y esquí (Renee Sallas, 1970).⁷⁹ Resulta significativa la relación que existió entre esta motivación por el deporte, anclada en su práctica rutinaria, disciplinada, y el modo (estilo) de hacer investigación clínica que más tarde desplegó. Sobre el modo rutinario y estructurado de comportarse Lanari, tanto en sus quehaceres cotidianos como en la práctica deportiva, Claudia Lanari, una de sus hijas, recuerda que él tenía “sus rutinas” muy fijas, que era muy rígido y disciplinado. Llegaba la noche, se sentaba en su sillón a leer su libro de fisiología, los domingos a las 8 de la mañana había que ir a jugar al golf con él” –sus hijas debían acompañarlo- (Lanari Claudia, entrevista personal, 27 de diciembre de 2007).

El modo a través del cual Lanari fue moldeando su personalidad en los ámbitos de su vida privada, doméstica y de ocio, contribuyó a configurar disposiciones y motivaciones en torno a la disciplina, las rutinas y el entrenamiento sistemático (cualidades que provee una práctica deportiva

⁷⁹ “Respetando lo que Lanari dejó escrito cuando redactó éste, su propio *currículum vitae*, no puede obviarse la mención de su actuación deportiva: campeón *scratch* de Mar del Plata Golf Club en 1929. Integrante del equipo campeón de rugby del Club Universitario de Buenos Aires en 1931 y del seleccionado argentino de rugby en tres ocasiones (*Medicina*, Editorial, 1985). Sumado a estos deportes, también fue aficionado a la práctica del esquí, gran admirador y visitante asiduo de la ciudad de Bariloche y Villa La Angostura, donde lo ejercitaba. Santas (1980) recordaba las aptitudes deportivas de Lanari cuando le entregó el premio “Maestro de la medicina argentina” en 1980, declarando “si me he detenido sobre este aspecto de la vida de Pipo es porque de alguna manera la práctica deportiva permite descubrir algunas facetas de su carácter que luego mantendría en otras actividades a través de los años (...) siempre recuerdo que en el rugby cuando recibía la pelota iniciaba veloz carrera hacia los palos adversarios. Nada de desviarse. No se desplazaba en diagonal hacia fuera como suele ser habitual (...) ese aspecto del *rugbier* aparece en toda su vida. La línea recta es el camino más corto entre 2 puntos. Y no le interesan ni preocupan en demasía los obstáculos o críticas que se oponen a lo que considera lógico y justo para cumplir con su deber” (Santas, 1980: 7).

competitiva) que más tarde tuvieron un papel importante en la forma que encaró su orientación en la educación formal y en el desempeño profesional de la medicina.

Por cierto, en el relato de una de sus hijas aparecía la representación de Lanari como una persona muy apegada a las rutinas, las cuales, a su vez, se presentaban entremezclando aspectos de su quehacer profesional, su vida doméstica y su tiempo de ocio deportivo. Su modo disciplinado, rutinario y sistemático atravesaba las diferentes esferas de su actividad.

En la remembranza que aportaba su hija, al igual que Alfredo Bartolomé Lanari, también su compromiso con la profesión y la actividad pública parecía quitarle presencia en el seno familiar:

“En su ámbito familiar te puedo contar, era una persona muy abocada a su trabajo, por lo que hacía que estuviera poco en la casa. No le gustaban los chicos. No iba a tener un chico encima. Llegaba la hora de comer y más bien era una conversación intelectual en la mesa. Incluso mi mamá estudiaba biología de grande, mientras nosotros éramos chicos... después trabajó en el Instituto (IIM) haciendo los cultivos de linfocitos en pacientes que iban a ser transplantados de riñón, para ver si eran compatibles o no los cultivos. Las conversaciones eran esas. En ese sentido, te puedo decir que era un padre medio ausente. Pero uno sabía que era importante. No sentía que te faltara, sabía que tenía tantas obligaciones que uno entendía que no podía. Desde 1957 en adelante, su vida era el instituto. Se iba a las 8 de la mañana y regresaba a las 9 de la noche” (Lanari Claudia, entrevista personal, 27 de diciembre de 2007)

El carácter de Lanari constituyó también un elemento de referencias y recuerdos coincidentes entre sus colegas, discípulos (Martín, Barcat y Molinas, 1995) y familiares:

“Lanari tenía un carácter rápido y se enojaba fácilmente aún ante estímulos menores; de esto se arrepintió muchas veces. Era intransigente sobre todo con la mediocridad y lo mezquino. Su fuerte y a veces ruda personalidad, su estricto y severo sentido del deber que pretendía fuera seguido por todos, empezando por él mismo, su rigurosa evaluación de hechos y circunstancias, lo hicieron a veces poco simpático y hasta temido” (Santas, 1980:9)

Estos rasgos de su carácter y su personalidad más adelante, a medida que fue madurando su carrera profesional, le sirvieron para ser complementados con claras aptitudes para la conducción institucional y científica, las cuales se desplegaron mostrando marcadas propiedades carismáticas.

3.3. Entrenamiento experimental y clínico: instituciones y referentes locales

3.3.1. El Instituto de Fisiología: el “estilo de laboratorio” de Houssay

Después de recibido, Lanari pensaba hacer medicina académica, es decir, ejercer la profesión y al mismo tiempo dedicarse a la docencia dentro de la Facultad. En el marco de su experiencia como ayudante en la Cátedra de Houssay⁸⁰, según sus tempranos intereses de inserción profesional y los modos de trabajar que veía en el referente de la fisiología argentina, se acercó a él con la propuesta de realizar su tesis de doctorado bajo su dirección:

“Decidido a hacer mi tesis en un tema experimental, comprobé el tiempo que Houssay concedía a la gente que quería trabajar con él o en los laboratorios del Instituto de Fisiología. No solamente sugería el tema de tesis, él mismo guiaba en la búsqueda bibliográfica y enseñaba personalmente a realizar los experimentos planeados. Y así era con todos los investigadores jóvenes” (Lanari, 1971a: 15).

Como lo expresaba Lanari, la realización del trabajo de tesis con Houssay implicaba que se inscribiera dentro de las líneas de interés y trabajo que se llevaban adelante en el Instituto de Fisiología. Ello formaba parte del sistema de montaje de trabajo ideado y practicado en ese marco institucional (Cueto, 1994). Lanari eligió a Houssay tanto por sus rasgos científicos como personales:

⁸⁰ Durante 1932, en su 5° año de grado, realizó su primer trabajo científico colaborando con Jorge Curutchet y Carlos Campos, bajo la dirección de Houssay. Ese trabajo, como era de esperarse en ese marco institucional, versó sobre el lóbulo anterior de la hipófisis y fue realizado en sapos (Lanari, 1971b). En 1933 publicó su primer trabajo. Éste versó sobre el papel del hígado en la acción hiperglucemiante de la hipófisis. Fue un trabajo experimental también realizado en sapos y fue publicado en la Revista de la Sociedad Argentina de Biología.

“Houssay me importaba como científico, pero también como persona: era un hombre pobre, que vivía de su escaso sueldo, que estaba *full time* en la Facultad y que por lo tanto no podía tener consultorio particular (...) En pocas palabras, alguien con real vocación y cariño por lo que hacía. Pero yo no quería hacer fisiología. Yo quería hacer medicina. Y me preocupaba un problema que hacía ya 40 años estaba investigándose: cómo es que los nervios producen sus efectos sobre los diferentes tejidos musculares o glandulares” (Renee Sallas, 1970: 93).

Fue así que el tema de investigación sugerido por Houssay, retomando los propios intereses de Lanari, fue sobre la transmisión química de los impulsos nerviosos. Como la mayor parte de las tesis que se hacían en el Instituto, no sólo Houssay aconsejaba la elección del tema sino, sobre todo al comienzo, él mismo realizaba los experimentos (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, *Ciencia Nueva*, 1970).

En el mes de agosto de 1936 Lanari presentó su proyecto de tesis doctoral al decano José Arce: “Los transmisores químicos. Contribución al estudio fisiológico y farmacológico de la acetilcolina”. En ese mismo año la tesis fue aprobada, recibió el Premio Facultad de Ciencias Médicas a la mejor tesis y fue publicada en la editorial El Ateneo.

Según señalé, en Houssay se puede reconocer “un estilo de laboratorio” particular (Cueto, 1994). Algunos elementos que conformaron ese estilo fueron el poco uso de tecnología, una dinámica de trabajo intensivo, montaje de sistemas de experimentación, una aproximación holística a la fisiología y la elección deliberada de áreas de investigación endocrinológica en las que la competencia internacional era escasa.

Este estilo impregnó fuertemente en Lanari quien, más tarde, una vez que proyectó el IIM, evidenció encarnar muchos de sus elementos, tales como una dinámica de trabajo intensivo, poco uso de tecnología (hasta cierta reticencia a ello) o un “modo económico de hacer ciencia”, montaje de sistemas de experimentación con perros.

Houssay fue una influencia central en el itinerario científico posterior de Lanari, no sólo en términos del entrenamiento que le brindó en fisiología, las habilidades y el estilo específico transmitidos, sino también por los valores afectivos, personales y morales enseñados (Lanari, 1973b).

Este conjunto formaba un *ethos* científico bien particular, con rigurosas disciplinas en las rutinas de trabajo cotidianas, como las que había detentado su primer maestro –su padre- y Houssay:

“Seguí en su Instituto (...) he continuado hasta ahora espiritualmente, al menos, entre su elenco de discípulos. Allí aprendí muchas cosas (...) que hay que trabajar todos los días, mañana y tarde, que el trabajo no se suple con inteligencia” (Lanari, 1957b: 57).

Asimismo, otro elemento que apprehendió de Houssay fue la importancia otorgada, de cara a la reproducción ampliada de un grupo y de una institución científica, a la construcción de generaciones de discípulos y a las responsabilidades que en ese proceso le tocaban al maestro. Entre las más características, sobresalió el estímulo a la experiencia de formación de posgrado en el extranjero (Lanari, 1973b).

Con Houssay, entabló una relación maestro-discípulo que fue interrumpida con la desaparición de aquél -Lanari fue su médico hasta el proceso que lo llevó a su muerte- (Santas, 1980; Lanari, 1973b).

Del grupo de Fisiología, con quien también estableció una relación cercana en lo académico y personal fue con Eduardo Braun Menéndez. Juntos planearon las reformas de enseñanza médica que se pusieron en práctica entre fines de 1950 y la primera mitad de la década siguiente (Lanari, 1971a).

3.3.2. La Primera Cátedra de Clínica Médica: el “estilo de los practicantes” de Castex

Como se ha visto en el capítulo anterior, la trayectoria de formación inicial de Mariano Castex muestra su adscripción a la escuela de medicina francesa y también a la alemana, asimilando y aunando así las dos escuelas más importantes del principio de siglo (Masnatta, 1978).

Desempeñó su actividad docente como titular en la Primera Cátedra de Clínica Médica, entre 1918 y 1947 –habiendo iniciado su tarea de ayudante en la Tercera Cátedra-. Dentro del ámbito hospitalario asistencial, trabajó en el Hospital Durand y en el Hospital de Clínicas. Allí no sólo ejerció la práctica médica sino que estuvo a cargo del dictado de cursos

libres de clínica médica: en el Clínicas, sobre clínica neurológica y endocrinológica, y en el Durand sobre temas de clínica médica general, vinculados a enfermedades tales como sífilis, tuberculosis y diabetes (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General Legajo de Castex Mariano N° 33920, tomos I y II).

Si bien abordó indagaciones de corte teórico y practicó algunos estudios experimentales, desarrolló, en forma predominante, una práctica clínica asistencial. Abarcó un amplio y diverso abanico de temas, tales como el estudio de la sífilis hereditaria, la parasitosis intestinal, focos sépticos, alergias, publicando trabajos de repercusión local e internacional.

Ello se tradujo en diferentes clases de reconocimientos: fue designado Miembro de Honor y Académico de las principales corporaciones médicas del mundo: miembro asociado extranjero de la Academia de Medicina de París y presidente honorario de la Sociedad Internacional de Medicina Interna (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Castex Mariano N° 33920, tomos I y II). En el medio local, fue Miembro de Número de la Academias Nacionales de Ciencias y de Ciencias Morales y Políticas y de Medicina, donde fue presidente durante tres períodos. De esta última, además, recibió la designación de Presidente Honorario Perpetuo (rango sólo otorgado a Rivadavia, Montes de Oca, Cantón y Herrera Vegas) (Masnatta, 1978). Asimismo, presidió la Asociación Médica Argentina, la Sociedad de Medicina Interna y fue nombrado Profesor Emérito de la Universidad Católica Argentina (Palacio, 1968).

En el marco de la denominada revolución de 1943, el gobierno de facto entonces vigente en el país intervino la universidad, dejando cesantes a Mariano Castex, Bernardo Houssay (y su grupo), Alejandro Ceballos, entre otros tantos académicos (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Castex Mariano N° 33.920, tomo 1). Reincorporado a la Universidad en 1945, no duró allí más de dos años. En 1947, Castex renunció a su cargo de profesor titular, en el marco de las continuas cesantías políticas, seguidas también del alejamiento de la Universidad de muchos académicos que mantenían para entonces una relación muy conflictiva con el gobierno peronista.

¿Qué adoptó Lanari de todos estos aspectos que conformaron la trayectoria de Castex? ¿Cómo fue su primera vinculación con él? Una vez graduado en 1933, Lanari se desempeñó como médico asistente en el Servicio de Clínica Médica de Mariano Castex en el Hospital de Clínicas. Con él se entrenó en semiología y en la práctica clínica de asistencia a pacientes, aprendiendo la relevancia de las rutinas de recorridos de sala, la minuciosa y sistemática observación clínica y la importancia de la dedicación profesional y personal en la atención y tratamiento de cada paciente. Mientras estas destrezas, adquiridas con Castex fueron más tarde valoradas por Lanari, las atinentes a la investigación y su metodología de trabajo fueron más problemáticas:

“Que yo no pensara como él en lo que respecta a la metodología de la investigación, no es otra cosa que 25 años de diferencia de edad y otro campo de investigación. Lo mismo dirían de mí los actuales investigadores adentrados en la biología molecular cuando me ven trabajando con perros” (Lanari, 1971a: 16).

En su paso por la Cátedra a cargo de Castex también conoció a Antonio Battro, con quien compartió trabajos y publicaciones sobre diversos temas (Santas, 1980: 7).⁸¹

Lanari trabajó con Castex hasta 1947, momento en el cual éste renunció a la universidad. Mientras con Castex el vínculo no perduró más allá en el tiempo, ni fuera del trabajo que desarrolló en su Cátedra entre 1933 y 1947, con Houssay y Vaccarezza, en cambio, mantuvo relaciones estrechas aún después de finalizado su trabajo en ambas cátedras.

3.3.3. La Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis: el estilo de investigación clínica de Vaccarezza

Junto con Houssay y Alfredo Bartolomé Lanari, Raúl Francisco Vaccarezza fue la tercera figura de mayor trascendencia e influencia en la orientación y características de la formación científica de Lanari, en sus inicios y en su posterior desarrollo. Con él, a diferencia de Houssay y de Castex, mantuvo no sólo un vínculo científico sino también un trato personal, amistoso y

⁸¹ Véase al respecto el Anexo 1.

familiar (Lanari, 1981c):

“A Castex no lo recuerdo tanto. Con Vaccarezza siempre tuvo relación. A Vaccarezza lo recuerdo re viejito, siempre tuvo una relación de amistad con él, de asistir a reuniones familiares o casamientos. Tenía mucho respeto por Vaccarezza. Me acuerdo cuando decía que no quería ser académico, que lo hacía porque se lo había pedido Vaccarezza... era una autoridad para él. De Castex no recuerdo una relación personal (...) Con Houssay, él era su médico personal. Todavía me acuerdo cuando Houssay estaba enfermo, antes de morir, me acuerdo que él lo fue a ver, yo me había quedado en el auto... al poco tiempo murió. La relación con Houssay no era tan personal como la que tuvo con Vaccarezza; Houssay no venía a cosas familiares, no lo recuerdo” (Lanari Claudia, entrevista personal, 27 de diciembre de 2007).

Esta relación de mayor intimidad trazada con Vaccarezza se forjó sobre la base del vínculo previo que éste ya tenía con su padre (Lanari, 1981c). Vaccarezza había sido ayudante en la Cátedra de Física Médica que dirigía Alfredo Bartolomé Lanari. Asimismo, entre 1919 y 1920, durante su primer decanato y, entre 1927 y 1929, durante su segundo, Vaccarezza fue uno de los médicos que lo acompañó en la nueva gestión, en calidad de Secretario de la Facultad.

Una breve mención del recorrido académico de Vaccarezza ayudará a comprender su posterior trabajo e influencia en Lanari. Vaccarezza ingresó a la Facultad de Medicina en 1909 y egresó en 1916. Durante su formación de grado, fue ayudante del Instituto Jenner y del Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínica Médica (entre 1912 y 1913). Luego ocupó el puesto de practicante mayor en el Instituto Modelo de Clínica Médica. Aquí encontró a quien más tarde se convirtió en su maestro, Luis Agote. Bajo su dirección realizó su trabajo de tesis doctoral “Amibiasis intestinal” y continuó su formación posterior en el “Modelo”, pasando de practicante mayor interno a médico agregado y luego médico interno, hasta 1919, momento en que se alejó del mismo.

Luego de este primer entrenamiento en el espacio social delimitado por el “Modelo” y con el clínico referente de la generación de 1910, inició su experiencia en el Hospital Muñiz. Allí fue donde adquirió reconocimiento científico por sus desarrollos de investigación, asistenciales y docentes

sobre la tuberculosis⁸² (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34030, tomo I).

En 1917 fue nombrado médico agregado al Hospital Muñiz y adscrito a la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Escuela de Medicina, a cargo del profesor Francisco Destéfano, ubicada en el mismo hospital. Allí, Vaccarezza realizó 6 años de adscripción y en 1924 dictó su primer curso de docencia complementaria de Clínica de Enfermedades Infecciosas (entre las cuales figuraban, como temas tratados, el diagnóstico, tratamiento y formas clínica típicas y atípicas sobre enfermedades tales como angina diftérica, tétanos, paludismo, rubéola, meningococcia y meningitis).

En 1925 fue nombrado profesor suplente y, a partir de este mismo año, en su segundo curso de docencia complementaria, se concentró exclusivamente en el estudio y la enseñanza de la tuberculosis, particularmente respecto a su tratamiento y sintomatología (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34030, tomo I).

Vaccarezza también cursó el profesorado, recibéndose con el trabajo de tesis, “La difteria en el adulto. Sus complicaciones”. Esta preparación, sumada a su experiencia como adscrito primero y a su docencia complementaria posterior, le permitió, en 1927, dictar su curso libre parcial de Clínica de Enfermedades Infecciosas. Los temas tratados en éste se concentraron en la tuberculosis, aunque no se redujeron sólo a ella. Se abordó el estudio de otras patologías tales como sarampión y lepra, en lo relativo a sus formas clínicas típicas y atípicas, al tratamiento y diagnóstico.

⁸² Armus (2007) muestra que si bien el descubrimiento del bacilo de Koch, en 1882, dio lugar a explicar esta enfermedad como consecuencia de la actuación de este microorganismo y a entenderla, por ende, como una de tipo infecciosa, esta concepción no fue inmediatamente adoptada por la comunidad médica local. Una gran cantidad de tesis doctorales de medicina seguían explicando la tuberculosis, incluso hasta las primeras dos décadas del siglo XX, como resultado de factores hereditarios. Esto indicaba la débil estabilización y aceptación, en este espacio científico local, del nuevo paradigma de la bacteriología, al menos en el marco de la investigación científica sobre esta enfermedad y, a la vez, evidenciaba la fuerte influencia que habían ejercido ciertas corrientes del pensamiento racial positivista (tanto de corte biologicista como otras con un matiz más culturalista) en la ciencia argentina. Dado que la comprensión y descripción cabal de la enfermedad (su etiología) y su control se caracterizaron por una prolongada incertidumbre, la tuberculosis adquirió múltiples significaciones sociales. Una de ellas, fue aquélla utilizada para fundamentar visiones y discursos sobre cuáles eran los inmigrantes más aptos para poblar la ciudad.

El curso libre dictado por Vaccarezza contaba con el siguiente personal honorario para 1932: 2 jefes de clínica, 2 jefes de trabajos prácticos, 1 encargado de laboratorio y 1 ayudante.

En 1938, Vaccarezza se apartó de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas cuando ganó el concurso de profesor titular de la nueva Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis⁸³ y el mando de la Dirección del Dispensario Antituberculoso y del Pabellón Koch, ubicados también en el Hospital Muñiz (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34.030, tomo I).⁸⁴

⁸³ La creación de una Cátedra sobre Tuberculosis en la Facultad de Medicina, y por ende de su inclusión como tema de interés específico en el ámbito universitario, representó una fase avanzada de un proceso de institucionalización de esta enfermedad como problema público y de conocimiento, cuyo origen se remite a la primera década del siglo XX. Fue entonces cuando se crearon instituciones tales como el Hospital Tornú en Buenos Aires y el Sanatorio Santa María en las sierras de la provincia de Córdoba, ambos específicamente abocados al diagnóstico, tratamiento y atención de enfermos tísicos. En 1901 se creó la Liga Argentina contra la Tuberculosis y, a partir de 1910, se abrieron consultorios externos dependientes del Hospital Tornú y dispensarios barriales. En la década de 1920, la Asistencia Pública Municipal ya contaba con una sección específica: la Dirección de la Lucha Antituberculosa Municipal. En la misma época, emergió la tisiología como especialidad médica: en 1918 se creó la Asociación de Médicos del Hospital Tornú que en 1925 fue aceptada, por parte de la Asociación Médica Argentina, como Sociedad Argentina de Tisiología. Durante la década de 1930, el Estado siguió consolidándose como árbitro privilegiado en la cuestión social y, con él, el rol de la burocracia médico-administrativa. En estos años, se subrayó la necesidad de una dirección centralizada a nivel nacional en la lucha contra la enfermedad: en 1935, se desarrolló una cruzada nacional contra la enfermedad, impulsada por la Liga Argentina contra la Tuberculosis, apoyada en la generación y difusión del “código higiénico antituberculoso” y se aprobaron una serie de leyes destinadas a impulsar la ampliación del Hospital Tornú en Buenos Aires y, la construcción, en distintos lugares del territorio nacional, de hospitales suburbanos y sanatorios en el interior del país. También se sancionó la ley de subvención estatal a la Liga Argentina contra la Tuberculosis para crear el Instituto de la Tuberculosis y la ley que creaba la Comisión Nacional contra la Tuberculosis, en 1938 (Armus, 2007).

⁸⁴ Dicho concurso fue objeto de una serie de enfrentamientos y oposiciones entre miembros del Consejo Directivo y de la Comisión de Enseñanza, respecto a los criterios que debían regir el orden de mérito (de la terna conformada por Carlos Gandolfo, Atilio Rissotto y Raúl Vaccarezza) la elección y, finalmente, la función del titular concursado de la cátedra (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34.030, tomo I). Si bien Vaccarezza terminó siendo el titular, primero se confeccionó una terna con el siguiente orden de mérito: 1° Gandolfo, 2° Vaccarezza y 3° Rissotto. Aquél ocupaba el 1° lugar dado que había tenido predilección por el estudio de la tuberculosis, habiendo sido director del primer dispensario nacional para la profilaxis y cura de la tuberculosis y también practicante y médico del Hospital Tornú (centro más importante y referente en el tratamiento de dicha patología). Su actuación docente, a pesar de haberse desarrollado dentro de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, también mostraba mayor inclinación por la tuberculosis. Rissotto y Vaccarezza, en cambio, habían permanecido dentro del ámbito de tratamiento y estudio de las enfermedades infecciosas. Por eso se los valoraba más idóneos para esa cátedra antes que en la de tuberculosis, ocupando, por ende, tales posiciones en la terna (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34.030, tomo I). Quiero señalar que en esta elección aquello que se puso en juego fueron los criterios que definían y legitimaban la función académica docente de un médico: por un lado, la producción de

Al finalizar su formación de grado, Lanari comenzó a trabajar en el Servicio de Enfermedades Infecciosas, ubicado en el Hospital Muñiz y dirigido por Vaccarezza:

“Aunque comencé a concurrir al Muñiz antes del 39 (...) desde esa fecha hasta ahora, con largos lapsos en el extranjero, he estado vinculado a la Cátedra de Tuberculosis. He visto en ella lo que es una verdadera organización, lo que es la labor del profesor Vaccarezza, quien tenía que preocuparse desde dictar las clases hasta que me mandaran los perros a mi laboratorio experimental (...) Asistir durante estos quince años a las tres reuniones semanales, discutir los casos, sugerir tratamientos, inspirar investigaciones originales, leer todo lo que se publica en la Cátedra” (Lanari, 1957b: 57).

En 1939 Lanari pasó a ocupar, en dicha cátedra, el puesto de Jefe de Investigaciones Fisiopatológicas en carácter de interino.⁸⁵

En el marco del trabajo realizado en aquella, se dictaban cursos de especialización para graduados y cursos de especialización para médicos tisiólogos. Con el fin de asegurar una enseñanza integral esencialmente práctica se demandaba la concurrencia de los médicos cursantes a los diferentes servicios de la cátedra, con rotación periódica, para permitir su pasaje por las distintas secciones durante los dos años que comprendía el

conocimiento original, es decir la investigación y, por el otro lado, la antigüedad. Esta selección y conflictos en torno al orden de mérito de la terna y su posterior ganador, ocurrido entre 1937 y 1938, tiene una familiaridad sugerente con aquello que Buch (1994) analizó en el caso del concurso de la Cátedra de Fisiología, en 1919, entre Houssay y Soler. Así, un Consejero expresaba (quien votó a favor de Vaccarezza) “la antigüedad de la docencia si no va acompañada de una preocupación investigadora o del aporte al esclarecimiento de problemas que apasionan las disciplinas médicas, pierden el significado que a menudo se le asigna” (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34.030, tomo I).

⁸⁵ Para ese año, entre el personal que componía la Cátedra se destacaron: dentro del pabellón para mujeres: Oscar Vaccarezza (médico cirujano), Donato Vívoli (anatómo patólogo), Guido Pollitzer (Jefe de Clínica), Juan Carlos Rey (Jefe de Trabajos Prácticos – JTP-), Fernando Medici, José M. Leston, Rodolfo Cucchiani Acevedo (todos JTP). Dentro del dispensario antituberculoso: José Peroncini (Jefe de Clínica), Amadeo J. Galli (médico), Benjamín Enquin (radiólogo). En Fisiopatología, Lanari (Jefe de investigaciones), Ángel I. Brisco Capurro (médico auxiliar), Eduardo Mahelz Molins (practicante). A partir de 1941, se sumaron las secciones del laboratorio experimental, a cargo de Andrés Arena (quien, en 1945, dejaría la Cátedra a raíz de su nombramiento como director del Instituto Bacteriológico “Dr. Carlos Malbrán”); otra de bacteriología, a cargo de Abel Cetrángolo y de química, con Francisco E. Labourt al frente (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34.030, tomo I).

dictado del curso.⁸⁶

Además de las clases oficiales y de la enseñanza práctica realizada por los jefes y auxiliares de distintos servicios de la cátedra, se brindaron varias conferencias libres. En este marco, Lanari dictó dos conferencias sobre “Examen funcional del aparato respiratorio” (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34030, tomo I).

En 1943, ante la vacante producida en el puesto de Preparador de Anatomía Patológica, Antonio Croxatto se hizo cargo -años más tarde tomaría la jefatura de tal especialidad en el IIM⁸⁷-. En ese mismo año Lanari renunció a su cargo en la Cátedra de Tuberculosis, en el marco de las protestas contra las cesantías producidas en la Facultad (contra Houssay, Castex, entre otros) por el gobierno de facto en ese momento. A raíz de ello, el puesto de jefe de investigaciones fisiopatológicas quedó vacante por un tiempo hasta que Croxatto fue quien lo reemplazó, hasta abril de 1945, momento que Lanari se reincorporó a la universidad y a la Cátedra, volviendo a ocupar cada uno sus antiguas funciones (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34030, Tomo II).

En ese año, ante la designación de Arena -Jefe de Laboratorio Experimental de la Cátedra- como director del Instituto Malbrán, Lanari

⁸⁶ En estos cursos, la enseñanza de las materias y los catedráticos a cargo fueron: Juan J. Cirio, Anatomía del tórax y del pulmón; Pedro A. Rojas, Histología y Embriología del Pulmón; Bernardo Houssay (y miembros del Instituto tales como Juan C. Fasciolo, Virgilio Foglia, Luis F. Leloir, Eduardo Braun Menéndez), Fisiología de la Respiración; Pedro Elizalde, Anatomía Patológica de la Tuberculosis y Tuberculosis infantil; Alois Bachmann, Bacteriología de la Tuberculosis; Alberto Rodríguez Egaña, Tuberculosis Quirúrgica; José Puente, Tuberculosis Cutánea; Santiago Arauz, Tuberculosis de Garganta, Naríz y Oído; Baudilio Courtis, Tuberculosis ocular; Francisco Grimaldi, Tuberculosis urogenital; Nicanor Palacios Costa, Tuberculosis del Aparato Genital de la Mujer y Tuberculosis y Embarazo; Alberto Bonhour, Tuberculosis y Enfermedades Mentales; Francisco Rosenbusch, Patología Comparada de la Tuberculosis; Oscar Vaccarezza, Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar; Juan R. Paso, La tuberculosis como Enfermedad Social; Remigio Consigliere, Asistencia Social del Tuberculoso y Readaptación al Trabajo (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34.030, tomo I). Todos estos nombres, en particular, los del grupo de Houssay, dan cuenta de la imbricación de estilos que introyectó esta Cátedra dirigida por Vaccarezza. De aquí también salieron muchos de los que acompañaron a Lanari en los momentos iniciales de la construcción del IIM.

⁸⁷ Además de Croxatto, en esta etapa de trabajo en la Cátedra de Tuberculosis, conoció a Aquiles Roncoroni, Alberto Agrest, Eduardo Malhez Molins, todos futuros miembros del IIM (Santas, 1980).

pasó a ocupar dicho cargo y Croxatto el de Lanari. Arena siguió, igualmente, ligado a la Cátedra en lo atinente a la enseñanza de Bacteriología de la Tuberculosis.

Con el alejamiento de la universidad de Houssay y su grupo en 1947, Lanari se hizo cargo del dictado de la materia Fisiología de la Respiración en el curso de perfeccionamiento en fisiología que se ofertaba a médicos graduados orientados a tal especialización (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 34030, Tomo II).

Como parte del funcionamiento habitual de la cátedra, también se dictaban cursos orientados a médicos higienistas, visitadoras de higiene social, instructoras de enfermería y asistentes sociales. En ellos se trataban temas relacionados con la epidemiología de la tuberculosis, su prevención y la lucha contra su propagación (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl 34030, tomo II, Memoria de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. 1949).⁸⁸

Para 1949 la Cátedra contaba con el tradicional Dispensario Antituberculoso y con Servicios Clínicos, Consultorios de Cardiología, Oftalmología, Asma y Farmacia. Asimismo constaba de las siguientes Secciones: Anatomía Patológica, Radiología, Otorrinolaringología, Broncoscopio, Gastroenterología, Ginecología, Cirugía y Odontología, complementadas con los Laboratorios de Clínica, Bacteriología, Fisiopatología Respiratoria, Fisiopatología General. A esta estructura se sumaban el Centro Profiláctico Universitario y el Centro Antituberculoso Universitario, organizaciones que tenían por función el control y la prevención antituberculosa entre la población estudiantil antes de ingresar a la universidad (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza, Raúl, N° 34030, tomo II. Memoria de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. 1949).

⁸⁸ Esto se ubicaba en un contexto en el que la gestión de salud pública del gobierno peronista había reactivado viejas iniciativas en el combate contra la enfermedad: el *Plan analítico de salud pública*, de 1947, explicitaba la necesidad de llegar a las regiones del interior del país menos equipadas de dispensarios, hospitales y sanatorios. Esto se materializó en la extensión de la red de servicios de atención hospitalaria en las regiones del interior, la que encontró sus límites con el Segundo Plan Quinquenal de 1952 (Armus, 2007).

Los principales temas investigados durante los años 30 y 40 en el marco de la cátedra fueron sobre: la función cardiorrespiratoria en la tuberculosis (en manos de Vaccarezza, Lanari, Soubrié y Alberti); suturas y homoinjertos de aorta (a cargo de Lanari y Croxatto); la anatomía patológica de las reacciones esclerosas de la pleura (dirigida por Croxatto y Sampietro); la acción de la estreptomina en tuberculosis experimental en cobayos (en manos de Cetrángolo y Vaccarezza); la utilidad diagnóstica de la radiografía de tórax en espiración (a cargo de Carlos Lanari y Vaccarezza); los resultados de vacunación BCG en niños y estudiantes (dirigida por Vaccarezza, Biondini, Enquin y otros) y la tuberculosis de las serosas (a cargo de Peroncini, Cucchiani Acevedo y Lanari) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza, Raúl, N° 34030, tomo II. Memoria de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. 1949).

Como puede notarse, se desarrollaron desde líneas experimentales hasta estudios más cercanos al modelo de casuísticas o estudios epidemiológicos.

A diferencia de Castex, Vaccarezza sí era referenciado por el mismo Lanari como un promotor de la investigación clínica “que él mismo realizaba”, y también indirectamente de la investigación experimental en neumonología” (Lanari, 1971a):

“Vaccarezza consiguió dotar a la Cátedra con un laboratorio de primera calidad, bien equipado y con un vivero de animales chicos y grandes (...) Desde 1940 hasta casi 1960 la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis fue, a mi entender, el centro más importante del país en investigación clínica” (Lanari, 1971a: 16)

3.4. Entrenamiento con el grupo de Boston: el estilo de investigación clínica de Cannon, Luco y Rosenblueth

Habiendo recibido el grado de Doctor, Lanari realizó dos estadías en el exterior que solventó con recursos propios. En aquella época existían escasas oportunidades de perfeccionamiento con financiación externa. En los Estados Unidos no había residencias abiertas ni tampoco *fellowships*

como las que se abrieron en el contexto de la segunda posguerra. Había sólo una beca de la Fundación Guggenheim y unas pocas de la Rockefeller, sumadas a otras dos de la Comisión Nacional de Cultura. A estas dos últimas presentó su candidatura sin obtener los resultados de admisión esperados, por lo cual, decidido a realizar las estadías fuera del país, utilizó una herencia que le había dejado su padre (Renee Sallas, 1970).

Por entonces sus intereses de trabajo se inclinaban por las enfermedades neuro-musculares y temas de neurofisiología clínica (como lo desarrolló en su tesis de doctorado). Decidió continuar con ellos durante su formación en el exterior.

Desde diciembre de 1937 hasta agosto de 1938 trabajó como médico asistente en el Servicio de Medicina Interna del Profesor Schittenhelm, en la Universidad de Munich, Alemania. Esta primera estadía no tuvo efectos muy relevantes desde el punto de vista de la formación médica y científica. Luego, entre el mes de septiembre de 1938 hasta mayo de 1939 fue asistente voluntario en el Servicio del Profesor Minot, en Boston, donde conoció a Arturo Rosenblueth y a Joaquín V. Luco. Con ello trabajó en la discusión y comparación entre la teoría eléctrica y teoría química sobre la transmisión sináptica del impulso nervioso (Wolfe Barger, y Benison, 2000), pero principalmente trazó lazos de suma importancia para la maduración de sus visiones sobre la medicina y su ejercicio profesional.

Ambos fueron más tarde referentes indiscutibles de la neurofisiología. Rosenblueth fue director del Instituto de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico de México, creador junto con Norbert Wiener de la cibernética. Luco un referente de este campo de estudios en Chile. Lanari recordaba a Rosenblueth y Luco y sus influencias del siguiente modo:

“Rosenblueth fue un amigo geográficamente lejano pero con quien estuve en comunicación constante hasta su muerte a fines de 1970” (Lanari, 1973a: 36) “Con Luco fuimos inseparables en Boston y luego mantuvimos una amistad (...) Luco en Chile hizo una labor extraordinaria por sus trabajos y por ser el inspirador de neurofisiólogos que luego se esparcieron por muchos países de América Latina (...) Cuando en 1958 comenzamos en el Instituto de Investigaciones Médicas la sección neurofisiología,

tuvimos que pedirle a Luco que recibiera a uno de nuestros becarios (...) El contacto con Luco, su decisión de volver a trabajar *full time* en Chile, influyó en mi futuro pues casualmente al releer hace poco tiempo una carta que le envié a Eduardo Braun desde Boston mencionaba que el ejemplo de Luco fue fundamental para modificar mi futuro académico, apartándome del esquema clásico del clínico con dedicación parcial para impulsarme a la rigurosidad del docente e investigador con dedicación exclusiva” (Lanari, 1973a: 37).

Cuando Lanari los conoció en Boston, Rosenblueth era profesor asociado de Walter Cannon y Luco era un becario chileno que estaba trabajando con ellos dos.

Cannon fue una de las más distinguidas personalidades científicas de la medicina mundial, desde su servicio en la primera guerra mundial hasta su muerte a fines de la segunda, y uno de los precursores en el campo de la fisiología, ocupando el cargo de jefe de fisiología de la Escuela de Medicina de Harvard entre los años 20 y 40. En el contexto de la primera guerra mundial, entre 1917 y 1918, trabajó en investigaciones sobre el *shock* traumático en Inglaterra y Francia. Cuando regresó a los Estados Unidos, a la Escuela de Medicina de Harvard, a principios de 1920, retomó su viejo desafío de investigar sobre la secreción suprarrenal. Allí, llevó adelante una serie de trabajos, con un grupo de estudiantes y colegas bien entrenados en fisiología, para validar la utilización del corazón *denervated* como un indicador de la función suprarrenal. Hacia fines de la década de 1920, no sólo reafirmó su emergente teoría del sistema suprarrenal simpático sino que también aportó contribuciones a los campos de la biología y la medicina con dos importantes y nuevas ideas; por un lado, una nueva teoría de las emociones, basada en la ampliación de su trabajo sobre los efectos corporales de la excitación emocional, por el otro, los estudios sobre homeostasis. A comienzos de los años 30, junto con otros colegas, realizó contribuciones al conocimiento sobre la transmisión química de impulsos nerviosos y al campo de la neuro-endocrinología, por entonces, de reciente conformación: el hallazgo de la *sympathin* como un posible mediador de los impulsos nerviosos simpáticos -junto con Rosenblueth identificaron las *sympathin* E y *sympathin* I-.

Su trayectoria científica no se restringió solamente al ámbito

estrictamente académico de la investigación y la docencia. En la década de 1920, defendió la experimentación con animales ante los ataques de los grupos alineados en contra de la práctica de la vivisección, fue solidario con los médicos y científicos rusos, en particular con I. P. Pavlov, después de la revolución del 17. Asimismo, en los 30, participó en las acciones de rescate de médicos europeos que huían del fascismo y el nacionalismo y se comprometió con la causa de la República Española, encabezando el *Medical Bureau* que se formó en los Estados Unidos para proveer apoyo y personal a los partidarios del gobierno republicano durante la guerra civil española. Durante la segunda guerra mundial, brindó su ayuda a una variedad de organizaciones que ofrecían asistencia médica a China y formó parte de la cooperación internacional de seguridad a través de la Sociedad Médica Americana-Soviética (Wolfe, Barger, y Benison, 2000).

Lanari también realizó una estadía en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, donde trabajó, entre 1938 y 1939, en el laboratorio de fisiología del Profesor Walter Cannon.⁸⁹ Ésta relación y las entabladas con Luco y Rosenblueth constituyeron las experiencias más importantes para Lanari, pues a partir de allí sedimentó su visión singular respecto a romper la dualidad entre la medicina clínica y la experimental (de laboratorio) y afianzó su inclinación por la investigación. Cannon era un impulsor de la conjunción de ambas, en particular, de la fisiología y su aplicación en la clínica (Wolfe, Barger, y Benison, 2000) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo N° 51456):

“Trabajé con Cannon y Rosenblueth no más de ocho o nueve meses, se publicaron algunos trabajos y después supe exactamente lo que quería hacer. Volví a Buenos Aires con la idea de que me dedicaría en forma *full time* a la investigación clínica” (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, *Ciencia Nueva*, 1970: 26).

⁸⁹ Este viaje de Lanari fue posible por las relaciones que habían trabado los fisiólogos argentinos del grupo de Houssay: Juan T. Lewis, Teodoro Schlossberg y Oscar Orias, con el grupo de Cannon (Wolfe, Barger, y Benison, 2000). El mismo Houssay trabajó entre 1925 y 1927 en el laboratorio de Cannon (Buch, 2006), en 1935 visitó Harvard como conferencista y, al año siguiente, como delegado de la celebración *Tercentenary*, uniéndose con quienes nominaron a Cannon a Premio Nobel en medicina o fisiología (Wolfe Barger, y Benison, 2000).

Efectivamente Cannon reforzó la vocación por la fisiología que Lanari había recibido de Houssay y contribuyó a que la llevara —con sus métodos, prácticas e ideas— a la medicina clínica.

Luego de su estadía en Harvard, Lanari desarrolló más formalmente su predilección por la fisiopatología pulmonar clínica. Más tarde, la influencia de esos referentes iba más allá de la elección de una línea de investigación. La ideología y el estilo de Cannon, Luco y Rosenblueth se vieron plasmados en el proyecto institucional y cognitivo que implicó el IIM (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo N° 51456).⁹⁰

3.5. Conformación de un estilo de investigación propio

Al llegar a Buenos Aires, no teniendo la posibilidad de hacer investigación clínica *full time* dado que no existían posiciones con tales dedicaciones para un clínico en la Facultad de Medicina, dividió su tiempo de trabajo entre la clínica y la medicina experimental: por la mañana, en forma parcial, con Mariano Castex, como adscrito a la Cátedra de Clínica Médica⁹¹, y por la tarde, en el Instituto de Fisiología.

Al poco tiempo reemplazó este trabajo que era *ad honorem* —aunque nunca dejó de ir al Instituto y de tener intercambios frecuentes con Houssay— e ingresó al Hospital Muñiz, donde funcionaba la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, a cargo de Vaccarezza. Le otorgó un puesto que, aunque no era *full time*, tenía un sueldo que le permitía vivir: fue nombrado Jefe Interino de Investigaciones Fisiopatológicas de la Cátedra. A partir de esta incursión, comenzó a desarrollar líneas de trabajo en temas sobre fisiología respiratoria (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo

⁹⁰ Sobre los determinantes ajenos a estas influencias y al propio interés de Lanari, por acercarse a la fisiología y la investigación clínica, él afirmaba “a medida que los métodos se perfeccionan, en especial los métodos de medición (simplemente con una aguja en una vena o en una arteria uno puede tener prácticamente todos los elementos que le permitan hacer una investigación clínica), ésta se acercó a la fisiología. Eso es consecuencia, en cierto sentido, del adelanto de las técnicas auxiliares” (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, *Ciencia Nueva*, 1970: 27).

⁹¹ En 1941 fue nombrado Jefe de Trabajos Prácticos con cargo rentado (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Castex Mariano N° 33.920 Tomo 1). En ese mismo año ingresó como miembro titular a la Sociedad de Cardiología (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo N° 51456).

Lanari, *Ciencia Nueva*, 1970). Estos se sumaron a sus primeras líneas de investigación en el campo de la neurofisiología y de las enfermedades neuromusculares (siendo la miastenia gravis la que recibió su mayor atención), las cuales nunca fueron abandonadas si bien fueron interrumpidas o discontinuadas en distintos momentos de su carrera.⁹²

Sumado a estos desempeños, también ocupó el cargo de médico en la Dirección General Impositiva. Esto le implicaba una carga de trabajo importante pero era necesaria para redondear un ingreso que le permitiera vivir, ya que era dificultoso hacerlo sólo con las dedicaciones docentes parciales en la universidad y en el hospital.

Asimismo, al poco tiempo de su regreso, en octubre de 1939, junto a otros colegas fundó la revista *Medicina* -a cuyo comité editorial perteneció hasta su muerte, en 1985-. Ésta fue fundada por el grupo de médicos que tuvieron formación con Houssay pero cuya orientación de investigación no se reducía al campo experimental (fisiología) sino a su aplicación clínica. La publicación y difusión de este tipo de trabajos, de investigación clínica, requería un órgano específico y con tal fin se creó la revista *Medicina*:

“Yo diría que el grupo fundamental que está con Houssay es Braun Menéndez, Foglia, Lanari. Esos sujetos se fueron volcando bastante hacia el estudio del ser humano directamente, son los mismos que, en un momento dado, cuando empiezan a terminar sus trabajos y querer divulgarlos, encuentran que, en la Argentina, no hay una sociedad apta para publicar sus trabajos (...) De modo que, cuando pasan los años y ya aparecimos nosotros, que somos “las manos de ellos” (ellos ponían la cabeza, nosotros podemos decir que poníamos las manos), en el año 1960, surgió la Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Pero mucho antes, ese mismo grupo se reúne para publicar la revista *Medicina*, es en el ‘39; son todos del grupo de Houssay” (Barousse Amadeo, investigador del IIM, Sección Neumonología, 3° Jefe, entrevista personal, 4 de marzo de 2009).

La revista había nacido por inspiración de Lanari y otros miembros fundadores⁹³, quienes en su mayoría no superaban los 30 ó 35 años de edad

⁹² Véase Anexo 1. Allí se puede observar el desarrollo de esta línea a través de sus publicaciones.

⁹³ Ellos fueron: Severo Amuchástegui, Antonio Battro, Alfredo Biasotti, Mario Brea,

y conformaban, por eso, la nueva generación de médicos formados en los años posteriores a la Reforma del 18 (Dosne Pasqualini y Kotsias, 2000). Si bien este canal de comunicación fue fruto de una empresa colectiva y continuó siéndolo desde su creación, debido al rol jugado por Lanari en sus editoriales y en los criterios de publicación, muchos la identificaron como “su revista” (más aún desde que aquél se hizo cargo de la dirección del IIM, desde 1957 hasta 1976):

“En 1967 ingresé al Comité de Redacción de *Medicina*. Desde aquel entonces, todos los miércoles al mediodía compartía con Lanari algunos sinsabores relacionados con la publicación de número tras número (...) Por más que se resistía a ser considerado el director de la revista indudablemente lo era (...) Al principio no firmaba sus editoriales y comentarios bibliográficos, prefería el anonimato, el que por otra parte era relativo dada la profusión de sus escritos. Más aún, cuando otros escribían se lo solía atribuir a Lanari” (Dosne Pasqualini, 2005: 70).

Al escribir las palabras iniciales del primer número, Lanari resaltaba que la plataforma de la revista necesitaba “de un núcleo de personas con la capacidad científica necesaria, con el tiempo y dedicación consiguientes y con la independencia indispensable para abocarse a la tarea de revisar todas las publicaciones y de aceptar sólo aquellas que llenen las condiciones mínimas exigibles en un artículo científico” (Dosne Pasqualini y Kotsias, 2000, p. 1). Asimismo, explicitaba, con especial énfasis, la misión para la cual habían creado dicho órgano de comunicación: “dar a la familia médica argentina una revista de medicina general cuya organización esté fundamentada en la calidad de los artículos originales” (Lanari, 1940: 1).

Esta misión se materializaba en una de las tres secciones que estructuraban la revista.⁹⁴ Una primera estaba destinada a la publicación de

Agustín Caeiro, Rodolfo Dassen, Enrique Del Castillo, Venancio Deulofeu, Rodolfo Ferré, Osvaldo Fustinoni, Héctor Gotta, Roberto González Segura, Enrique Hug, Alfredo Larguía, Bernardo Odoriz, Oscar Orías, Alfredo Patalano, Alfredo Pavlovsky, Juan Carlos Rey, Marcelo Royer, Luis Solari y Alberto Taquini.

⁹⁴ Martín Isturitz, investigador del IIM y miembro del Comité Editor de Medicina, en la década de 1970, refería al sentido que tenían las reglas de edición de la revista del siguiente modo: “Las reglas de edición de *Medicina* demarcaban qué era la investigación clínica (...) no se admitía casuísticas ni investigaciones que fueran aisladas por más espectaculares que fueran, eso marca que era para eliminar cuestiones que por el hecho de ser exóticas, o

trabajos originales y casuísticas, siempre que éstas fueran “breves y contemplaran un aporte” (en términos de nuevos conocimientos y no una mera descripción de un caso clínico). La segunda sección tenía por objetivo “poner de relieve nuevas adquisiciones en cualquier sector de la medicina” y, por último, la tercera se reservaba para los trabajos de revisión crítica de libros locales y extranjeros. Un cuarto espacio fue conformado por las editoriales (Lanari, 1940: 1).

Si bien este último no fue, por su contenido, extensión y forma, análogo a las tres secciones que organizaban *Medicina*, tuvo, desde su creación hasta el presente, una importancia capital. Las editoriales constituyeron el canal donde se plasmaron las visiones, orientaciones prácticas e intereses cognitivos y político-académicos de los diferentes actores del ámbito de la investigación clínica y de otros ajenos a él. Allí se dirimieron sus disputas en torno a la demarcación de dicho ámbito y a las características profesionales del investigador clínico (Martín, Barcat y Molinas, 1995).

En octubre de 1943, en el marco del proceso de cesantías de profesores universitarios que inició el gobierno de facto, Lanari renunció a los cargos que tenía en la Cátedra de Castex y en la de Vaccarezza.

El alejamiento de la universidad duró un lapso de tiempo relativamente corto, ya que al cabo de 2 años, en mayo de 1945, Lanari se reincorporó a la Facultad. Entonces, obtuvo la designación de Jefe de Laboratorio Experimental de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis y comenzó a dictar su primer curso de “Docencia Complementaria de Clínica Médica”, en el servicio de Castex. Asimismo, en septiembre de ese año fue designado médico agregado honorario con servicio en la Sala V del Hospital de Clínicas.

Durante el período de 10 años que se extendió hasta su designación como titular docente e investigador *full time* de la Tercera Cátedra de Clínica Médica y de la dirección del IIM en el Hospital Tornú, Lanari continuó desarrollando y ampliando actividades de formación en el ámbito

trabajos descriptivos, no son de investigación. La investigación parte de una hipótesis, plantea un problema que marca una línea a seguir. Entonces, el básico clínico debe nadar entre esas dos cosas” (Isturitz Martín, investigador del IIM, Sección Inmunología, entrevista personal, 20 de diciembre de 2007).

local y en el extranjero.

Desde 1947, he señalado que dictó Fisiopatología de la Respiración en el curso de perfeccionamiento para médicos fisiólogos a cargo de Vaccarezza y continuó como Jefe de Laboratorio Experimental en su cátedra, sumando su colaboración, como auxiliar, en el dispensario antituberculoso. A su vez, prestó colaboración en el curso de médicos cardiólogos de Alberto Taquini durante 1949 y obtuvo, por concurso, la designación de profesor adjunto de la Primera Cátedra de Clínica Médica en el mes de junio de 1950.

En 1949⁹⁵ lo dejaron cesante en el puesto de médico que tenía en la Dirección General Impositiva dado que se negó a firmar una solicitada oficial para promover el cambio de la Constitución. “Yo no voy a hacer nada contra el peronismo –dije entonces- pero tampoco voy a hacer nada a favor” (Renee Sallas, 1970: 93). Por eso, fue sólo entre este año y 1951 que ejerció la medicina privada, asistiendo pacientes en su consultorio y trabajando en una clínica privada, el Instituto del Tórax, con Vaccarezza y con otros miembros del grupo del Muñiz (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, Ciencia Nueva, 1970).

Aquél episodio del 49 se sumaba al iniciado en 1943 con las cesantías masivas de profesores en la universidad. En 1947 se puso en vigencia la ley universitaria 13.031 que suprimía el Estatuto de la Reforma, anulándose la autonomía, el gobierno tripartito y la participación estudiantil. Ante esta acumulación de condiciones adversas para su desarrollo profesional y ante la oferta de un puesto de trabajo y de investigación en los Estados Unidos, decidió irse del país. “Ya estaba bastante harto de la situación política del país y tenía dificultades en mi trabajo; me ofrecieron un puesto y me fui” (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, 1970, Ciencia Nueva: 27).

⁹⁵ Un año antes había contraído matrimonio con Irene Tschudi, bióloga de profesión. Con ella luego tuvo dos hijas. “Esposa serena, tranquila y pacífica ha tenido gran influencia en su vida, en parte debido a que contenía y refrenaba los impulsos de su marido” (Santas, 1980: 9). Más tarde, Irene Tschudi también trabajó en el IIM, en la preparación de cultivos de tejido.

3.6. Segunda etapa en el exterior en el *National Jewish Hospital* en Denver

Entre enero y mayo de 1951, con una beca de la Fundación Rockefeller⁹⁶, Lanari realizó una estadía de investigación en la Universidad de Colorado, en Denver, los Estados Unidos. Allí se concentró en el estudio de los métodos empleados en la exploración funcional del aparato respiratorio.⁹⁷

Entre fines de 1951 y julio de 1952 aceptó el cargo, designado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Asesor en Fisiopatología Cardiopulmonar en Guayaquil, Ecuador.

Al año siguiente, regresó a la Argentina y fue designado profesor adjunto asistente en la Tercera Cátedra de Clínica Médica y, un mes más tarde, docente *ad honorem* del curso de perfeccionamiento en fisiología en la Cátedra de la Tuberculosis. En este período, aprovechó su tiempo en la preparación de su tesis de profesorado, “El problema general de injertos y trasplante de órganos”, aprobada en 1954.

Luego, en ese mismo año se volvió a ausentar del país, radicándose como profesor asistente de medicina en la Universidad de Colorado, en Denver, hasta 1956. Allí trabajó en el *National Jewish Hospital*, asociado a dicha universidad, donde fue Jefe del Laboratorio Cardiopulmonar y Profesor Asistente. Durante esos años de trabajo en Denver, Lanari invitó a trabajar con él a varios médicos jóvenes que luego formaron parte del *staff* del IIM: Gallo Morando, Torres Agüero y Lambertini (Santas, 1980).

Su regreso y establecimiento en la Argentina se debió a las condiciones profesionales favorables que vislumbró en el nuevo escenario nacional y científico abierto después de 1955, con el proceso de renovación y reconstrucción universitaria iniciado. En este marco, se abrió un concurso para profesor titular de clínica médica, a mediados de 1956. Este suceso en concreto fue lo que definió su regreso, presentándose al mismo con la exigencia de que la dedicación fuera *full time*.

⁹⁶ Recibió un monto de 3200 dólares (de entonces) de parte de la Fundación Rockefeller. En sus reportes se fijaba su estadía en el marco de trabajo en enfermedades musculares (The Rockefeller Foundation, 2003).

⁹⁷ En el informe de su estadía en Denver, presentado a Vaccarezza, se describe el estudio de los métodos empleados en la exploración funcional del aparato respiratorio (Lanari, 1951; Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl N° 3403, tomo III).

Esta modalidad de trabajo, núcleo central de los ideales profesionales que Lanari llevó delante desde entonces, había sido aprehendida primero con Houssay y luego con Rosenblueth, Luco y Cannon. La singularidad y novedad de estos últimos tres fue colocar el *full time* en la incumbencia profesional del investigador clínico:

“Junto a ellos me di cuenta de que la única forma de hacer investigación en serio era haciéndola *full time*. Como teoría, por lo menos, uno debe pretender que el investigador se dedique a la investigación clínica, vea y asista a los enfermos en el mismo lugar de trabajo, y que no tenga preocupaciones que requiere la práctica privada. En realidad, ser *full time* es una posición mental” (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, 1970, Ciencia Nueva: 27).

En estas reflexiones sobre la naturaleza y funciones del *full time* médico investigador, destacaba también su visión sobre la plataforma organizacional y física adecuada para dicha práctica: la de una ecología común entre atención e investigación en la clínica. Esta visión se plasmaría más tarde en una cultura organizacional de trabajo integral de asistencia, investigación y enseñanza en el IIM.

3.7. Regreso y radicación: titular *full time* de la Tercera Cátedra de Clínica Médica

En octubre de 1956, de vuelta en Argentina, obtuvo la designación de profesor *full time* titular de la Tercera Cátedra de Clínica Médica, convirtiéndose en el primer profesor con tal dedicación de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.⁹⁸ Para ese cargo inmediatamente pidió licencia, hasta febrero de 1957, con el fin de viajar a Denver, en donde había dejado inconclusas actividades de investigación en el *National Jewish Hospital*, y de docencia en la Universidad de Colorado (Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Archivo General, Legajo de Lanari, Alfredo N° 51456).

A su regreso, en julio de 1957, ante la apertura del IIM, cuya

⁹⁸ La Tercera Cátedra había estado en manos de Taquini hasta 1955. Para el concurso de titular con dedicación exclusiva celebrado en 1956 se presentó Lanari solamente y lo ganó (Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Archivo General, Legajo de Lanari, Alfredo N° 51456).

dirección le fue ofrecida, solicitó serlo siempre y cuando fuera designado *full time*, aunando dicho cargo con la titularidad obtenida un año antes. La comisión permanente⁹⁹ encargada de estudiar las medidas tendientes al fomento y financiación de la investigación científica en la Facultad de Medicina, aceptó ese pedido, declarándolo en condiciones de dedicación exclusiva y juntando ese cargo de dirección con el cargo de profesor titular de la Tercera Cátedra de Clínica Médica. Desde allí, se lanzó a liderar la conformación inicial del IIM, reclutando colegas de dicha cátedra, al grupo que había trabajado con él en el Hospital Muñiz y en el Hospital de Clínicas y a otros investigadores que se habían perfeccionado en el exterior:

“El Dr. Lanari se presentó, ofreciéndose *full time*. Los otros candidatos, en realidad, ninguno se presentaba para *full time*; en realidad, no existía el *full time* en Clínica Médica; existía únicamente para las materias básicas y casi le diría, exclusivamente en Fisiología; toda la tradición de Houssay, Raúl Menéndez. En realidad, los que salían a las materias clínicas, con vocación *full time*, digamos, eran todos los que, de algún modo, habían cursado con Houssay; siguieron la tradición en realidad, como va a ver aquí, en esa época en que en todo el mundo se incorporó a la Fisiología, a la actividad Clínica” (Agrest Alberto, investigador del IIM, Secciones: Clínica Médica e Hipertensión Arterial, 1º Jefe, entrevista personal, 8 de enero de 2009).

La experiencia y el recorrido que Lanari iniciaría en adelante, como un investigador formado, no fue sino sobre la base de la integración y resignificación de los legados de las tradiciones clínicas y experimentales locales y extranjeras que transitó en estos años de formación.¹⁰⁰ Dichos

⁹⁹ La comisión estuvo conformada por B. Houssay, E. Braun Menéndez, R. Mancini, E. Strajman, V. Foglia, E. De Robertis, A. Stoppani y C. Tanturi (Agrest, 2003).

¹⁰⁰ Los nombres propios ligados a tales tradiciones y legados, que encarnaron en Lanari, superaban a los de su padre, Houssay, Castex, Vaccarezza, Cannon y Rosenblueth. Así lo manifestaba él “(...) dedicaremos una parte de esta clase a recordar a quienes han contribuido a mi formación científica (...) no haré más que nombrarlos, algunos tengo la suerte de contarlos entre mis amigos de ahora, Juan T. Lewis, Carlos Pinedo, Enrique B. del Castillo, Arturo Rosenblueth, de México, Joaquín Luco, de Santiago de Chile, Eduardo Braun Menéndez, Santiago Palestra, Norberto Quirno, Abe Ravin y Gardner Middlebrook de Denver, y especialmente el profesor Castex, en cuyas salas del Hospital de Clínicas tantos de nosotros iniciamos nuestra carrera y cuya tutela nos fue tan útil. Entre los que desgraciadamente han desaparecido está el profesor Walter B. Cannon, a quien aparte de conocimientos de neurofisiología, le debo una lección indeleble sobre cuál ha de ser la conducta de un director de Instituto cuando uno de sus asociados presenta un trabajo científico; Oscar Orías, con quien estudié técnicas fisiológicas y aprendí tantas otras cosas

legados consistieron en específicas modalidades de ejercicio de prácticas asistenciales, de investigación y de enseñanza y en la construcción y el sostenimiento de ambientes institucionales y modelos organizacionales afines al desarrollo integral de tales actividades.

Este proyecto cognitivo e institucional que delineaba Lanari para la clínica médica, imbricando investigación científica con atención clínica se inspiró asimismo en otra figura de la medicina internacional: Thomas Lewis. Reconocido por sus aplicaciones clínicas de la electrocardiografía en la década de 1910, trabajó a un tiempo como fisiólogo y como clínico. Pero lo más vinculado con el eje inspirador de Lanari es el impulso que Lewis le dio a la investigación clínica “en una campaña de largo aliento por establecer la ciencia clínica como una disciplina, separada y definitivamente diferente de la fisiología y de la práctica médica” (Burchell, 1981).

En 1909 Lewis fundó *Heart*, un *Journal* que al poco tiempo fue rebautizado con el nombre de *Clinical Science*. Este canal de comunicación científica se distinguía por publicar trabajos en el campo de la “traducción de la ciencia y la medicina”, definido como el amplio rango de aproximaciones fisiológicas relevantes de cara a enfermedades humanas, particularmente aquellas cuyas indagaciones exploraban sistemas biológicos integrados y la traducción de mecanismos biológicos a aplicaciones clínicas (Burchell, 1981).

Con Lewis, Lanari no tuvo contacto personal pero sí en cambio conocimiento sobre él y admiración por su proyecto,

“Thomas Lewis comenzaba la publicación de *Clinical Science* y se había convertido en el campeón de una nueva corriente que pretendía aplicar el método científico experimental a los problemas de la enfermedad. Los trabajos de Lewis y las largas conversaciones con Braun Menéndez, quien aunque fisiólogo ya definido compartía mi admiración por Lewis y su escuela, me afianzaron en la idea de ser fiel a mi vocación de médico y a mi curiosidad de investigador” (Lanari, 1971b: 5).

Otro estilo médico en el cual Lanari se inspiró e intentó emular en su

sobre conducta humana y científica, y Antonio Battro, mi maestro en medicina, de quien aprendí también o más bien intenté aprender sus insuperables *bedside manners* (...) (Lanari, 1957b: 56).

proyección cognitiva y organizacional de la investigación clínica en el país fue el de la tradición y herencia de la familia Mayo y su por entonces ya muy renombrada y prestigiosa Clínica de avanzada en la medicina mundial.¹⁰¹ Si bien la investigación tenía un lugar central entre las actividades y funciones principales de la institución, el valor primordial era el paciente y sus necesidades asistenciales –la investigación básica y clínica orientada a dar soluciones a enfermedades y problemas clínicos del hombre enfermo-.¹⁰²

3.8. Líneas y temas de investigación 1933-1957

Lanari orientó su labor de investigación principalmente en el campo neurofisiológico (sinapsis neuromuscular), cardiopulmonar y de injertos de órganos (renales en particular). Si el desarrollo del primero se vinculó con su entrenamiento junto a Houssay y Cannon, los dos últimos se originaron a raíz de su trabajo con Vaccarezza y el grupo conformado a su alrededor en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis.

En los primeros años sus trabajos refirieron a afecciones musculares; en particular, a los mecanismos de la contracción del músculo miotónico, la fisiopatogenia de la miastenia grave; la transmisión nerviosa en los ganglios simpáticos y las alteraciones de los músculos estriados hipotiroideos.

En fisiopatología pulmonar y cardiorrespiratoria, se concentró en el estudio de los pulmones por separado y en la patogenia de las bronquiectasias.

Desde su tesis de profesorado, se interesó por el tema de injertos y

¹⁰¹ William Worrall Mayo emigró a los Estados Unidos a mediados del siglo XIX y se instaló en Rochester. Un casi autodidacta en el estudio de la medicina, se especializó en cirugía y realización de autopsias. Sus dos hijos, Charles y William, fueron entrenados por él mismo en un proceso de transmisión completamente práctico y de imitación. La Clínica Mayo nació así como un emprendimiento familiar, pasando luego, a partir de 1892, a transformarse en un centro médico sin fines de lucro en el cual los hermanos Mayo fueron agregando socios. Entre sus logros médicos y tecnológicos pioneros, dos médicos pertenecientes a la Clínica Mayo (Kendall & Hench) compartieron el Nobel de Fisiología y Medicina en 1950 debido a sus aportes en el aislamiento de la cortisona y su uso terapéutico para la artritis reumatoidea. Asimismo, en dicha institución se puso en marcha la primera bomba oxigenadora mecánica (Mayo-Gibbon) para realizar la primera cirugía de corazón abierto (by pass) en 1955 (Davis, 1998).

¹⁰² En la Tercera Cátedra y luego en el IIM a partir de 1957 Lanari solía reiterar que si tal cánula o preparado artesanal podía hacerse en la Clínica Mayo, debía entonces realizarse también en el IIM (Arce Manuel, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 25 de agosto de 2010).

transplantes de órganos. Desde la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, junto con Croxatto y Molins, publicaron trabajos experimentales sobre injertos de aorta y pulmón en perros. Su trayectoria y la del Instituto será pionera en ello, específicamente en injertos y transplantes de riñón.

Como se puede observar en los cuadros del Anexo 1, durante el período comprendido entre los años 1933 y 1947, Lanari concentró sus publicaciones científicas en la neurofisiología pulmonar, en particular, en la miastenia grave. Asimismo, entre los canales de publicación elegidos para la difusión de tales trabajos predominaron los locales. Esta tendencia se modificó durante los años que realizó sus primeras dos estadias en el exterior, hacia finales de la década de 1930, a partir de las cuales tuvo acceso a revistas internacionales donde colocó los productos de investigación de esos años (tres de ellos en coautoría con Rosenblueth y Luco; los otros tres de su autoría).

A partir de 1940, y en concordancia con su paso por la Cátedra de Tuberculosis, sus publicaciones se concentraron en temas relacionados a dicha enfermedad, en particular, en lo atinente a la fisiología cardiopulmonar, tanto clínica como experimental, del cuadro tuberculoso. En este caso, la publicación local volvió a ser la forma predominante a través de la cual se difundían sus resultados de investigación, bajo la modalidad de colaboración con investigadores pertenecientes a dicha cátedra.

Otro punto de inflexión en sus temas y líneas de trabajo fue el año 1949, cuando publicó los primeros trabajos experimentales sobre injertos de aorta, junto con Croxatto y Molins, seguidos con los de injertos de pulmón (1951). Estos estudios fueron el comienzo de la apertura -y posterior desarrollo en el IIM- de la investigación y tratamiento sobre injertos y transplantes renales.

Asimismo, entre 1952 y 1953 publicó muchos de sus trabajos en colaboración con Agrest y Roncoroni, en temas sobre embolia pulmonar e insuficiencia cardíaca. Agrest recordaba el carácter artesanal de las prácticas de trabajo desarrolladas en esta línea:

“Ahora, prácticamente, no hay servicio de Terapia Intensiva que no tenga un catéter de esos; por supuesto, fabricado por las industrias. Y eso era una cosa que nosotros hacíamos “caseramente”, no se imagina lo que era ¿no? Pero nos permitió hacer embolias (...) “también el trabajo que nosotros proyectamos era un trabajo que trataba de demostrar cuáles eran las secuencias de insuficiencia cardíaca porque, en principio, era un trabajo de Cardiología que incluía lo que recién empezaba, que era el cateterismo cardíaco, todos los estudios hemodinámicos que hoy son de rutina. En 1948, en Francia se había desarrollado lo que se llama el catéter, que es el que se introduce en el corazón para explorar y, en 1950, nosotros lo estábamos usando en Buenos Aires. Lo cierto es que empezamos con ese trabajo que, la verdad, era un trabajo que era casi imposible de hacer; usábamos perros. Nos permitió aprender todas las técnicas pero usábamos toda la sangre del perro en cada experimento. Lanari estaba interesado en explorar si existían reflejos vasculares dentro del pulmón” (Agrest Alberto, investigador del IIM, Secciones: Clínica Médica e Hipertensión Arterial, 1º Jefe, entrevista personal, 8 de enero de 2009).

Estas últimas colaboraciones (con Croxatto, Molins, Agrest y Roncoroni) fueron la antesala del trabajo conjunto que luego llevaron a cabo en el IIM a partir de 1957, para cuya construcción y organización institucional y cognitiva inicial, tales figuras, en tanto pares con peso propio, fueron de vital ayuda.

Así, tanto esta evolución de las líneas de investigación abiertas y desarrolladas por Lanari como sus diferentes inserciones institucionales durante su formación muestran cómo los estilos de investigación de la vertiente experimental de Houssay y las prácticas y visiones sobre la asistencia a pacientes de la clínica médica, representadas por Vaccarezza y Castex, contribuyeron a forjar el estilo Lanari. Aquello que no tomó de la figura pionera en la fisiología argentina, y sí en cambio de sus maestros clínicos, fue la alta valoración por las actividades asistenciales: el paciente y su enfermedad como eje orientador del interés médico y de la formulación de problemas de investigación.

Por eso, la singularidad de Lanari radicó en que el estilo de los practicantes aprendido con Castex, el de investigación clínica con Vaccarezza lo conectó con el de estilo de laboratorio de Houssay: no sólo estimaba que las actividades asistenciales eran relevantes en sí mismas sino

siempre que fueran utilizadas como insumos insustituibles para realizar investigación clínica. El otro nudo central que también adquirió Lanari de sus maestros en el exterior, Luco, Cannon y Rosenblueth, fue la importancia de la modalidad *full time* universitaria y hospitalaria para realizar investigación clínica.

Estas visiones y prácticas fueron convergentes con un contexto político académico local y otro disciplinar, afines y favorables a su implementación. Estos procesos fueron la condición de posibilidad de la creación del IIM y, con ello, de la institucionalización de la “tradición Lanari”, tal como intentaré mostrar a continuación.

Capítulo 4. Institucionalización de la tradición: contextos e intervenciones en la creación del Instituto de Investigaciones Médicas (IIM)

Los procesos de profesionalización académica (la ampliación del *full time* en docencia e investigación) se destacan entre los cambios introducidos en la vida científica y universitaria argentina, tras el derrocamiento del gobierno peronista en 1955. Dichos procesos cobraron un singular dinamismo en el seno de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y, dentro de ella, en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (FCEN). En este marco, y con menor grado de articulación y sinergia, en la Facultad de Medicina se conformó un frente modernizador con los profesores que orbitaban alrededor de la personalidad de Bernardo Houssay. Dentro de este grupo, se destacó la figura de Alfredo Lanari, consejero titular y primer profesor de una Cátedra de Clínica Médica en recibir una dedicación exclusiva en dicha Facultad, y quien instaló en esos años la discusión acerca de la urgencia de extender la figura del *full time* en Medicina.

En este capítulo mi propuesta es identificar los puntos sobre los cuales se conformaron convergencias entre los contenidos centrales de los procesos de modernización, en ciernes en la UBA y en la FCEN, y las visiones sustentadas y cambios impulsados por parte del grupo de profesores modernizadores de Medicina (y por parte de Lanari en particular) en lo concerniente a las acciones y proyectos de reformas en la enseñanza médica y la implementación del régimen de dedicación exclusiva.

En particular, por un lado, con la celebración del 1º Congreso de Educación Médica, realizado por la Asociación Médica Argentina (AMA), un mes antes de la normalización universitaria, en noviembre de 1957, intento mostrar cómo las visiones y discusiones que se dieron en dicho espacio mantenían líneas de convergencia con los contenidos centrales de la renovación modernizadora en ciernes en la universidad y con transformaciones que también estaban ocurriendo en el plano de la disciplina, en torno a nuevas visiones y propuestas organizacionales de la enseñanza de la medicina.

Por el otro lado, coloco ambos procesos de cambio, locales y

disciplinarios, en perspectiva con la creación del Instituto (IIM), según los sujetos implicados, las misiones y metas trazadas y los primeros esbozos de su esquema organizacional.¹⁰³

4.1. Procesos de modernización cultural y científica en la UBA 1955-1958

La universidad argentina se originó y evolucionó al calor de la tradición profesional napoleónica, estructurándose básica y fundamentalmente como un espacio de reproducción y circulación de saber (Romero, 1978). Así, delineó para sí un perfil profesionalista que tuvo por función principal expedir títulos habilitantes para el ejercicio de las profesiones liberales clásicas, reservando un lugar subsidiario para las actividades de producción de conocimiento original. Recién a lo largo de la primera mitad del siglo XX, fueron apareciendo y extendiéndose enclaves de investigación en la universidad.¹⁰⁴

Las transformaciones que el proceso de la Reforma del 18 introdujo en la universidad argentina redundaron, principalmente, en aspectos organizativos de su gobierno y de la carrera académica y, si bien implicó una revalorización de la universidad como ámbito de investigación, en ello encontró sus contradicciones y límites más profundos (Buchbinder, 2000), conservando el patrón profesionalista que la signó desde su origen (Tünnermann, 2008).¹⁰⁵

¹⁰³ Si bien el IIM se creó en julio de 1957, siendo un suceso anterior en el tiempo al Congreso de Educación Médica de la AMA, celebrado en noviembre de ese año, aquél comenzó a funcionar de hecho entre finales de 1957 y comienzos de 1958. Por eso, privilegié en este capítulo aquél ordenamiento de presentación (1° el Congreso de la AMA y luego la creación del IIM) y no el fundado en la cronología de dichas realizaciones. De este modo, intenté desplazar mi interpretación, y su presentación aquí, desde el contexto de ideas y acciones más generales ocurridas en el plano de la universidad argentina y aquellas que emergieron en el plano internacional, regional y local de la disciplina (principalmente en lo atinente a la cuestión de la enseñanza y de la formación médica), hasta el plano más acotado (pero íntimamente relacionado con aquellos) dado por el nivel institucional de la creación del IIM.

¹⁰⁴ Entre los distintos intentos por comprender este carácter profesionalista a la luz de patrones culturales, procesos sociales y condicionantes estructurales más amplios del espacio universitario, siguiendo a Prego (2010) y Krottsch, (2002), pueden reconocerse dos: 1) aquél que ha asociado el carácter profesionalista con la base agroexportadora del régimen de acumulación argentino (Nun, 1995) y 2) el que ha puesto dicho carácter en relación con los rasgos culturales predominantes en una sociedad dominada por la carrera del ascenso social (Myers, 1989).

¹⁰⁵ En un sentido afín, en 1943 Alfredo Lanari valoraba los límites de la Reforma: “en nuestra historia se encuentra que, aunque no la primera, en el año 18 existió una reforma

En perspectiva con este encuadre precedente, la fase histórica abierta en la Universidad de Buenos Aires, entre 1955 y 1966, valorada en términos de la “reconstrucción universitaria” (Halperín, 1962), adquirió un significado muy peculiar en cuanto se otorgó, material y simbólicamente, un lugar de renovada importancia a la producción de conocimiento original. Esto se tradujo en la creación y multiplicación de plazas de dedicación exclusiva¹⁰⁶ a la actividad de investigación y docencia, lo cual dio paso a la profesionalización de tales actividades (Ben David, 1970) y al establecimiento y la apertura de concursos para la provisión y ocupación de dichos cargos.

Sumado a este contenido central, esta fase también ha sido evocada por sus protagonistas y sus sucesores como la “edad de oro” de la universidad argentina, debido al dinamismo de sus cambios, en términos de: a) los proyectos de reorganización institucional tales como las propuestas de departamentalización (Prego, 2010) y de reestructuración de los planes de enseñanza; b) los programas de extensión y difusión cultural¹⁰⁷; c) los debates sobre el gobierno y el nuevo estatuto de 1958 para la universidad y;

(...) de lo que se puede dudar es si estaba preparada, si estaba en forma para conseguir algo más que una simple corrección de apariencias o higienizar temporariamente una administración (...) Había mucho de grandes declaraciones, mucho de proyectos irrealizables a sabiendas, contaminación de la literatura de posguerra, ambiente de asamblea, postulados que degeneraban en dogmas (...) los problemas específicamente universitarios, la formación profesional y la investigación científica, eran demasiado pequeños para tanto entusiasmo, o se prestaban menos para inflamar a una asamblea que los problemas políticos o sociales. Es decir, la generación que emprendió la reforma del 18 cumplió a medias su misión” (Lanari, 1943: 31-32)

¹⁰⁶ En 1955 “sólo dos profesores de la Universidad de Buenos Aires lo eran con dedicación exclusiva” (Halperín, 1962: 212). “En 1957, en toda la UBA se contabilizaban 10 profesores *full time*, cinco años más tarde la cifra ascendía a 600” (Blanco, 2006: 188). Para una evolución del número y tipo de dedicaciones docentes (exclusivas, y otras) en este período, para el conjunto de las facultades de la UBA y, en particular, para la FCEN, véase Barger, Romero y Prego (2010).

¹⁰⁷ En el marco de la reconstrucción universitaria y del dinamismo que recobró la vida cultural e intelectual entre los años 55 y 66, también el campo editorial argentino fue objeto de renovación. Desde el ámbito académico e intelectual, se lanzaron dos creaciones: la Editorial de la Universidad de Buenos Aires (EUDEBA), fundada en 1958 y, hacia el final del período, en 1966, el Centro Editor de América Latina (CEAL). Con proyección y alcance más allá de las fronteras universitarias, lograron una difusión, circulación y consumo de temáticas propias de las disciplinas sociales y naturales por parte del público masivo. Asimismo proveyeron a la comunidad científica un canal de comunicación y publicación de su producción académica e intelectual con llegada a lectores no especialistas. Tales creaciones tuvieron un nombre propio. Ese fue el de Boris Spivacow, con su sello “libros para todos”, con un desempeño central en el origen de ambos proyectos editoriales (Sorá, 2004). Lanari formó parte del directorio de EUDEBA desde sus comienzos hasta 1966 (*Ciencia e investigación*, Editorial, 1971; *Medicina*, Editorial, 1985).

d) los apoyos concentrados a la investigación y la formación de personal académico vía subsidios internacionales y becas locales (Halperin Donghi, 1962; Rotunno & Díaz de Guijarro, 2003).

La idea de “reconstrucción” presupone una dimensión temporal, no sólo de intervención transformadora y de proyección hacia el futuro sino también hacia un pasado, sobre el cual “reconstruir” implica operar desde el presente, sea revalorando o confrontando con aquél. La universidad argentina, a partir de 1955, se enfrentó con dos pasados: uno inmediato, la universidad durante el peronismo, y otro anterior, su etapa durante la década de 1930.¹⁰⁸ Entre quienes lideraron la vida política nacional, desde 1955 en adelante, y quienes comandaron los destinos de universidad a partir de entonces, hubo inmediato consenso en reconstruir la universidad sobre la base de modificar absolutamente el pasado inmediato, la etapa peronista. En cambio, el acuerdo no fue tal respecto al pasado más lejano. En el momento germinal de tal reconstrucción, Neiburg (1988) señala una disputa entre “restauradores” y “renovadores”. Los primeros deseaban volver al tiempo anterior a la universidad peronista y, los segundos, encarnaban el proyecto de una transformación recuperando ciertas banderas reformistas, pero de nuevo cariz¹⁰⁹. De esta disputa, los segundos salieron vencedores.¹¹⁰

El 16 de septiembre de 1955, al mismo tiempo que se producía el golpe de estado, a cargo del General Lonardi, la Federación Universitaria de Buenos Aires (FUBA) tomó las instalaciones de la UBA y la administración

¹⁰⁸ La década de 1930 es interpretada por Halperin (1962) como una de crisis en la nación y en la universidad. Con el golpe de estado de J. E. Uriburu, la UBA fue intervenida y su rector interventor, Benito Nazar de Anchorena, encabezó persecuciones, expulsiones de militantes estudiantiles y propició el alejamiento de profesores. Durante la década siguiente, el avasallamiento político y la arbitrariedad individual continuaron dominando el espacio universitario. Se generalizó un estado de corrupción en cuanto a los criterios de idoneidad profesoral y estudiantil, particularmente en la Facultad de Medicina (Halperin, 1962: 161), se avasalló y anuló la autonomía universitaria, en cuanto a sus funciones y autogobierno. Con el golpe de 1943 del General Ramírez, se intervino la universidad y se dejó cesantes a centenares de profesores. El corolario de este proceso fue la ley universitaria 13.031 de 1947 que suprimió el Estatuto de la Reforma, anulando la autonomía, el gobierno tripartito y la participación estudiantil.

¹⁰⁹ Con respecto a la imbricación entre principios reformistas y planes innovadores en la universidad posterior a 1955, véase Sigal (1986).

¹¹⁰ Sin adentrarse en la descripción de esta disputa, Sarlo (2001) señala que el proceso abierto en la universidad no se trató de una restauración pre peronista sino de un proyecto novedoso, citando las palabras de quien fuera, entonces, el ministro de educación, Atilio Dell’Oro Maini: “no podemos volver a los moldes caducos ni conformarnos con restablecer una normalidad aparente” (Sarlo, 2001: 86).

peronista fue sustituida por el “gobierno de los Centros de Estudiantes”. Así, la ocupación de la universidad por las organizaciones estudiantiles sentó las bases de su alianza con los profesores inclinados por la renovación. Desde esta relación de fuerza, la FUBA propuso al ministro de Educación, Atilio Dell’ Oro Maini, una terna de candidatos para el cargo de rector (José Luis Romero, José Babini y Vicente Fatone) de la cual J. L. Romero fue el elegido.

Siguiendo a Neiburg (1988), la elección de Romero al frente de la universidad fue una concesión que otorgó el gobierno de facto al reformismo, asegurándose una lealtad casi total con Dell’ Oro Maini en el frente educativo, dejaba librado el espacio universitario al arbitrio de los actores con mayor peso histórico desde 1918. De este modo, el gobierno de facto evitaba focos de conflicto con los universitarios.

Al mando de la institución, las primeras medidas de Romero versaron sobre la puesta en discusión de la propuesta de reorganización departamental (según la cual las materias afines que se dictaban en las Facultades se agruparían en Departamentos), lanzada desde el Departamento de Pedagogía, creado en 1956 en dependencia del Rectorado, y a cargo de José Babini, quien desde el inicio del proceso de renovación universitaria había ocupado el cargo de Decano interventor en la FCEN.

Desde el Departamento de Pedagogía, en 1956 se lanzó una encuesta a los profesores de las distintas Facultades de la UBA sobre la propuesta de reestructuración departamental, cuyos resultados finalizaron en la redacción de un informe, por parte de Babini, García y Frondizi.¹¹¹ Allí se expresaron tres ejes centrales: 1) El principio fundamental de la reestructuración, que entendía a la universidad como un espacio de investigación científica, superando su circunscripción al plano de la enseñanza; 2) La departamentalización como reconstitución de la actividad académica, es decir, la sustitución de la cátedra y la eliminación de la designación de los profesores e investigadores por asignaturas o disciplinas

¹¹¹ Rolando García, sucesor de Babini como decano de la FCEN a lo largo de casi una década, entre noviembre de 1957 y julio de 1966, y Risieri Frondizi, rector de la UBA entre 1957 y 1962, formaban parte de la Comisión Asesora que acompañó a Babini en el Departamento de Pedagogía. La implicancia de estas tres figuras vuelve al informe tan significativo como lo hicieron los contenidos discutidos en él.

especiales, contemplando el principio de renovación permanente de los cursos -según la particular inclinación de cada profesor- y la alternancia en el dictado de materias elementales y superiores y 3) La departamentalización como reconstitución institucional, a partir de proponer una reorganización transversal a las Facultades. La estructura temática del cuestionario mostraba que las ideas expresadas por parte de los innovadores denotaban “un compromiso central con la profesionalización académica como componente integral de la modernización científica” (Prego, 2010: 137).

Las relaciones de no agresión entre el ministro Dell` Oro Maini y Romero no duraron mucho tiempo. En 1956 renunció a su cargo de rector ante la propuesta del ministro de reglamentar una ley permitiendo que las universidades privadas (en su mayoría católicas) tuvieran habilitación para el otorgamiento de títulos -plasmada en el artículo 28 y el conflicto desatado en consecuencia, conocido como “Libre o Laica”-.¹¹² Romero fue sucedido por Alejandro Ceballos, quien continuó conduciendo el proceso de normalización universitaria hasta que, en diciembre de 1957, Risieri Frondizi fue nombrado rector normalizador, y luego en 1958, con el nuevo Estatuto universitario¹¹³, logró su elección por el período estatutario de cuatro años.

El conjunto de estas transformaciones tendientes a impulsar la investigación dentro de la universidad, acompañándola con profundas reestructuraciones de los planes y prácticas de enseñanza, así como también de su organización fue descrito, por muchos estudiosos y por los mismos

¹¹² El detonante fue el decreto ley 6.403 del 23 de diciembre de 1955 que eliminaba las modificaciones realizadas por el gobierno peronista en 1947, reestableciendo la Ley Avellaneda y, con ella, la autonomía universitaria. Como contrapartida, introdujo también un artículo que preveía la posibilidad de crear universidades privadas –el artículo 28-. Éste no obtuvo, empero, aprobación en ese momento, sino durante el rectorado de Risieri Frondizi, en 1958 –quien se opuso, sin éxito, a dicho artículo- en el marco del gobierno nacional a cargo de su hermano, Arturo Frondizi (Noé, 2005).

¹¹³ Con el Estatuto de 1958 se conseguía que 1) por primera vez desde su nacionalización, la designación de profesores titulares dejaba de ser confiada al Poder Ejecutivo (PEN) (como lo determinaba la Ley Avellaneda de 1885) para pasar a la esfera del Consejo Superior, como resultado de una propuesta de las Facultades. 2) El procedimiento para la provisión de los cargos académicos se establecía vía el mecanismo del concurso, según el cual antecedentes y capacidades de docencia e investigación sólo podían ser evaluados por jurados de autoridad e imparcialidad indiscutibles -lo cual establecía un parámetro de autonomía, restrictivo incluso para la intervención de los órganos de gobierno- y 3) Se establecía por vez primera un régimen de dedicación exclusiva como modalidad específica regular (si no dominante) del trabajo académico (Prego, 2010).

protagonistas en su época, impulsores de dichas innovaciones, en términos de procesos de “renovación universitaria” (Halperín, 1962) y “modernización” científica y académica (Sarlo, 2001; Blanco, 2006; Prego & Vallejos, 2010). En general, para estos autores y para quien escribe, “modernización” alude a los procesos de profesionalización de la actividad de investigación, manifestada en la aparición regular de posiciones ocupacionales de tiempo completo en la universidad (Ben David, 1970) y la reestructuración de la enseñanza sobre la base de la crítica al modelo magistral, catedrático y la proyección de una de índole más práctica.

Ahora bien, esta consideración no desconoce, pese a ello, el carácter polisémico y polémico del término “modernización”, pudiendo ser utilizado para connotar valorativa y laudatoriamente diversos procesos y actores sociales.¹¹⁴ De hecho, éste no ha sido el único modo de describir el período en cuestión. Neiburg (1988) ha preferido optar por la noción de “desperonización” –por cierto, también fuertemente cargada-.¹¹⁵ Asimismo, tampoco faltaron reflexiones en torno “al campo de luchas simbólicas que delimitaba el uso del término modernización, para calificar el tiempo nuevo abierto para la universidad a partir de 1955, no dejando de significar explícita o implícitamente la universidad pasada como “caduca, tradicional y meramente reproductiva” (Buch, 2006: 415-416). Esto alude al uso potencial de dicho término como recurso siempre disponible para intervenir, política y simbólicamente, sobre las representaciones y acciones sociales,

¹¹⁴ Este significado del término ha sido el reverso de una forma muy extendida de entender la noción de tradición. Véase al respecto nota 6 y Giddens (1999).

¹¹⁵ Los sujetos que lideraron el proceso de renovación universitaria a partir de 1955, durante el gobierno peronista habían sufrido la expulsión de la universidad, generando un exilio interno al refugiarse en institutos privados -el Colegio Libre de Estudios Superiores (CLES) para las ciencias sociales y el IBYME de Houssay, para las ciencias biomédicas-, mientras que otros lo hicieron en el extranjero. Con el derrocamiento del gobierno peronista en 1955 y con el inicio de la renovación universitaria, tales profesores retornaron con renovados espacios de poder a dicha institución. Neiburg (1988) califica dicho retorno como un proceso de “desperonización”. Analizando el modo en que se efectuaron los primeros concursos antes de la normalización universitaria, muestra que los criterios utilizados no fueron precisamente meritocráticos o académicos –las banderas de los “renovadores”- sino de índole política y moral, quedando fuera de muchos concursos profesores que habían simpatizado o permanecido en la universidad durante el peronismo. Éstos fueron objeto de descalificaciones y de un nuevo tipo de marginación. En el caso de las ciencias médicas, la marginación de Pasqualini de los ámbitos académicos, a partir de 1955, comentada en el capítulo 2, aparece como un ejemplo de dicha dinámica. Asimismo, el testimonio de Cerejido (2000), en su planteo retrospectivo sobre el grupo de Houssay y el Instituto de Fisiología alude a la existencia de una dinámica de “ojo por ojo” una vez que el peronismo vio licuado su poder en la universidad como consecuencia del golpe de 1955.

legitimando aquello que se coloque bajo la etiqueta “modernización” (Buch, 2006).¹¹⁶

Tomando en consideración esta diversidad de connotaciones, entiendo por renovación “modernizadora”, principalmente, el proceso de profesionalización de las labores docentes e investigativas en la universidad.

Ahora bien, dicho proceso no se plasmó en la totalidad del conjunto universitario, manifestándose con especial dinamismo sólo en algunos espacios. La Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (FCEN) fue su epicentro y, en menor medida, también lo fue la Facultad de Filosofía y Letras (FFYL). No obstante, ello tuvo sus resonancias y efectos multiplicadores, con diversos grados de alcance e intensidad, en otras facultades y en la vida cultural, política y científica de la universidad y sus actores en conjunto. Esto fue posible gracias a la acción de ciertos sujetos que diseminaron ese “clima de época” y algunas de sus transformaciones concretas; José Babini desde el Departamento de Pedagogía y como interventor en la FCEN desde 1956; Rolando García, electo decano desde 1957; José Luis Romero que, ante su alejamiento del cargo de interventor de la UBA, pasó a ser decano de la FFYL y titular de la Cátedra de Historia Social; Gino Germani, desde el Instituto de Sociología y la Carrera, creada en 1957, y Riseri Frondizi desde la coordinación central del rectorado de la UBA, a partir de la fase de normalización universitaria en diciembre de 1957.

Como epicentro del proceso de modernización, la FCEN fue un

¹¹⁶ Suasnábar (2004) realiza una interesante reflexión que conecta con el sentido recién expuesto. “Cuando se observan las representaciones sobre la cultura y la sociedad en la Argentina suele descubrirse que las imágenes que sirven para hablar de ella parecen invocar siempre más la dicotomía que el consenso (...) Entre otros, los términos tales como civilización y barbarie, nacionalismo y liberalismo, peronismo y antiperonismo, sirvieron para diseñar la geografía de campos de batalla (luchas de clasificación) en los que fueron definidos los contenidos de la cultura nacional y, también, las características sociales de sus intérpretes” (Suasnábar, 2004: 14). La historia de la ciencia argentina ha dado ejemplos de aspectos de esta dinámica puesta en juego. La forma de legitimación y posicionamiento de Houssay (mérito de la originalidad en la investigación) en la fisiología local, respecto a Soler (mérito en la enseñanza y la antigüedad) (Buch, 2006) y el caso de Germani (representante de la sociología “científica o empírica”, en el campo de las ciencias sociales, respecto a Alfredo Poviña (representante de la sociología de “cátedra”) (Blanco, 2006), no se dirimieron en una mera y pura confrontación meritocrática y académica; e, incluso, cuando así fue, mediante la puesta en juego de los criterios para delimitar una disciplina y un conocimiento como científicos, ello no estuvo exento de la dinámica comentada y las estrategias de clasificación dicotómicas correspondientes (donde Houssay y Germani representaban “lo moderno”, y Poviña y Soler, “lo tradicional”).

espacio donde las innovaciones introducidas no se restringieron al plano de la reorganización institucional. Antes bien, implicaron un programa orientado a la generación de las condiciones de posibilidad para la reproducción continuada y ampliada del circuito completo de la producción y transmisión del conocimiento. Aquel programa se llevó a cabo mediante la intensificación de la formación de recursos humanos vía su entrenamiento en el exterior y su posterior radicación institucional en el medio local; la recomposición de los criterios para la ocupación de posiciones académicas de tiempo integral (*full time*); la definición de formas organizacionales asociadas al proyecto de departamentalización y la adquisición de infraestructura para la investigación. De este modo, allí se fueron generando bases materiales y mecanismos institucionales y culturales para la profesionalización de la investigación como actividad especializada y colegiada. Sentar cimientos a la vez para la profesión académica y para la profesión científica fue la premisa práctica de la orientación de los actores que se colocaron al frente de la renovación (Prego, 2010).

Es interesante señalar que este proceso de modernización también fue impulsado en el Instituto Bacteriológico en 1956, a partir de la intervención de Francisco Martínez, ministro de Asistencia Social y Salud Pública, quien designó a Ignacio Pirotsky como director de dicho Instituto. A partir de su gestión, éste fue objeto de una renovación cognitiva, institucional y profesional cuya misión central fue constituirse en “un centro de capacitación técnica y de investigación científica priorizando, en ese encuadre, el desarrollo de las actividades de investigación científica básica sobre las áreas de producción de sueros y vacunas” (Kreimer, 2010:106). La magnitud de los concursos para ocupar plazas de investigación, realizados en el Instituto Bacteriológico en 1957, marca una afinidad con el contenido central impulsado por parte de los modernizadores del período posterior a 1955 en la UBA y en la FCEN.

La renovación modernizadora también tuvo lugar en las ciencias sociales, creándose las carreras de Sociología y Psicología en 1957, y Antropología en 1958 (Sorá, 2004; Neiburg, 1988).¹¹⁷ Del conjunto, el caso

¹¹⁷ En 1958 fueron creadas otras dos instituciones: una fue el Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES), que comenzó a editar la revista *Desarrollo Económico*, y el

de la Carrera de Sociología sea tal vez el más elocuente, además de haber merecido la atención de muchos estudiosos en los últimos tiempos (Neiburg, 1988; Noé, 2005; Blanco, 2006). Con la reorganización departamental efectivizada en la FFYL, el Instituto de Sociología pasó a conformarse como Departamento, modelo organizacional desde el cual, a partir del 14 de marzo de 1957, se proyectó la creación de la Carrera de Sociología.¹¹⁸ Desde 1955 Germani era titular de la cátedra de Sociología, ocupando luego los cargos de Jefe del Departamento y de Director de la Carrera. Fruto de un largo proceso, su figura logró posicionarse como el ejemplar moderno de la sociología y del campo de las ciencias sociales en el medio local, legitimando un nuevo modo de hacer ciencia en dicho ámbito, con fuerte base en la investigación empírica y sus métodos correspondientes –teniendo a la sociología norteamericana como modelo-. Fue él quien se instaló como el fundador de la sociología científica, imputándole a su predecesora local un carácter pre sociológico, de corte ensayístico y cuyo límite con la literatura era difuso. “Para la sociología científica la modernización de la disciplina y de la universidad era inseparable de la modernización del país, de la existencia de una ciencia social y de especialistas” (Neiburg, 1988: 236). Así, el proyecto de modernización ideado por Germani para la sociología convergió, en sus contenidos fundamentales, con los de la modernización en la universidad¹¹⁹: jerarquización de la investigación, el estímulo a la contratación de profesores extranjeros, el apoyo e incentivo a la ampliación del *full time*, la promoción de la formación en el exterior con el apoyo de becas internas y externas (Blanco, 2006).

Desde una mirada más amplia y general, no puede eludirse el marco de ideas y procesos en el cual se encuadró este conjunto de acciones y

Instituto Torcuato Di Tella (ITDT), que pretendió erigirse como un foco del modernismo cultural, artístico e intelectual local (Neiburg, 1988).

¹¹⁸ “La innovación de Germani se basó en la conjunción de la docencia con la investigación, uniendo el Departamento (docencia) con el Instituto (investigación), no sólo para las tareas académicas sino también para posibilitar un vínculo con la sociedad, uno de los postulados reformistas –la extensión-” (Noé, 2005).

¹¹⁹ Esta convergencia fue fruto de relaciones y redes sociales que Germani había entablado anteriormente. Durante su exclusión en el CLES y otros círculos culturales privados (ámbitos de contestación política, intelectual y cultural al gobierno peronista) estrechó lazos con José Luis Romero y Risieri Frondizi quienes, una vez al mando de la renovación universitaria, “patrocinaron la incorporación de la disciplina en el sistema universitario” (Blanco, 2006: 216).

proyectos modernizadores que se orientaron a otorgarle a la ciencia y a la universidad un lugar de renovada significación en la sociedad. Durante la segunda posguerra se originó una nueva fase en las relaciones entre la ciencia y el Estado. En los países centrales, éste comenzó a otorgarle a la ciencia y a la tecnología un lugar de nuevo privilegio en sus agendas, aumentando sus recursos, creando nuevas instituciones dedicadas a la investigación así como también organismos nacionales y regionales especializados, tales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Centro de Estudios para América Latina (CEPAL), destinados a la promoción y regulación de la ciencia y la tecnología (Salomon y Hart, 1999). Esta fue una tendencia seguida en los países en desarrollo, donde comenzaron a crearse, al promediar los años 50, Consejos Nacionales de Investigación -en 1958, en el país se creó el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)- así como también Institutos Nacionales abocados a la investigación, gestión y promoción de actividades científicas y tecnológicas (Oteiza, 1992).¹²⁰

Este conjunto de creaciones institucionales se enmarcaron en el momento de auge de las ideas y propuestas generadas por la CEPAL, pertenecientes a la corriente desarrollista. Si bien el ensayo de Raúl Presbich de 1950, *El Desarrollo económico de Latinoamérica y sus principales problemas*, puede marcar el nacimiento del desarrollismo¹²¹, sólo después del derrocamiento del gobierno peronista, esta discusión, primordialmente de tipo económica, se entrelazó con otras de índole política, social y científico-técnica. A partir de 1955 (y durante al menos los siguientes 10 años), la idea de desarrollo fue objeto de referencia y de significación común para agrupamientos, análisis y prescripciones no sólo por parte de actores económicos y políticos, sino también por universitarios, intelectuales y

¹²⁰ En la Argentina, en 1956 se creó el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y, un año más tarde, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI).

¹²¹ El modelo Presbich-CEPAL entendía que la tendencia al deterioro de los términos de intercambio del comercio internacional conformaba uno de los impedimentos para los países periféricos para avanzar en un proceso de industrialización. Esta primera formulación fue fruto de reelaboraciones durante los siguientes 20 años, de las cuales la teoría de la dependencia de Faletto y Cardoso, fue la de mayor resonancia e influencia en el pensamiento social latinoamericano y mundial (Suásnabar, 2004). Sobre la evolución del pensamiento cepalino, véase Bielschowsky (1998).

científicos. Para estos últimos, la universidad y la ciencia constituían los principales medios que podían conducir al desarrollo económico y social (Suasnábar, 2004).¹²²

Los procesos de modernización universitarios entre 1955 y 1966 reflejan la expansión y puesta en juego de muchos contenidos de las ideologías del desarrollo, a la vez que la expresan en singular fusión con elementos de la tradición reformista (Prego & Tortti, 2002). En el ideario de los modernizadores se encontraba presente la preocupación por la existencia de relaciones entre los temas y conocimientos investigados en la universidad y “las necesidades” del país, en términos productivos y de desarrollo económico. En las discusiones en la FCEN sobre la apertura de líneas de investigación, en los distintos departamentos, esta cuestión ocupó un espacio y tratamiento significativos, como en el caso particular de la reestructuración del Departamento de Física (Romero & Buschini, 2010). En Medicina, dicha preocupación tuvo también estuvo presente, como luego mostraré en el análisis de los temas debatidos en el congreso de la Asociación Médica Argentina (AMA) de 1957.

En este cuadro de situación, la discusión de fondo, impulsada por los modernizadores, consistía en el debate acerca de la “función social” de la universidad (Fronidizi, 1958, 1971), cuya primera función se postulaba fuera la de investigación -junto con la de enseñanza-; luego también la de formación de profesionales y de extensión social. Con respecto a las dos primeras, el medio material para tal fin era la instauración y generalización de un régimen de trabajo de tiempo completo en la investigación y docencia universitaria: el *full time* (Fronidizi, 1958). La formación de profesionales y

¹²² Esta vinculación entre ciencia y desarrollo fue el tronco vertebral de discusión de lo que se conoció más tarde como la corriente de “Pensamiento Latinoamericano en Ciencia, Tecnología y Sociedad” (PLACTS), surgida hacia fines de los 60 y cuyos exponentes máximos fueron Jorge Sábato, Amílcar Herrera y Oscar Varsavsky. Desde allí, se establecieron miradas críticas a la relación ciencia-desarrollo y al modelo “lineal” presupuesto en ésta. Sobre la conformación e implicancias de esta corriente y sus ideas, véase Dagnino, Thomas y Davyt (1996). Asimismo, una mirada crítica a la influencia del desarrollismo en el proceso universitario, desde la perspectiva de un referente estudiantil de la época, véase Kleiner (1964). En particular, su opinión respecto a la incidencia negativa, para la universidad, de la Comisión Nacional de Administración del Fondo de Apoyo al Desarrollo Económico (CAFADÉ), creada por decreto de Arturo Frondizi, el 26 de febrero de 1959. En ésta se establecía funciones para un programa de cursos, investigación, formación de becarios, técnicos e investigadores, con la asistencia directa de la *United Status Operation Mission* en Argentina.

la promoción de la extensión apelaban a la discusión sobre la vinculación existente entre el proyecto de universidad y el proyecto de país, inspirada en el clima de ideas de la época. Desde este marco, la institución universitaria debía mantener un compromiso con el bienestar social, cultural y económico del conjunto de la nación y no sólo de la comunidad académica.¹²³

No obstante, esta visión no contó con la legitimidad y apoyo total de todo el arco de actores universitarios, desencadenándose oposiciones a dichos procesos de transformación. Fue resistido por círculos de profesores y facultades de histórico corte profesionalista y, más tarde, por parte del movimiento estudiantil reformista que, en el marco de una creciente radicalización política a partir de 1959, comenzó a relajar la estrechez de la alianza y apoyo que, en un principio, le había prestado al grupo modernizador (Prego, 2010). De este modo, así como la “modernización” fue una transformación impulsada y realizada por actores desde el interior del espacio universitario, encontró sus primeras contradicciones y resistencias desde allí mismo.¹²⁴

4.2. Contexto de cambio en el plano de la disciplina

Este clima de ideas de transformación e innovación presentes en la institución universitaria argentina se encontraba en sintonía con procesos de renovación que venían ocurriendo en la disciplina médica, en sus visiones y modelos de enseñanza y en sus instituciones de promoción y ejecución de investigación y asistencia médica.

Gaudillière (2002) analiza los cambios que ocurrieron entre 1958 y 1964 en el *Institut National d'hygiène* de Francia –a partir de la reforma Debré-, que desembocaron en la creación, en 1964, del *Institut National de la Santé et la Recherche Médicale* (INSERM). Con este nuevo modelo institucional, se concretaba un nuevo entrelazamiento entre actividades de

¹²³ Estos sentidos atados a la función social de la universidad recuperaban el ideario reformista, en su tensión más constitutiva –autonomía y extensión- dándole un nuevo encauzamiento en el nuevo contexto de reforma académica abierto a partir de 1955.

¹²⁴ Además de las contradicciones ideológico-políticas internas que fue teniendo y del límite final que encontró con el golpe de estado de 1966, el proyecto modernizador encontró límites propios en su desarrollo previo: una simultaneidad de necesidades de difícil realización. Esto es, crear las posiciones *full time*, construir y consensuar nuevos criterios para regular su ocupación y al mismo tiempo formar los sujetos competentes para ocuparlas –tarea que se volvía imposible de concretar en menos de un lapso de 6 años- (Prego, 2010).

investigación, atención y docencia médica hospitalaria, a partir del cual se comenzó a redefinir el perfil profesional del investigador clínico y de las relaciones entre las ciencias de laboratorio y la práctica clínica médica.¹²⁵

En el otro centro de referencia de la disciplina, Estados Unidos, a través de la actividad parlamentaria se estableció, en 1944, el Acta de Servicio de Salud Pública, que pasó a definir la modalidad de la investigación médica. Dos cuestiones fueron claves para el *National Institute of Health* (NIH). En 1946 el programa de subsidios del *National Cancer Institute* (NCI) se extendió al NIH, aumentando cien veces el monto original diez años después, y el presupuesto completo del NIH creció exponencialmente. Por eso, la etapa que se extiende entre 1955 y 1968 se conoce como “los años de oro” de la expansión presupuestaria y capacidad financiera de tal institución.¹²⁶ Ambas transformaciones se insertan en la nueva relación que se estableció después de 1945 entre ciencia y estado (Salomon y Hart, 1999). Fue la medicina una de las disciplinas científicas más emblemáticas y representativas de esa nueva imbricación, debido al dinamismo de sus cambios organizacionales, institucionales, profesionales y disciplinares, en los planos de su enseñanza, investigación y práctica asistencial, y de sus caudales y fuentes de financiamiento (Gaudillière, 2002).

En el plano de la enseñanza médica, comenzaron a darse un conjunto de innovaciones que fueron fruto de un largo proceso a nivel mundial y regional, con fuertes repercusiones locales, de revisión de los modelos de educación médica prevalecientes y de discusión de nuevos diseños. En la década de 1950 y durante la siguiente también se desarrollaron un conjunto de propuestas de reformas de la enseñanza médica en diferentes espacios internacionales, regionales y locales: el 1º Congreso Panamericano de

¹²⁵ “En Francia, los problemas de la educación médica se centraban alrededor de la división existente entre la facultad, que impartía una enseñanza eminentemente teórica, y el hospital, al cual sólo un número limitado de alumnos accedía en categoría de “internos” o “externos” al concluir sus estudios médicos. La reforma Debré (1961) intentó cerrar esta brecha mediante la creación de los “*centres hospitalaires universitaires*” (CHU) y los grupos de “*enseignement dirigé*”. Luego, la revuelta estudiantil de 1968 condujo a la creación de 10 “*unités d’enseignement et recherche*” (UER)” (De Asúa, 1984: 5).

¹²⁶ *National Institute of Health* (NHI) (n.d). *A Short history of the National Institute of Health*. www.history.nih.gov/exhibits/history/docs/page_06.htm. Obtenida el 29/06/2010.

Educación Médica en Lima, Perú, en 1951;¹²⁷ el 1° Congreso Mundial de Educación Médica en Londres, Inglaterra, en 1953; y los seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, en Viña del Mar, Chile, en 1955 y en Tehuacan, México en 1956. Estos últimos fueron organizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) -Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas-, conforme al interés que, en el seno de este organismo, existía en torno al cambio y la innovación de la enseñanza de la medicina preventiva y social (García, 1972).

En todos estos procesos la OPS tuvo un desempeño protagónico. Dicha entidad creó, durante la década de 1950, una Unidad de Educación y Adiestramiento que luego se transformó en el Departamento de Educación Médica. Hacia 1965 éste adquirió el nombre de Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos y en 1975 fue creada una División con ese mismo nombre -más tarde se la denominó División de Recursos Humanos e Investigación- (Andrada, 1978).

En el Congreso Mundial de 1953, se dedicaron cuatro sesiones a la enseñanza médica preventiva, se establecía que la educación médica latinoamericana “era evaluada como atrasada científicamente, desintegrada de la prevención, indisciplinada y metodológicamente anacrónica” (Bustíos Romani, 2003: 136). Junto a la OPS, otras organizaciones internacionales tales como la Fundación Rockefeller, la Fundación Milbank y el Punto IV, se interesaron en el tema de la educación médica, realizando esfuerzos y dirigiendo acciones programáticas para corregir esas deficiencias diagnosticadas. Asimismo, en los seminarios de Viña del Mar (1955) y en Tehuacan (1956), se propuso otorgarle importancia a: 1) los problemas de salud de la comunidad, 2) la atención integral-preventiva, curativa y de rehabilitación del individuo y su familia y 3) la integración de los

¹²⁷ En noviembre de 1952, tuvo lugar, en Colorado Springs, una Conferencia sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva en la que estuvieron representadas 76 escuelas de medicina de los Estados Unidos y Canadá. En el informe de dicha Conferencia se responsabiliza a la reforma de Flexner (1910) de haber contribuido a crear una separación entre la medicina curativa y la preventiva y a la pérdida de la visión del paciente "como un individuo, miembro de una familia y de una comunidad". Si bien para la fecha de esa Conferencia, 54 de 83 escuelas de medicina de los Estados Unidos ya tenían un departamento independiente de medicina preventiva, el evento sirvió para sentar las bases de lo que en ese entonces se supuso sería la enseñanza de una "medicina integral", para “consolidar los departamentos de medicina preventiva que ya existían, y para estimular su creación en aquellas escuelas que aún no los tenían” (Andrada, 1978: 150).

conocimientos biológicos, psicológicos y sociales en la educación (Bustíos Romani, 2003).

Como resultado de las recomendaciones de los seminarios en Chile y México, en 1964 la OPS formó un grupo de expertos al cual recomendó la realización de un estudio sobre el estado de la medicina preventiva y social en América Latina. Éste finalmente culminó comprendiendo la enseñanza médica en su conjunto, y no sólo aquellas dos ramas. El resultado del mismo fue la publicación de *La educación médica en la América Latina* (García, 1972), la cual fue reconocida por sus aportes en torno a la diferenciación entre medicina social y preventiva (Bustíos Romani, 2003).

En este marco, el proyecto emprendido en la Facultad de Medicina de la UBA por parte del frente modernizador de profesores de esa casa de estudio, comenzaba a impulsar, a partir de 1957, el *full time* clínico investigador y ciertos aspectos del modelo norteamericano de enseñanza -el hospital escuela- introducido por Flexner. Esto es, una medicina clínica científica que, ya en el congreso mundial de 1953, algunos referentes del campo de la educación médica, como Juan César García y Alberto Hurtado, habían identificado como un avance de las ciencias básicas y de laboratorio sobre otras ramas y prácticas de la medicina -preventiva, social y de familia, constituyendo a éstas, tempranamente, en miradas alternativas (de contrapeso o de reacción) al monopolio que, sobre la definición de la naturaleza del conocimiento médico y de la práctica médica, la medicina de laboratorio había comenzado a detentar y a acrecentar en el ámbito de la clínica médica. El médico peruano Alberto Hurtado, también presente en el congreso mundial celebrado en Londres, exponía los principales puntos que se encontraban en debate entonces:

“Para los críticos más optimistas, la educación médica atraviesa hoy día una etapa de transición (...) Todos están de acuerdo en indicar la urgente necesidad de una reforma (...) El intenso progreso de las ciencias básicas ha originado la aproximación de éstas a la clínica, modificando sus conceptos (...) La medicina, abandonando en un grado considerable sus tradicionales modalidades de arte, se ha hecho técnica o científica. Pero la reacción ha surgido ante esta situación” (Bustíos Romani, 2003: 136).

Como trataré de mostrar a continuación, si bien el frente modernizador en Medicina de la UBA, en particular, en ocasión del congreso de la AMA de 1957, reservó un espacio de reflexión a los temas de la medicina social y preventiva, éste fue poco significativo si se lo compara con el interés y espacio cedidos a preocupaciones tales como la instalación y extensión del régimen de *full time* y de la enseñanza práctica en el hospital. Estas preocupaciones eran parte sustantiva de aquello que Hurtado y García, cuatro años antes, describían como el avance de la ciencias de laboratorio y de la medicina científica.

4.3. La Facultad de Medicina ante la modernización de la UBA y los cambios en la disciplina

Las transformaciones introducidas en la Facultad de Medicina de la UBA se centraron en los modelos pedagógicos-organizacionales de entrenamiento y formación del médico, en una nueva articulación entre las actividades de docencia, investigación y asistencia y en la discusión e importancia otorgada a la figura del *full time*. En este contexto, se llevaron adelante dos reformas en la enseñanza de posgrado y grado de la medicina: se institucionalizó el sistema de residencias médicas y se crearon las Unidades Docentes Hospitalarias (UDH).¹²⁸

En el 1° Congreso de Educación Médica en la Argentina, celebrado por la AMA, la mayoría de los miembros participantes formaban parte de las autoridades de la Facultad de ese entonces, lo que “imprimía a la gestión académica una coherencia programática respecto a las transformaciones impulsadas en Medicina” y su consonancia con el proceso de modernización más amplio en la universidad (De Asúa, 1984: 112).

Asimismo, con la instalación de las residencias y de la UDH se cristalizaron aspectos de las transformaciones ocurridas en los modelos institucionales de enseñanza médica francés y norteamericano, vinculadas a la conexión y el establecimiento del hospital y la facultad como lugares de

¹²⁸ El sistema de residencias médicas fue la implementación de educación de posgrado en el ámbito hospitalario y en contacto cotidiano con médicos formados y pacientes. La UDH fue una reforma pedagógica que implicó que los últimos 3 años (el ciclo clínico quirúrgicos) de la carrera de medicina se cursaran en el ámbito hospitalario (De Asúa, 1984). Volveré sobre estas reformas en el capítulo 5.

asistencia e investigación.

El 1er Congreso de Educación Médica de la AMA fue testimonio del clima de ideas y discusiones que estaban detrás de dicho cambios y, en particular, de la introducción del *full time*, “un antiguo postulado flexneriano” (De Asúa, 1984: 113) en el perfil clínico médico investigador.¹²⁹

4.3.1. El frente modernizador en la Facultad de Medicina

En sintonía con los procesos de cambio mencionados en el plano de la disciplina y con los ocurridos en la UBA, en la FCEN y en la FFYL, con sus respectivos liderazgos innovadores, en la Facultad de Medicina, aunque con menor dinamismo que en aquellos epicentros, se efectivizaron contenidos centrales de tales procesos de cambio. ¿Quiénes dirigieron y formularon el programa de renovación en la Facultad de Medicina en este período? ¿Cómo se establecieron los contenidos centrales de dicho programa? ¿Cuál es la relación de éste con la creación del IIM y la institucionalización de la “tradición Lanari”?

El período comenzó para la Facultad de Medicina con la designación, por propuesta de la FUBA, de Nerio Rojas como decano interventor. Más tarde, una vez lanzado el proceso de normalización de la UBA, los dirigentes estudiantiles de Medicina, pertenecientes a la FUBA, apoyaron la candidatura para Rector de Risieri Frondizi y de Florencio Escardó para Decano, ya que consideraban que eran quienes podían continuar las reformas de reconstrucción institucional inauguradas por

¹²⁹ Como fue señalado en el capítulo 2, este postulado, encarnado en Abraham Flexner, - admirador del modelo de enseñanza alemán- comenzó a propagarse, a partir de 1910, en las escuelas de medicina norteamericanas. Aquél sustentaba un modo de enseñanza individualizado de las disciplinas experimentales y de un entrenamiento práctico con las experiencias clínicas, anatómicas y experimentales (Buch, 2006; De Asúa, 1984). A mediados del siglo XX, este modelo se extendió a otros países, con un fuerte impacto en el campo biomédico latinoamericano (Bustíos Romani, 2003), al punto de modificar la impronta que la escuela médica francesa había tenido sobre la enseñanza y el entrenamiento clínico médico local. Por ejemplo, se observó que se efectuó un cambio en los centros a donde viajaban la generación de maestros de Lanari: Mariano Castex, tuvo relaciones muy dinámicas con Francia principalmente (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Castex Mariano N° 33920), al igual que Houssay, con la *Société de Biologie* (Buch, 2006). En cambio, Lanari luego se formó y trazó lazos, casi por completo, con centros de Alemania y de los Estados Unidos, careciendo de relaciones con Francia. En las generaciones siguientes, los discípulos de Lanari, este cambio fue aún más notorio.

Romero, desde su corta pero fructífera gestión como rector interventor. Las ideas centrales del proyecto de modernización en la UBA, encarnadas por esta gestión en Medicina, pueden resumirse en las palabras que se encuentran en la memoria que preparó Escardó sobre el primer año de su gobierno:

“Queda una facultad posible y una facultad imposible; la imposible es la de la cátedra feudal, monológica y absoluta, que el profesor siente como una propiedad o el fácil accesorio de una profesión fructífera; la posible, la única posible, es la del docente *full time* que entrega a la enseñanza la totalidad de su tiempo” (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Memoria del Decano Escardó, 1958: 64).

Escardó, al igual que Frondizi para su cargo de rector, fue electo decano en diciembre de 1957, por un año, con el apoyo del siguiente grupo de profesores en el Consejo Directivo: Eduardo Braun Menéndez, Eduardo De Robertis, Alfredo Lanari, Mario Brea, Eduardo Manzini, Armando Parodi y Venancio Deulofeu (Barrutia, 2003). El grupo modernizador en Medicina dejaba así de ser una minoría en el conjunto de los profesores de esa Facultad, al lograr rápidamente una correlación de fuerza a su favor a partir de las afinidades y alianzas establecidas con los liderazgos que llevaron adelante la normalización universitaria en 1957.

La tradicional masa de profesores en Medicina mostró desde temprano resistencias a los cambios proyectados por aquéllos. Un ejemplo fue la posición adoptada por la mayoría de los profesores ante el cuestionario sobre el proyecto de reorganización departamental que, hacia mediados de 1956, había sido preparado desde el Departamento de Pedagogía del Rectorado de la UBA. Los puntos centrales del cuestionario se establecieron en torno a la cuestión institucional, es decir, la forma o ámbito organizacional (departamentos/cátedras) y del vínculo entre carrera docente, "dedicación exclusiva" y su carácter (normal/excepcional). En términos generales, las posiciones más reticentes a la propuesta reorganizadora fueron las provenientes de las Facultades de Medicina, Agronomía, Económicas y Arquitectura, omitiendo toda referencia a la organización departamental. Con relación al principio de reestructuración de

las actividades académicas, la prioridad de la cátedra fue también afirmada en las primeras tres Facultades. En cuanto a la carrera académica, Medicina, Odontología e Ingeniería coincidieron en que la exclusividad fuera para las materias básicas o científicas (Babini, 1956). Como podrá apreciarse en la siguiente sección, un año más tarde, en el 1º Congreso de Educación Médica de la AMA, la propuesta de reorganización departamental conformaba uno de los temas más discutidos del encuentro, al tiempo que recibía un apoyo total entre el grupo de profesores modernizadores de Medicina.

Las ideas impulsadas por el grupo modernizador versaban sobre la formación, transmisión y producción de conocimiento, es decir, la estructura organizacional de la enseñanza (la cátedra versus el departamento), la formación del médico (la complementación y el refuerzo del ciclo clínico con un ciclo de materias de ciencias básicas; la introducción y generalización de las residencias médicas) y el régimen de dedicación para la docencia y la investigación (la dedicación exclusiva).

En enero del 56, momento de gestación del proceso de renovación universitario, aparecía una publicación médica local, *Anales Argentinos de Medicina*, cuyo consejo de redacción estaba conformado por figuras cercanas al grupo modernizador en la Facultad, como Alejandro Ceballos y Gregorio Aráoz Alfaro y otros, como Rafael Celani Barry y Oscar Croxatto, que serían referentes importantes del IIM y de la tradición Lanari allí conformada (Editorial “Una Revista de todos y para todos”, *Anales Argentinos de Medicina*, 1956).

Su primer número publicó una entrevista realizada a un profesor de fisiología de la Universidad de Berna (Alejandro Lipschutz), que mostraba el clima de debate y renovación en la Facultad. La entrevista proponía dos ejes principales de discusión: 1) si en la Universidad, y en especial en la Facultad de Medicina, preocupada sobre todo por preparar profesionales, correspondía un lugar también a la investigación, 2) en caso de ser así, en qué forma debía darse cabida a la investigación científica en una Facultad de Medicina. Respecto al primer punto, la respuesta era categórica: no era posible pensar en una universidad ni en una Facultad de Medicina sin investigación científica, ya que “instituciones que se atribuyen el nombre de universidad o de facultad sin que en ellas se haga investigación son un mal

entendido” (Lipschutz, 1956: 76). La respuesta al segundo eje se enlazaba con esta visión; postulaba que la Facultad de Medicina debía facilitar a su personal docente la posibilidad de realizar investigación científica, experimental o clínica y que, a su vez, debía ser estimulada y exigida tanto en las ramas básicas de la medicina como en la clínica. La investigación era valorada como una actividad y una “atmósfera” positiva y enriquecedora para la práctica médica así como también para la formación y entrenamiento de los estudiantes (Lipschutz, 1956: 78). Al mismo tiempo que pregonaba a favor de la producción de conocimiento original en una Facultad como la de Medicina, advertía sobre las peculiaridades de este ámbito en tanto su primera y tradicional función era la práctica profesional -cuestión que recibía una consideración particular también en los debates del grupo modernizador- (Lipschutz, 1956).

De este modo, entre los años 56 y 58, en la Facultad de Medicina prevaleció un estado de permanente debate y de circulación de ideas de refundación de sus misiones y funciones centrales respecto a la enseñanza y la investigación, impulsadas por los profesores que gravitaban alrededor de Houssay. Fue él quien, a partir de la creación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en 1958, en calidad de su presidente, trasladó dichas estrategias de renovación, desplegadas en el ámbito de la Facultad, al espacio estatal delimitado por el naciente Consejo. Allí conformó la Comisión Asesora de Medicina con muchos de sus discípulos –entre ellos Lanari quien fue miembro del Directorio y de dicha Comisión desde su creación hasta 1978- (*Medicina*, Editorial, 1985).

Desde el punto de vista del movimiento estudiantil, los consejeros estudiantiles reformistas de Medicina, fueron apoyos significativos para el grupo de modernizadores en dicha Facultad. Aunque con discrepancias y diferencias de grado, acordaron con ellos -al menos durante los primeros años- sobre las visiones de renovación educativa y de investigación que debían impulsarse.

Por un lado, con respecto a los puntos conflictivos, en el contexto de debate y evaluación por parte de los modernizadores sobre los problemas pedagógicos del ingreso –cuyos diagnósticos los vinculaban con la masividad y la falta de nivel académico-, los estudiantes reformistas

efectuaron los primeros señalamientos críticos con respecto al establecimiento del examen de ingreso, declamando una posición “anti limitacionista y anti seleccionista” (Almada, 1956; Maffei, 1957).

Esta cuestión se convirtió en fuente de conflictos y movilización estudiantil prolongados y excedió el espacio de discusión delimitado por los claustros del Consejo Directivo. En 1956, la Federación Universitaria Argentina (FUA) presentó objeciones a la implantación del examen de ingreso en la enseñanza secundaria, condenándola como una medida “antisocial” y, luego, ya dentro del ámbito universitario, durante 1957, se desató una serie de confrontaciones, pronunciamientos y acciones de protesta por parte del movimiento estudiantil reformista que comenzó en la Facultad de Medicina, y se extendió a la de Ingeniería, llegando a paralizar sus actividades académicas en repetidas ocasiones. En febrero de ese año, un número importante de aspirantes a la Facultad de Medicina (1.500) realizaron las primeras asambleas de discusión, declarando la huelga en el primer examen parcial del 12 de febrero. El testimonio de Bernardo Kleiner¹³⁰, anclado en las filas más radicales de la izquierda reformista de la Facultad de Medicina, esclarecía y completaba el cuadro de situación, encuadrando el problema del examen de ingreso y del “limitacionismo” como parte de ciertas visiones y acciones que el grupo modernizador de Medicina estimulaba en la Facultad, como respuesta a la masificación de los cursos:

“El curso preparatorio, cuya clasificación era secreta, tenía un régimen irracional y estaba predestinado, según las afirmaciones del doctor De Robertis, a permitir el ingreso de 150 alumnos, es decir, la misma cantidad que cursaba en la Universidad de Columbia” (Kleiner, 1964: 163-164).¹³¹

Por el otro lado, en una primera etapa los puntos sobre los cuales

¹³⁰ De reconocida y protagónica trayectoria en la militancia reformista estudiantil, particularmente, en la Facultad de Medicina, fue miembro de la Federación Universitaria de Buenos Aires (FUBA), de la Comisión Directiva del Centro de Estudiantes de Medicina durante la oposición al artículo 28 y representante ante el Consejo Superior de la UBA entre los años 60 y 61.

¹³¹ Kleiner veía en las actitudes y propuestas “limitacionistas” de estos profesores inspiraciones en el modelo universitario norteamericano y, por ello, las condenaba también como acciones del “imperialismo yankee” (Kleiner, 1964).

convergióron fueron: el proyecto de reorganización departamental¹³² y la importancia de incrementar la investigación en la Facultad. Con relación al primero, los consejeros estudiantiles, Fernández Cornejo, Horne y Cantis presentaron, a comienzos de 1958, un proyecto de reestructuración de la Facultad que apuntaba a establecer la organización departamental como modo normal de enseñanza e investigación médica. Las deficiencias más urgentes que detectaban eran la falta de: a) una enseñanza moderna, contraria a la clase magistral y a la formación enciclopedista, b) una comprensión de la función integral del médico en la sociedad y, por último, c) actividades de investigación científica. (Acta del CD de la Facultad de Medicina (1958): 7-16). En relación con la importancia de incrementar la investigación en la Facultad, Barrutia, miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina por la mayoría estudiantil reformista entre 1958 y 1959, afirmaba:

“La gran lucha se dio entre la antigua corriente clásica y los que proponían actualizarse con la corriente moderna. Por eso nos unimos, apoyando ese proyecto por encima de diferencias en la ideología política. Los factores revolucionarios del cambio fueron por un lado incluir la investigación como parte de la función docente y del fortalecimiento de la base científica: por otro la dedicación exclusiva y semi exclusiva de profesores y ayudantes en los tres ciclos, con predominancia en el básico (Barrutia, 2003: 191).

4.3.2. La posición de Lanari ante el *full time* en clínica médica

Del grupo de modernizadores, fue Alfredo Lanari quien instaló la lucha y la discusión acerca del régimen *full time* en Medicina desde el Consejo Directivo y desde otros espacios académicos, como el Congreso de la AMA de 1957. Entre sus visiones y proyectos de acercar la medicina experimental e investigativa (de laboratorio) a la clínica y su trayectoria de formación realizada existe una continuidad significativa.

¹³² Hacia 1959, el proyecto departamental comenzó a recibir críticas muy fuertes por parte de referentes protagónicos del movimiento reformista más radicalizado de Medicina, asociándolo a una orientación academicista y “cientificista”, a partir del cual se intentaba priorizar fundamentalmente la investigación académica, dejando de lado la formación profesional y la docencia, como tareas propias de la universidad. Asimismo, aquéllos interpretaban esta reestructuración departamental como un intento de “implantación” del modelo norteamericano en el medio local (Kleiner, 1964: 192-195).

Su rol académico y político supuso una resignificación del proyecto de renovación de la universidad, otorgándole un sentido particular, al intervenir desde un espacio de intersección entre los estilos de laboratorio y clínicos, integrando la investigación, la enseñanza y la asistencia y proyectándolas como desempeños con dedicación *full time*, como nunca antes habían sido impulsadas ni pensadas desde el ámbito clínico médico local.

Estas ideas, aunque para el caso general de la orientación universitaria, se encontraban presentes en algunas de sus anteriores reflexiones. En 1943 expresaba, en el seno de la Facultad de Medicina y para el conjunto de la universidad, demandas de “renovación” en las misiones y funciones de docencia e investigación, ancladas en la instauración del *full time*:

“En los últimos 10 años se han sucedido las reformas del plan de estudio de la Facultad de Medicina. Pequeñas reformas insubstanciales, cuya osadía no iba más allá de modificar la situación de las materias dentro de un sistema que requiere otro tratamiento (...) a nadie escapa la insuficiencia con que esta facultad cumple la triple función que le corresponde como parte integrante de la universidad (...) sin embargo, existe un núcleo en la universidad que técnicamente ha superado el momento en que las universidades viven, núcleo que se aparta en sus aspiraciones y en su concepto de universidad de los que lo precedieron y se acerca a la que existe en países de más alta cultura universitaria. Es decir, se trata de una modificación del sentido de la función universitaria. Es la realización plena de que la función docente está tan unida a la de investigación y ambas son tan complejas que requieren la dedicación exclusiva” (Lanari, 1943: 33-34).

Estas demandas de renovación se articulaban alrededor de una revalorización crítica de los contenidos y metas de transformación de la experiencia de la reforma del 18 (Lanari, 1943: 34-35).¹³³

¹³³ Con altos niveles de ironía, Lanari afirmaba: “Llamará la atención a la generación del 18 que en este clamor de renovación no haya grandes proyectos de reforma social y gravitación directa de la universidad en la política nacional e internacional (...) se ha abusado de la condición de universitario para intervenir en la política nacional, sin darse cuenta que es en otro carácter que cada ciudadano está obligado a ocuparse de la cosa pública en la medida de sus fuerzas y de acuerdo a sus actividades” (Lanari, 1943: 35). Sobre otra apreciación crítica de Lanari respecto a los alcances de la Reforma, véase nota 109. Más allá de estas declaraciones irónicas y controversiales, dentro del espacio del

El reclamo de Lanari por introducir la figura de la dedicación exclusiva en la Facultad de Medicina y en la universidad se inspiraba en la experiencia de reformas que habían vivido las escuelas de medicina estadounidenses durante las primeras décadas del siglo XX:

“Esto no es especulación. En Estados Unidos ocurrió un hecho similar años atrás. Fue necesaria la figura de Flexner por una parte y por otro lado la comprensión de quienes aplicaron sus enseñanzas para que las universidades dieran el salto y se convirtieran de meras escuelas profesionales en centros de cultura superior de la más pura categoría. Y la transformación que se pide no es nada más ni nada menos que aplicar principios que satisfacen teóricamente, que la experiencia extranjera apoya, y que la propia, en las cátedras que practican el *full time*, confirma” (Lanari, 1943: 34)

Asimismo, más cerca de los años de la creación del IIM, completaba esta mirada con un conjunto de reflexiones públicas sobre la cuestión universitaria que mantenían mucha sintonía con los proyectos y posiciones de “renovación” de los innovadores de Exactas y con el mismo Risieri Frondizi –y advirtiendo sobre el error que significaría “restaurar” la universidad previa al peronismo-¹³⁴:

“Las universidades de los argentinos tienen ahora todas las oportunidades por delante, después de no tener ninguna, porque en las dictaduras –como la sufrida recientemente- no hay cabida para el concepto de universidad. Las universidades argentinas ahora pueden intentar la vuelta a la época previa a la dictadura, lo cual significaría en el mejor de los casos falta de sentido crítico, falta de ambición, y falta de imaginación. Lo que deben intentar es renovarse, tal vez, sin grandes declaraciones de principios y sin grandes planes (...) Es tiempo ahora, si es que no queremos continuar en la universidad defectuosa de antes de 1943, que nos digamos “basta” a nosotros mismos (...) Es más fácil ordenar el caos que nos ha legado una dictadura inepta que destruir los moldes anacrónicos de la tradición, de los intereses creados y del conformismo” (Lanari, 1955: 53, 54).

Estas declaraciones, que muestran a Lanari comprometido con la

Consejo Directivo de la Facultad mantuvo alianzas con quienes componían el reformismo estudiantil, de profesores y graduados en dicho espacio.

¹³⁴ Sobre la diferenciación entre restauradores y renovadores, véase nota 110.

idea del *full time* de docencia e investigación en la universidad, quedarán aún más explícitamente mostradas a partir de su participación en el Congreso de la AMA de 1957, en el cual intentará instalar tal idea en el ámbito específico de la clínica médica, tal como se verá a continuación.

4.4. El *full time* y el perfil profesional del médico y del investigador clínico: el Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina (AMA)

En 1957, entre el 11 y el 16 de noviembre, se celebró en Buenos Aires el Primer Congreso de Educación Médica de la AMA. Su organización quedó en manos de un Comité, entre cuyos miembros, por dicha ciudad, se destacaron figuras pertenecientes al grupo de Houssay.¹³⁵

Dado que las transformaciones de la universidad adoptaron, centralmente, la forma de procesos de profesionalización de la actividad de investigación, principalmente me detendré en la discusión que en este Congreso tuvo la cuestión del *full time*. Su atención obedece, además, a otras razones: el significado singular que la introducción y generalización de dicho régimen adquirió en el marco de la Facultad de Medicina, signado por una fuerte tradición profesionalista, principalmente, en el ámbito de la clínica.

El Congreso versó sobre 11 temas: la enseñanza pre médica, el ingreso a la Facultad de Medicina, los profesores, los estudios médicos, los estudiantes, los auxiliares de la medicina, los métodos y materiales de enseñanza, la extensión universitaria, la enseñanza de los graduados, la profesión de los médicos y la financiación de los estudios médicos.

Lanari participó dentro del tema III, "Los profesores". La suya, sin duda, constituyó una visión a favor de la extensión del *full time* en la Facultad de Medicina ya que, según su mirada, la medicina había multiplicado y "diversificado sus quehaceres y funciones profesionales, académicas, científicas y sociales" (Lanari, 1957a: 418).

El significado singular que Lanari otorgó al *full time*, en lo

¹³⁵ El Comité estaba conformado por Eduardo Braun Menéndez, Juan José Dumas, Florencio Escardó, Bernardo Houssay, Alfredo Lanari, Egidio Mazzei, Alfredo Pavlovsky, Nicolás Romano y Carlos Tanturi (*Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, 1957).

concerniente a su relación con la investigación y la enseñanza, y su implementación no sólo en las categorías de profesores titulares, sino también hacia el resto del personal docente, adoptó dos caracterizaciones y énfasis diferentes en el caso de las materias básicas y clínicas. En las primeras, en las cuales la labor de investigación y docencia constituían actividades entrelazadas y de jornadas de tiempo completo, el requerimiento “era absoluto y no facultativo, es decir, dicho régimen debía imponerse sin excepción”, incluyendo, dentro de las materias básicas, a las siguientes: Anatomía, Histología, Fisiología, Química y Física Biológicas, Microbiología, Anatomía y Fisiologías Patológicas y Farmacología (Lanari, 1957a: 419). Respecto a las categorías docentes que debían incorporarse a esta reglamentación, consideraba que no sólo debían ser los profesores, dado que las actividades de enseñanza e investigación requerían de la división del trabajo y la colaboración de varios –estimaba que en cada cátedra al menos 2 o 3 personas, además del profesor, debían ser *full time*- (Lanari, 1957a: 419).

En las materias clínicas y especialidades, la meta era llegar a una situación y generalización de este régimen, similar al de las materias básicas, siempre que se contara con los sujetos capacitados y los elementos indispensables para realizar investigación científica –la cual Lanari homologaba, para el caso de la investigación en medicina, con la investigación clínica, no debiendo confundir ésta con “la publicación casuística” más allá del interés o no que pudiera tener esta última- (Lanari, 1957a: 419). Pero como en ese momento la consideración del titular de Clínica Médica era que la mayor parte de las cátedras de las materias clínicas no se encontraban en condiciones de realizar investigaciones científicas de envergadura, debía dejarse a criterio de cada profesor la decisión sobre la dedicación a la cual quería aspirar, según su orientación investigativa y formación.

Más allá de este problema relativo a la falta sujetos competentes para la investigación, como primer paso tendiente a la incorporación del *full time* en las materias clínicas, Lanari recomendaba que en las cátedras con varios profesores –Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Obstetricia y Pediatría- al menos uno de ellos tuviera dicha dedicación.

Asimismo, Lanari parecía mostrarse bastante conciente de la existencia de otros obstáculos de índole más estructurales. La introducción y extensión del *full time* en las materias clínicas además de encontrarse con los inconvenientes relativos a la escasez en la formación de investigación y de financiamiento presupuestario, se topaba con la cultura profesional del ámbito clínico médico local, tendiente a desempeños propios de una profesión de consulta, ofreciendo servicios a una “clientela” y siendo por eso legitimada y reproducida como tal (Freidson, 1970).

Como he mencionado ya, este rasgo de la medicina en tanto una profesión liberal clásica tenía un muy fuerte arraigo en la Facultad de Medicina de la UBA. El problema que entonces se presentaba respecto a la introducción y extensión del *full time* en esta Facultad, por un lado, era general a toda profesión médica -dada su naturaleza práctica y “de consulta” (Freidson, 1970)- y, por el otro lado, lo era en particular respecto a la escasa cultura científica existente entre el ámbito médico clínico local –siendo, por el contrario, dicha cultura muy cultivada por parte de la vertiente experimental-.

Es decir, la generalidad de la cultura médica clínica enlazó su destino profesional a la práctica profesional de consulta: la investigación era cosa de pocos médicos clínicos. El problema era entonces cómo modificar esa cultura clínica y atraer a las nuevas generaciones hacia la investigación y la docencia integrales:

“Creemos pues que el sistema más adecuado para resolver el problema de la dedicación exclusiva de las materias clínicas es el que permite consultar después de las horas de la labor hospitalaria dividiendo los honorarios de las mismas entre el profesor y su Facultad. Con este sistema se conseguiría atraer a la docencia a clínicos y cirujanos destacados y la Facultad tendría más recursos económicos para dedicarlos a la formación científica y a la investigación” (Lanari, 1957a: 419-420).

Esto parecía formar parte del entendimiento que, entre otros, Lanari tenía de la situación de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y del resto de las Facultades de Medicina del país. Como a continuación se muestra en el cuadro 1, la situación del *full time* en dichas facultades, hasta agosto de

1957, sumando las materias básicas y clínicas, en todo el país, era de un total de 31 plazas, existiendo sólo 3 en materias clínicas (1 en la Facultad de Medicina de la UBA, ocupada por Lanari y 2 en la Facultad de Medicina de la Universidad del Nordeste) y 1 plaza para concursarse (en Medicina de la Universidad de Tucumán).

Cuadro 1: Cantidad de Profesores *full time* en las Facultades de Medicina en el país para 1957

Profesores <i>full time</i>	Facultades de Medicina							Total
	Bs. As.	La Plata	Córdoba	Nordeste	Mendoza	Litoral	Tucumán	
Materias básicas	7	6	3	4*	5	1	1	27
Materias clínicas	1	-	-	2**	-	-	1***	4
Total	8	6	3	6	5	1	2	31

*No se han cubierto

**Pertenece al Instituto de Patología Regional.

***Llamado a concurso para Clínica Médica.

Elaboración propia en base a Fuente: *Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, 1957: 420.

Las recomendaciones y conclusiones generales del congreso son significativas a la luz de las vinculaciones entre los procesos de renovación que se iniciaban en la UBA y los acontecidos en la Facultad de Medicina. Los temas debatidos, los énfasis y orientaciones generales de dichas conclusiones mostraron un horizonte común con los principales temas que, por entonces, comenzaban a constituir el material sustantivo sobre el cual se pretendía plasmar la orientación inicial de la llamada modernización en ciencias de la UBA.¹³⁶

Este horizonte común tenía que ver con una nueva forma de entender la vinculación entre docencia e investigación, al proyectarlas como actividades indisolubles en un modelo de universidad centrado en la producción de conocimiento original y no meramente en la transmisión y reproducción de saberes. Este horizonte encarnó en dos proyectos de reformas en un primer momento: en la reestructuración impulsada desde el

¹³⁶ Es posible interpretar como otro indicador concreto de este horizonte común la presencia de Risieri Frondizi en el Congreso, quien, si bien en ese momento era Decano de la Facultad de Filosofía y Letras, sólo un mes más tarde se constituyó en Rector normalizador de la UBA y en uno de los principales liderazgos del proceso de su renovación.

Departamento de Pedagogía, a cargo de J. Babini, en 1956, referida a las propuestas de organización departamental en las Facultades y, como se ha observado, a través del debate abordado por Lanari sobre la implantación y extensión del *full time* en la universidad.

Medicina, en su conjunto, había sido una de las Facultades que mostró mayor distancia respecto al proyecto de reforma departamental en el momento que se aplicó la encuesta desde el Departamento de Pedagogía, a mediados de 1956. En el Congreso de la AMA, un año más tarde, se manifestaron visiones diametralmente opuestas. Esto dejaba en claro las diferencias entre el conjunto de la Facultad y el grupo de innovadores, que eran los participantes centrales de dicho Congreso.

Ellos manifestaron una posición a favor de "constituirse el Departamento de Materias Básicas que, agrupando a las cátedras del primer ciclo, contribuyera a dar unidad a la enseñanza"(*Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, 1957: 381). Respecto a las materias del ciclo clínico, también se acordaba en que debían ser reunidas en Departamentos: en principio se aconsejaban uno Clínico, uno Quirúrgico, uno de Especialidades, uno Pediátrico-toco-ginecológico y uno de Medicina Preventiva y Social. Finalmente, se enunciaba con rotunda claridad y sin lugar a ambigüedad alguna que era "imprescindible la coordinación de métodos, temas y horarios de todas las materias que se enseñen, apreciando como preferible la creación de Departamentos e Institutos" (*Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, 1957: 381), debiendo entenderse por tales, "la reunión de disciplinas afines bajo la dirección de un único profesor, con el objeto de lograr la coordinación y correlación de la enseñanza permitiéndole a ésta obtener su máximo aprovechamiento y asegurar su unidad de orientación" (Fustinoni, 1957: 428).

Asimismo, la reorganización departamental estaba asociada, en esa época, al proyecto de creación de una "ciudad universitaria" (Babini, 1956). En el congreso de la AMA se hacía referencia a este proyecto y su asociación con la organización por departamentos y/o institutos inter facultativos de materias comunes considerando que las ciudades universitarias eran "el lugar propicio para una "vida universitaria" y que era deseable en alto grado su rápida instalación" (*Revista de la Asociación*

Médica Argentina (AMA), 1957: 382).

La vinculación entre el tipo de conocimiento que producía la universidad y las necesidades y realidades sociales específicas, otro de los componentes del ideario modernizador –una de las cuestiones a través de las cuales a su vez recuperaba el legado reformista-, aparecía en las recomendaciones y conclusiones generales del Congreso en las cuestiones vinculadas a la enseñanza, sus reformas organizacionales y de planes de estudios. Por ejemplo, respecto al establecimiento de prioridades o criterios para ordenar la enseñanza de las especialidades, se decía que, en primer lugar, “ello debía realizarse de acuerdo con su vinculación con la realidad demo patológica” (*Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, 1957: 381) y, en segundo y tercer término, con respecto a su aplicación al estudiante o al graduado y su relación con la totalidad del ser humano y su medio, respectivamente. Esto es interesante dado que la vinculación entre la universidad y la sociedad no se planteaba dentro del encuadre clásico dado por la extensión universitaria, tercera función central de la universidad argentina después de la Reforma. Antes bien, se enmarcaba en la función de docencia e investigación: lo que produce y enseña la universidad aparece en relación con características, necesidades y realidades más amplias y distintas que la propia institución: la sociedad.

“Es indispensable que cada facultad adecue al máximo sus estudios a la realidad médico ecológica de la zona del país en que se halla situada; reconociéndose la importancia de los problemas humanos y animales de la patología rural de cada una de las zonas del país. Se considera urgente la creación de una conciencia médico-sanitaria sobre el particular” (*Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, 1957: 381)

Por último, es interesante hacer referencia a las recomendaciones finales del congreso en lo concerniente a las actividades de enseñanza. Se afirmaba que debía ser "activa, práctica, individual y objetiva", aludiendo con esos calificativos al tipo de médico que se pensaba formar, es decir, con juicio crítico y como un sujeto activo y central en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Esta visión se conectaba con el desarrollo que, en el marco de debate de la mesa sobre “Estudios Médicos”, en el punto sobre

“Enseñanza”, había realizado Virgilio Foglia, profesor titular de Fisiología de la Facultad de Medicina. Él expresaba que “no se buscaba formar un enciclopedista sino un médico capaz de plantear un problema y encontrar su solución” (Foglia, 1957: 427). Esto, a su vez, lo vinculaba con la necesidad de acompañar los métodos habituales para impartir enseñanza, la clase magistral, con los seminarios y los trabajos prácticos. Si bien la clase magistral conservaba prestigio y servía para mantener una “comunidad espiritual” entre el profesor y los alumnos, debía complementarse con demostraciones prácticas, entre las cuales los seminarios permitían un “mayor acercamiento con el alumno” y los trabajos prácticos “daban manualidad, mostraban hechos y eran útiles para desarrollar la aptitud de observar, analizar, deducir e inducir, estimulando la curiosidad y el espíritu de crítica” (Foglia, 1957: 427).

En las conclusiones finales, también se asociaba la relevancia de la enseñanza práctica con el lugar especial que se creía el hospital tenía como ámbito de formación temprana para el médico, diferenciando entre el modelo institucional del hospital universitario y no universitario (*Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, 1957: 381). Como deber primordial de la Facultad de Medicina se establecía “la formación de médicos generales y sólo después la preparación de especialistas e investigadores” (*Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, 1957: 380). Este énfasis coloca la singularidad que asumió el proceso de modernización en la Facultad de Medicina, en relación a la cuestión del nuevo y mayor peso que se proyectaba tendría la investigación entre las actividades académicas. Como mencioné antes, si bien en Medicina, a través del grupo de Houssay, aquella recibió un impulso inusitado, la orientación profesional o de servicio era una cuestión que se debía atender en primer término dadas las características de la profesión médica en general y en la cultura local en particular (Freidson, 1970).

El rol jugado por Lanari en la lucha por la figura *del full time* en la docencia e investigación clínica médica, a partir de este congreso de la AMA, muestra la existencia de convergencias con circunstancias políticas y académicas locales proclives a encauzar y materializar dicho proceso. Por eso es que la intervención de Lanari fue valorada en términos de un pionero

en el esfuerzo por profesionalizar la investigación clínica –por cierto, intervención que su vez coincidió o se forjó a la luz de un clima de época, signado por la construcción de reglas y condiciones institucionales que hacían posible una actividad científica profesionalizada.¹³⁷

4.5. La creación del Instituto de Investigaciones Médicas (IIM)

El IIM fue creado y Alfredo Lanari fue designado su director *full time* el 31 de julio de 1957, manteniendo su cargo docente con igual dedicación, obtenido un año antes. La ubicación física para el nuevo Instituto se estableció en el Centro de Investigaciones Tisiológicas y Tercera Cátedra de Semiología en el Hospital Tornú, existente desde 1937 (Actas de CD de la Facultad de Medicina UBA (1957). Resolución 564 y 639/57).

Recién a fines de 1957 la Tercera Cátedra de Semiología se trasladó al Hospital de Clínicas y Lanari y los médicos que formaban parte de la Tercera Cátedra de Clínica Médica (ubicada en un edificio de la esquina formada entre las calles Charcas y José Evaristo Urriburu) se mudaron al edificio del Hospital Tornú. Así, en sus inicios, el IIM se organizó sobre la base del personal y de las líneas de investigación desarrolladas en la Tercera Cátedra de Clínica Médica.¹³⁸

En diciembre de 1958, el Consejo Superior estableció para los docentes investigadores del IIM la opción de un régimen *part time* (dedicación semi-exclusiva). Éste exigía que quienes se adhirieran al mismo debían tener una concurrencia de 8 horas diarias al lugar de trabajo, fuera del cual aquéllos podrían ejercer su profesión en otras actividades rentadas.

¹³⁷ Al respecto, sobre la valoración de la instauración y ampliación del régimen *full time* docente e investigador en la universidad, más allá del ámbito de la Facultad de Medicina y sobre su afinidad con la renovación encarnada por Risieri Frondizi desde el rectorado de la UBA y de Rolando García desde el decanato de la FCEN, véase Lanari (1967: 96-100).

¹³⁸ Ésta se encontraba conformada con los siguientes miembros: un grupo de médicos (Felipe a. de la Balze, Jorge E. Rodo, Camilo J. Callegari, Victorio Olguín, Roberto González Segura, Enrique Fernández García, Aquiles Roncoroni, Alberto Agrest, Leandro Canepa, Remo Villa, Esteban E. Marguery, Francisco Arrillaga, Rita F. Capalbo de González Segura, Roberto Ferrando, Carlos J. Lotti, Rafael Celani Barry, Juan José Vallota, José Fiorini, Salvador Zingale, Federico Arrillaga); un grupo de bioquímicos (José Loncharich, Cecilia Rincón de Palma, Herminia A. M. de Mañana, Nilda Diez de Pla, Elvira Roehr, Aurelia M. González Pérez, Elena Rosa Codutti) y por un grupo de auxiliares de laboratorio (María Coumroglon, Violanda Montani, Martha Saye, Libia Toledo de Canavesi, Elvira Rossi, Matilde Leda Iza, Norma Ethel Tesoriero, Inés Camp de Grecco) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Lanari Alfredo N° 51456).

La razón que justificaba tal medida era que con el objeto de que la Universidad pudiera contar con una mayor colaboración por parte de profesores de materias clínicas que no hubieran resuelto acogerse al régimen *full time*, y con miras a formar investigadores que tuvieran ese carácter, el Consejo Superior resolvía que los jefes de investigaciones y de investigaciones clínicas que se desempeñasen en el IIM podrían acogerse a un régimen menos estricto, denominado de “dedicación semi-exclusiva” (*Revista de la Universidad de Buenos Aires RUBA*, Crónica Universitaria, 1958: 662, 663).

Es interesante notar que el establecimiento de este sistema *part time* para el IIM guarda relación con una de las alternativas que Lanari evaluaba en el Primer Congreso de la AMA respecto al modo que podía introducirse e implementarse el régimen *full time* en la incumbencia profesional de la clínica médica.

Durante los primeros dos años, el IIM contó con dos o tres médicos *full time* (además de Lanari) que eran los Jefes de Trabajos Prácticos, lo cual operó como un obstáculo para el asentamiento de sus capacidades iniciales de funcionamiento en tanto instituto integral de investigación y asistencia clínicas¹³⁹:

“Así seguimos dos años al principio sin ningún residente y con muchas dificultades para la investigación porque aunque el edificio era bueno y las salas también buenas, muy buenas para nuestro medio, la planta de investigación estaba desprovista completamente de aparatos y de material. Durante los dos primeros años, bastante difíciles, yo estaba muy preocupado porque solamente pudimos presentar uno o dos trabajos, en los cuales había intervenido personalmente, porque todo estaba todavía en etapa de organización y los investigadores en ciernes” (*Ciencia Nueva*, Editorial (1970), Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, 1970: 28).

Cuando en 1957 se decidió inaugurar el IIM, según dejaron entrever las sesiones del Consejo Directivo y otros documentos, no hubo otros

¹³⁹ Fue recién a partir de 1960 con la ampliación de las residencias, y más tarde con la creación de la carrera CONICET en 1961 y las becas otorgadas por dicho Consejo que el régimen de trabajo cotidiano en el Instituto pasó a ser de una efectiva dedicación *full time* por parte de los residentes y los jefes de las diferentes secciones. Pero de esto me ocuparé en los próximos capítulos.

objetivos o móviles que los promovidos por el propio Lanari -y sus colegas y primeros discípulos- desde la Tercera Cátedra de Clínica Médica, habiendo obtenido su *full time* como titular de aquélla un año antes:

“Un buen día Lanari dijo: “Yo voy a crear el Instituto de Investigaciones Médicas”; eso fue en el año '57. Y entonces, ofreció a un grupo de médicos (en realidad, ofreció a todos, pero yo fui uno de los privilegiados), un grupo de 8, 9 médicos, si querían ir con él. Y bueno; yo fui uno de ellos y fui el primer día en el auto de él, con él y tomé posesión, con él, del Instituto de Investigaciones Médicas. Antes de la aparición de Agrest, de Barcat, de Arrizurieta y de cualquiera” (Bastaroli Julián, investigador del IIM, Sección Cardiología, 2º Jefe, entrevista personal, 27 de febrero de 2009).

Así, la creación del IIM fue impulsada por parte del grupo de la Tercera Cátedra y apoyada desde el decanato de la Facultad, así como desde el rectorado de la UBA, tanto por la afinidad y sinergia de las ideas que circulaban por estos espacios como por la confluencia de las acciones concretas de sus actores. Pero al mismo tiempo la proyección y apertura del IIM puede comprenderse como una empresa y apuesta individual de Lanari, a un año de su vuelta de Denver y su inserción en el medio local.

4.5.1. Entre la intervención individual y el contexto de renovación local y disciplinar

Los modernizadores de la UBA y el grupo de profesores de la Tercera Cátedra compartían proyectos de creación de residencias en clínica médica y de conformación de un régimen de dedicación plena e impulso de la investigación clínica en un ámbito docente y asistencial. Estas concepciones y valores funcionaron como apoyos programáticos y acciones concretas que enmarcaron el proceso de construcción institucional del IIM.

Si bien existía esta dimensión colectiva en la base de la proyección y la creación del IIM, la forma particular que éste adquirió fue posible por el itinerario de formación de Lanari y las visiones sobre las condiciones de realización de investigación clínica que durante aquél fue forjando: el *full time* docente investigador.

Además del posicionamiento que Lanari adoptó respecto al

significado y a la centralidad de la figura del *full time* en la investigación, docencia y asistencia en el ámbito de la clínica médica, mantuvo, asimismo, una fuerte intervención con relación a acercar la medicina experimental y la clínica en una ecología común: la organización del IIM como un hospital escuela, donde la docencia, la atención a pacientes y la investigación se desarrollaban en forma entrelazada (Martín, Barcat y Molinas, 1995).

Los estilos de investigación y las visiones acerca de la medicina, adquiridos durante su formación tanto en el medio local como en el extranjero, fueron el material con el cual Lanari conformó un estilo de investigación propio que, en el marco de los procesos de renovación universitarios posteriores a 1955 y de las ideas y acciones de transformación de la enseñanza de la medicina en la región y en el mundo, cobró fuerza y logró articularse como un proyecto cognitivo institucional: hacer converger la investigación experimental y la práctica clínica en un mismo espacio.

Por un lado, esto lo llevó a cabo reuniendo los estilos experimental de Houssay, clínico de Castex y de investigación clínica de Vaccarezza de un modo *sui generis*, respecto a lo que habían realizado sus predecesores y contemporáneos, pertenecientes a la generación de 1930. Por el otro lado, según pude mostrar en el anterior capítulo, las estadias de formación con Cannon, Luco y Rosenblueth en Estados Unidos implicaron no sólo el afianzamiento de su entrenamiento médico de grado sino también aportes muy significativos en cuanto a las estrategias personales y socio profesionales que desplegó a su regreso al país en lo atinente al modo particular de desarrollar la investigación clínica. Así, lo expresarían años más tarde colegas del IIM:

“Dirigió así, como profesor *full time*, el Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Buenos Aires, donde impuso normas estrictas de conducta médica y actividad científica. Los médicos asistenciales debían ejercer, obligatoriamente, una actividad científica original en algún campo de la medicina experimental” (Sadosky, 1985: 100).

“Lanari se entregó con pasión, enseñó y realizó la integración de la Fisiopatología y la Clínica y me impulsó a hacer en modesta escala algo similar en el Instituto Ferrer” (Roncoroni, 1985: 103).

“Llevar a la Clínica la actitud inquisitiva de la fisiología, llevar a la fisiología la necesidad de resolver problemas que planteaba la clínica; dedicar incansables horas al trabajo, dedicar largas horas a informarnos en fuentes científicas serias, comunicar lo que hallábamos, lo que pensábamos y lo que aprendíamos” (Agrest, 1985: 104).

Resulta inevitable pensar que la modalidad mediante la cual Lanari diseñó la proyección, creación y organización del IIM estuvo, en ciertos aspectos, inspirada en los modelos institucionales presentes en el hospital y la universidad norteamericanos en los cuales desarrolló sus dos experiencias previas de formación en Estados Unidos (en Harvard, con Rosenblueth y Cannon y en Denver, después). No cabe duda que de estas experiencias no sólo incorporó conocimientos, destrezas y técnicas propias de la investigación en neurofisiología clínica sino también adquirió una visión (ideología) particular, por un lado, respecto a la sinergia de la imbricación entre clínica e investigación y, por otro, respecto a la plataforma organizacional más adecuada para su puesta en práctica, esto es, el laboratorio en el ámbito hospitalario. Al respecto él afirmaba: “En realidad esto [el IIM] es igual a cualquier buen servicio, de Estados Unidos o de cualquier otro lado donde se haga investigación; no tiene ninguna característica particular” (*Ciencia Nueva*, Editorial (1970), Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari: 27).¹⁴⁰

El rol estratégico e impulso singular que puede imputarse a la figura de Lanari en esta creación institucional y en su modelado organizacional y cognitivo inicial radica en sus rasgos personales de liderazgo pero también en posiciones objetivas que ya en 1957 había logrado acumular dentro de la Facultad de Medicina: ese año fue elegido decano de dicha Facultad, cargo al que renunció sin asumir dado que optó por el *full time* y la dirección del IIM. Pero el hecho de haber sido elegido decano demuestra que detentaba una posición de poder y de referente político académico en el contexto médico de entonces (Lanari, 1978c).¹⁴¹

¹⁴⁰ Esto permite pensar que la proyección del IIM no se basó en un proceso de implantación (Brunner y Flisfisch, 1983) sino en la adopción de ciertos rasgos de modelos institucionales foráneos.

¹⁴¹ Recuérdese que en 1958, cuando se creó el CONICET, Lanari pasó a formar parte de la Comisión de Medicina de dicho Consejo y de su Directorio.

En este encuadre, por un lado, la creación del IIM y el impulso al ámbito de la investigación clínica local fueron acciones que guardaron relación con las estrategias desplegadas por Lanari para reinsertarse en el medio local, creando condiciones favorables para las opciones socioprofesionales y personales de radicación de su mayor conveniencia.

Por el otro lado, la creación del IIM conformó una de las principales estrategias de Lanari orientadas a configurar y validar la investigación clínica médica como un espacio diferenciado del resto de las ciencias biomédicas, cobrando entidad propia, y de ese modo materializar su proyecto cognitivo-institucional y su tradición.

Ello fue a partir de: a) la integración de actividades de asistencia e investigación con pacientes y docencia, proyectadas en la modalidad del *full time*, b) el establecimiento de un mecanismo de reclutamiento basado en las residencias médicas y la UDH, c) la creación, a partir de 1960, de la primera sociedad que nucleaba a los investigadores clínicos y sus quehaceres profesionales, la Sociedad de Investigación Clínica (SAIC) y, d) la apertura de una gama amplísima de especialidades médicas asentadas en liderazgos médicos con prestigio y consagración local e internacional.

En forma subsidiaria, la proyección del IIM fue una estrategia de Lanari para fortalecer una política de alianzas con quienes estaban interesados en fomentar un proceso de innovación y modernización (en sintonía con lo que ocurría en la esfera de la institución universitaria) dentro del conjunto de la UBA y de la Facultad de Medicina.¹⁴² El acopio inicial de los recursos para el equipamiento del IIM fueron facilitados y apoyados por quienes se habían colocado al frente de la renovación universitaria a partir de 1957:

“El rector Risieri Frondizi le brindó un extraordinario apoyo, al que contribuyó también (más tarde) el CONICET. Además, en

¹⁴² Existió una experiencia paralela a la del IIM, afin en sus misiones y proyectos, encarnada en Norberto Quirno. En 1958 se fundó el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), en calidad de Asociación Civil y de Bien Público. Por inspiración y con la dirección de Norberto Quirno, con sede original en la Sala XX del Hospital Bernardino Rivadavia, dio comienzo a una larga relación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en tanto centro de formación, asistencia e investigación en clínica médica (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Quirno Norberto N° 19.603). Ahondaré en las afinidades entre el CEMIC (Quirno) y el IIM (Lanari) en los próximos capítulos.

esa época la Fundación Rockefeller otorgaba 5000 dólares a cada uno de sus becarios en los Estados Unidos que regresaban al país y continuaban como investigadores exclusivos. Muchos de ellos se incorporaron al servicio dirigido por Lanari, entregando a la institución equipos y materiales” (Santas, 1980: 8).¹⁴³

Entre esta serie de estrategias desplegadas por Lanari y su contexto social favorable, tanto el del medio local universitario como el de las transformaciones en el plano de la disciplina, el IIM se constituyó así en un ámbito donde se desarrollaron, en adelante, actividades entrelazadas de investigación experimental y clínica, docencia y atención a pacientes, siendo el modo a través del cual la “tradicción Lanari” logró institucionalizarse.

La construcción institucional y cognitiva inicial del IIM permitirá mostrar el comienzo de otro momento de esta tradición, el de su desarrollo y paulatina consolidación. De eso me ocuparé en el siguiente capítulo.

¹⁴³ La Fundación Rockefeller otorgó un subsidio de 8200 dólares (de entonces) al IIM (The Rockefeller Foundation, 2003).

Capítulo 5: Desarrollo de la tradición. La conformación inicial del IIM

En este capítulo describo y analizo la construcción organizacional y cognitiva inicial del IIM como el encauzamiento y desarrollo institucional de la “tradición Lanari” y, al mismo tiempo, en términos de la concreción del proyecto cognitivo sostenido por parte de Lanari tanto en su faceta de interés socioprofesional personal como colectivo.

Dicha construcción fue posible principalmente a partir de la incorporación del personal técnico, docente y de investigación que integraba la Tercera Cátedra de Clínica Médica, quienes ocuparon las jefaturas de las primeras secciones abiertas, siendo responsables de su impulso y organización inicial y, al mismo tiempo, dándole contenido y forma a la primera generación de discípulos de la tradición.

Durante estos primeros años, se configuró la organización asistencial del IIM como un insumo para la investigación y se estableció la práctica de ateneos semanales como un espacio de discusión sobre casos clínicos, operando, al mismo tiempo, como una instancia de control y de aprendizaje. Por eso, sus funciones más importantes fueron conformar una modalidad colegiada y a la vez jerárquica de monitoreo asistencial cotidiano del Instituto y constituir un espacio pedagógico y de formación continua de los investigadores formados y en formación.

Asimismo, en esta fase inicial, distintos miembros cercanos o integrantes del grupo innovador de la Facultad de Medicina junto con investigadores del IIM diseñaron e implementaron dos reformas de enseñanza médica, de nivel de posgrado primero, el sistema de residencias; y de nivel de grado más tarde, las Unidades Hospitalarias Docentes (UDH). Ambas reformas rápidamente fueron implementadas en el IIM y se proyectaron como nuevos mecanismos de reclutamiento, jugando, en adelante, un rol crucial en tanto permitieron ampliar la base y fuente de incorporación de investigadores bajo una modalidad de entrenamiento más cercana al modo *full time*.

Si en la primera etapa la incorporación de nuevos miembros fue posible gracias al reclutamiento operado sobre el personal de la Tercera

Cátedra de Clínica Médica y de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, a cargo de Vaccarezza, en los años posteriores el sistema de residencias y la UDH fueron los mecanismos mediante los cuales el IIM se proveyó de nuevo personal.

Estos mecanismos se complementaron con la creación y puesta en funcionamiento en 1961 de la carrera de investigador del CONICET, la cual modificó sustantivamente las condiciones institucionales para la radicación de investigadores *full time* en el IIM y para la formación y reproducción ampliada de la tradición.

Tales reformas de enseñanza -las residencias y la UDH- no sólo modificaron las actividades docentes y los mecanismos de reclutamiento del IIM, sino también su organización y funcionamiento asistencial, aumentando el personal formado y en formación volcado a la asistencia y reestructurando las jerarquías y roles al interior del entramado hospitalario. Asimismo, tales reformas impactaron también sobre la tercera actividad central del IIM: los laboratorios de investigación clínica y experimental también vieron modificadas sus estructuras y dinámicas de trabajo con la incorporación de los estudiantes de la UDH y los residentes.

El desarrollo de la tradición durante este período también se asentó en la conformación de un nuevo espacio de sociabilidad, complementario al IIM, la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC), con la adopción de la revista *Medicina* como su canal de comunicación. En adelante, dicha Sociedad, la revista y el IIM fueron proyectándose como los referentes espaciales, sociales y cognitivos del ámbito de la investigación clínica médica local, al tiempo que los sujetos que estaban colocados al frente de su conducción intentaban consolidar su institucionalización – proceso que, por cierto, estuvo desde su mismo inicio atravesado por conflictos y disputas en torno a sus límites epistémicos y profesionales-.

5.1. Primera generación de discípulos

Si bien hay una decena de médicos que tomaron contacto con Lanari como docente y director del IIM, sólo algunos pueden pensarse como sus discípulos o pueden tomarse como casos paradigmáticos.

Siguiendo las visiones del mismo Lanari (1973b) sobre las distintas

formas de ser discípulo, es decir, los mecanismos de identificación con un maestro, se pueden distinguir tres que van desde las experiencias más subjetivas en el marco de relaciones de familiaridad (cara a cara) hasta las más anónimas, mediatizadas y objetivadas: 1) mediante el entrenamiento personal y directo de trabajo con un maestro, 2) a través de una primera generación de discípulos que transmiten su estilo de investigación y 3) vía los trabajos, metodologías e ideas objetivados en materiales escritos.

Sumado a estos elementos, el vínculo maestro-discípulo se asienta en la pretensión de autoridad social y cognitiva por parte del primero y su otorgamiento por parte del segundo, mediante modalidades de identificación moral con de elementos de la personalidad del maestro como también con formas de pensar y trabajar.¹⁴⁴

La primera generación de discípulos de Lanari se formó desde antes de la existencia misma del IIM, en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis en el Hospital Muñiz y en la Tercera Cátedra de Clínica Médica. Dentro de esos marcos institucionales, la mayor parte de esta primera generación de discípulos desarrolló su trabajo en especialidades tales como anatomía patológica y fisiología cardiopulmonar (aquellas practicadas por Lanari en su época de trabajo con Vaccarezza, en el Hospital Muñiz).

Esta primera generación se identifica con los nombres de Alberto Agrest, Aquiles Roncoroni, Amadeo Barousse, Juan Antonio Barcat y Julián Carlos Bastaroli, (recibidos de médicos entre finales de 1940 y los primeros años de 1950). Con todos ellos conformó los cimientos iniciales del IIM.

Julián Bastaroli, una vez recibido de médico se incorporó a la

¹⁴⁴ Esta dinámica de pretensión de autoridad por parte del maestro y de otorgamiento por parte del discípulo de ningún modo se supone siempre o constitutivamente armónica y sin conflictos. Bourdieu (1976) ha dedicado buena parte de su reflexión sobre la ciencia a pensar la autoridad científica (capital social particular de los científicos) dentro de un juego de lucha entre competidores. Desde esta mirada, la autoridad científica (siempre en disputa) incluye capacidad técnica y poder social, no siendo posible separar una del otro. Es posible entender que Bourdieu refiere con ello tanto a una lucha entre consagrados (maestros) pero también entre ellos y “aquellos que se inician” (discípulos). Dentro de similares marcos de problemas de análisis en torno a la constitución y circulación de la autoridad pretendida, otorgada y disputada, Shinn (2007), cambia la unidad de análisis o nivel de agregación de su estudio, ya no en términos de “campo” como Bourdieu, sino en el espacio mismo del trabajo de los científicos, el laboratorio, y allí indaga sobre la distribución de ese tipo de autoridad entre “investigadores formados” y “en formación” y la conformación de jerarquías sociales y cognitivas entre ellos.

Tercera Cátedra de Clínica Médica, formando parte del grupo que acompañó a Lanari en los prolegómenos del IIM.

Al igual que sus discípulos, tuvo entrenamiento en el exterior. Durante dos años estuvo trabajando y realizó su residencia en los Estados Unidos, por recomendación y consejo de Lanari, en el *National Jewish Hospital*, en Denver –debido a sus contactos establecidos cuando residió allí durante más de 4 años-.

Más tarde, su inserción en el IIM fue dentro de la sección de Cardiología. Al igual que con otros discípulos, Lanari impulsó el crecimiento profesional de Bastaroli fuera del Instituto Algunos lo entendían como parte de una estrategia de Lanari por irradiar la experiencia del IIM hacia otros espacios locales:

“Un día Lanari me dijo “Vea, doctor, usted ya ha cumplido una carrera; usted tiene que ser jefe en otro lugar”. Y me presenté a concurso en el Posadas, en Haedo; un gran hospital que hay ahí; fui Jefe de Cardiología por concurso y llegué a tener un servicio muy grande. Y todavía hoy existe y han pasado 30 años. A esto le llamo yo “la prueba del tiempo”, la mística que queda; todavía existe ese servicio y yo lo empecé de cero; de cero, siguiendo la inspiración de Lanari. Porque yo soy un producto de Lanari, hasta para vestirme” (Bastaroli Julián, investigador del IIM, Sección Cardiología, 2º Jefe, entrevista personal, 27 de febrero de 2009).

Alberto Agrest y Aquiles Roncoroni establecieron contacto con Lanari en el marco de la Cátedra de Clínica y Patología de la Tuberculosis en el Hospital Muñiz. Agrest, después de recibido en 1947, y hasta 1953, fue practicante del Hospital de Clínicas y ayudante en la Sección Laboratorios del Instituto Modelo de Clínica Médica (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agrest Alberto N° 44226). En el marco de un curso de Médico Tisiólogo organizado en dicha Cátedra conoció a Lanari:

“Se podría decir que habíamos encontrado a la persona que buscábamos; director de beca, porque en realidad, lo que hacíamos era investigación a nuestra cuenta y riesgo; era una cosa muy amateur (...) Entonces, en el año 50 fuimos al Hospital Muñiz, a trabajar 3 veces por semana a la tarde. Trabajábamos a la mañana en la parte Clínica y a la tarde íbamos a trabajar al

Muñiz con el Dr. Lanari. Hicimos una serie de trabajos experimentales en esa época, de modo que, cuando llegó el 52, el Dr. Lanari me aconsejó que obtuviera una beca en los Estados Unidos. Conseguí una beca de la *Michigan Heart Association* para ir a la Universidad de Michigan” (Agrest Alberto, investigador del IIM, Secciones: Clínica Médica e Hipertensión Arterial, 1º Jefe, entrevista personal, 8 de enero de 2009).

En 1952 Agrest realizó su tesis de doctorado “Estudio Clínico Experimental sobre la formación de Ascitis y los efectos de la Paracentesis”, bajo la dirección de Lanari (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Agrest Alberto N° 44226).

En un primer momento, a raíz del trabajo desarrollado en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, junto con Lanari y Roncoroni, en temas de embolia pulmonar y ensayos de la técnica de cateterismo, Agrest se había especializado en hemodinamia. Esta experiencia hizo que fuera en un servicio de dicha especialidad en el cual se entrenó en los Estados Unidos dos años más tarde. Sin embargo, durante su estadía de trabajo allí realizó un giro hacia temas de investigación sobre hipertensión arterial - cuestión que fue crucial para su posterior desarrollo en el IIM-:

“Resulta que ese servicio, que había sido de Hemodinamia, lo convierten en un Servicio de Hipertensión Arterial. El jefe del servicio cambia la orientación; no hace más cateterismos, que era lo que yo sabía hacer en ese momento. Y lo dedica a hipertensión arterial (...) Entonces, cuando llego allí, me encuentro con que es un Servicio de Hipertensión Arterial; de modo que me puse a trabajar en hipertensión arterial, cosa que fue muy interesante porque, en realidad, como yo era un hemodinamista, empecé a considerar la hipertensión arterial como una enfermedad hemodinámica. Que realmente lo es; así que me sirvió de mucho en realidad. Estuve un poco más de un año ahí” (Agrest Alberto, investigador del IIM, Secciones: Clínica Médica e Hipertensión Arterial, 1º Jefe, entrevista personal, 8 de enero de 2009).

Como becario de la *Michigan Heart Association*, trabajó en el Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Michigan (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Alberto Agrest N° 44226). El tiempo que Agrest estuvo en los Estados Unidos coincidió con la estadía de trabajo Lanari, entre 1953 y 1957, en el

National Jewish Hospital. De modo que cuando Agrest finalizó su beca en Michigan fue a trabajar un tiempo con él a Denver.

Aquiles Roncoroni, otro de sus primeros discípulos, inició su trayecto de formación profesional como ayudante honorario de Anatomía Descriptiva y como ayudante titular de Fisiología, con Houssay. Asimismo, ocupó los cargos de practicante menor y mayor en el Hospital de Clínicas, el de practicante externo de laboratorio del Hospital Ramos Mejía, y fue concurrente en el Instituto de Semiología (con Padilla) del Hospital de Clínicas y en el Laboratorio de Bio-patología (sección experimental) del Instituto Pedro Lagleyze.

Se doctoró con una tesis sobre “Sistema neurovegetativo ocular” en 1949 (con Flaminio Vidal como “padrino” –nombre que entonces recibía la función de director de tesis-). Posteriormente, fue ayudante principal en la sección de Patología Funcional del Instituto Modelo de Clínica Médica y realizó el curso universitario para médicos fisiólogos a cargo de Vaccarezza, a partir del cual se integró al trabajo de su cátedra, en la sección experimental a cargo de Lanari. Durante este mismo año, en 1950, fue nombrado Jefe de Fisiopatología del Instituto Modelo de Clínica Médica, en el que completó su formación en técnicas de laboratorio, repartiendo su tarea entre el Instituto Modelo por la mañana y el Laboratorio Experimental del Hospital Muñiz por la tarde. Como parte de este itinerario cognitivo clínico y experimental, en 1954 también fue adscrito en la Cátedra de Química Biológica, a cargo de Andrés Stoppani y en la Primera Cátedra de Fisiología Humana, a cargo de Waldemar Tito Wilde. En 1955, ocupó el cargo de Jefe de Investigaciones en el Centro de Investigaciones Cardiológicas, bajo la dirección de Alberto Taquini (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Roncoroni Aquiles. Legajo N° 43259).

Al igual que Bastaroli y Agrest, Roncoroni, aunque por un lapso de tiempo menor que aquéllos, tuvo una experiencia de trabajo en los Estados Unidos. A comienzos de los años 50 realizó un curso de perfeccionamiento en fisiología pulmonar en la Universidad de Pennsylvania (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Roncoroni Aquiles. Legajo N° 43259).

Se incorporó a la Tercera Cátedra de Clínica Médica en 1954¹⁴⁵, cuando Lanari aún no era su titular y se encontraba bajo la conducción de Alberto Taquini.

Cuando en 1956 Lanari ganó el concurso de la titularidad de la Tercera Cátedra y, al año, siguiente se creó el IIM, Roncoroni fue parte de la lista de nombres que lo ayudaron a organizar y ponerse al frente de las primeras secciones abiertas. Así, Roncoroni fue designado Jefe de la Sección Neumonología del IIM. Sin embargo, desde un principio su inserción no pudo ser de dedicación completa dado que había sido convocado a dirigir, desde 1956, el Centro de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”.¹⁴⁶ De este modo, su radicación en el IIM fue parcial y consistió en la conducción de la Sección Neumonología, participando también del dictado de cursos complementarios y de docencia libre.

En calidad de director del nuevo Centro, Roncoroni requirió la colaboración de Alberto Agrest como Jefe de Clínica Médica. De este modo, también Agrest repartió tiempos de trabajo entre el IIM (ocupando también la jefatura de Clínica Médica, de la Sub-sección Hemodinamia y de la Sección Hipertensión Arterial) y el Centro de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”.

Esta situación de doble pertenencia institucional de Roncoroni y Agrest se modificó rápidamente cuando cada uno se definió por el trabajo de tiempo completo en uno de los dos espacios institucionales: Roncoroni quedó como director del Ferrer (aunque nunca dejó de asistir como docente y participar de los ateneos en el IIM) y Agrest como Jefe de Neumonología

¹⁴⁵ En este mismo año, se adscribieron a la Tercera Cátedra Enrique Fernández García (quien luego fue 1° jefe de cardiología del IIM), Jorge Eduardo Rodo (futuro miembro de la sección Clínica Médica y de Trasplantes del IIM), y Juan Ángel Andrada (quien luego ocupó el cargo de 1° jefe de la sección Endocrinología del IIM) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Roncoroni Aquiles N° 43259).

¹⁴⁶ Este Centro, dependiente de la Comisión del Lisiado, inscripta en el Ministerio de Acción Social y Salud Pública, había sido creado para dar respuestas al muy fuerte brote epidémico de poliomielitis, ocurrido entre 1955 y 1956. En 1958 fue becado por el gobierno de Francia, y encomendado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, para trabajar en el Laboratorio de Jean Jacques Pocidaló en el Hospital Claude Bernard de París, completando su formación en fisiología respiratoria y en la utilización de los distintos aparatos de ventilación mecánica (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Roncoroni Aquiles N° 43259). En el “Ferrer”, además de intervenir en su fundación, tuvo que afrontar las dramáticas secuelas de la epidemia de poliomielitis. Además de este objetivo inaugural, desarrolló allí un centro de referencia en fisiopatología respiratoria, que –entre otros aportes a la Neumonología– introdujo en el país la primera Terapia Intensiva hacia 1968 (Arce, 2005; Agrest, 2005).

y de Clínica Médica en el IIM:

“En el año 1961, Lanari quería que yo estuviera todo el día en el Instituto, porque a la una me iba al Ferrer y a mí también me pareció que la labor era... 7 de la mañana a 10 de la noche, era demasiado. De modo que, en el 61, me consiguió un contrato de la Universidad como Jefe de Investigaciones; como que yo tenía el sueldo de Jefe de Clínica, que es un sueldo docente, en realidad; dentro de los sueldos de la Cátedra. Y entonces, le agregó un sueldo del Centro de Investigaciones, que era un contrato que me permitía dejar el Ferrer” (Alberto Agrest, investigador del IIM, Secciones: Clínica Médica e Hipertensión Arterial, 1º Jefe, entrevista personal, 8 de enero de 2009).

Esto demuestra el esfuerzo y la voluntad de Lanari por retener a su personal en el modo más cercano a la figura del *full time*, modalidad e ideología de trabajo en la cual deseaba asentar la labor de investigación del IIM.

En el marco de trabajo de la Cátedra de Vaccarezza, surgió otro de los discípulos de la primera hora de Lanari: Amadeo Barousse. Luego de recibido en 1949, se integró al curso de Fisiología que dictaba esta cátedra:

“Cuando empecé a hacer ese curso, Vaccarezza lo tenía organizado de tal modo que, fuera de las clases teóricas a las que tenía que asistir, tenía que ir a la mañana a trabajar en distintas secciones. Me dijo: “Empiece por trabajar en la Sección de Fisiopatología; dele esta notita al jefe, que se llama Alfredo Lanari”. Y ahí lo conocí a Lanari. (...) Inmediatamente me di cuenta de que era otra cosa; me di cuenta de que yo había conocido “la persona” que yo estaba buscando. Entonces, desde ese momento, nunca más me separé de Lanari” (Barousse Amadeo, investigador del IIM, Sección Neumonología, 3º Jefe, entrevista personal, 4 de marzo de 2009)

Barousse se integró en forma completa al IIM en 1962, dado que al poco tiempo de su creación, se encontraba participando en la organización de un centro de investigación clínica, en el actual Hospital Posadas, cuya misión inicial era erigirse como referencia de investigación y asistencia clínica sanitaria:

“En el momento que cae el peronismo, termina de construirse un

edificio muy importante en Ramos Mejía, que hoy es el Hospital Posadas. Ese edificio estaba construido para poner ahí un centro muy importante de Cirugía Torácica. Eva Perón había estado detrás de esa iniciativa. Después la gente de la Revolución Libertadora no sabía qué hacer. Entonces, algunas personas propusimos instalar ahí un centro de investigación clínica de trascendencia sanitaria. El gobierno de Aramburu aceptó ese proyecto. Fuimos 5 grupos: Gastroenterología, Neumonología (yo), Endocrinología, Reumatología y Hematología. Pero después ganó Frondizi y le quitó apoyo político (...) Entonces, un día, Lanari me mandó llamar y me dijo “Estás perdiendo el tiempo, viejo; este trabajo está bien pero estás perdiendo el tiempo”. En ese momento, Roncoroni, que estaba acá, al frente a la sección Neumonología y era al mismo tiempo, Director fundador del Ferrer, decide dejar; irse al Ferrer sólo; no venía más que hacer la docencia acá. Entonces, Lanari y Agrest me dicen “Venite para acá; eso no va a andar”. Entonces, en el 62, me cambié para el Instituto. Antes, de todas maneras, venía todo el tiempo acá, porque era mi lugar de referencia”. (Barousse Amadeo, investigador del IIM, Sección Neumonología, 3º Jefe, entrevista personal, 4 de marzo de 2009)

Otro nombre que he incluido dentro de la primera generación de discípulos de Lanari es el de Juan Antonio Barcat. En 1960 se incorporó al IIM en la Sección de Anatomía Patológica. Como en los casos anteriores, el acercamiento al IIM fue precedido por el vínculo que buscó establecer con Lanari como maestro en clínica médica, apenas recibido de médico:

“Me decidí por Clínica Médica con Lanari porque había rendido un examen aquí y me gustaba el sistema y me gustaba la personalidad de Lanari, que era mejor, comparativamente, con los otros profesores con los cuales había tratado. Entonces, mi intención era hacer Clínica Médica” (Barcat Juan Antonio, investigador del IIM, Sección Anatomía Patológica, 3º Jefe, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

Pese a las primeras inclinaciones vocacionales de Barcat por la clínica médica, su inserción definitiva en el IIM fue en la Sección Anatomía Patológica. Ello se debió al contacto que tuvo con dicha especialidad durante los primeros seis meses que transitó por la modalidad de entrenamiento de ingreso al IIM, que había establecido Lanari, antes de la consolidación del sistema de residencias médicas y que consistía en trabajar durante seis meses en una materia básica. Sumado a ello, su predilección

final por la anatomía patológica también fue resultado de la influencia personal y directa que recibió de quienes estaban al frente de dicha Sección (Oscar Croxatto, como Jefe, y Ricardo Paz, como subjefe) (Barcat Juan Antonio, investigador del IIM, Sección Anatomía Patológica, 3º Jefe, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

5.2. La organización institucional: secciones y especialidades

A lo largo de los primeros 5 años, se inauguraron 19 secciones: Anatomía Patológica, Bacteriología, Cardiología, Cirugía Experimental, Clínica Médica, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Hemoterapia, Hipertensión Arterial, Inmunología, Metabolismo, Fisiopatología Renal, Neumonología, Neurología, Radiología, Radioisótopos, Sustancias Vasoactivas y Urología. De este modo, el organigrama original de un servicio de clínica médica de derivación con cirugía, se fue ampliando en la medida que surgieron nuevas temáticas (Agrest, 2003).¹⁴⁷

Si bien la primera idea de Lanari respecto a la organización cognitiva del IIM consistió en concentrar sus capacidades de investigación en un tema o línea principal, ello no fue posible ya que se encontró con dos situaciones: 1) con médicos con inclinaciones por la investigación clínica *full time* que no encontraban otro espacio de radicación institucional en el país o, 2) con médicos que habiéndose entrenado en el extranjero (en el manejo de técnicas específicas de una especialidad) no contaban con espacios donde radicar su puesta en práctica al regresar al país. En este marco, abrió cualquier especialidad que estuviera en manos de médicos en alguna de estas dos situaciones.¹⁴⁸

Un ejemplo de dicha dinámica se puso en juego en la creación de la Sección Metabolismo, en 1963, a cargo de Domínguez José:

¹⁴⁷ En el Anexo 2, el cuadro 1 resume las secciones y subsecciones con los nombres de sus distintos jefes e integrantes, así como también las fechas de sus aperturas.

¹⁴⁸ “Él no buscaba un organigrama; si había alguien muy bueno que quería hacer cosas y él sabía que estaba, que venía a la Argentina, él le daba una mano y creaba una sección y le creaba el espacio para que trabajara, independientemente del organigrama. Eso resultó una cosa muy buena; terminamos teniendo a un montón de gente buenísima en el Instituto pero no teníamos un organigrama bien hecho. Entonces, había y todavía, en este momento, hay secciones que tienen nombres esotéricos que vienen de esa época. Por ejemplo, la Sección de Péptidos: no lo podés meter en un organigrama completo. Entonces, eso se viene arrastrando y se va corrigiendo poco a poco lo que se puede. Pero la idea de Lanari era esa: darle espacio a la gente que venía” (Manni Jorge, investigador del IIM, Sección Inmunología, 2º Jefe, entrevista personal, 22 de diciembre de 2008).

“Ezequiel Fortner, en esa época trabajaba con Dosne de Pasqualini, se fue especialmente a Cleveland para decirme “Vas a venir ¿qué es lo que vas a hacer?” Y le dije: “Mirá, no sé; quisiera volver a la Argentina, pero no sé dónde”. “Bueno; yo te voy a averiguar dónde tenés que ir”. Se tomó un té con nosotros y se fue; fue especialmente a Cleveland para preguntarme eso, cosa que le estoy eternamente agradecido. Me mandó una carta y me dijo: “Miguel, tu sitio es lo de Lanari; no lo dudes; escribilo; escribí a Lanari” (...) Lanari me contestó “¿En qué está trabajando?” Le dije “En hormona del crecimiento”. “Ese tema no me interesa; no forma parte del trabajo del Instituto. Dinero para su sueldo no tengo y dinero para su investigación tampoco. Lo que le puedo ofrecer es un espacio relativamente pequeño y que ahora no está ocupado, de modo que usted se tiene que ocupar de su sustento y del apoyo económico de su investigación” (Domínguez José Miguel, investigador del IIM, Sección Metabolismo, 1º Jefe, entrevista personal, 25 de febrero de 2009).

Dado que el IIM le proveía sólo el lugar físico para montar la sección, los recursos salariales y materiales para la investigación debieron ser movilizados a través de otras instituciones. Domínguez ingresó así a la carrera de investigador del CONICET, mediante lo cual se proveyó su salario como investigador y, a su vez, consiguió subsidios del Instituto Nacional de la Salud.

En un comienzo, las diferentes secciones se organizaron bajo la forma de Departamentos. Fueron designados: Rafael Celani Barry al frente del Departamento de Hematología; Carlos Aslan, Jefe de Radiología y Radioterapia; Roberto González Segura, Subdirector del IIM; Oscar Croxatto, Director del Departamento de Investigaciones y, Ricardo Paz, del Departamento de Biología Celular (*Revista de la Universidad de Buenos Aires RUBA*, Crónica Universitaria, 1958; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Archivo General. Legajo de Croxatto Oscar N° 40506; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Archivo General. Legajo de Celani Barry Rafael N° 31455).

No todas las secciones incorporaron laboratorios de investigación: Hemoterapia, Radioisótopos, Urología, Gastroenterología, Clínica Médica, Cirugía y Cardiología se estructuraron desde un comienzo como servicios asistenciales y de diagnóstico que desarrollaban principalmente tareas de

atención y exámenes de rutina a los enfermos de sala (Palmitano Iván, médico del IIM, Sección Gastroenterología, entrevista personal, 4 de marzo de 2009; Mautalén Carlos, médico del IIM, Sección Radioisótopos, entrevista personal, 15 de diciembre de 2008). En algunas ocasiones, operaban como servicios de apoyo a otras secciones que en cambio sí desempeñaban investigación, brindándoles a éstas material de pacientes con los cuales trabajar. En este sentido, entre las más dinámicas se destacó Anatomía Patológica, con su acumulación de material de autopsias.

De este modo, el IIM se organizó sobre la base de múltiples especialidades –secciones- (*Ciencia Nueva*, Editorial (1970), Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari Reportaje a Alfredo Lanari, 1970). No obstante, dentro de esta modalidad múltiple no todas las especialidades tuvieron igual peso y desarrollo de actividades de investigación. Nefrología fue aquella que se constituyó como una de las principales apuestas cognitivas de la institución y, en particular, la especialización e innovación en trasplantes renales y el tratamiento con diálisis para combatir enfermedades de riñón. Éstos fueron los dos frentes que le permitieron al Instituto construirse un nombre y obtener reconocimiento científico a lo largo de los siguientes veinte años.¹⁴⁹

El criterio para la apertura de secciones también se orientó según la función asistencial del Instituto, “un lugar que tiene cientos de enfermos internados deber tener todas las secciones, ya que se admiten enfermos con cualquier enfermedad, siempre que sea medicina interna” (*Ciencia Nueva*, Editorial (1970), Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari Reportaje a Alfredo Lanari, 1970: 28).

5.3. La organización asistencial: un insumo para la investigación

La novedad y originalidad de la organización del IIM radicó en asociar estrechamente las actividades de investigación con los servicios asistenciales:

¹⁴⁹ A su vez, hubo dos secciones/especialidades en el IIM que tuvieron un despegue de magnitud diferencial respecto al resto, en cuanto a trayectorias de su personal, temas investigados, su vinculación con problemas de salud públicos de envergadura social y, fundamentalmente, por haber aportado técnicas y conocimientos de mucha relevancia en la investigación y el tratamiento en trasplantes renales y diálisis. Éstas fueron hematología e inmunología. De dichos desarrollos investigativos me ocuparé en el próximo capítulo.

“Lo que hace Lanari fue descentralizar los laboratorios, que en un hospital corriente están todos centralizados, y los pone a cargo de médicos que tenían que hacer investigación y ver pacientes. Crea una cosa única, que es una persona que pipetea y mira aparatos y se configura cómo van a hacer cosas del laboratorio, para la sala, pero también para su proyecto de investigación. Pero al mismo tiempo tenían la obligación de permanecer durante algunos meses en la sala viendo pacientes aunque no correspondieran a su especialidad, ese fue un factor muy importante porque mantenía a todos los especialistas con la cabeza bien abierta. Eso fue muy clave.” (Martín Rodolfo, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 7 de julio de 2010).

El IIM se constituyó como un lugar de derivación. Esto significaba que la población de enfermos internados no accedía por propia iniciativa sino que eran transferidos desde otros hospitales para la realización de estudios complejos, siendo cuidadosamente seleccionados especialmente los que portaban enfermedades “difíciles o raras”, en particular en lo atinente a patologías renales o inmunológicas.¹⁵⁰ De este modo, la organización asistencial se encontraba estrechamente ligada a la función de investigación dado que los pacientes que se tomaban eran aquellos que podían ofrecer material humano de estudio para las líneas de investigación que se desarrollaban en el Instituto:

“Donde había lugares de primera línea de atención, lo resolvían en el primer lugar de atención. Entonces, teníamos muchos pacientes del interior, sobre todo, de lugares con los cuales el Instituto tenía relación. Con el Chaco porque el Hospital Ferrando estaba apadrinado por el Lanari. (...) un jefe de residentes del Lanari que se fue allá. El hospital de Neuquén, que también era un hospital apadrinado y con la comunidad de Mar del Plata siempre hubo mucha relación; muchos graduados, residentes del Instituto se iban a trabajar ahí. Entonces, veíamos esos pacientes que, en los lugares originales decían “La cosa viene muy complicada.” (Quadrelli Silvia, alumna de la EPC y médica clínica del IIM, entrevista personal, 9 de diciembre de 2008).

La organización del IIM tuvo la siguiente distribución espacial: un

¹⁵⁰ Si bien estaba ubicado en el predio conexo al Hospital Tornú, no mantenía relación alguna ni con personal profesional ni con los pacientes de dicho nosocomio, sólo con estos últimos, cuando podían ser derivados por alguna complejidad para su estudio.

pabellón de salas de internación (una de mujeres y otra de hombres) con una dotación de 100 camas en total y un pabellón de laboratorios donde se realizaban actividades de investigación, separados por un patio –aún hoy conserva esa estructura-.

Desde el punto de vista de la organización asistencial, el Instituto implementó, desde el comienzo, una modalidad en la que sus camas de internación no estaban diferenciadas por especialidades médicas. Los especialistas actuaban a través de los jefes de sala, lo cual proveía la unidad de criterio en la atención de los pacientes. “El especialista es un clínico general que sabe algo más en determinada rama de la medicina interna” (Reportaje a Alfredo Lanari, 1970: 28). En efecto, “se visualizaba la clínica como eje de la atención en un momento en el que no se hablaba siquiera de la organización hospitalaria en base a cuidados progresivos como forma superadora de la organización encarada como una sumatoria de especialidades” (*Medicina*, Comité de Redacción, 1987: 544):

“Un día me dice Lanari: “Yo le voy a decir una cosa; a mí no me interesan los especialistas. A mí me interesan los clínicos que de alguna cosa saben un poco más. Así que usted, lo que va a hacer ahora, 3 meses de invierno y 1 de verano, va a estar al frente de la sala. Va a haber un jefe por cada piso; va a tener 50 camas a su cargo; con los residentes”. Y le dije: “Pero yo no tengo una formación suficientemente universal como para generar un ambiente clínico”. “Ya la va a tener”, me dijo. Yo temblaba porque Lanari daba miedo (...) Y entonces, en esos 10 años, yo prácticamente cada vez hice menos Neumonología y más Clínica Médica.” (Barousse Amadeo, investigador del IIM, Sección Neumonología, 3º Jefe, entrevista personal, 4 de marzo de 2009).

El recorrido y el trabajo en la sala de internación era una tarea obligatoria para todos los miembros, fueran clínicos o investigadores:

“Lanari vino y me dijo: “Domínguez, tiene que ir a la sala”. “¿Cómo? ¿A la sala?” “Sí, tiene que ir a la sala”. “Pero yo no sé Clínica Médica, doctor”. “Tiene que ir a la sala”. Bueno; fui a la sala. Tenía como residente a Jorge Hevia, que ahora es un excelente químico y él era residente de 3er año. Y entonces, cuando había que discutir algún enfermo yo le preguntaba: “Hevia, decime cómo es esto”. Y Hevia me ayudaba un poco; me puse a estudiar Clínica Médica y estuve 3 años yendo, 6 meses

por año, a la sala; estuve sometido a todo lo que sea problema clínico.” (Domínguez José Miguel, investigador del IIM, Sección Metabolismo, 1º Jefe, entrevista personal, 25 de febrero de 2009).

“Otra de las cosas que recuerdo de esa época, que era la gran visión que tenía Lanari en cuanto a que seguíamos teniendo la formación médica general de los especialistas. Y eso lo hacía a través de la obligación de que los jefes de servicios de especialidades, fuera Neumonología, Cardiología, Endocrinología, Nefrología, Hematología, teníamos la obligación de, 4 meses al año, ser jefes de servicio de internación, de sala de internación. Entonces, eran 4 meses que uno no dejaba el servicio pero sí tenía un doble trabajo y un trabajo mucho más importante, porque era atender todas las enfermedades de Medicina Interna y eso obligaba mucho a estar actualizado, a estudiar, porque uno tenía que discutir en los ateneos.” (Sánchez Ávalos Julio, investigador del IIM, Sección Inmunología, 2º Jefe, entrevista personal, 2 de marzo de 2009).

En el IIM también se impuso el sistema de historia clínica única. Este preveía para cada paciente un registro médico único y no, en cambio, una por cada institución en donde aquél se atendía. También era único porque todas las consultas por especialidades distintas debían volcarse en una única historia clínica. Este fue un material que no sólo reorganizó la estructura y práctica asistencial en cuanto a tareas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, sino también se constituyó en un insumo para la realización de investigaciones clínicas. Asimismo, la autopsia conformó una práctica de realización obligatoria ante todo paciente fallecido, constituyendo otro procedimiento estandarizado que aportó material anatómo patológico para el planteo y la realización de investigaciones clínicas (Agrest, 2003).

Con ambos procedimientos, la historia clínica única y la autopsia obligatoria, se conformó un banco de datos sobre materiales del paciente que sirvieron, por un lado, para el desarrollo de investigación, pero también y fundamentalmente, por otra parte, para las actividades de enseñanza y entrenamiento de nuevos médicos. En particular, ambos procedimientos constituyeron las bases de discusión y análisis en los ateneos y seminarios internos del IIM. Finalmente, también fueron materiales de suma importancia para la tercera función central del instituto, la asistencial:

“Creo imprescindible recordar que aunque la medicina ha andado mucho, rige todavía un concepto que regía también hace cien años, es decir, que la clínica tiene que estar basada en la anatomía patológica, en los hallazgos de la autopsia. La patología es importantísima y juega un papel definitorio en muchos aspectos. (...) el sentido es que a todo individuo que fallece se le hace autopsia. Porque esta es la única forma, primero, de que los médicos se den cuenta de los errores que pueden cometer, de la necesidad de ser modestos delante de los diagnósticos y no pretender más de lo que la medicina da, y, segundo, de perfeccionarse” (Reportaje a Alfredo Lanari, 1970: 28).

5.4. El espacio de los ateneos semanales

La dinámica de trabajo entre los investigadores formados y en formación se basaba en la realización de ateneos semanales. Éstos constituían un espacio de reunión donde los jefes de secciones y sus becarios discutían los casos clínicos y su vinculación con las investigaciones en curso. La rutina consistía en la realización de tres ateneos por semana: uno quirúrgico, donde se discutían los casos que iban a ser sometidos a una cirugía; otro clínico, donde se discutían los casos de pacientes con problemas de difícil diagnóstico y/o tratamiento y, por último; un ateneo anatomopatológico, donde se discutían los resultados de las autopsias con presencia de los clínicos que habían atendido al enfermo.

Los ateneos constituían principalmente un espacio de intercambio y aprendizaje no sólo entre los investigadores formados sino también para aquellos estudiantes en formación, quienes tenían la obligación de asistir y participar. Esta función pedagógica de los ateneos residía centralmente en exponer los modos de intercambio, discusión y crítica basados en la argumentación y la participación activa, así como también centrar el aprendizaje sobre los errores de la práctica clínica:

“Es importante el hecho de que los clínicos ignoran completamente el resultado de la autopsia hasta que se hace el ateneo; el clínico presenta su caso, sin saber qué van a decir los patólogos (...) Participa todo el mundo y se discute qué es lo que ha pasado con el enfermo. Asisten los alumnos de la unidad (UDH). Y esto sirve para quitarle al alumno la idea de que la

enseñanza es una especie de recepción pasiva. Los alumnos tienen que sacar las conclusiones y ver los errores que indefectiblemente se cometen.” (*Ciencia Nueva*, Editorial (1970), Investigación en clínica médica Reportaje a Alfredo Lanari, 1970: 29).

Sumado a esta función pedagógica, la dinámica semanal de los ateneos conformaba un espacio en el cual los jefes de secciones y el director del IIM podían realizar un control y un seguimiento de la evolución de los casos clínicos complejos y del estado de actualización de los trabajos de investigación llevados adelante en las distintas secciones.

La dinámica y espíritu de los ateneos semanales, donde se reunían todos los especialistas a discutir un caso clínico, ponía en práctica también la visión y el desempeño que Lanari estimulaba dentro del IIM, esto es, la prioridad de la figura del clínico sobre la del especialista:

“Todas las semanas tenías que preparar un caso, presentarlo, discutirlo pero, a su vez, lo discutían todos los especialistas. Y ahí había gente muy buena (...) nos fuimos enseñando unos a los otros. Y estábamos ahí todo el día. Entonces, yo, si a las 4 de la tarde, tenía alguna pregunta sobre Hematología, lo tenía a Sánchez Ávalos ahí. Fuimos todos formándonos y eso fue una tarea y fue el resultado de la decisión de Lanari de que todo el mundo tiene que saber Clínica Médica antes de ser un especialista.” (Barcat Juan Antonio, investigador del IIM, Sección Anatomía Patológica, 3º Jefe, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

Dos rasgos más caracterizaban a los ateneos: por un lado, la pretensión, promovida por Lanari, de la mayor intervención posible de médicos y residentes pero siempre a partir de razonamientos, diagnósticos y tratamientos “fundados” en la medicina experimental o anatomopatológica; por otro lado, la primacía de una clara jerarquía de autoridad y responsabilidad en cuanto a la toma final de decisiones en cada caso tratado: la del director del IIM, Lanari y, luego, la de los respectivos jefes de sección¹⁵¹:

¹⁵¹ Este escalonamiento de autoridad y responsabilidad era trasladada a otras relaciones entre jefes y subalternos en ámbitos diferentes al del espacio de los ateneos. Por ejemplo, en la sala de internación, en los laboratorios y en los espacios de docencia, con la implementación del sistema de residencias y de la UDH. En la próxima sección volveré

“Dos cosas que yo recuerdo y es que uno puede decir cualquier cosa, siempre que tenga fundamento y sentido común dentro de la medicina. Cualquiera podía hablar, pero se cuidaba muchísimo, si uno no tenía nada que decir, en no hablar de más; eso por un lado. Y, segundo, que todo el mundo podía opinar pero el que tomaba la decisión siempre era el jefe. Es decir, uno puede discutir cualquier cosa, pero la responsabilidad de la decisión estaba siempre en manos del jefe, que era Lanari. Eso marcó muy bien, en el sentido de cuál era la responsabilidad de uno como jefe. Uno puede tener gran amplitud de criterio, gran amplitud para recibir y discutir y permitir que todo el mundo pueda opinar pero había –diríamos- una jerarquía para la toma de decisiones. Y bueno, eso, un poco lo llevaba cada uno a su sector; el jefe de piso hacía lo mismo con los residentes, y los médicos de piso llevaban al Jefe de Clínica; era el Jefe de Clínica el que decidía. Y, cuando se iba al ateneo, la decisión definitiva era del director. O del director, cuando hacía la recorrida de sala. Es decir, son cosas que uno fue aprendiendo con los años” (Sánchez Ávalos Julio, investigador del IIM, Sección Hematología, 2º Jefe, entrevista personal, 2 de marzo de 2009).

A los ateneos, se sumaban las conferencias de los jueves en las que distintas figuras del ámbito de la cultura local eran invitadas para debatir temas de literatura, naturaleza, arte e historia.¹⁵² También, se realizaban los simposios nocturnos cuando surgían temas controversiales, los cuales se organizaban con la participación de investigadores externos del IIM.¹⁵³

5.5. Mecanismos de reclutamiento

En los momentos iniciales del IIM, a las modalidades informales de ingreso y cooptación de miembros novatos rápidamente se sumaron dos modelos institucionales de entrenamiento médico que funcionaron como mecanismos

sobre ambos.

¹⁵² Entre las figuras presentes de mayor renombre se destacó la de Jorge Luis Borges (Isturitz, Martín. Investigador del IIM, Sección Inmunología. Entrevista personal, 20 de diciembre de 2007).

¹⁵³ El carácter encarnizado de las discusiones e intercambios desarrollados en los ateneos fue una de sus características más evocadas, dándole su sello distintivo: “Esos ateneos eran realmente “sangrientos”. “Sangrientos” en el sentido de que creo que eran ateneos en donde Lanari era muy amplio; todo el mundo podía opinar y hablar (...) Pero, si uno decía cosas sin base suficiente, médica, era alguien que podía recibir los adjetivos calificativos peores; desde bruto, ignorante” (Sánchez Ávalos Julio, investigador del IIM, Sección Hematología, 2º Jefe, entrevista personal, 2 de marzo de 2009); “Eran batallas campales. Había que argumentar en la discusión pero también ha habido instancias donde se dirimían egos personales, los personajes de ahí, los pesados” (Isturitz, Martín. Investigador del IIM, Sección Inmunología. Entrevista personal, 20 de diciembre de 2007).

formales de reclutamiento y de formación médica: las residencias médicas y las unidades docentes hospitalarias (UDH).

Éstas fueron dos transformaciones en la enseñanza de la medicina que se plasmaron en nuevos planes de estudio de dicha carrera en la Facultad. Primero se implementaron las residencias médicas, entre 1958 y 1959, y luego, la UDH, en 1961.

Ambos diseños respondían a una concepción práctica del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina: la residencia consistía en un entrenamiento de posgrado en el sitio hospitalario bajo una modalidad *full time*, de 3 años de duración; la UDH implicaba la implementación de la cursada de los últimos 3 años de grado (el ciclo clínico quirúrgico) en un hospital o grupo de hospitales, dentro del cual se debía hacer rotación, principalmente, por salas de clínica médica, cirugía, tocoginecología, pediatría y por las restantes especialidades (Ceitlin, 1962).

Resulta ineludible colocar estas reformas de los planes de enseñanza y entrenamiento médico en relación con las visiones de cambio y renovación ocurridas entonces, y desde un tiempo anterior, en el país y en el continente. Así, ambas innovaciones pedagógicas sucedieron en el marco más amplio de la circulación de ideas y de la conformación de espacios de discusión, durante la década de 1950, en el medio internacional y regional (Congresos –el Congreso Mundial de Educación Médica en Londres en 1953, Oficinas y Seminarios OPS y OMS dedicados al tema), cuyas líneas centrales de debate giraron alrededor del cambio en la enseñanza de la medicina. Centralmente, el tópico de debate radicaba en las orientaciones prevalecientes (medicina científica, social, preventiva y familiar) que aquélla podía adquirir y en torno al peso que podía tener cada una en la formación y perfil del médico (Andrade, 1978; Bustíos Romani, 2003; De Asúa, 1984). En este marco, los proyectos sobre las residencias y la UDH fueron modelos más afines a la orientación científica de la medicina: implicaron la puesta en práctica de concepciones integrales e imbricadas entre asistencia clínica, docencia e investigación y una formación médica eminentemente práctica, situada en el medio que se pensaba adecuado y coherente con tal cualidad, esto es, el hospital y el contacto personal de los

aprendices con los enfermos.¹⁵⁴

Ambas reformas ocurrieron en la Facultad de Medicina durante el decanato de Luis Munist (período 1958-1962). Esta gestión, a continuación de la de Florencio Escardó, consolidó una época muy dinámica de discusiones y proyectos innovadores sobre la enseñanza de la medicina, produciendo un engranaje con los debates y las transformaciones organizacionales en el plano cosmopolita y regional de la disciplina. La forma que asumieron dichos proyectos, discusiones y transformaciones en el contexto local implicó, además de las residencias médicas y la UDH, la creación de un flujo de colaboración e intercambio sobre la cuestión de la enseñanza de la medicina entre distintas Facultades de Medicina del país, que desencadenó en la creación, en 1961, de la Asociación de Facultades de la República Argentina y de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM) (Ceitlin, 1962; Galli, 2008).¹⁵⁵ Asimismo, se inauguraron instancias de encuentro y discusión estables tales como el Subcomité de Residencias Médicas, Mesas Redondas y Jornadas de debate sobre su desarrollo y expansión dentro de la órbita de la Asociación Médica Argentina (AMA).¹⁵⁶

¹⁵⁴ Es posible encontrar en la estructuración de ambos modelos de enseñanza médica aspectos de los postulados flexnerianos y las innovaciones organizacionales y pedagógicas de la medicina norteamericana que de aquellos se desprendieron (De Asúa, 1984). El modelo del *resident* de las escuelas de medicina estadounidenses fue una referencia e inspiración central en la planificación y diseño del que finalmente fue posible implementar en el medio local, aunque éste mantuvo diferencias con aquél. Más adelante, lo intentaré mostrar con la descripción de las residencias en el IIM.

¹⁵⁵ Este proceso se debió en gran medida al estímulo inicial de la OMS. Esta organización propició y financió un encuentro de decanos argentinos en la Segunda Conferencia Mundial de Educación Médica (convocada por la Asociación Mundial Médica y celebrada en Chicago en 1959) para que intercambiaran experiencias de reformas y unificaran sus criterios. Fueron Luis Munist por Buenos Aires, Juan Martín Allende por Córdoba, Oscar Maróttoli por Rosario-Litoral y Manuel del Carril, en representación del Decano de La Plata, Miguel García Olivera. Este encuentro se repitió en 1960 con el nombre de “Primera Reunión Nacional de Decanos” en Buenos Aires y fue convocado por Munist. Al año siguiente se realizó en Córdoba la “Segunda Reunión”, de la cual surgió la FEPAFEM. Ésta se constituyó oficialmente en 1962 en Viña del Mar, Chile, como una institución interamericana de carácter exclusivamente académico y científico cuyo propósito era contribuir al “perfeccionamiento” de la educación médica en la región (Galli, 2008: 71; Ceitlin, 1962: 36).

¹⁵⁶ Es interesante notar que en la AMA también hubo espacio e incentivos de formación de jornadas y debates no sólo para la vertiente más inclinada por la investigación clínica y la medicina científica (como la representada por los impulsores de reformas de enseñanza tales como el sistema de residencias o la UDH) sino también para aquéllos más inclinados a discutir e impulsar reformas educativas vinculadas a la medicina social, preventiva y de higiene (también muy en boga por entonces; recordemos el espacio de estas corrientes en los Congresos de Educación Médica de Viña del Mar, Chile, y en Tehuacan, México,

5.5.1. Las residencias médicas

Por un lado, un antecedente de la residencia médica lo constituye la institución del internado, instaurada en Francia a comienzos del siglo XIX. Durante cuatro años el interno pasaba la mayor parte de su tiempo en el hospital: durante la mañana examinaba los pacientes que ingresaban al servicio, a fin de presentarlos al jefe de sala; después del mediodía, el interno hacía una segunda recorrida visitando a los enfermos y durante las veinticuatro horas aseguraba la atención médica de los internados. Una o dos veces por semana realizaba guardias, donde asistía a las urgencias; estaba a cargo de las anestесias y ayudaba al médico interno en las intervenciones quirúrgicas, pudiendo evacuar sus dudas con los jefes de servicio y con los profesores de materias clínicas en forma continua. El internado era así una institución de entrenamiento médico que se asentaba en el contacto personal y práctico del aprendiz con el enfermo en su medio (el hospital), bajo la guía de su maestro con quien tenía posibilidad de intercambios intensivos cara a cara. Su aparición y paulatina consolidación coincidió con el afianzamiento del paradigma anatomopatológico en la medicina y el reemplazo de los modos librescos de transmisión del saber médico. En Buenos Aires se implementó el internado en todos los hospitales municipales ya que la mayor parte de los médicos a cargo de la organización sanitaria de la ciudad se habían perfeccionado en Francia (Buzzi, 2002; Souza, 2005).

Por el otro lado, otro antecedente de las residencias es la figura del practicante interno, existiendo el Practicante Menor y Practicante Mayor. Durante los últimos años de la carrera de grado o poco tiempo después de su finalización, el practicante tenía la obligación de trabajar en una sala o servicio como aprendiz, realizando las recorridas a las mañanas y colaborando con los médicos del plantel de cada servicio –el Practicante Menor antecedía al Mayor y cada uno tenía una duración de un año-.

celebrados en los años 50 -comentados en el anterior capítulo-). En abril de 1964 se celebró en la AMA una Jornadas Educativas dedicadas a la enseñanza de la medicina social y la higiene y su espacio dentro de las Facultades de Medicina en le medio local y regional. Entre los referentes y participantes no se encontró a ninguno de los miembros del IIM ni del Subcomité de Residencias, dando cuenta de una clara diferenciación de grupos y preocupaciones entre ambos (*Revista de la AMA*, 1965).

El sistema de residencias médicas propiamente dicho se originó en los Estados Unidos, en el Hospital *John Hopkins* de la ciudad de Baltimore, asociado a la Facultad de Medicina del mismo nombre, a la que el educador Abraham Flexner consideró como la primera escuela de medicina norteamericana de tipo genuinamente universitario. Entre los médicos que dirigían los distintos departamentos del Hospital, William Osler, en medio interno, fue quien tuvo el crédito de haber introducido en 1889 las residencias médicas (Buzzi, 2002). Según lo indica el término mismo, el contenido sustantivo de aquéllas era que el médico en formación debía residir en el medio hospitalario.

En el medio local, la primera institución que contó con médicos residentes fue la Sala IV del Hospital de Clínicas, sede del Instituto de Semiología “Profesor Aráoz Alfaro”. Era su profesor titular Tiburcio Padilla, quien, por sugerencia de su discípulo, el doctor Pedro Cossio, introdujo en 1944 los cargos de médico Residentes Menor y Mayor, a los que podían acceder los ex Practicantes Internos del hospital una vez alcanzada la graduación (Fustinoni, 1960). En 1951 se incorporó la residencia en cirugía en el Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico de Lanús, dirigido por Augusto Moreno (Manrique, 1963).

Lo que de este modo fue inicialmente un ensayo adoptó luego un carácter definitivo cuando, en diciembre de 1952, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina sancionó una ordenanza “creando los cargos de médico Residente Mayor y Menor del Instituto de Semiología Profesor Aráoz Alfaro”, siendo aprobada por el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires en julio del año siguiente (Fustinoni, 1960). Las condiciones para acceder al cargo de Residente eran haber sido Practicante Interno Mayor y Menor del Hospital de Clínicas, cumplir un horario de trabajo de 8 horas y realizar trabajos de “observación e investigación” guiados por los jefes de clínica. El médico residente estaba a cargo, después del mediodía, de la asistencia de los enfermos internados y vivía en el hospital (Buzzi, 2002). El puesto de Residente Menor tenía un año de duración y si su desempeño era evaluado satisfactoriamente por el director del Instituto, era promovido a Residente Mayor (por un año de duración también). Al finalizar la residencia, la posibilidad de continuar la inserción

hospitalaria universitaria consistía en el acceso a algún cargo de ayudante de cátedra o jefe de trabajos prácticos (Fustinoni, 1960).

En 1957, el IIM inició la Residencia en Clínica Médica, siendo los instructores Jorge Rodó, Alberto Agrest y Henry Teitelbaum, y se implantaron las residencias en cirugía en los hospitales municipales de Buenos Aires. Mario Brea, junto con su discípulo Andrés Santas, inició la experiencia en el Hospital Durand, sede en ese momento de la cátedra de Clínica Quirúrgica. Al año siguiente se instalaron residencias de Pediatría en el Hospital de Niños por iniciativa de Jorge Capurro y Carlos Gianantonio (Manrique, 1963; Buzzi, 2002).¹⁵⁷

En noviembre de 1959 se realizaron unas Jornadas sobre Residencias Hospitalarias organizadas por el Comité de Educación Médica de la AMA, en las cuales se exhibieron los programas de Residencias para Clínica Médica, Ginecología y Pediatría y se debatió acerca del internado rotatorio.¹⁵⁸

Como corolario de estos procesos y discusiones, en 1959 se creó el Subcomité de Residencias Hospitalarias, radicado en la AMA, como una dependencia del Comité de Educación Médica. Su primer presidente fue Mario Brea.¹⁵⁹ Entre sus primeras acciones figuró la confección de un plan de trabajo a futuro para consensuar las bases y criterios rectores del sistema

¹⁵⁷ Véase en Anexo 2, cuadros 2 y 3.

¹⁵⁸ El internado rotatorio conformaba el último peldaño del plan de estudios y precedía a la obtención del título habilitante, teniendo por función introducir al estudiante en la práctica profesional, instruyéndolo en las principales ramas de la medicina pero sin asumir responsabilidad total en el cuidado de los enfermos. El internado duraba 1 año y se debía rotar por medicina, obstetricia, ginecología, pediatría y patología (Brea, 1962). El internado rotatorio fue el antecedente de la UDH, como se verá en las próximas secciones de este capítulo.

¹⁵⁹ Mario Brea fue uno de los médicos que a partir de la segunda mitad del siglo XX, junto con Eduardo Braun Menéndez, jugó un papel de suma importancia en la gestación y consecución de proyectos de reformas modernizadoras en la enseñanza de la medicina en el medio local. Brea ocupó por concurso, luego de la normalización universitaria en 1957, el cargo de titular de la Cátedra de Cirugía en el Hospital de Clínicas, desde donde lanzó las experiencias piloto de las primeras residencias –asimismo fue impulsor y partícipe de otros dos proyectos innovadores en la enseñanza y formación del médico, centrales para la gestación de la tradición Lanari: la UDH (junto con Braun Menéndez) (Sadosky, 1985) y la Experiencia Curricular Pedagógica (EPC), en los años 70, en el IIM (Lanari, 1979b). Asimismo, fue fundador de la Sociedad Argentina de Educación Médica. Su compromiso con la investigación y la enseñanza no sólo fue desde la esfera estrictamente académica sino también desde la gestión y administración pública: desde el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, ocupando el rol de consejero, desde el decanato de la Facultad entre 1969 y 1971 y desde el máximo cargo que llegó a ocupar, al mando de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, en 1971 (Sanguinetti, 2009; Lanari, 1979b).

de residencias. Esta tarea la llevó a cabo sobre la base de un conjunto de análisis y diagnósticos de experiencias de residencias para entonces ya en marcha. Para 1960 el Subcomité planeó realizar evaluaciones de los servicios hospitalarios donde existían residencias de hecho. Esta tarea se llevó a cabo en la Mesa Redonda organizada por el Subcomité en noviembre de aquél mismo año.¹⁶⁰ Al año siguiente se dieron a conocer los resultados: fueron calificadas como “aconsejables” las siguientes cinco experiencias piloto de residencias: 1) el IIM a cargo de Lanari, 2) la Sala XX del Hospital Rivadavia, bajo la jefatura de Quirno, 3) el Servicio de Cirugía del Hospital de Clínicas, dirigido por Mario Brea, 4) la Sala X de Ginecología del Hospital de Clínicas, a cargo de Guillermo di Paola y 5) la Sala de Pediatría del Hospital de Niños María Gutiérrez, en manos de Jorge Capurro. A su vez, fueron considerados “aptos” los restantes servicios con residencias en marcha: el de Cirugía General del Policlínico San Martín, a cargo de Aníbal Introzzi, el Servicio de la Sala XI del Hospital Rivadavia, dirigido por Varela Chilase y el Centro de Investigaciones Cardiológicas, bajo la dirección de Alberto Taquini (Brea, 1962).¹⁶¹

A partir de dichas evaluaciones y del establecimiento del Subcomité de Residencias Hospitalarias quedaron fijados los requerimientos administrativos, organizacionales y cognitivos para los espacios hospitalarios donde se realizarían residencias. Estos debían contar con: a) equipamiento y organización para poder prestar un servicio de asistencia permanente durante un lapso de 8 horas diarias, b) un cuerpo médico estable con funciones asistenciales pero también con actuación de los residentes

¹⁶⁰ La Mesa fue integrada por dos médicos del IIM: Henri Teitelbaum y Jorge Firmat. Ellos se habían involucrado intensamente con la implementación del programa de residencias en el Instituto. Asimismo, el Subcomité fue integrado por tres miembros honorarios entre los cuales figuró Lanari (Brea, 1962).

¹⁶¹ En total fueron evaluados 11 servicios donde existían residencias de hecho. De ellos hubo tres (el Instituto de Semiología dirigido por Osvaldo Fustinoni, el Servicio de Alejandro Pavlovsky, en el Hospital Ramos Mejía y el de Velasco Suárez, en el Hospital Rivadavia) que no fueron catalogados ni como “aconsejables” ni como “aptos”, lo cual sugería que no recibieron aprobación. De todos modos, la categorización “aconsejable” y “apto” diferenciaba una cuestión de grado de excelencia pero quedaba sujeta a cambios futuros de cara a la confección definitiva de los criterios y requerimientos de las residencias especializadas (cardiología), como en el caso de Taquini (entonces no fijados aún). Las residencias se dividían en básicas (correspondientes a las grandes ramas de la medicina tales como medicina, cirugía, obstetricia, ginecología y pediatría) y especializadas (oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, cardiología, neumonología, endocrinología, etc.). Éstas debían combinarse con las básicas, exigiendo para su ingreso el cumplimiento de un programa completo o parcial de residencias básicas (Brea, 1962).

como instructores, c) una distribución de tareas y responsabilidades que diera lugar a la asignación de funciones a los residentes, d) un jefe de residentes *full time*, e) un jefe de servicio con dedicación no menor de 4 horas y f) comodidades para el alojamiento de los residentes. En estos requisitos mínimos quedaban contemplados, como ha de notarse, las funciones del residente y del jefe de residentes¹⁶² (Brea, 1962).

Existían amplios consensos en torno a que la dedicación *full time* debía ser la condición de funcionamiento normal, tanto para el residente como para el jefe, con vistas a cumplir las funciones estipuladas para ellos. Asimismo, se consideraba que la existencia del internado rotatorio debía ser precondition para la residencia, su etapa inmediatamente previa. En calidad de último ciclo del grado y como instancia práctica de trabajo en distintas especialidades en el hospital, el internado rotatorio conformaba un adiestramiento previo y, en ese sentido, la transición para la residencia. Por otro lado, también se valoraba que aquél se potenciaba en la medida que se integraba y era continuado por un sistema de residencias (Lanari, 1960a; Quirno y Firmat, 1960; Brea, 1962; Perino, 1963; Holmberg, 1963).

El proceso de institucionalización del sistema de residencias en el medio local tuvo una evolución desde su inicio hasta 1963, en la que se fueron sumando espacios institucionales universitarios, públicos y privados así como también diferentes tipos de residencias.¹⁶³ Las primeras se

¹⁶² El jefe de residentes se seleccionaba entre los residentes que habían completado el curso teniendo en cuenta el concepto y sus condiciones técnicas y personales; duraba 1 año en este cargo y podía ser reelegido. Además de guiar a los residentes, colaboraba con el jefe de clínica en las tareas asistenciales y lo reemplazaba en su ausencia.

¹⁶³ Manrique (1963) realiza una periodización de este proceso, distinguiendo 3 momentos: 1º) el período de iniciación (1944-1956) con dos programas de residentes (en la Sala IV del Hospital de Clínicas y en el Policlínico Lanús); 2) el período de afianzamiento sistemático de la residencia (1957-1960), de expansión a otros hospitales y servicios -antes mencionados- y de la creación del Subcomité de Residencias y 3) el período de expansión de la residencia (1961-1967), en el cual se creó el mayor número de residencias y comenzaron a difundirse e instalarse por el interior del país. Asimismo éstas fueron objeto de interés y gestión por parte de esferas gubernamentales, siendo el mismo Ministerio de Salud Pública de la Nación quien auspició la extensión de la figura del “instructor” de residentes (a cargo de la capacitación directa y permanente del residente). En enero 1967, la Secretaría de Estado de Salud Pública por Resolución N° 622/67 resolvió crear el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME) como organismo dependiente de esta Secretaría de Estado, integrado por representantes del Estado Nacional, Municipal, Fuerzas Armadas, Hospitales Privados y del Interior, la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y Residencias de Sanatorios de Obras Sociales que siguió cumpliendo, con aval oficial, las funciones del Subcomité de Residencias Médicas de la AMA, antes mencionado. El primer Presidente de CONAREME fue Mario Brea, su

organizaron en Clínica Médica y luego en orden de aparición sucesiva; Cirugía, Pediatría y Ginecología (Manrique, 1963).¹⁶⁴

La instauración del sistema de residentes significó un cambio sustantivo en múltiples planos.

En lo atinente a la formación y entrenamiento médicos, tanto desde el punto de vista del aprendiz como del docente, introdujo nuevos desempeños, posiciones y destrezas para cada uno de ellos. La convivencia diaria entre residentes y jefes de residentes, médicos e instructores, con los pacientes, en el espacio de aprendizaje, conformado por el ambiente hospitalario, facilitaba y multiplicaba la posibilidad de incorporar los conocimientos teóricos y las habilidades y técnicas prácticas (*learning by doing*)¹⁶⁵, contando, por un lado, con la posibilidad de estar en contacto con el material de estudio en tiempo y forma real (los pacientes) y, por el otro lado, con la ventaja de la socialización en el día a día, pudiendo consultar e intercambiar con sus docentes médicos y con sus compañeros, con quienes compartían jornadas completas de trabajo y aprendizaje.

Desde la óptica asistencial, la residencia modificó el enfoque del médico hacia el paciente, instaurando entre ambos un nuevo tipo de interacción al interior del medio hospitalario, basado en una mayor frecuencia y cotidianeidad en sus contactos e intercambios. Asimismo, a partir de la implementación del sistema de residentes se aumentaron las horas de atención médica (pasando a cubrir la jornada diaria completa) (Holmberg, 1963).¹⁶⁶

Con respecto a la organización hospitalaria, se reconfiguraron sus

Vicepresidente, Jorge Manrique y el Secretario Técnico, Oscar Aguilar. La vida del CONAREME fue efímera, ya que fue disuelto en 1974 (Brea, 1962).

¹⁶⁴ Dicha evolución puede observarse en los cuadros 2, 3 y 4 del Anexo 2.

¹⁶⁵ Este es un concepto de la teoría económica, en particular de las vertientes centradas en pensar procesos de innovación. Fue utilizado en los años 60 por Kenneth Arrow en el marco de su teoría de crecimiento endógeno diseñada para explicar procesos de innovación y cambio técnico. El concepto *learning by doing* colocó el énfasis en que la innovación y el cambio técnico y organizacional se producen a partir de procesos de aprendizaje prácticos, en contactos y entrenamientos cara a cara. Éste y luego otros conceptos afines (*learning by using* –desarrollado por Rosenberg en 1982– y *learning by interacting* –por Lundvall en 1985–) conformaron la nueva matriz disciplinaria de la economía del cambio tecnológico y de la innovación (Thomas & Gianella, 2006).

¹⁶⁶ Según el informe que hizo Holmberg (1963) esto redundó en resultados concretos: en los servicios donde se habían instaurado programas de residencia, se registraba para 1963 una reducción significativa del tiempo de internación de los enfermos debido a la maximización en la atención brindada por los residentes.

roles y jerarquías con la incorporación de las nuevas figuras encarnadas por el residente y jefe de residentes, y la transformación que ello produjo respecto a las relaciones horizontales y verticales de poder y autoridad tanto con el personal médico, como con los auxiliares (paramédicos, tales como enfermeras y técnicos), los administrativos y, por último con el paciente mismo.¹⁶⁷

Dentro de este encuadre, Holmberg (1963) destacaba que en los comienzos de la introducción del sistema de residencias en muchos espacios institucionales no faltaron resistencias por parte de los médicos estables de planta y jefes de servicios, quienes veían amenazado su territorio de acción y control en el hospital (el residente era un colega ya habilitado) a la vez que se le agregaban tareas y responsabilidades docentes “o se redefinían funciones a las que ya desempeñaban como médicos de planta”.¹⁶⁸ En este sentido, no fue azarosa la proyección de las primeras experiencias piloto de residencias en aquellos espacios médicos más proclives a un desempeño profesional académico, esto es, de investigación y docencia. Tampoco fue casual que la institucionalización del sistema de residencias haya comenzado en tales espacios –siendo menos aceptado en los espacios clínicos más tradicionales-.

Vinculado a esta última dimensión, el sistema de residencias y su proyección futura, en un modo *full time*, producía una redefinición de los criterios y perfiles profesionales de estructuración de una carrera médico-hospitalaria, conformando una amenaza al perfil profesional médico *part time* hospitalario (prevaleciente en la estructura hospitalaria argentina) que combinaba esta inserción con su ejercicio profesional privado de consulta (Lanari 1960b).

¹⁶⁷ Para un análisis sobre la coexistencia de dos principios de autoridad, el burocrático y el profesional –con sus correspondientes conflictos de intereses-, en el seno del hospital universitario, véase Carapinheiro (1993). Al respecto también, Shinn (2007), aunque para el caso de la física, realiza un análisis muy interesante sobre las diferentes relaciones que se configuran en el espacio del laboratorio entre investigadores formados, en formación y el director, en torno a los principios de autoridad y prestigio (social y de conocimiento), los cuales a su vez conforman jerarquías sociales y cognitivas de diverso tipo. Es interesante cómo muestra el carácter estratificado y jerárquico dentro del espacio de trabajo cotidiano del laboratorio, en sus diferentes y cambiante facetas, tanto de orden social como cognitivo.

¹⁶⁸ Las intervenciones de Quirno, en la Mesa Redonda celebrada en la Reunión Anual del 17 diciembre de 1962 del Subcomité de Residencias, coincidían con las apreciaciones de Holmberg (*Revista de la AMA*, Mesa Redonda, 1963: 410).

Tanto estos elementos de índole estructural, propios de una dinámica profesional en pugna, como los comentados antes, aquéllos que se dirimían en el nivel de la interacción cotidiana dentro del ámbito hospitalario (generando una redefinición de los roles de autoridad y de sus correspondientes jerarquías administrativas, profesionales y cognitivas existentes) visibilizaban las resistencias que atravesó la introducción e implementación del sistema de residencias en sus comienzos (Lanari, 1960b).¹⁶⁹

Para 1963 se cerraba un balance sobre el tipo de profesionales médicos que se esperaba forme este sistema de enseñanza de posgrado, es decir, cuáles eran sus posibles futuros destinos ocupacionales. Se diferenciaban dos tipos fundamentales, caracterizados por: un perfil profesional académico (de investigación y docencia) y otro más de índole asistencial. Es decir, de los 125 residentes egresados que sumaban para 1963, se contaban casos que, por un lado, luego de finalizar la residencia perfilaron su carrera en el ámbito profesional de consulta del hospital público, ingresando algunos como médicos de planta en el mismo hospital donde la habían realizado y otros en nuevos centros, y un tercer grupo en el ámbito privado. Por el otro lado, también se contaban casos que habían desarrollado vocaciones más inclinadas por la docencia y la investigación clínica: muchos se dedicaron a seguir expandiendo el sistema de residencias en la ciudad de Buenos Aires como también en el interior del país¹⁷⁰; otros se dedicaron exclusivamente a la investigación y otros combinaron la investigación con la asistencia –de los 125 egresados sólo se diferenciaron estos tres grupos y perfiles sin brindar cifras parciales- (Holmberg, 1963).

¹⁶⁹ En la Mesa Redonda sobre residencias hospitalarias de 1960, Lanari y Firmat llamaban la atención sobre este aspecto. Evaluaban muy positivamente el apoyo que recibían de parte de una asociación como la AMA pero al mismo tiempo diagnosticaban la necesidad de crear una instancia ejecutiva (ya que desde instancias tales como el Subcomité de Residencias Médicas y las Jornadas o Mesas Redondas de la AMA ellos sólo podían dar recomendaciones). Consideraban que tal organismo ejecutivo podía adquirir atribuciones facultativas más amplias para avanzar en la institucionalización de las residencias. Valoraban que con el fin de obtener suficiente legitimidad de actuación e injerencia, dicho órgano ejecutivo debía conformarse de modo colegiado con representantes de la Universidad, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y del Ministerio de Salud Pública (Lanari, 1960b).

¹⁷⁰ La campaña por una expansión del sistema de residentes a nuevos hospitales en Buenos Aires y en el interior del país se vinculaba con la posibilidad de producir mejores médicos, brindar mayor asistencia y, principalmente, de proveer plazas a los egresados residentes.

El sentido y los ejes sobre los cuales se realizaba este balance coincidían con los que intervinieron dentro de los principales disparadores (diagnósticos) a partir de los cuales fue impulsado el sistema de residencias, tanto desde el Subcomité como incluso desde las experiencias piloto que funcionaban de hecho previa constitución de aquél. Por cierto, las residencias fueron planteadas y pensadas para dar respuestas a diferentes tipos de problemas: 1) las deficiencias existentes en el sistema de atención y asistencia hospitalaria prevaleciente hasta entonces en el medio local, que se restringía a medio turno, 2) las formación insuficiente en la que se encontraba el egresado de medicina lanzado al ejercicio profesional –aún teniendo un año de internado rotatorio- y, 3) la ausencia de espacios de formación continuada (de posgrado) para los médicos que regresaban al país luego de la realización (durante el grado) de estadías de formación en el exterior (Quirno, 1963).¹⁷¹

En los procesos de consolidación del Subcomité de Residencias Hospitalarias y de propagación e institucionalización del programa de residencias en el medio local, además de Mario Brea, entre las figuras centrales se destacó la de Jorge Firmat, quien fue responsable de la introducción del sistema de residentes en el IIM y en muchas otras instituciones.¹⁷² De su rol en ambos frentes me ocuparé a continuación.

5.5.1.1. Las residencias en el IIM

Según he mostrado hasta aquí, el IIM fue impulsado como un espacio donde las tareas de investigación, docencia y asistencia debían aproximarse lo más posible a la modalidad *full time*. Ésta era una parte troncal del ideario y de los pronunciamientos personales e institucionales de Lanari en torno a la profesión del investigador clínico y a las condiciones de realización de la investigación y docencia en la universidad. Fue en este encuadre donde el sistema de residencias devino en el modo más acorde con la modalidad de

¹⁷¹ Las intervenciones de Brea y Álvarez fueron en este mismo sentido en la Mesa Redonda celebrada en la Reunión Anual del 17 diciembre de 1962 del Subcomité de Residencias (*Revista de la AMA*, Mesa Redonda, 1963).

¹⁷² En 1960, Firmat ocupó el puesto de Secretario del Subcomité de Residencias Hospitalarias de la AMA. A partir de su renuncia, en 1961, fue reemplazado por Ezequiel Holmberg (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Firmat Jorge N° 46676).

trabajo de asistencia e investigación que imponía el Instituto.

En 1958 el IIM tenía 6 puestos *full time* (el de Lanari incluido) de investigación, asistencia y docencia. En ese conjunto, la implantación de un sistema de residencia suponía sumar tal tipo de dedicaciones en el IIM, descomprimiendo la carga para los médicos investigadores en el trabajo asistencial -el ingreso de un cuerpo de residentes podía absorber esa carga ya que ellos estaban encargados centralmente del cuidado médico de los enfermos- (Lanari, 1960a).

De este modo, la puesta en marcha del sistema de residencia tenía el doble objetivo de aportar personal para la tarea asistencial y a la vez constituirse en el mecanismo formal a través del cual reclutar nuevos miembros.

Si bien Lanari se encontró estrechamente involucrado con el grupo de los sujetos gestores e impulsores del sistema de residencias médicas en el país, fue otro miembro del IIM, Jorge Firmat, quien tuvo un rol central en su propagación y consolidación, no sólo en el IIM sino también en otros espacios como el CEMIC. Esto fue posible gracias a la experiencia y el modelo organizativo que trajo de los Estados Unidos, donde realizó su residencia.

Durante este período, hacia el final de su estadía (entre 1954 y 1958), y en su tercer año de residencia, Firmat había sido designado jefe de residentes del Departamento de Medicina del *Memorial Center* (en el marco del Programa de Residencia que esta institución compartía con el Hospital *Belleuve*, programa inscripto a su vez en la Universidad de Cornell). Como jefe de residentes, junto con el jefe del Departamento y el Director de Educación Médica, tenía la responsabilidad docente y médica del sistema de médicos residentes. Ello reunía un conjunto de quehaceres: a) la elaboración de tareas, clases y conferencias para los internos y residentes, b) la selección de los enfermos y autopsias para ser presentados en los Ateneos Clínico-Patológicos, c) la dirección y responsabilidad de dichos Ateneos, d) la selección de temas y de los conferencistas para las clases semanales de los residentes, e) el dictado de clases, f) la dirección de visitas semanales (rotaciones) por parte de los residentes a los distintos servicios de especialidades médicas y g) el ejercicio docente en la Escuela de

Enfermeras del Hospital *James Swing* en Nueva York (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Firmat Jorge N° 46676). Esta experiencia como alumno, docente y organizador de las residencias médicas no sólo fue un aprendizaje personal sino que fue capitalizado para socializar luego, en su regreso al país, los elementos cognitivos, educativos, organizacionales e institucionales de este modo particular de entrenamiento médico en la organización de las primeras residencias médicas en la Argentina.

A su regreso al país y previo ingreso en el IIM, en 1959 Firmat fue Director de Residentes y Coordinador de Investigaciones del CEMIC, ubicado en la Sala XX del Hospital Rivadavia. En el marco de ese cargo le correspondió la función de organizar el plan de Médicos Residentes de la Sala XX de ese hospital, con directa participación en la enseñanza clínica, el entrenamiento de los residentes, en la selección de casos de enfermos para su presentación y discusión en los ateneos anatómicos clínicos (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Firmat Jorge N° 46676).

Otro protagonista del entonces naciente CEMIC, Félix Etchegoyen, había realizado gestiones conjuntas con Norberto Quirno y Eduardo Braun Menéndez para producir el regreso de Firmat desde los Estados Unidos y la socialización de sus conocimientos adquiridos tanto en el campo de la enseñanza médica de posgrado como también en el campo de las por entonces novedosas investigaciones y tratamientos vinculados a la hemodiálisis y trasplantes para enfermos renales (Manzor, 2005b; Turín Mario, ex investigador del CEMIC, actual rector del Instituto Universitario, entrevista personal, 31 de agosto de 2010).

Así, a mediados de 1958, por iniciativa de Braun Menéndez, comenzó a organizarse el sistema de residencias que trajo a Firmat de regreso al país para su iniciación primero en el CEMIC y luego en el IIM (Quirno & Firmat, 1960). Firmat fue así Coordinador del primero y también Jefe de la Sección Riñón Artificial que se iniciaba allí. Su paso por esta institución se limitó a la organización e impulso de esta sección y de las residencias médicas principalmente, ya que al poco tiempo se radicó en el IIM, en la Sección Nefrología, por pedido del mismo Lanari (Zucchini

Alberto, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 11 de marzo de 2009).

En este marco, en 1958 comenzó a funcionar en el IIM un sistema de residentes cuya organización era una estructura extremadamente piramidal y selectiva: eran 6 residentes en 1º año; 2, en 2º y; 2, en 3º año.¹⁷³ Dicho sistema convivió con el sistema clásico de médicos de planta a cargo de sectores de cama.

En el IIM se confeccionó un reglamento para los aspirantes al sistema de residencia: a) debían tener título de médico expedido por una universidad nacional o revalidado por ésta, b) no tener a la fecha de inscripción en la residencia más de dos años de recibido, c) el ingreso era mediante concurso de antecedentes y un examen de competencia y d) los nombramientos de los residentes duraban un año pudiendo pasar sólo 2 de los residentes menores al segundo año y convertirse en residentes mayores (Lanari, 1960a).

A este reglamento y al examen de residencia que se tomaba a los candidatos a ingresar al IIM se agregaba otra instancia de evaluación: más allá de la aprobación de dicho examen Lanari en persona aplicaba un método de pruebas y exigencias con cada uno de los residentes (lo mismo con los becarios) que aspiraban a ingresar al IIM. Éste emulaba procedimientos de ingreso practicados por Houssay en el Instituto de Fisiología:

“Houssay les daba un tema, la bibliografía y uno o dos meses para estudiarlo. Si volvían al terminar el lapso acordado era que tenían real interés en la investigación. Con los aspirantes al Instituto de Investigaciones Médicas yo les decía que debían pasar seis meses a un año en alguna materia básica. Así algunos fueron a fisiología y otros se los envié a Croxatto (anatomía patológica)” (Lanari, 1981b: 232-233).

Entre las funciones que debía cumplir el médico residente, en el reglamento interno del IIM se destacaban las siguientes: los residentes

¹⁷³ Luego, a partir de 1968, su organización cambió a 6 residentes en 1º año, 5, en 2º y 5 en el 3º. Este cambio se debió al otorgamiento, para el 2º y 3º año, de nuevos cargos residentes por parte de la Secretaría de Salud Pública (Investigación en Clínica Médica. Reportaje a Alfredo Lanari, Ciencia Nueva, 1970).

menores debía pasar 5 meses en la sala de internación de mujeres y 5 en la de hombres, con 2 meses de rotación por la Sección de Cirugía. En caso de urgencias o mayores necesidades de personal de algunas de las salas, el Jefe de Clínica, encargado del control de ambas, podía demandar el traslado de los residentes de un piso a otro. El horario de trabajo de los residentes era de jornada completa en la semana y los sábados sólo hasta el mediodía (Lanari, 1960a).

Este sistema modificó la organización, jerarquías y roles dentro de la sala de internación, es decir, de la dinámica asistencial del IIM. Previa llegada de los residentes ésta se componía de Jefes de sala y consultores o especialistas:

“Quien ejecuta las cosas, quien está todo el día con el enfermo, es el residente (...) el consultor tiene todos los enfermos que quiere para examinarlos, para mantener su preparación, y participa en las consultas para las cuales es requerido. El consultor da su opinión pero quien va a seguir ejecutando sus indicaciones es un médico residente que está todo el día.” (Investigación clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, Ciencia Nueva, 1970: 28).

Así, los residentes desempeñaban roles de dedicación *full time* en la sala, quedando a cargo de los enfermos. Ello se insertaba en una organización más amplia de roles y figuras dentro de la sala. La organización asistencial tenía una estructura jerárquica de autoridad y poder de decisión. En la base de la pirámide se hallaban los residentes menores, luego los mayores y finalmente el Jefe de residentes. A continuación seguían los médicos de cama y después los Jefes de sala de internación, conviviendo todos bajo el control último que quedaba en manos del Jefe de Clínica. En esta organización, si bien los residentes y Jefes de residentes ocupaban las posiciones más bajas en términos de recursos autoritativos y de decisión, eran quienes pasaban la mayor parte del tiempo con los enfermos y quienes finalmente tomaban, de hecho, muchas de las decisiones (más aún los Jefes de residentes).

El reglamento prescribía otras funciones para los residentes: 1) la responsabilidad para cada uno de ellos de un cierto número de camas (pacientes), 2) la colaboración en la confección de la historia clínica bajo la

dirección del médico de cama, 3) la realización de estudios complementarios tales como análisis, radiografías, consultas con secciones especializadas, 4) la confección del cuadro clínico diario de la cama a su cargo, 5) su cooperación en trabajos de investigación clínica y en el trabajo experimental de laboratorio, 6) la asistencia obligatoria a los ateneos clínicos, quirúrgicos y anatómo clínicos, 7) el control de los dadores de sangre para los pacientes quirúrgicos y la responsabilidad del cuidado inmediato posoperatorio de los pacientes (en colaboración con la Sección de Cirugía, 8) la realización de recorridas de sala, por lo menos 3 diarias en su sector, 9) el cumplimiento de guardias (sólo en el caso de los residentes de 1º año) y 10) la realización de autopsias (Lanari, 1960a).¹⁷⁴

De este modo, los residentes debían desarrollar actividades asistenciales (adquiriendo una progresiva responsabilidad en el cuidado de los enfermos), docentes (instrucción entre ellos: los jefes de residentes a los residentes mayores, y éstos a los menores) y, en tercer lugar, colaborar y participar en tareas de investigación.

El entrenamiento de los residentes, si bien estaba primeramente a cargo de los jefes de residentes, jefes de sala y el jefe de clínica, también caía en la responsabilidad de todo el personal que tomaba contacto con ellos, fuera en las rotaciones o en trabajos de investigación en los laboratorios. De este modo, los docentes a cargo de la enseñanza y el entrenamiento médico en las residencias eran los mismos médicos y miembros investigadores del IIM: para ellos realizar tareas de docencia conformaba una función de carácter casi obligatorio en paralelo a la investigación. Este requisito institucional formaba parte del ideario que Lanari tenía respecto a la sinergia que otorgaba la asociación entre la enseñanza y la investigación tanto para una idónea práctica profesional médica como para la investigación clínica.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Asimismo, los residentes podían vivir en el IIM. Para ello, éste disponía de una serie de habitaciones preparadas. Para estos casos existía un reglamento de convivencia y cuidados especiales (Lanari, 1960a).

¹⁷⁵ Este ideario formaba parte de su visión en tanto director del IIM, con relación al ámbito médico en particular como a la vez con respecto a la vinculación entre docencia e investigación en la universidad. Creía que existían falsas antinomias entre investigación y docencia en la universidad (Lanari, 1975b) y que su imbricación para la formación del médico clínico profesional y del investigador clínico, producía sinergias en ambas (Lanari, 1981d).

Desde el punto de vista de los docentes de estos espacios de formación, realizar tareas de enseñanza otorgaba insumos de valor para sus quehaceres investigativos. Desde la óptica de los aprendices, el hecho de que sus docentes fueran investigadores suponía un elemento potencial para su proceso de aprendizaje y formación, fueran a ser investigadores clínicos o profesionales médicos, según lo entendía Lanari:

“Insisto en esta condición que implica realizar la residencia, ya que es el mejor método de educación del posgrado para el futuro investigador clínico (...) pero es necesario ser un médico clínico con todas las letras para dirigir una investigación clínica o para encontrar un en un enfermo los datos que orienten una investigación, que por definición tiene que intentar resolver el problema del hombre enfermo a través del conocimiento de la enfermedad” (Lanari, 1975c: 39).

Como se ha visto, la inserción de sus primeros discípulos -Bastaroli, Roncoroni, Barousse- en nuevos Centros y Servicios hospitalarios, fue estimulada por parte de Lanari, formando parte de sus estrategias para llevar la experiencia del IIM a otros espacios institucionales. En este marco, la residencia médica también fue objeto de propagación en el medio hospitalario porteño y en el interior del país:

“En el Chaco, en el Hospital Ferrando, en el año 78, el Dr. Lanari nos mandó a dictar las materias, a armar la Residencia (...) Antes fue Lanari, estuvo un mes ahí. Decía “Yo necesito 2 ó 3 médicos, una biblioteca y un anatomopatólogo” (...) Y después fue Daniel Moscatelli, era Jefe de Residentes de acá y fue allá; después se volvió un año; después, se volvió. Vive allá, en el Chaco y ahora, en julio, cumplieron 30 años.” (Hevia Jorge, médico de sala del IIM, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

Durante los primeros años, Lanari recomendaba que la implementación de las residencias fuera paulatina sólo en los medios hospitalarios donde existía un “clima adecuado” y evitar así el “desprestigio del sistema de residencias” –el “clima adecuado” refería tanto a recursos edilicios, materiales, organizacionales y de investigación, como al conjunto de disposiciones subjetivas e institucionales hacia la cultura del *full time*- (Lanari, 1960a: 101).

Al igual que en el resto de los hospitales, la primera residencia en el IIM fue en Clínica Médica. Más tarde, durante los primeros cinco años de la década de 1960 se fueron abriendo en el IIM residencias en otras especialidades, tales como Nefrología y Anatomía Patológica:

“Yo tengo experiencia de la Residencia en Anatomía Patológica que nosotros -seguimos así- sólo recibimos un número limitado, que está limitado por la cantidad de material que tienen a disposición y por el espacio. Entonces, son pocos; el contacto es mucho (...) No aceptamos más, tratamos de mantener el grupo, que son a los cuales nos podíamos y nos podemos dedicar; si son un montón, se va al diablo todo; uno enseña con el ejemplo dado; no hay programa (...) no sé si vos te acordás- de la Edad Media, de las asociaciones de artesanos. Ese es el sistema; en el fondo, ése es el sistema; no es otro.” (Barcat Juan Antonio, investigador del IIM, Sección Anatomía Patológica, 3º Jefe, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

5.5.2. Las unidades hospitalarias (UDH)

La preparación de esta reforma del plan de estudios se remonta a la figura de Braun Menéndez quien, antes de su muerte en 1959, comenzó a diseñarla y proyectarla, con el apoyo inmediato de unos pocos profesores de materias clínicas y quirúrgicas (Lanari, 1967b): Lanari y Andrés Santas¹⁷⁶. Ellos integraron junto con Braun Menéndez una comisión encargada de explicar a los profesores titulares “las condiciones y ventajas de la nueva organización curricular” (Santas, 1980: 8).

Luego de un experimento controlado realizado durante 1960, en el Policlínico San Martín, y gracias a la ayuda de la Secretaría Técnica de la Facultad, fue posible la implementación de la UDH a partir de 1961. La Facultad inició así un nuevo plan de estudios para los alumnos que habían terminado el ciclo básico, estipulando que los últimos tres años de la carrera

¹⁷⁶ El impulso que Santas le dio a las experiencias de reforma de la UDH y del sistema de residencias adquirió mayor fuerza e influencia a partir del momento que ocupó el decanato de la Facultad entre 1966 y 1969 (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Santas Andrés N° 51553). Su antecesor como decano, Osvaldo Fustinoni (1962-1966), fue otra figura parte del grupo de innovadores afín a tales proyectos de enseñanza médica. La ocupación de la dirección de la Facultad por parte de estos sujetos -durante estos dos períodos consecutivos- y las circunstancias contextuales favorables dadas por el clima de ideas de renovación educativa en el plano regional y disciplinar, fueron claves respecto a la implementación e institucionalización creciente de tales reformas.

de medicina (ciclo clínico y quirúrgico) se cursaran en el hospital.

Así, la carrera quedó dividida en 2 ciclos: el básico y la UDH, de 3 años cada uno. Las materias del ciclo básico continuaron siendo anuales y se cursaban en el edificio de la Facultad. Las materias de la UDH eran cursadas en hospitales.

“La UDH involucra un criterio geográfico y de docencia coordinada (...) es una agrupación geográfica de las asignaturas del ciclo médico (clínico-quirúrgico) en un hospital o grupo de hospitales.” (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Memoria del Decano Luis Munist, 1963:10).

El criterio geográfico del establecimiento de una ecología común para el cursado del ciclo clínico no sólo ponía énfasis en la enseñanza y el entrenamiento situados en el mismo ámbito práctico del hospital sino también proyectaba a éstas en una modalidad de socialización intensiva y delimitada por una institución o por un grupo limitado de hospitales (evitando las rotaciones por múltiples espacios y su consecuente dispersión y dilapidación de recursos sociales y de conocimientos).

La UDH implicaba la asistencia diaria –de cuatro horas- al hospital y la realización de rotaciones por los distintos servicios correspondientes a las clínicas o a las especialidades. De esta manera, se cursaba una materia por vez y sus contenidos estaban compactados para ser enseñados en períodos de 2 a 12 semanas, según las asignaturas. Durante el 4to año de la carrera (1° de la UDH) se cursaba Medicina I (introducción a la medicina) que comprendía Fisiopatología y Semiología y duraba casi todo el año. En los restantes 2 años se completaban las demás materias de Clínica y Cirugía; al 2° año de la UDH correspondían Medicina II, Cirugía I y Pediatría I, y al 3° año de la UDH, Medicina III, Cirugía II y Pediatría II. El resto de las especialidades se distribuía entre 5° y 6° año (De Asúa, 1984).

Según Lanari (1967b) este nuevo plan no suponía sólo una distinta ordenación de materias sino que se proyectaba como una modificación sustancial del proceso de formación del médico. Para ello se habían introducido 2 cambios: a) el estudio de la clínica (fragmentado hasta entonces en semiología, patología interna y clínica médica) y el estudio de

la cirugía (separado en técnica quirúrgica, patología externa y clínica quirúrgica) ahora confluían en un proceso continuo con los mismos docentes y durante un período de 3 años; b) la formación en un mismo sitio hospitalario (evitando la movilización por distintos nosocomios según ocurría con las rotaciones del internado previamente).

La formación del médico se asentaba así en el estudio continuado de estas disciplinas entrelazadas, en lugar de realizarse en lapsos limitados y con diferentes docentes, como era anteriormente. Lanari (1967b) colocaba este cambio en función del objetivo que para él tenía la enseñanza de la medicina: producir un médico clínico generalista en primera instancia (y no un especialista). De allí que las denominadas especialidades se estudiaban en la UDH integradas con la clínica y la cirugía:

“El aumento de la enseñanza práctica en el nuevo plan se realiza en las grandes ramas de clínica, cirugía, pediatría y obstetricia... Algunas de éstas se enseñarán integradas en los Departamentos de cirugía y medicina, hecho posible cuando las actividades se desarrollan en un mismo hospital” (Lanari, 1967b: 1167)

Al igual que las residencias, la UDH constituyó, por un lado, una apuesta de formación y enseñanza médica tendiente a fortalecer el aprendizaje práctico del médico en el hospital, familiarizándolo con la actividad profesional asistencial. Por otra parte, se conformó como la etapa previa preparatoria para la residencia, en cuanto a brindar experiencia de contacto cotidiano con enfermos y conocimiento de la organización hospitalaria -de su estructura interna de jerarquías profesionales (médicas) y administrativas, así como también de su división del trabajo y funciones (entre ellas y al interior de cada una)-.

Con el establecimiento de la UDH, es decir, de una instancia de formación clínica de grado en el medio hospitalario durante los últimos tres años de la carrera, el sistema de residencias se aproximó al modelo del *resident* norteamericano. ¿En qué sentido? Antes de la UDH, el sistema de residencias que se había inaugurado en el medio local estaba a mitad de camino entre un internado y una residencia, en el sentido de que el primer año o el segundo de residencia el profesional hacía la función de un interno:

establecía los primeros contactos con los enfermos, conocía la organización y distribución de roles administrativos y profesionales del hospital y realizaba rotaciones por especialidades diferentes. Según Lanari (1960b) a partir de la implementación de la UDH, se pudo realizar tales tareas en dicho ciclo y de esa forma “hacer una residencia con mucha mayor dedicación para la investigación y el desarrollo académico del residente” y no perder un año o dos en adiestramientos propios de un internado (Lanari, 1960b: 137).

Se conformaba así un mecanismo de reclutamiento hospitalario integrado y continuado (desde el último ciclo del grado hasta el de posgrado) que se perfilaba como paso previo o plataforma desde la cual poder diseñar, extender y consolidar una carrera médica hospitalaria asentada en la imbricación de destrezas de atención, docencia e investigación dentro del ámbito hospitalario.

Por eso ésta no fue sólo una transformación pedagógica en torno a la formación del médico. Desde la óptica del funcionamiento del hospital en términos de atención y caudal y tipo de personal dedicado a ello, además de introducir la idea de una carrera médico hospitalaria, la UDH significó que estudiantes avanzados no sólo aprendieran en el hospital sino también asistieran a enfermos, así lo hicieran en tareas supervisadas por sus profesores. Así, se aumentaron las capacidades hospitalarias respecto a la atención y el cuidado de enfermos, primero con la incorporación de residentes y luego con la UDH.

Desde el punto de vista de la estructura hospitalaria consolidada, la UDH y el sistema de residencias, en tanto condiciones implícitas para la proyección de una carrera médico hospitalaria basadas en el compromiso de trabajo *full time*, significaron un esquema de amenaza a perfiles médicos prevalecientes, tanto en su plano más estructural (en el cual, como he mencionado, prevalecían perfiles de trabajo hospitalario de tiempo parcial) como en el de la interacción cotidiana y de organización de roles y jerarquías de poder en el ámbito hospitalario. Ello, al menos, aparecía en los discursos de quienes querían implementar estas transformaciones:

“Hay que recordarle a todas las Asociaciones que cumplen una

función muy útil, como vimos en una cantidad de conflictos que hubo anteriormente, de que no están en defensa del médico que ve en peligro su posición, al contrario: lo que uno desea en este caso es simplemente que los médicos que puedan trabajar, que son los jóvenes, que pueden dedicarse más de 4 horas al hospital sean los que tengan los puestos rentados y los dejen aquéllos que por la clientela numerosa o múltiples circunstancias no pueden efectuar ese trabajo (...) ¿Se ha pensado cómo puede coordinarse e integrarse esta estructura del residente sobre una estructura administrativa y médica antigua y que estando en crisis exige una revisión? Existe el problema de lo que aquí se llama la carrera médica hospitalaria. Creo que se puede ir solucionando en forma paulatina, las soluciones masivas son por decreto y así el sistema falla.” (Lanari, 1960b: 138-139).

De este tenor eran las percepciones y valoraciones de Firmat, Lanari y Brea en la Mesa Redonda celebrada en 1960 (Lanari, 1960b). Los innovadores e impulsores de las reformas y, en ese sentido, partes con intereses en juego en la disputa por una renovación del perfil profesional médico hospitalario, tenían una valoración negativa del sistema *part time* y de la carrera médica hospitalaria desintegrada de la investigación. Esta configuración médica estaba en la antítesis de su proyecto cognitivo y profesional, el cual era pensado principalmente para el modelo de hospital universitario pero con posibilidad de extenderse, con el tiempo, a los no universitarios también.¹⁷⁷

Si bien este proyecto innovador enfrentaba las resistencias de una estructura previa con sus criterios de ocupación y mantenimiento de posiciones, propia de la cultura médica hospitalaria prevaleciente hasta entonces, a la vez contaba con un contexto más amplio que brindaba condiciones de posibilidad y realización inéditas para la medicina e

¹⁷⁷ Resulta oportuno recuperar aquí una reflexión que, siguiendo a Suasnábar (2004), fue expuesta en el capítulo 4 y giraba en torno a la modalidad de clasificación dicotómica de la cultura política argentina mediante la cual, a menudo, se ha construido legitimidad en los distintos ámbitos de esta sociedad. Dije también que dicha dinámica estuvo presente en el ámbito de la ciencia argentina, ejemplificando con la forma de legitimación y posicionamiento de Houssay respecto a Soler en la fisiología y el caso de Germani respecto a Alfredo Poviña en la sociología (Buch, 2006; Blanco, 2006). En ese marco, me pregunto ¿Qué estrategias desplegó Lanari para legitimar su proyecto *full time* en clínica médica? ¿Qué sucesos, espacios institucionales y referentes de renombre de la disciplina eran utilizados por él como recursos autoritativos para instalar el perfil del investigador clínico en el contexto médico local? ¿En qué sentido puede pensarse que utilizó la ola de renovación pedagógica disciplinar (residencias médicas y UDH) a favor de su proyecto y en contra del perfil profesional médico de consulta más extendido en el medio local?

impensables tiempos antes. Ese contexto favorable más amplio consistía en el clima de época dado por el movimiento de renovación en la enseñanza médica mundial y regional y por el proceso de transformación ocurrido en la universidad local, con los actores que la encarnaron y constituyeron apoyos y alianzas para el frente innovador en la Facultad de Medicina:

“Creo que el tiempo está maduro y que hay muchas cosas que en este momento seríamos capaces de hacer, que años atrás –y no muchos- eran totalmente improbables. En la mayor parte de la gente que entiende los problemas de Educación Médica hay unanimidad al respecto. Solamente –y naturalmente el obstáculo es grande- hay que luchar contra intereses creados” (Lanari, 1960b: 138).

En este encuadre de intereses y disputas en juego, el perfil profesional médico prevaleciente se encontraba amenazado en al menos dos de los planos de su realización. En el plano estructural de la profesión, el perfil de consulta prevaleciente que dedicaba tiempos parciales a la docencia y atención hospitalaria combinándolos con tiempos de atención privada se veía puesto en cuestión (desplazado en el mediano y largo plazo) por un proyecto de carrera médico hospitalaria asentada en el *full time* hospitalario.

En el plano de la interacción, la planta médica debía integrar a la dinámica de trabajo cotidiano no sólo residentes sino estudiantes de grado del último ciclo clínico, implicándoles mayores y nuevas tareas, debiendo impartirles enseñanza, instrucción y supervisión. De este modo, contaban con aprendices que no sólo les aumentaban y agregaban carga de trabajo sino que oficiaban de otros y nuevos controles a sus prácticas diarias, que si bien no eran colegas como en el caso de los residentes (ya habilitados como médicos) eran estudiantes del último ciclo de la carrera, constituyendo de igual modo miradas que monitoreaban y condicionaban sus prácticas como alumnos.

El carácter de la UDH como ciclo previamente consustanciado con la residencia (Lanari, 1960b) y ambos perfilados como modelos de formación médica asentados en la imbricación entre asistencia e investigación y modalidades de trabajo *full time* en el ámbito hospitalario, como se sugirió anteriormente, mantenía puntos de afinidad con el modelo

del *resident* norteamericano y de la estructura de una carrera médico hospitalaria basada en la imbricación entre docencia, investigación y asistencia *full time*.

En este sentido De Asúa (1984) asume la instalación de la UDH en 1961 como la cristalización del modelo norteamericano en la educación médica local¹⁷⁸, íntimamente vinculado al establecimiento de la facultad y el hospital universitario como lugares de investigación. Según De Asúa (1984) aquella fue la reformulación más radical en la historia de los planes de estudio de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, propiciando la integración de los contenidos curriculares, la vinculación de la Facultad a los organismos asistenciales y colocando la investigación en el centro de las funciones curriculares del médico.¹⁷⁹

Sin embargo, la relación entre las actividades de investigación

¹⁷⁸ En el capítulo anterior se observó que en el marco de las reformas de enseñanza y de apoyos financieros a la investigación clínica durante 1950 y 1960, en Francia ocurrió la reforma “Debré” (en 1961), que creaba los “*centres hospitaliers universitaires*” (CHU) y los grupos de “*enseignement dirigé*” para aproximar el aprendizaje teórico y la práctica clínica. Resulta sugerente que sea el mismo año del lanzamiento de la UDH en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. ¿Cuáles fueron los mecanismos y actores mediante los cuales estas reformas se diseñaron y difundieron? Durante la década de 1950 se celebraron múltiples congresos regionales y mundiales sobre educación médica. Allí fue donde se socializó este modelo de hospital universitario norteamericano con sus mecanismos de entrenamiento médico.

¹⁷⁹ De Asúa (1984) realiza una periodización de los planes de estudio y de sus transformaciones en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. De los 5 períodos diferenciados, me interesa mencionar aspectos de los 2º, 3º y 4º. En el 2º, entre 1874 y 1907, se confeccionó un plan de estudios en el que se incorporaban nuevas materias: anatomía descriptiva y topográfica, higiene pública y privada, medicina legal, toxicología y fisiología. Según De Asúa, este plan fue de singular importancia pues fue el primer antecedente de los planes de estudio modernos y constituyó el molde según el cual se estructuraron los subsiguientes ensayos. Su desarrollo consistió en el agregado de nuevas especialidades y la configuración de la carrera en 2 ciclos: básico y clínico, que recién se explicitaría en la segunda mitad del siglo XX con la UDH. En el 3º período, 1907-1918, se presentaron 3 proyectos en la Facultad para reducir el plan de estudios a 6 años. El de Arce, el de Susini y el de Molinari-Cranwell. Estos proyectos suscitaban debates en torno a los modelos de enseñanza médica a emular (el francés, alemán y el norteamericano). En este sentido, resulta relevante el Informe de la Academia Nacional de Medicina, en respuesta a un pedido del Consejo Directivo de la Facultad, criticando los 3 proyectos mencionados. Este informe criticaba el enciclopedismo imperante en la Facultad, desestimaba los modelos francés y alemán y sugería inclinarse por el norteamericano; en él se citaba al reformador Flexner y además favorecía la enseñanza de la fisiología por sobre la anatomía. De Asúa encuentra este Informe como “una marca crucial del pensamiento médico universitario y lo valora como el primer intento de sustituir el modelo anatómico enciclopédico francés por aquél otro, más “fisiológico” y de investigación, que comenzaba a implementarse y ganar espacios en las escuelas de medicina de los Estados Unidos” (De Asúa, 1984: 106-107). En el 4º momento, entre 1918-1961 (hasta la llegada de la UDH) hubo dos intentos renovadores de proyectos de planes de estudio como los de Aráoz Alfaro en 1918 y gestiones al respecto de Alfredo Bartolomé Lanari como decano –una de ellas, se concretó en la inauguración del Instituto de Fisiología en 1919-.

y la medicina seguían siendo controversiales en la cultura médica y estudiantil local:

“Yo vine al Instituto como alumno, en el año 1964. Vine protestando porque yo tenía que ingresar a unidad hospitalaria y, en ese momento, el destino de la unidad hospitalaria se hacía por sorteo y salió el Instituto de Investigaciones Médicas; yo no sabía lo que era, nadie sabía lo que era, salvo que “está allá en el Tornú”, se decía entre los estudiantes. Yo, en esa época, era ayudante de Química Biológica y estaba el prestigio del Clínicas; yo quería ir al Clínicas; yo quise cambiar y nadie quiso cambiar porque nadie quería venir acá, con el argumento que Lanari era científicista. Y yo, en esa época, no sabía lo que era; pregunté “¿Y qué es ser científicista?” “Bueno, ahí, hacen experimentos y los aplican a los enfermos, qué sé yo; eso no es Medicina; es estar en los animales; ahí no hacen Medicina”. Nadie quiso venir acá (...) Los del Lanari son bichos raros. Ahora “¿Todavía está ahí?” Me dicen algunos” (Hevia Jorge, clínico de sala del IIM, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

Es sugerente que en palabras de este actor de la época, en el ambiente de la Facultad de Medicina, apareciera el término “científicista” para calificar la inclinación académica de Lanari y el IIM. Esta expresión, en esos años, principalmente fue utilizada por parte del reformismo más radicalizado en la FCEN, para confrontar con el proyecto y sujetos modernizadores, acusados de impulsar unívoca y excesivamente la función de investigación en la universidad.¹⁸⁰ Más allá de esta circunscripción espacial, el término “científicista” estaba disponible para ser utilizado (con una carga desmerecedora hacia el núcleo modernizador) en la disputa que emprendieron los diferentes actores por definir y materializar un proyecto propio.¹⁸¹ Y, según he intentado mostrar hasta aquí, dado que el IIM y el frente encabezado en la Facultad de Medicina (con Lanari como protagonista) tenían convergencias muy fuertes con el grupo de innovadores de la FCEN y con Risieri Frondizi en el rectorado de la UBA, si el término

¹⁸⁰ Sobre el debate del científicismo de la época, véase Prego (2010).

¹⁸¹ Más adelante, un investigador del Instituto también recuperaba el término científicismo, aunque para deslindar al IIM de esa “corriente”: “Uno podía pensar que era un grupo científicista, que le importaba investigar solamente. Pero no, el eje siempre fue el paciente. Se podía aceptar cualquiera cosa pero el mal trato a pacientes era inaceptable para Lanari. Llegó a echar médicos y residentes. Lanari creó un ámbito, era muy estimulante, había que hacer investigación, docencia y atender pacientes. El paciente era el eje” (Isturitz Martín, investigador del IIM, Sección Inmunología, entrevista personal, 22 de diciembre de 2008).

cientificismo estaba disponible para ser utilizado en contra de este grupo: ¿Por qué no iba a ser aplicado en contra de quienes eran identificados como sus aliados?

5.6. Un nuevo espacio de sociabilidad: la creación de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC)

Durante los momentos iniciales de la construcción del IIM sucedió en paralelo otra creación institucional que la complementó y reforzó al mismo tiempo que significó una nueva materialización del proceso de institucionalización de la “tradición Lanari” y del ámbito de la investigación clínica médica: la creación, en 1960, de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC).

Ésta se originó y proyectó como una sociedad dedicada a la difusión del “espíritu científico en el ambiente de la medicina, caracterizada por una colectiva y colegiada discusión de los trabajos presentados” (Agrest, 1965: 251):

“Esta Sociedad nació como necesidad de un grupo de individuos que muñidos de técnicas de las ciencias básicas y de su metodología e interesados en el hombre enfermo confiaban en que un mejor conocimiento de los mecanismos constituía el arma más poderosa para luchar contra la enfermedad.” (Agrest, 1965: 251)

“Se ha hecho necesaria la creación de un sociedad que cobije a aquellos de nosotros que hoy somos considerados clínicos por los fisiólogos, bioquímicos e inmunólogos. Fisiólogos, bioquímicos o inmunólogos por la generalidad de los clínicos” (Taquini, 1979: 703).

Diferentes figuras del ámbito de la clínica médica local fueron responsables de su impulso y diseño inicial, aunque algunas tales como las de Lanari y Taquini tuvieron un rol protagónico diferencial.¹⁸² Éste último fue su primer presidente y luego sucesivamente durante los primeros cinco años ejercieron su presidencia: Alfredo Lanari, Alfredo Pavlovsky, Raúl Carrea, Oscar Croxatto y Alberto Agrest. Estos nombres, sumados a otros

¹⁸² Fueron miembros fundadores también Raúl Carrea, Oscar Croxatto, Alfredo Pavlovsky, Alfredo Patalano, Alberto Agrest, Aquiles Roncoroni, Miguel Fernández Villamil, Carlos Tanturi, Juan Royer y Alberto Soubrié, entre los principales (Bergada, 1970).

que después fueron involucrándose en la SAIC, dan cuenta de que si bien el grupo de investigadores del IIM fue el que mayor protagonismo tuvo en dicha sociedad, los miembros pertenecientes al Centro Cardiológico, dirigido por Taquini y aquellos integrantes del Instituto de Hematología, a cargo de Pavlovsky, también fueron protagonistas activos del momento fundacional así como del devenir posterior de la sociedad.

La revista *Medicina* fue adoptada como órgano de comunicación oficial por la SAIC desde su creación.¹⁸³ Ambas tuvieron sede (ubicación física) en el IIM. Por ello también, y más allá de quiénes fueron sus socios fundadores y primeros integrantes, sus actividades y miembros coincidían con los del IIM, conformando un mismo espacio de sociabilidad. La actividad de la SAIC consistió fundamentalmente en la organización de la publicación de *Medicina* y en los Congresos anuales de discusión e intercambio que reunían a distintos grupos del interior del país.

¿Qué significado puede atribuirse a la creación de una Sociedad de Investigación Clínica en estos años? ¿En qué medida fue parte de una institucionalización meramente formal (asociativa) de este grupo de clínicos y en qué grado implicó modificaciones sustantivas respecto al ordenamiento y legitimidad del ámbito de investigación clínica médica en el medio local, producidas a partir del establecimiento y delimitación de criterios cognitivos, institucionales y profesionales propios? Ambas dimensiones, formales y sustantivas, tuvieron lugar en la creación y evolución posterior de la SAIC.

Esta Sociedad cobró vida a partir de la publicación de *Medicina*, a través de las reuniones semanales que se realizaban para seleccionar trabajos recibidos y discutir sus editoriales. Lanari y el resto de los investigadores del IIM publicaban la mayoría de sus trabajos allí con el propósito de difundirlos en el ámbito local, no sólo para otros investigadores sino también para profesionales médicos:

“La SAIC mereció tiempo cuando se creó, después funcionaba sola. La revista, en cambio, sí demandaba tiempo y dedicación. A mis 19 años, quería empezar a trabajar en algo, y fui secretaria de

¹⁸³ Como dije en el capítulo 3, esta revista fue fundada en 1939 por Lanari y otros médicos tales como Braun Menéndez y Foglia.

la revista. Ahí empecé también a tener mayor vínculo con él (...) También la doctora Dosne Pasqualini y Barousse llevaban adelante la revista, se reunían los miércoles, había que definir las pautas, los trabajos que se publicaban, eso sí era trabajo (...) A Lanari le interesaba la revista, que tuviera su prestigio. En ese momento, en 1960, no estaba tan presente que publicar localmente era un desperdicio (como sí lo fue después y lo es definitivamente actualmente) por lo menos a él, no le importaba, él publicaba prácticamente todo en *Medicina*, así le daba prestigio y promovía la circulación local de esa producción para uso y consumo de los profesionales que atendían y para los investigadores.” (Lanari Claudia, entrevista personal, 27 de diciembre de 2007).

La SAIC también cobró vida a través de las Reuniones Científicas - congresos anuales- a la que asistían sus miembros y también colegas externos, cuyos trabajos y discusiones fueron sistemáticamente publicados a partir de 1980 en *Medicina* en calidad de Anexos. Tales reuniones anuales se fueron realizando en diferentes provincias del país con el objetivo de no circunscribirse al ámbito porteño, con el fin de propagar y contagiar el “espíritu y la mentalidad” del ámbito de investigación clínica, sus criterios de delimitación cognitiva e institucional y su puesta en práctica en hospitales del resto del país.¹⁸⁴

“Los congresos de la SAIC iban cambiando de lugar. Entonces se iba a Salta, Tucumán, Córdoba, Bariloche. Porque era una manera, que es lo que pensaban los fundadores de la Sociedad de Investigación Clínica, de llevar las inquietudes, los conocimientos a distintos lugares y hacerse conocer.” (Semeniuk Guillermo, investigador del IIM, Sección Neumonología, 4º Jefe, entrevista personal, 6 de diciembre de 2008).

Asimismo, las reuniones anuales eran el ámbito formal donde se encontraban investigadores clínicos y básicos interesados en un intercambio con los clínicos, funcionando como un puente de comunicación entre ambas culturas e intereses cognitivos y profesionales respectivos (Rivarola, 1985).

¹⁸⁴ El carácter estratégico de la propagación de la SAIC, de sus misiones y criterios, por el resto del país, se hallaba en continuidad con el espíritu y acciones concretas llevadas a cabo por el grupo de Lanari y de *Medicina* con respecto a la divulgación e implementación de las reformas de enseñanza médica (residencias y UDH) más allá del ámbito porteño, vía el envío de discípulos a instituciones del interior. Ello, a su vez, implicaba la extensión de un perfil profesional médico asentado en la investigación imbricada con la asistencia y la docencia en el ámbito público hospitalario y universitario.

La SAIC, en sus orígenes, tuvo por meta nuclear los trabajos de investigación, con una orientación primordialmente clínica, referidos a la patología de las enfermedades y su tratamiento. Ese era un criterio de delimitación crucial para sus integrantes y tipos de trabajos que se publicaban y discutían (Agrest, 1965).

Con el correr de los años, a partir de mediados de la década de 1960, otros grupos profesionales, tales como los biólogos e inmunólogos, encontraron en el espacio de la SAIC un ambiente propicio para discutir sus resultados. Esto provocó un conjunto de disputas por la definición de la naturaleza y misiones de dicha sociedad; de aquello que constituía un trabajo “de investigación clínica”, del peso que este tipo de investigación debía tener en la Sociedad y de cómo y por cuáles razones ésta no debía perder su naturaleza de origen. Ello no era sino parte fundamental de las disputas que comenzarían a ocurrir en torno a los límites del ámbito de investigación clínica y respecto al mantenimiento del perfil profesional del investigador clínico, en el marco del avance de otros grupos profesionales, de cambios cognitivos en la disciplina médica y en otros campos de conocimiento con fuertes influencias sobre el devenir de aquélla.

Pero esto será objeto de discusión en el último capítulo. Antes me referiré al desarrollo y consolidación cognitiva de la “tradición Lanari”, dados a partir de las actividades de investigación y asistencia sobre trasplantes renales y diálisis.

Capítulo 6: Consolidación de la tradición. Apuestas cognitivas y construcción de reconocimiento científico

En este capítulo intento mostrar, por un lado, cómo la conformación y el desarrollo de la “tradición Lanari” se estructuró cognitivamente en torno a la nefrología y, en particular, de la investigación experimental y clínica sobre trasplantes y diálisis. Por otro lado, analizo cómo tales investigaciones y la aplicación de dichos tratamientos hicieron del IIM un lugar de referencia, otorgándole reconocimiento y prestigio local e internacional.

Desde la óptica de su utilidad sanitaria, y de la construcción de legitimidad social y de notoriedad pública, la aplicación clínica de la diálisis y el trasplante renal conformaron soluciones terapéuticas para los enfermos que particularmente sufrían insuficiencia renal, quienes hasta la llegada de dichos tratamientos no disponían de terapéutica alguna para su cura ni para una mejor calidad de vida.

La insuficiencia renal es aún hoy una dolencia grave que causa la muerte si no se trata adecuadamente y se define por la incapacidad del riñón para realizar su trabajo parcial o totalmente (esto es, eliminar toxinas, exceso de fluidos y desechos de la sangre, convirtiéndolos en orina para su excreción). La insuficiencia renal puede seguir un curso agudo o crónico. En su forma aguda, la actividad renal cesa de forma brusca y al prolongarse, origina la disminución de la elaboración de orina, provocando uremia (elevación de la tasa de urea en sangre), lo cual produce desequilibrios hormonales y circulatorios. En su forma crónica, la disfunción renal se agrava por su continuidad ininterrumpida en el tiempo; la falla es gradual y en general no hay tratamiento que evite su progresión (Prece y Schufer, 1995).

El proceso mediante el cual estos dos tipos de enfermos se convirtieron en pacientes, es decir, sujetos pasibles de recibir tratamientos y asistencia, no fue igual en los dos casos ni estuvo atado solamente a los desarrollos cognitivos o a las innovaciones técnicas ocurridas dentro del campo de estudio sobre trasplantes renales y diálisis. Antes bien, dicho proceso se encontró vinculado estrechamente a una dinámica social y política local más amplia que la de la ciencia.

Desde la óptica de la construcción de reconocimiento científico, estas investigaciones y tratamientos desarrollados por la Sección Nefrología, permitió a los investigadores del IIM legitimarse con los grupos pioneros en el plano internacional y con otras instituciones en el medio local.

6.1. Desarrollo de las investigaciones sobre trasplantes de órganos

6.1.1 Especialidades en juego

En el origen de la historia de la investigación sobre trasplantes renales, al menos cinco especialidades tuvieron un rol de suma importancia en materia de estudio sobre las causas del rechazo y aceptación del trasplante por parte del receptor: los cirujanos, los especialistas en tumores, los genetistas, los biólogos y los inmunólogos (Duquesnoy, 2005).

Primero, desde la era antigua, el reemplazo de partes del cuerpo (piel u órganos) enfermo por partes sanas formó parte de imaginarios diversos: en el mundo mitológico griego o egipcio; en el cristiano en sus referencias bíblicas y hasta incluso en culturas orientales tales como en China. Con el advenimiento de la modernidad y del experimento como práctica distintiva y legitimadora de lo que era hacer ciencia, sumado al mejoramiento de las técnicas de sutura –conexiones vasculares-, los cirujanos comenzaron a practicar experimentos de trasplantes en animales. La falta de éxito de estos primeros ensayos, colocó en el centro de la práctica de trasplantes el problema de la compatibilidad y del rechazo entre donante y receptor – problema que atravesó a la inmunología celular y a la inmuno genética durante los primeros 40 años del siglo XX (Duquesnoy, 2005).

Las investigaciones realizadas por especialistas en el estudio de tumores (cáncer) se aproximaron al tema de trasplantes a raíz de su interés por estudiar y observar si en la transferencia de un tumor de un animal a otro aquél se replicaba y crecía, hallando que el tumor injertado generalmente era rechazado. Fue a comienzos del siglo XX que algunos científicos observaron que los tumores podían ser fácilmente trasplantados de un individuo a otro. Así, se iniciaba la asociación entre las investigaciones sobre trasplantes de tumores, sobre cáncer y la aproximación genética a las investigaciones sobre trasplantes.

Quienes lideraban este campo de estudios comenzaban a observar que operaban las mismas reglas genéticas en el rechazo de tejidos normales y en los casos enfermos trasplantados. En 1912, George Schone resumía las reglas que se derivaban de las investigaciones experimentales desde este campo de estudios sobre tumores: 1) los hetero trasplantes/injertos (transferencia de un órgano o parte del mismo entre animales de distinta especie) fallaban invariablemente, 2) los homo trasplantes/injertos (transferencia de un órgano o parte del mismo de un cuerpo a otro de la misma especie) casi siempre fallaban, 3) los auto trasplantes/injertos (unión vascular de un órgano o parte del mismo en el lugar que primitivamente ocupaba en el individuo o en nueva locación pero en el mismo individuo) casi siempre eran exitosos, 4) los segundos injertos o trasplantes eran rápidamente rechazados si el receptor había rechazado previamente el primer intento de injertos o trasplantes del mismo donante y 5) el éxito en los injertos o trasplantes era más frecuente si receptor y donante tenía una relación sanguínea cercana (Duquesnoy, 2005).

Las investigaciones provenientes de los genetistas postulaban que las diferencias genéticas explicaban el rechazo del injerto/trasplante, trazando un paralelo entre los mecanismos de rechazo de tumores y tejidos (Duquesnoy, 2005). Estas investigaciones derivaron en la formación del concepto de “individualidad biológica”, desarrollado en las décadas de 1920 y 1930. Dicho concepto postulaba que cada individuo tenía un particular conjunto de “marcadores de individualidad” determinados genéticamente. Así, el organismo al reconocer los tejidos injertados, según sus diferentes marcadores, los rechazaba en tanto eran extraños.¹⁸⁵ Por esta razón, sólo los injertos del mismo individuo (homoinjertos) podían ser exitosos, como por ejemplo, el trasplante de piel de un lugar del cuerpo a otro y los injertos de individuos genéticamente idénticos (gemelos monocigóticos). De este modo, las diferencias genéticas entre dos individuos constituían elementos suficientes para inducir el rechazo de un injerto (Lowy, 1987a).

¹⁸⁵ El libro de Leo Loeb *Transplantation and Individuality* (1930) postulaba la base genética de las diferencias individuales y de la incompatibilidad en trasplantes. Lejos de considerar como sus causantes alguna clase de mecanismo inmunológico, sostenía que el rechazo ocurría debido a que el injerto no llegaba a conectarse en el nuevo medio receptor, es decir, por fallas en las conexiones vasculares (Duquesnoy, 2005).

A partir de 1940 hubo una aproximación al tema del rechazo de injertos y trasplantes desde la inmunología: esto es, la base del rechazo o aceptación pasaba a ser de raíz inmunológica además de genética. Los conceptos en inmunología celular de trasplantes evolucionaron directamente de las investigaciones de Peter Medawar (zoólogo) en los años 40.¹⁸⁶ Tales investigaciones postulaban que los rechazos de injertos se debían a reacciones inmunológicas, estableciendo que personas sin lazos de sangre podían compartir algunos marcadores de individualidad (proximidad inmunogenética). Se comenzaba a sugerir entonces que la forma en que ocurría el rechazo de un injerto dependía de la proximidad genética e inmunológica entre donante y receptor. Sin embargo, hubo que esperar a los años 60 para que estas investigaciones sobre histocompatibilidad¹⁸⁷ fueran desarrolladas (Lowy, 1987b)

Hasta 1960, los modelos teóricos desarrollados por los científicos enfatizaron la singularidad biológica del individuo antes que su histocompatibilidad. De acuerdo a las interpretaciones aceptadas de la teoría de los marcadores de individualidad, no era realmente importante cuántos de éstos eran compartidos por el donante y el receptor dado que una diferencia en un único marcador era suficiente para inducir un rechazo total. En los años 50, tanto los biólogos como los médicos sostenían que la reacción de rechazo era siempre del tipo “todo o nada” (Lowy, 1987b) –recién con la llegada de los estudios de histocompatibilidad se iba a pensar en poder medir “grados” de rechazo o aceptación-.

¹⁸⁶ El desarrollo de estos conocimientos recibió el mayor impulso y demanda en los contextos bélicos de mayor envergadura del siglo XX. Los primeros injertos en humanos se realizaron en el contexto de la primera posguerra. En el mismo contexto se desarrolló la cirugía plástica reconstructiva facial en este campo (Azura Pliego, 2010). Asimismo, en la segunda posguerra, el “*War Wounds Committee*” del Consejo Médico Británico demandó las investigaciones del zoólogo inglés Medawar (Duquesnoy, 2005). Por su parte, el primer aparato de diálisis, el Kolff Brigham, a pocos años de haber sido utilizado con éxito en humanos fue usado en la Guerra de Corea (Ruiz Guiñazú, 1957).

¹⁸⁷ Histocompatibilidad es la propiedad de tener el mismo o casi el mismo grupo de genes, que se expresan en la mayoría de los tejidos como antígenos –leucocitos, glóbulos blancos-, para los cuales el sistema inmunológico del hombre produce anticuerpos. Si el cuerpo humano se expone a antígenos extraños, como en el caso de recibir un tejido u órgano trasplantado, lo atacará al menos que sea compatible. Enseguida ahondaré sobre esto.

6.1.2. Los primeros injertos de riñón en seres humanos. La conformación de una especialidad: los estudios sobre trasplantes

El campo de estudios sobre trasplantes renales se configuró reuniendo a biólogos y médicos practicantes con sus respectivos intereses, metas profesionales y objetos de investigación, siendo, de este modo, un caso clave de los procesos de biomedicalización, dados a partir de la segunda guerra mundial, que implicaron una vinculación de nuevo tipo entre los objetos y las prácticas de la investigación experimental, clínica y terapéutica (Gaudillière, 2002). Entre las especialidades médicas que más estrechamente se vincularon con la evolución posterior de estos desarrollos, además de la nefrología, figuraron la hematología e inmunología, con sus aportes técnicos y cognitivos tendientes a evitar y disminuir la tasa de rechazo del órgano por parte del receptor –problema central para los médicos e investigadores en lo atinente a las experiencias de trasplantes de órganos (Löwy, 1987a, 1987b).

Las primeras experiencias clínicas de trasplantes renales en humanos se realizaron en 1952 por el grupo de Jean Hamburger en el Hospital *Necker*, en París, y en 1954 por el grupo de John Putman Merrill en el Hospital *Peter Bent Brigham* en Boston, siendo el del grupo francés el pionero aunque sin éxito (Löwy, 1987a, 1987b; Lederer, 2008).¹⁸⁸

En 1952 se realizó una primera conferencia sobre trasplantes en Londres que, en adelante, formó parte de un conjunto de conferencias bianuales, organizadas por la Academia de Ciencias de Nueva York, a partir de 1954. El interés de organizar estas reuniones fue fruto de la iniciativa de médicos y cirujanos plásticos de la Universidad de Nueva York, quienes creyeron que su encuentro con biólogos podía dar pistas para solucionar sus problemas clínicos en lo concerniente al tema de trasplantes. El nombre de la primera reunión, llevada adelante en febrero de 1954, “Las relaciones de la Inmunología con el Homotrasplante de Tejidos” fue una declaración programática, dado que los estudios sobre trasplantes se encontraban, por entonces, en una fase de definición e, incluso, su relación con la inmunología no era aún universalmente reconocida (Löwy, 1987a).

A fines de 1954 tuvo lugar el primer trasplante de riñón exitoso entre

¹⁸⁸ El trasplante renal fue el primero de los realizados en órganos complejos en la medicina mundial (le siguió el de hígado, luego el de corazón y después el de pulmón).

gemelos idénticos en el Hospital *Peter Bent Brigham* en Boston, a cargo del grupo de John P. Merrill, afiliado con la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard. Esto, sin embargo, no constituía una innovación teórica; la posibilidad de intercambiar tejidos entre animales genéticamente idénticos ya había sido establecida, y desde 1947 se sabía que en los humanos, los gemelos idénticos podían recibir con éxito trasplantes de piel entre sí. Si bien la experiencia en el Hospital *Peter Bent Brigham* había sido clínica y fisiológicamente satisfactoria, había agregado muy poco a la solución inmunológica fundamental. Pero aquél suceso de 1954 tuvo un impacto psicológico de importancia. La inmediata restauración del estado de salud de un paciente que moría de uremia, mediante el trasplante de su riñón, era una demostración persuasiva del valor terapéutico potencial que implicaba dicha operación si podía encontrarse un modo de superar los rechazos (Löwy, 1987a).¹⁸⁹

6.1.3. La primacía de la inmunogenética: su fusión con la hematología

A partir de 1960 la mirada inmunogenética pasó a convertirse en una tendencia dominante en los estudios sobre trasplantes, uniéndose con otra especialidad, hasta entonces totalmente externa del campo de trasplantes: la hematología. Un suceso contribuyó a generar esta conjunción: los primeros intentos de trasplantes clínicos de médula ósea que se realizaron entre 1957 y 1961 (Lowy, 1987a).

La experimentación con injertos de médula ósea en humanos se produjo a raíz de un evento particular: la exposición accidental, en 1957, de seis científicos nucleares yugoslavos a dosis letales de radiación. Ésta fue la causa por la cual fueron derivados al laboratorio de un hematólogo y especialista en leucemia en donde recibieron injertos de médula ósea. En cuatro casos el tratamiento fue exitoso y los científicos irradiados sobrevivieron. Esta experiencia desencadenó una oleada de intentos de realizar injertos de médula ósea y de riñón en seres humanos irradiados.¹⁹⁰

¹⁸⁹ Asimismo, se realizaron trasplantes de riñón en humanos -hasta 1959, sólo entre gemelos idénticos- en el hospital *Necker* en París y en el Hospital Universitario de Edimburgo (Löwy, 1987a).

¹⁹⁰ Se sabía, desde hacía tiempo, que la radiación con rayos X destruía las células (linfocitos) activas en las respuestas inmunes y, como consecuencia, abolían sus respuestas. En animales irradiados, el injerto no era rechazado porque todas las células inmuno

Sin embargo, la gran mayoría de los receptores de injertos de riñón y los pacientes leucémicos irradiados murieron debido a efectos secundarios de la radiación o porque los injertos de médula ósea fracasaron. Por ello, el método de irradiación fue abandonado en los años 60. Pero, mientras tanto, los hematólogos y quienes trabajaban en temas de trasplantes estrecharon vínculos cognitivos. Su colaboración también trazó el paralelo entre experiencias de transfusión de sangre y trasplantes de órganos (Lowy, 1987a).

6.1.4. Los estudios de histocompatibilidad

Los primeros trasplantes renales se realizaron a mediados de 1950 con dadores vivos (familiares próximos como madre, hermanos) y cadavéricos. Al poco tiempo, no obstante, se descartaron los trasplantes con dadores cadavéricos debido al poco éxito de sus resultados –altas tasas de rechazo-. Así, hasta los años 60 el único modo de medir y calcular la compatibilidad entre donante y receptor era con el grupo y factor de sangre. Esto cambió con la llegada de los estudios de histocompatibilidad (Löwy, 1987a).

En 1958, el hematólogo Jean Dausset incursionó en el estudio de grupos de leucocitos humanos y definió el primer antígeno de histocompatibilidad en el hombre. Observó en la superficie de los glóbulos blancos unas pequeñas estructuras químicas dispuestas en forma de antena, capaces de provocar la aparición de un anticuerpo que se fijaba en ellas específicamente; este antígeno, que denominó Mac, fue el primero aislado en lo que luego sería el sistema HLA (*Human Leucocyte Antigen*) –grupo de antígenos-. Ello le hizo deducir la importancia capital de estos antígenos en la defensa del organismo contra toda agresión exterior o interior, basándose en la capacidad de distinguir entre constituyentes propios del individuo y aquéllos extraños a él; la defensa y salvaguarda de “lo propio” y la destrucción y eliminación de lo “no propio”. En consecuencia, era el responsable de los fenómenos de rechazo en un trasplante de órganos o de una transfusión sanguínea. Dausset demostró que las moléculas HLA del donante, al ser diferentes de las del receptor, se perciben como extrañas e inducen la respuesta inmunitaria que conduce al rechazo del trasplante.

competentes habían sido destruidas por rayos X (Löwy, 1987a).

Al dar a conocer las leyes de la histocompatibilidad en el hombre por el sistema HLA, Jean Dausset reafirmaba una idea básica: si los leucocitos de dos personas son compatibles, sus tejidos también lo son. Todo el reconocimiento de lo “no propio” se hace en el contexto del sistema HLA, por lo que desempeña un papel primordial en la inducción de la respuesta inmunitaria específica. Demostró que el tiempo de supervivencia de los injertos era inversamente proporcional al número de incompatibilidades entre los genes HLA donante-receptor (Löwy, 1986).

Así, Dausset junto con otros hematólogos conformaron el grupo de científicos interesados en los “grupos de tejidos humanos”, a quienes luego se sumaron los inmunogenetistas. El campo de estudio sobre antígenos de tejidos humanos (estudios sobre HLA) se desarrolló en los años 60 a través de una intensa colaboración internacional (grupos de trabajo y congresos) con el fin de identificar rápidamente las complejidades del sistema HLA y poder aplicar esos conocimientos para la práctica clínica de trasplantes (Löwy, 1986).

6.1.5. Las drogas inmunosupresoras

La inmunosupresión fue un procedimiento útil para suspender los mecanismos inmunológicos (defensas) del organismo receptor del trasplante, el cual ante un tejido extraño (como implicaba el injerto) reaccionaba atacándolo. El primer uso clínico de inmunosupresión no específica, es decir, la supresión de toda respuesta inmune del organismo, fue a través del uso de radiación de rayos X y, luego, mediante la utilización de drogas inmunosupresoras.

Esto puso en escena el hecho de que ni la histocompatibilidad ni el rechazo de injertos era, como hasta 1950 se había supuesto, un fenómeno de “todo o nada”. En 1959, el primer caso exitoso de un trasplante de riñón de un donante que no era idéntico genéticamente –realizado por el grupo de Merrill en Boston- adoptó un valor paradigmático. Su éxito, en una larga serie de fracasos, fue atribuido a la combinación de tres factores: la proximidad genética entre donante y receptor; el suministro de un tratamiento inmunosupresor antes de efectuar el trasplante; y el tratamiento inmunosupresor para prevenir rechazo en el momento post operatorio. De

allí en adelante, quienes realizaban trasplantes intentaron repetir la combinación de esos tres elementos y comenzaron a buscar las maneras de hallar la mayor histocompatibilidad, esto es, la mayor proximidad genética entre pares de donante y receptor (Löwy, 1987a).

El descubrimiento de nuevas drogas –entre ellas, el Inmuran, de reconocida potencia- permitieron la supervivencia del receptor del injerto, aunque al principio la cantidad de fracasos fue muy alta. En muchos casos, los pacientes que tenían un riñón injertado en funcionamiento murieron debido a los efectos secundarios de las drogas inmunosupresoras (Löwy, 1987a).

Entre 1963 y 1965 se desarrollaron varios *tests* de histocompatibilidad en respuesta a las demandas de quienes realizaban trasplantes. En 1965, se contaba con una correlación estadísticamente significativa entre la compatibilidad los grupos de leucocitos y la supervivencia de los injertados. Esto implicó la validación de la histocompatibilidad, y su anclaje en la inmunogenética, como el marco de entendimiento que brindaba explicaciones y soluciones más adecuadas respecto a los mecanismos de rechazo y aceptación en los trasplantes, al menos para los donadores vivos entre familiares (Löwy, 1987a, 1987b).¹⁹¹

¹⁹¹ Löwy (1986) analiza la controversia que se desató entre este grupo de investigadores del sistema HLA y los médicos trasplantólogos en torno al valor de los tests de histocompatibilidad en el caso de donadores cadavéricos. Los trasplantólogos acordaban en la efectividad de aquéllos para seleccionar los mejores donadores vivos entre familiares pero desestimaban el valor de los HLA en la selección entre donadores cadavéricos. El punto más álgido de esta controversia fue entre 1970 y 1973, y se desarrolló en congresos y publicaciones científicas internacionales como una batalla de argumentos estadísticos. Löwy muestra en este trabajo un clásico caso de controversias científicas, es decir, cómo lo que aparece en superficie como central o núcleo de las controversias científicas –argumentos cognitivos/técnicos- nunca son mera ni principalmente el objeto en disputa. Así, en este caso, si bien durante las diferentes etapas de la controversia los únicos argumentos utilizados por ambos grupos fueron evaluaciones estadísticas sobre el efecto de los *tests* HLA, aquello que condicionaba la aceptación de esta innovación fue: a) en el nivel individual, las tradiciones locales de los centros e institutos y b) en el plano nacional, las creencias (con raíces socioculturales, religiosas, económicas) compartidas en una sociedad en torno a los derechos y obligaciones sobre sus enfermos, y sus específicos sistemas de organización de los servicios de salud. Tanto a) como b) tenían consecuencia sobre el modo en que la disponibilidad y distribución de los riñones cadavéricos se hallaba institucionalizada, es decir, el tipo de criterios utilizados por cada centro/país en la procuración de órganos y su distribución. Y, por ende, mayor o menor propensión a la aceptación del nuevo recurso HLA para organizar las prácticas de trasplantes (hacia fines de 1970 la mayoría de los especialistas en HLA acordaron que la compatibilidad HLA tenía, aunque limitado, un valor para seleccionar donadores cadavéricos). Los trasplantólogos continuaron, no obstante, disintiendo sobre el valor práctico de los test HLA para este grupo de donadores.

6.2. La diálisis: su origen y evolución

La diálisis es el procedimiento mediante el cual se extraen las toxinas cuando el riñón no lo puede hacer naturalmente debido a fallas funcionales. ¿Cómo se realiza dicha extracción? Utilizando una membrana que separa dos soluciones. Así, la diálisis consiste en el pasaje de solutos a través de una membrana semipermeable colocada entre dos soluciones entre las que existe un gradiente de concentración. Este pasaje o intercambio se efectúa mediante un procedimiento de ósmosis. Por ejemplo, en presencia de dos soluciones de glucosa (una más concentrada que la otra) separadas por una membrana de colodión o celofán, habrá un pasaje de moléculas del lado más concentrado hacia el menos concentrado y un pasaje de moléculas de agua en sentido inverso. Este intercambio de moléculas no cesa hasta que ambas concentraciones son iguales. Lo mismo sucede con la sangre si del otro lado de la membrana se coloca una solución que contiene iones a menor concentración: habrá un pasaje de los que están en exceso hacia la solución menos concentrada, hasta que se establezca el equilibrio (Ruiz Guiñazú, 1957).

En la práctica clínica, las membranas utilizadas para diálisis pueden ser naturales o artificiales: las primeras son la mucosa gastrointestinal y el peritoneo y la segunda es el celofán. Los procedimientos que han sido empleados para dializar la sangre fueron: 1) la ingestión de grandes volúmenes de líquido y purgantes, así el cuerpo tendía a eliminarlos, 2) el lavado gástrico, 3) perfusión del intestino con tubos de luz simple o doble, 4) diálisis peritoneal (diferentes técnicas) y 5) hemodiálisis (o diálisis extracorpórea) vía el uso de riñón artificial (Ruiz Guiñazú, 1957).

La diálisis peritoneal¹⁹² utilizaba el tejido del abdomen para filtrar

¹⁹² A principios del siglo XX se mostró que sustancias como la urea podían eliminarse de la sangre a través del peritoneo en animales. En la práctica clínica, numerosos intentos de tratar a pacientes urémicos con diálisis peritoneal se publicaron de 1930 a 1940. Desde 1940 hasta 1960 se utilizó la modalidad únicamente en su forma intermitente y para tratamiento de la insuficiencia renal aguda. Se idearon numerosas técnicas para la instalación y drenaje de solución de diálisis de la cavidad peritoneal. En un primer momento se utilizó el sistema de conexión recto con espiga y el paciente debía transportar una bolsa en forma permanente; hasta que se introdujo el sistema de conexión del catéter con una rama conectada a una bolsa con líquido de diálisis nuevo y la otra a una bolsa vacía. Esto permitió realizar un lavado antes de realizar el drenaje de la cavidad e infusión del líquido nuevo, con desconexión del sistema entre cada intercambio. Este método evitó que el paciente tuviera que portar la bolsa plegada en forma permanente, disminuyendo

hacia afuera los desechos de la sangre, se colocaba un catéter en la cavidad peritoneal y de allí se conectaba a un recipiente con preparados que mediante ósmosis limpiaban la sangre.

La hemodiálisis¹⁹³ es el procedimiento mediante el cual la sangre del paciente se pasaba (se limpiaba) a través de un riñón artificial –un aparato mecánico similar a un riñón fuera del organismo- al cual se conectaba el paciente en sus accesos arteriales y venales.

El riñón artificial constaba básicamente de un aparato, un dializador, un líquido concentrado, unos tubos para la circulación externa de la sangre, y unos dispositivos de acceso a los vasos sanguíneos. Cumplía la función de bombear la sangre a través de los tubos de circulación externa, de mezclar el líquido concentrado con agua para obtener la dilución adecuada y de monitorizar las constantes esenciales durante todo el proceso.

Existieron diferentes modelos e innovaciones técnicas desde que aparecieron los primeros prototipos a principios del siglo XX. Fue recién a mediados de este siglo que se diseñó un modelo exitoso para su aplicación en el hombre: el Kolff Brigham. A éste le siguieron tres modelos: el Coil (o bovinas de Kolff) y Travenol *Twin Coil*; el Kiil y el Capilar. De ellos daré una breve descripción.

6.2.1. Modelos de aparatos de diálisis

Modelo Kolff Brigham

riesgos de diverso tipo (Locatelli, 2001).

¹⁹³ La hemodiálisis también se ha identificado con el nombre de diálisis extracorpórea. En 1913, en la Universidad John Hopkins de Baltimore, John Abel y colaboradores suyos realizaron el primer intento por construir un riñón artificial (ellos acuñaron el nombre) con el fin de purificar la sangre. Realizaron el primer intento de usar una membrana artificial para la diálisis sanguínea extracorpórea (Ruiz Guiñazú, 1957). En 1915, en la Universidad de Giessen en Alemania, Georg Haas obtuvo las publicaciones de Abel y utilizó los cilindros con un preparado menos tóxico y practicó la diálisis por vez primera en un hombre. Se utilizaron distintas membranas artificiales pero siempre tropezando con los mismos escollos: la coagulación de la sangre en los cilindros y la esterilización del material poroso. Estas dificultades se sortearon con el desarrollo de la heparina (un anticoagulante) y la inauguración del celofán como membrana de diálisis en 1937 por William Thalhimer. A partir de entonces estuvieron dadas las condiciones más importantes para el desarrollo de los hemodializadores modernos y su aplicación en clínica humana (Ruiz Guiñazú, 1957; Martín, 1991).

Willem Kolff fue quien comenzó a dializar en laboratorio en 1938 y, ayudado por un ingeniero, Hendrick Berk, construyó un aparato dializador. Colocando salchichas cargadas con urea y sumergidas en un tanque observó que el celofán era permeable a la urea. Confeccionó un tambor rotante, a través del cual enrollaba tubos de celofán, que era accionado por un motor de máquina de coser y una cadena de bicicleta. Así construyó el primer prototipo de riñón artificial (Petrolito, 2009).

La mayor parte de los primeros pacientes tratados con dicho aparato murieron. Pese a ello, Kolff prosiguió intentando mejorar el aparato dializador hasta que en 1945 consiguió usarlo exitosamente en el hombre: al año siguiente publicó su tesis sobre el “Riñón Artificial” e inmediatamente su primer libro: “Nuevos métodos del tratamiento de la Uremia” (Ruiz Guiñazú, 1957).

En 1948 realizó su primera visita a los Estados Unidos, al Hospital *Mount Sinai* de Nueva York. En el marco de esta estadía, invitado a dictar una conferencia en Harvard, conoció a John Putman Merrill en el Hospital *Peter Bent Brigham*. Con él adaptaron el modelo Kolff para una fácil producción. Los laboratorios *Buit* y *Fernwal*, asistidos por el ingeniero Edward Olsen, rediseñaron el prototipo conocido como el riñón artificial Kolff Brigham. A partir de este suceso, Kolff se radicó definitivamente en Estados Unidos, ingresando en la *Cleveland Clinic*¹⁹⁴ donde se hizo cargo del departamento de órganos artificiales (Petrolito, 2009).¹⁹⁵

Desde el primer riñón ideado por Kolff y hasta 1957, fueron construidos diferentes modelos, siendo todos ellos variaciones alrededor de las membranas de celofán y de heparina. En la práctica, el más utilizado fue el Kolff, modificado por Merrill (Ruiz Guiñazú, 1957).

El Kolff Brigham constaba fundamentalmente de un tambor (cilindro) de malla de acero inoxidable que giraba semi sumergido dentro de

¹⁹⁴ Cleveland junto con Boston, Richmond, Los Ángeles y Denver fueron los centros de trasplantes renales más importantes de los Estados Unidos durante las décadas de 1950 y 1960 (Petrolito, 2009).

¹⁹⁵ Demostrando claras virtudes e inclinaciones por la invención e innovación técnica, Kolff fue realizador de otros órganos artificiales tales como corazón artificial (éste lo probó en trabajos experimentales con perros en 1957) y ojo artificial (Petrolito, 2009).

un baño de composición electrolítica¹⁹⁶ mantenido a una temperatura constante de 40° C. (El llamado baño de diálisis). Sobre el tambor se arrollaba en espiral un tubo de celofán por el que circulaba la sangre, estableciendo de ese modo una gran superficie de contacto con el baño. El circuito por el cual circulaba la sangre era el siguiente: se realizaba una cánula a una arteria de mediano calibre del paciente (casi siempre la radial) y, aprovechando la presión arterial sistémica, se la hacía circular por tubos rígidos de plástico en los cuales se intercalaba un medidor de flujo. Al llegar al tubo de celofán que se encontraba sobre el tambor, el diámetro de la tubuladura aumentaba bruscamente por lo que la sangre se disponía en la forma de capa fina, la presión caía a cero y entonces ya progresaba gracias a la gravedad dentro del espiral rotante. Al final del celofán era aspirada por la presión negativa de una bomba. De allí, la sangre pasaba directamente a una vena, generalmente del codo, en la que previamente se había hecho una cánula (Ruiz Guiñazú, 1957).

Este modelo sirvió para dializar enfermos renales agudos solamente, ya que no tenía entre sus funciones la de extraer agua (cuestión crucial en el caso de los crónicos). Luego de siete sesiones de diálisis, el paciente agudo, por lo general, recuperaba sus funciones renales y se consideraba curado. Fue el primero que llegó al IIM por gestión de Ruiz Guiñazú, como se verá en las próximas secciones.¹⁹⁷

Coil (bovinas de Kolff) y Travenol Twin Coil

En 1956, un becario del equipo de trabajo de Kolff, en la *Cleveland Clinic*, simplificó aún más la construcción del modelo Kolff original e ideó uno que necesitaba poco espacio. Era práctico desde el punto de vista clínico pues podía usarse al lado de la cama del enfermo (Firmat, Brusco & Etchegoyen, 1959). Este fue el desarrollo del llamado riñón de “bovina” o “bovina de Kolff”.

¹⁹⁶ Los baños electrolíticos más comúnmente usados se preparaban con diferentes cantidades de cloruro de sodio, bicarbonato de sodio, cloruro de potasio, magnesio y calcio, conservando una osmolaridad semejante a la de la sangre mediante la adición de glucosa. Esto evitaba el pasaje masivo de agua del baño al enfermo, cuestión que podía producir una rápida y fatal sobrehidratación (Ruiz Guiñazú, 1957).

¹⁹⁷ En el Anexo 3 se pueden ver fotos del modelo Kolff y de los restantes que siguen a continuación.

En ese mismo año, en colaboración con el laboratorio Trávenol, Kolff introdujo un modelo más práctico y económico: el “*Travenol Twin Coil Kidney*”, cuyo nombre se debía al hecho de que se componía de dos serpentinas (coils) enrolladas alrededor de un cilindro de material plástico (Firmat, Brusco & Etchegoyen, 1959). También fue llamado “*Twin Artificial Kidney*” (Petrolito, 2009).

La gran ventaja que representaba este aparato respecto al Kolff Brigham es que no era fijo como éste sino que podía trasladarse. Además, tenía la particularidad de que la unidad era descartable, por eso también se lo llamó *Travenol Disposable Twin Coil* (Manzor, 2006b). Con este modelo fue posible dializar a los crónicos ya que tenía por función extraer agua, cuestión crucial en este grupo de enfermos en los que la actividad renal ya no podía realizar dicha función.

Modelo de planchas o placas: Modelo Kiil

Este prototipo fue realizado en 1960 y consistía en un conjunto de membranas en forma de placas planas agrupadas de dos en dos. Entre cada par de membranas se ubicaba una malla plástica que le daba consistencia. La sangre circulaba por el interior de las dos membranas y el dializado entre las membranas y la malla plástica. Todo el sistema se encontraba encerrado en una estructura rígida e indeformable. La principal ventaja de estos dializadores era su mayor eficacia respecto al Kolff y al Coil en lo atinente a tener un bajo índice de coagulación de la sangre en diálisis, baja resistencia al paso de agua y fácil control de ultrafiltraciones.¹⁹⁸

¹⁹⁸ Existió un cuarto modelo de aparato de diálisis, llamado capilar o también de fibra hueca –surgido a mediados de los años 60 y que se usa en la actualidad- que no incluí ya que se implementó en el IIM hacia el final de nuestro período de análisis. Este dializador reúne un numeroso haz de finísimos capilares encerrados y dispuestos dentro de una caja plástica. La pared de dichos capilares es la membrana dializante. La sangre circula por el interior de los capilares y el líquido de diálisis circula en sentido contrario, por el interior del compartimiento rígido, bañando los capilares por su parte externa. La diferencia más importante con los prototipos anteriores es que el capilar en vez de poseer una membrana para la diálisis (que separaba dos concentraciones de sustancias) contiene capilares (tubos pequeños) que reemplazan la función de la membrana en los anteriores modelos (Petrolito, 2009).

6.3. Producción local de conocimientos sobre injertos y trasplantes

Desde comienzos del siglo XX en el medio local se llevaron a cabo investigaciones sobre el tema general de trasplantes e injertos. Entre 1900 y 1920 hubo una primera producción de conocimiento sobre trasplantes en general y en el marco de objetos de las especialidades de la cardiología, la traumatología y la dermatología.

En las décadas siguientes, entre 1920 y 1940, la producción aumentó y se expandió hacia temas propios de otras especialidades tales como la oftalmología, la otorrinolaringología, la gastroenterología y la hematología, entre otras.¹⁹⁹ Fue en este período cuando se produjo la primera investigación local sobre el tema de injertos y trasplantes renales: en 1938, se presentó un trabajo sobre los injertos definitivos de riñón, en el marco del primer año de adscripción a la Cátedra de Patología Quirúrgica y en el del Instituto de Fisiología, bajo la dirección de Houssay (Malfatti, 1938). Esta investigación consistió en una sistematización del estado y la evolución de los conocimientos, experimentales y clínicos, sobre injertos y trasplantes renales, principalmente, en cuanto a las diferentes técnicas empleadas y estandarizadas hasta entonces y los diferentes resultados obtenidos según se tratara de experiencias de auto, homo o hetero injerto.²⁰⁰ La cuestión de las técnicas era un asunto de extrema relevancia en este tema ya que aludía al problema fundamental de injertos, esto es, la unión vascular. En este trabajo se reconocían cuatro tipos de técnicas, entre las cuales se destacaba la utilidad de la triangulación con los hilos de apoyo (procedimientos de Carrel)²⁰¹ (Malfatti, 1938).

En el tercer período que identifiqué, entre 1940 y 1960, existió un aumento significativo en la producción de conocimiento sobre el tema en

¹⁹⁹ Véase cuadro 1 del Anexo 3.

²⁰⁰ Recuérdese que *autoinjerto* y *autotrasplante* significan respectivamente la unión vascular de un órgano o parte del mismo en el lugar que primitivamente ocupaba en el individuo o en nueva locación pero en el mismo individuo. *Homoinjerto* u *homotrasplante* es el trasplante de un órgano de un individuo a otro de la misma especie y *heteroinjerto* o *heterotrasplante* es aquel que se efectúa entre animales de diferente especie.

²⁰¹ Hasta ese momento las estructuras vasculares se suturaban y se utilizaban cánulas de hueso o de metales preciosos. Alexis Carrel, cirujano y Premio Nobel de Medicina en 1912 por sus trabajos sobre sutura vascular y trasplante de vasos sanguíneos y órganos, ideó un nuevo sistema de sutura que evitaba unir directamente los bordes vasculares. Con ello conseguía evitar las hemorragias postoperatorias y la formación de coágulos sanguíneos. Con la sutura de los extremos hacia fuera o revertidos, en el interior no quedaban hilos sueltos que favorecieran la formación posterior de trombos (Malfatti, 1938).

todas las especialidades. Esto se encuentra asociado al hecho de que en el medio internacional, a partir de los años 40, las investigaciones sobre el tema de injertos y trasplantes resurgieron como objetos posibles de ser estudiados de la mano de la perspectiva de la inmunología celular e inmunogenética, antes comentada (Lowy, 1987a, 1987b).

Las investigaciones experimentales y clínicas sobre injertos adquirieron un impulso y desarrollo singular por parte de miembros que integraban la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, en el Hospital Muñiz, dirigida por Raúl Vaccarezza:

“En el año 1945, un tanto casualmente, al realizar un estudio sobre los efectos de la ligadura de la aorta en la médula espinal, efectuamos un injerto vascular. Desde esa fecha en adelante, hemos seguido con el tema, extendiéndolo a los injertos de órganos, a las reacciones anatómicas y funcionales de los mismos y a la resección del huésped. Como es lógico tratándose de un problema que toca la cirugía, la anatomía patológica, la fisiología y la inmunidad, lo hemos abordado en un team formado con Oscar Croxatto y Mahelz Molins” (Lanari, 1954: 2).

Alfredo Lanari, Eduardo Mahelz Molins y Oscar Croxatto realizaron suturas y homoinjertos de aorta y pulmón en perros y publicaron ambas experiencias en 1949 y 1950 respectivamente.²⁰² Asimismo, realizaron trabajos sobre homoinjertos de pulmón en perro, mostrando que el injerto de un lóbulo de pulmón constituía un procedimiento de realización posible en perros y que el pulmón mostraba anatómica y funcionalmente caracteres normales (Lanari, Molins & Croxatto, 1950). Tres años más tarde, publicaron sus experiencias sobre autoinjertos de pulmón en perros en las

²⁰² En el primer caso se trataba de un trabajo donde se describía la técnica empleada para suturar los extremos de la aorta torácica sin interrumpir la circulación por un lapso mayor de 6 minutos. La investigación sobre la aorta torácica se vinculaba, entonces, a soluciones que se pensaban podían ser útiles para el problema relacionado con la anoxia (falta casi total de oxígeno en un tejido), a partir de la cual, una vez desencadenada una serie de contingencias, éstas podían sortearse ante la posibilidad de añadir un segmento de aorta, sea un hétéro o un homoinjerto, con probabilidades de lograr su supervivencia. A este respecto, en el trabajo los autores reconocían que los resultados que se habían obtenido hasta entonces eran contradictorios. Pues, si bien las comunicaciones de varios científicos (tales como Carrel, Capelle, Borst y Enderlen, Goodman y Sencert, entre otros) señalaban que habían conseguido algunos resultados favorables en homoinjertos de arterias, los estudios eran escasos en tiempo y en número de animales y abundaban los resultados negativos como los de Williamson y Mann, quienes en 1947 condenaban al homoinjerto como un procedimiento no admisible en cirugía humana (Lanari & Croxatto, 1949).

que se obtuvieron buenos tiempos de sobrevida (indefinidas).²⁰³

En 1954, Lanari presentó su trabajo de Tesis de Profesorado, “El problema general de los injertos y trasplante de órganos”. Allí sistematizaba el estado internacional de los conocimientos hasta el momento y, a su vez, presentaba las investigaciones sobre injertos vasculares y de órganos, sobre el autoinjerto de pulmón, en las cuales había participado, junto con Croxatto y Molins, en el seno de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, dirigida por Vaccarezza (Lanari, 1954).

Lanari, Croxatto y Molins continuaron sus trabajos sobre homo y autoinjertos de pulmón en perros. Retomaron sus resultados sobre la corta e indefinida sobrevida en uno y otro respectivamente, y la responsabilidad que en éstos le atribuían a factores biológicos individuales, y procedieron a comparar la sobrevida de las células bronquiales cuando se las colocaba *in Vitro* (Croxatto, Lanari & Molins, 1955).

Así, en el marco de trabajo comprendido en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis se desarrollaron investigaciones experimentales sobre injertos, las cuales no sólo se ciñeron al problema técnico de las conexiones vasculares sino también se efectuaron algunas experiencias preliminares inmunológicas y otras sobre el tiempo de vida de tolerancia del injerto u órgano fuera del organismo durante el trasplante (Lanari, 1968), prevaleciendo investigaciones sobre injertos de pulmón y aorta.

6.4. La construcción institucional y cognitiva de la Sección Nefrología en el IIM. El origen y los desarrollos de la diálisis y los trasplantes renales

Al poco tiempo de la creación del IIM en julio de 1957 y de la instalación del personal de la Tercera Cátedra de Clínica Médica en el Hospital Tornú a fines de ese año, se inauguró la Sección Nefrología. Su organización temprana y rápido desarrollo fue posible a raíz de la convergencia de

²⁰³ Allí concluyeron que el autoinjerto de pulmón, sin que se suturasen nervios ni arterias bronquiales, era posible de realizar, siempre que, entre la extracción del pulmón y el injerto posterior, no pasara un tiempo mayor de 60 minutos. En el pulmón injertado no comprobaron alteraciones después de varios meses de realizado el injerto, lo que consideraban afirmaba que en el caso de homoinjertos debían actuar factores biológicos de orden individual que impedían su sobrevida más allá de un pequeño lapso de tiempo (el que oscilaba entre 5 y 12 días) (Lanari, Croxatto & Molins, 1953).

distintos elementos.

Por un lado, confluyeron recursos humanos y una acumulación local previa en investigación sobre injertos y trasplantes. Dichas competencias en el tema provenían de las investigaciones experimentales sobre injertos de aorta y pulmón, realizadas por Lanari, Molins y Croxatto en el marco de su trabajo durante años previos (1940-1950) en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, antes aludidas. Molins ocupó el cargo de Jefe de Cirugía y Croxatto de Anatomía Patológica desde el comienzo del IIM y, a su vez, participaron en las primeras experiencias de trasplantes desde sus respectivas especialidades.

Por otra parte, la conformación de la Sección y de los desarrollos asistenciales y de investigación sobre diálisis y trasplantes fue posible gracias a la convergencia de oportunidades técnicas y enfermedades disponibles asociadas a tales investigaciones y tratamientos. Primero, la oportunidad técnica radicó en la adquisición del primer aparato de diálisis que hubo en el país, y de los conocimientos y destrezas para su manejo, por parte de un miembro del IIM, Alfonso Ruiz Guiñazú, quien lo instaló y comenzó a utilizar en la Sección. Segundo, el IIM contaba con un caudal de enfermos renales que no tenían solución paliativa ni curativa a sus dolencias, el cual aumentó rápidamente a raíz de la puesta en funcionamiento del riñón artificial para diálisis.

Ahora bien, por sí misma esta confluencia de elementos no explica la construcción de esta Sección ni tampoco su temprano despegue. Fueron la voluntad y decisión de Lanari en calidad de director del IIM, y según su propia incursión en la investigación sobre injertos desde la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, lo que hizo de la construcción institucional y cognitiva de la Sección Nefrología una de las principales y más estratégicas apuestas dentro del IIM.²⁰⁴

²⁰⁴ Una inspiración más lejana y general, aunque no por eso menos relevante e influyente, sobre la construcción e impulso singular que Lanari como director del IIM decidió imprimirle a la Sección Nefrología en el IIM, estuvo dada por los estudios sobre la fisiología del riñón, emprendidos por el grupo de Houssay, Braun Menéndez, Fasciolo, Leloir, Muñoz y Taquini. Véase al respecto, en el capítulo 2, las investigaciones sobre el sistema renina angiotensina que desarrolló este grupo. Recuérdese que Lanari se formó con Houssay y con ese grupo de médicos, con quienes no sólo compartió socialización científica sino también posiciones político académicas en el marco más amplio de la Facultad y del ámbito de la clínica. Ruiz Guiñazú, colega y contemporáneo de Lanari,

¿Qué significa o qué implica pensarla en términos de apuesta?

Por un lado, ello supone entender que detrás del crecimiento y el desarrollo de una determinada especialidad/sección –en el cruce de su doble carácter disciplinar e institucional- se encuentra siempre un conjunto de voluntades individuales que, guiadas por criterios de diversa naturaleza (organizacional, cognitiva, pragmática), ejercen decisiones para otorgarle un impulso diferencial a dicha especialidad/sección con relación a las restantes. Este es el sentido de la idea de apuesta de investigación que aquí sostengo: el crecimiento de una especialidad/sección o línea de investigación en el marco de una institución particular no es resultado de un mero proceso de generación espontánea ni debido a una lógica puramente cognitiva, esto es, por una acumulación mayor de conocimiento en dicha área. Por el contrario, dicho crecimiento es resultado de acciones y decisiones humanas con posiciones directivas y organizacionales con capacidad de injerencia en el diseño y modelado del conjunto institucional.

Por otro lado, el énfasis que se coloca en este carácter axiológico y volitivo –subjetivo- no supone pensarla en términos de una racionalidad de anticipación sustentada en una planificación previa. Antes bien, dichas decisiones se produjeron en términos de orientaciones pragmáticas que operaron sobre el devenir de condiciones convergentes, visualizadas como oportunidades y recursos por quien conducía los destinos iniciales del IIM:

“El énfasis en la investigación nefrológica ha sido en parte circunstancial; simplemente fue el hecho de que al tener un riñón artificial vinieron muchísimos enfermos que lo necesitaban (...) Entonces, lógicamente, la investigación se hace de acuerdo a las necesidades que surgen” (Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, Ciencia Nueva, 1970: 29)

En este marco, en mayo de 1958, comenzó a funcionar el primer Servicio de Nefrología y Diálisis del país en el IIM.

La sección se dividió en tres subsecciones de hecho: 1) el servicio de diálisis, 2) el laboratorio de investigación experimental y 3) trasplantes. El equipo de diálisis se conformó con Alfonso Ruiz Guiñazú como Jefe del

valoraba la figura de éste como precursora en el tema de trasplantes renales (Ruiz Guiñazú, 1985).

Servicio, y a su vez con Jaime Coelho y Manuel Arce. Luego se sumaron Jorge Firmat, Laura Yelinek, Elvira Arrizurieta y Rodolfo Martín. La sección experimental (Fisiopatología Renal) estuvo a cargo de Elvira Arrizurieta; y la parte clínica de trasplantes, a cargo de Jorge Rodo, quien trabajó en colaboración con los cirujanos Eduardo Mahelz Molins, Marcelo Torres Agüero y Gilberto Gallo Morando, equipo al que se agregaron poco después el urólogo José Garcés y Rodolfo Martín (Ruiz Guiñazú, 1985).

6.4.1. Diálisis

Sus figuras. El entrenamiento con los pioneros

La figura de Alfonso Ruiz Guiñazú desempeñó un rol central en la constitución de esta subsección. Fue él quien obtuvo tanto el primer aparato de diálisis como el entrenamiento necesario para su manejo durante su estadía de formación en el exterior:

“Yo creo que acá todo surgió por iniciativa de una persona o de un grupo de personas (...) Lo del riñón artificial surge por la inquietud de Lanari, Ruiz Guiñazú, Firmat, que era el jefe de la parte de riñón asistencial, digamos, que hacían la diálisis y Ruiz Guiñazú fue el jefe anterior a Arrizurieta en hacer riñón experimental (...) es una idea que tienen 2 ó 3 personas; creo que Ruiz Guiñazú, incluso, lo pagó con plata que le dieron los suegros Yo soy muy amigo de Magdalena, la hermana y a veces charlamos de eso; yo creo que eso surgió así. Entonces, cuando Ruiz Guiñazú trae el riñón se junta con Firmat” (Semeniuk Guillermo, investigador del IIM, Sección Neumonología, 4º Jefe, entrevista personal, 6 de diciembre de 2008).

Proveniente de una familia con alto capital cultural y económico dentro de la estructura social argentina de entonces (hijo del embajador argentino en Ginebra, Enrique Ruiz Guiñazú), Alfonso Ruiz Guiñazú cursó estudios superiores en el extranjero. El primer año de Medicina, en la Universidad de Ginebra y entre 1939 y 1940, el segundo año, en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Real Universidad de Roma. A su regreso al país, debió realizar la carrera de Medicina desde el comienzo, para luego una vez egresado, entre 1945 y 1949, ingresar como practicante honorario al Hospital Ramos Mejía (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Ruiz Guiñazú Alfonso N° 8944).

Su incursión en el estudio de la fisiología del riñón se dio a partir de 1949 cuando comenzó a trabajar con Eduardo Braun Menéndez en el Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME), en temas relacionados con fisiología renal y metabolismo hídrico y electrolítico. Esta experiencia le otorgó la base de especialización que lo llevó a realizar su entrenamiento en el extranjero en tal campo de conocimientos.

En 1952 fue becado para trabajar en el Hospital *Peter Bent Brigham*, en Boston, en el laboratorio de riñón que dirigía John Merrill. Allí rápidamente se integró al equipo encargado del riñón artificial y, con ayuda de ese aparato, llevó a cabo un trabajo de investigación sobre la función renal y desarrolló también investigación clínica de la acción de diferentes inhibidores de la anhidrasa carbónica en enfermos con edemas (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Ruiz Guiñazú Alfonso N° 8944).

Cuando regresó a la Argentina, en 1954, se incorporó a la Tercera Cátedra de Clínica Médica y al Centro de Investigaciones Cardiológicas, ambos dirigidos entonces por Taquini, donde trabajó en temas relacionados con riñón y metabolismo hídrico y electrolítico. Su plan de tesis de doctorado versó sobre “Metabolismo del potasio” y fue dirigido por Taquini. Sin embargo, nunca llevó adelante ese proyecto y, en 1961, cambió de tema y de director: el nuevo título de la tesis fue “El riñón artificial y su uso en clínica”, bajo la dirección de Lanari. El plan de ejecución de la tesis consistía en trabajar con el riñón artificial y con material de enfermos de la Tercera Cátedra de Clínica Médica (ya en 1961 a cargo de Lanari) en el IIM (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Ruiz Guiñazú Alfonso N° 8944).

Asimismo, en 1957, a su regreso al país de su estadía de trabajo con Merrill en Boston, Guiñazú logró trasladar un riñón artificial Kolff Brigham. Primero se exhibió en una exposición privada en un centro cultural en Buenos Aires y luego se instaló en el Instituto del Diagnóstico donde comenzó a ser utilizado en la atención privada de pacientes renales. Luego, con la colaboración de un ayudante logró realizar una réplica del modelo Kolff Brigham. Éste se hizo en forma completamente artesanal, gracias a los esquemas y diseños manuscritos que había traído desde Estados Unidos

(Manzor, 2010a). Dicha réplica resultó un modelo exitoso y fue utilizada para diálisis.²⁰⁵

Otra figura central en los momentos iniciales de conformación de esta subsección fue Elvira Arrizurieta. En 1961 ingresó al IIM y se abocó desde un principio a aprender el manejo del riñón artificial y a entrenarse en la parte asistencial de diálisis. Al año siguiente obtuvo una beca de iniciación del CONICET y, desde entonces, comenzó a virar desde la clínica del riñón y la diálisis hacia la investigación más propiamente experimental, pasando a conducir la Subsección Fisiopatología Renal del IIM: este giro dado a partir del ingreso al CONICET como becaria se completó cuando en 1963 obtuvo una beca de perfeccionamiento y luego, durante los dos años siguientes, una beca externa de dicho Consejo para realizar estudios de posgrado sobre fisiología del riñón, en el Departamento de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill. A su regreso al país, en 1969, ingresó a la carrera de investigador del CONICET. Este desempeño de investigación se vio complementado desde un comienzo por su vocación docente: en 1964 fue designada ayudante de 1º honoraria en la Cátedra de Medicina (ex Tercera Cátedra de Clínica Médica) y también tuvo participación en la organización de las residencias en nefrología en el IIM (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Arrizurieta Elvira N° Legajo 79071) (Manzor, 2010b).

“Yo estuve a cargo de diálisis junto con otros 4 compañeros más, durante 5 años más o menos. Hasta que después se generaron las residencias en nefrología. Porque hasta ese momento sólo había residencias en medicina interna. O sea que nosotros éramos los pioneros. Fuimos quienes impulsamos en el país la residencia en nefrología. (Arrizurieta Elvira, investigadora del IIM, Sección Nefrología, 2º Jefa, entrevista personal, 22 de octubre de 2007).

A partir de las estadias de trabajo de Guiñazú y Arrizurieta, y de los lazos personales y cognitivos trazados entre ellos y sus referentes en los centros norteamericanos, se conformaron los dos pilares centrales en lo atinente a las vinculaciones internacionales más estrechas que la sección de

²⁰⁵ En el Anexo 3 pueden verse los manuscritos. No queda claro si el aparato Kolff que primero probó en forma privada en el Instituto del Diagnóstico fue el que llevó luego al IIM o si el nuevo aparato replicado por él, en forma artesanal, fue el que se instaló en el IIM.

nefrología del IIM construyó durante los años iniciales: a través del primero, con el grupo de Merrill en Boston y mediante la segunda, con el de Gottschalk en la Universidad de Carolina del Norte.

Otra de las figuras centrales en Diálisis fue Jorge Firmat, quien no sólo jugó un papel de singular importancia en el IIM sino también en el ámbito local de la nefrología, en particular en trasplantes renales, tanto en sus desarrollos cognitivos, técnicos como en su organización asistencial. Asimismo, recuérdese que fue uno de los que encabezó las reformas en la enseñanza de la medicina, impulsando las residencias médicas en el ámbito de la clínica médica local:

“Firmat, pionero indiscutido en la Nefrología moderna, porque Ruiz Guiñazú fue el pionero de la parte de equipamiento y de darle el impulso. Firmat estaba muy empapado con la política del hospital, de llegar con la Nefrología a todo el mundo y acá se aceptaba a todo el mundo; era un hospital público (...) en ese momento, la primera causa de la enfermedad era el aborto séptico y el hospital recibía de todos lados. Y Firmat, aparte de formar a mucha gente, fue uno de los primeros que comenzó a conseguir subsidios para solventar el tratamiento de diálisis (...) porque antes tener un paciente en diálisis, fundía al hospital si no había quién lo pague... Y lo subsidió el Ministerio de Bienestar Social de esa época. Intercedió. Había tenido ciertas relaciones en los gobiernos de Lanusse. Firmat, aparte, fue Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; un cargo público importante. Y fue el 3º Jefe de Servicio” (Zucchini Alberto, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 11 de marzo de 2009).

Su ingreso al IIM fue en 1960, con una trayectoria previa de formación intensiva en estudios de fisiología de riñón durante 4 años en el extranjero. Recibido de médico en 1950, luego de realizar concurrencias en neurología en el Hospital Alvear y en el Hospital Ramos Mejía, hizo su residencia en Estados Unidos, en el *Memorial Center for Cancer and Allied Diseases* en Nueva York. Allí, entre 1954 y 1958, ocupó diferentes cargos: primero fue asistente *junior* en el Departamento de Medicina, dependiente del *Memorial Center*; luego fue adscrito en la División Experimental de Cirugía y Fisiología del *Sloan Kettering Institute* y del *Memorial Center for Cancer Research*; en su tercer año de residencia fue adscrito a la sección de

endocrinología y estudios metabólicos y finalmente ocupó el cargo de jefe de residentes del Departamento de Medicina del *Memorial Center*. Esta experiencia no sólo fue de vital importancia para la adquisición de conocimientos en fisiología general y de riñón sino también, como se ha visto en el anterior capítulo, para la capitalización personal del sistema de residencias como modo de entrenamiento de post graduación médica y su posterior socialización, en su regreso al país, siendo uno de los impulsores de la organización de las primeras residencias médicas en el medio local.

Asimismo, durante sus dos últimos años en Estados Unidos luego de terminar el ciclo completo de la residencia, fue médico agregado en la División Experimental de Cirugía y Fisiología del *Sloan Kettering Institute* y del *Memorial Center for Cancer Research* y luego “*Special Fellow*” del Departamento de Medicina de dicha División. Entre las tareas que debía desempeñar según ese puesto, figuraron tanto la investigación como la enseñanza clínica a los estudiantes del último año del *College* de Medicina de la Universidad de Cornell (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Firmat Jorge N° 46676).

Como se ha visto en el capítulo anterior, cuando regresó al país, antes de ingresar al IIM, fue Director de Residentes y Coordinador de Investigaciones del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y Jefe de la Sección Riñón Artificial que se iniciaba allí. Su paso por esta institución se limitó a la organización e impulso de esta sección y de las residencias médicas principalmente, ya que pronto regresó al IIM.

Su reinscripción en el IIM fue solicitada por Lanari debido a que la Subsección Diálisis había visto reducir su personal momentáneamente debido al viaje de entrenamiento en el exterior emprendido en 1963 por uno de sus miembros: Manuel Arce.

“Vuelve a la Argentina y empieza en el grupo del CEMIC. Pero simultáneamente, Manuel Arce, que estaba acá, es becado para irse a Harvard. Y se fue allá. Y entonces, Lanari que era amigo de Firmat, le dice “Venite para el Instituto”. Entonces, Firmat vuelve, sin ser del hospital, ni siquiera, como jefe” (Zucchini Alberto, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 11 de marzo de 2009).

Manuel Arce, al poco tiempo de recibirse de médico, en 1955, ingresó en la Tercera Cátedra Clínica Médica cuando aún ésta se encontraba bajo la conducción de Taquini. Luego, cuando Lanari ganó el concurso de dicha Cátedra y fue nombrado director del IIM, Arce fue uno de los médicos que reclutó, desde la estructura heredada de los tiempos de Taquini, para integrar el IIM recién creado.

Arce ganó una posición como médico de planta y como docente honorario en el marco de los concursos abiertos en los momentos iniciales del IIM (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires, Archivo General. Legajo de Arce Manuel N° 58144; Arce Manuel, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 25 de agosto de 2010).

Al poco de crearse la Sección Nefrología, y la Subsección Diálisis, con Ruiz Guiñazú como jefe, Arce comenzó a repartir su trabajo entre clínica médica y diálisis. Su incursión en esta última fue la continuación de las tareas que antes había desarrollado junto a Guiñazú desde la Tercera Cátedra y en calidad de asistente de diálisis en las primeras sesiones que aquél había realizado, en forma privada, en el Instituto del Diagnóstico.

La práctica de diálisis

En 1958, ya con el riñón Kolff Brigham instalado por Ruiz Guiñazú en el IIM, Arce pasó a integrar el equipo de diálisis junto con otro de los miembros, Jaime Cohelo.

El manejo del aparato Kolff requería de un equipo entrenado y bien coordinado de médicos, laboratoristas y enfermeras. Todos ellos debían conocer y monitorear no sólo el funcionamiento mecánico (y sus potenciales problemas) sino todos los factores que intervenían en la diálisis. Su utilización requería de un equipo complementario: un fotómetro de llama, en el cual se determinaba rápidamente las concentraciones electrolíticas en la sangre del paciente que se iba a dializar y con ello se guiaba la composición y el preparado de los baños de diálisis (Ruiz Guiñazú, 1957).

Asimismo, todo el material que entraba en contacto con la sangre debía esterilizarse. Los diferentes tubos que formaban el circuito cerrado que se colocaba entre arteria y vena debían ser armadas cada vez, cuidando que no hubiera soluciones de continuidad por las que pudiera escaparse la

sangre, entrar agua o aire al baño. Este preparado y procedimiento artesanal requería un monitoreo constante. La principal labor de los enfermeros era controlar la presión arterial, el pulso y la respiración del enfermo, los cuales debían medirse cada cinco minutos al comienzo de la diálisis y cada diez hacia el final.²⁰⁶ El armado del aparato demandaba más de 2 horas y las diálisis duraban entre 4 y 6 (Arce, 1980).

Arce mostró desde un comienzo un especial interés e inclinación por los trabajos manuales y técnicos (que después derivaría, primero en la generación de prototipos y luego en la fabricación y comercialización en mediana escala de modelos de riñón artificial), haciéndose responsable de la producción artesanal de las cánulas de Scribner²⁰⁷, una vez que en los primeros años de 1960 se difundieron más allá de Estados Unidos:

“Estas cánulas se producían artesanalmente en el IIM. Eran unos tubos de teflón que se le afinaban las puntas y que se introducían, uno en la vena y otro en la arteria del paciente que se iba a dializar. Se cerraba con una “u” de plástico y unas gomitas. Yo las fabricaba acá en el Instituto por imposición de Lanari, Scribner nos había enviado los *kits* para que pudiéramos hacer” (Manuel Arce, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 25 de agosto de 2010).

Hasta 1964 cada hemodiálisis requería la preparación de una arteria, generalmente la radial y una vena cercana, lo que determinaba, de acuerdo al número de diálisis, varias heridas con los naturales peligros de infección, sobre todo cuando se utilizaban los vasos de las piernas con las correspondientes molestias para el enfermo y el tiempo empleado por el

²⁰⁶ En algunos casos, también se hacían controles electrocardiográficos. Todo esto debido a que el enfermo que entraba en diálisis tenía modificaciones hemodinámicas durante la misma. Éstas podían ser: aumento de presión arterial, taquicardia, hipotensión, entre otras (Ruiz Guñazú, 1957).

²⁰⁷ Junto a la evolución técnica de los distintos modelos de aparatos de diálisis comentados otras dos innovaciones fueron cruciales para el desarrollo de la diálisis: uno, las cánulas de Scribner y, el otro, el desarrollo de los accesos vasculares permanentes (las fistulas de Cimio y Brescia) (Manzor, 2010b). El primero, permitió el acceso a la circulación sanguínea con las cánulas arteriovenosas de silicona: las llamadas “cánulas de Scribner”. Con estos accesos vasculares, se emprendió la tarea de dializar crónicos terminales. El segundo, implicó el perfeccionamiento de dichas cánulas con el desarrollo de los accesos vasculares permanentes: ello suponía la unión (vía cirugía) de vena y arteria (ya no con cánulas) lo cual hacía que la vena se dilatara y permitiera la circulación fácil y abundante de la sangre (muy útil para dializar porque era un método que dejaba bien fijo el medio de traspaso) (Petrolito, 2009).

médico en cada canulación. En adelante, el procedimiento consistió en la colocación de cánulas de Scribner a todos los pacientes, lo que permitió multiplicar las diálisis sorteando los inconvenientes antes referidos (Lanari, Firmat & Ruiz Guiñazú, 1968). Ello significó un avance en el tratamiento ya que evitaba los repetidos procedimientos quirúrgicos, cuyas heridas se infectaban a menudo, y permitía además un tratamiento prolongado, algunas veces de más de 30 días en enfermos agudos.

Otras mejoras técnicas de la hemodiálisis fueron la heparinización regional, cuyos primeros trabajos fueron hechos por Sánchez Ávalos, de la Sección Hematología. Este procedimiento permitió salvar la vida de muchos pacientes con hemorragias gastrointestinales y post quirúrgicas. Con ese procedimiento disminuyeron las muertes por hemorragias cerebrales que en la primera época alcanzaban un 6% del total. Las diálisis profilácticas y la alimentación precoz por vía oral fueron contribuyentes importantes de la mejor sobrevida lograda. Todos esos avances permitieron mantener a los enfermos con insuficiencia renal crónica en mejores condiciones para luego ser trasplantados (Arce, 1980).

En paralelo a estas mejoras técnicas, y tal como he mencionado, Manuel Arce, emprendió una estadía de formación con el grupo de Merrill en los Estados Unidos, la cual no sólo fue una preparación de posgraduación personal sino una continuación de los lazos que Guiñazú había trazado con el grupo de Merrill en Boston.

Con una beca externa del CONICET, en 1963 Arce se fue a estudiar al servicio de Merrill²⁰⁸, en principio, por el lapso de dos años. En Harvard, se perfeccionó en el estudio de la insuficiencia renal aguda experimental (con modelos de ratón) por medio de micropunturas, tema que terminó conformando su trabajo de tesis doctoral (Manzor, 2007).

Su estadía en los Estados Unidos se prolongó dos años más luego de finalizada la beca debido a un ofrecimiento de la *Tufts University* de Boston para trabajar como jefe de diálisis del Hospital *Lemuel Shttuck* en

²⁰⁸ “De 1963 al 1965, estuve primero en la Universidad de Harvard, fue como *Research Fellow* en el *Cardiorenal Laboratory Peter Bent Brigham Hospital* que era el hospital escuela de Harvard University y también *Assistant in Medicine* in Harvard University (...) Mientras estuve con Merrill, entre 1963 y 1965, tuve la oportunidad de compartir con Joseph Murray los trasplantes. Durante mi estada con Merrill lo conocí a Scribner” (Manzor, 2007: 186).

Cambridge, Massachussets, hasta 1967, año en el que regresó a la Argentina (Manzor, 2007).

Los años posteriores que siguieron a su reinserción en el medio local, y en particular en el IIM, fueron tiempos en los cuales Arce retomó sus intereses y fuertes inclinaciones por los trabajos artesanales. Volcó así todas sus energías para desarrollar un modelo de riñón artificial propio que pudiera ser útil para dializar a los enfermos crónicos (que tuviera por función extraer grandes cantidades de agua por minuto de los riñones).

Por entonces existía en funcionamiento un modelo de riñón Kiil que había sido innovado localmente, con igual propósito, por un médico del Hospital Italiano, Manuel Calvo -motivo por el cual ese aparato había recibido la denominación “modelo Kiil Calvo”-.²⁰⁹ Sin embargo, no había dado los mejores resultados en la diálisis de pacientes crónicos ya que no cumplía con la función primordial: extraer grandes cantidades de agua en un tiempo no mayor de dos o cuatro horas (Manuel Arce, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 25 de agosto de 2010).

Más allá del gusto que previamente Arce había demostrado por los desarrollos técnicos y artesanales innovativos, su estadía como jefe de diálisis del Hospital *Lemuel Shtuck* en Cambridge, Massachussets, fue de suma importancia para la idea que tuvo posteriormente, cuando regresó al país, de desarrollar un mejoramiento del modelo Kiil Calvo. Dicha estadía como jefe de diálisis en Cambridge le brindó conocimientos pero, más importante aún, le permitió realizar contactos con los grupos que en Estados Unidos comenzaban, en 1965, a dializar pacientes crónicos, y retener de esos modelos e innovaciones aspectos que pudieran ayudar construir un prototipo que lograra la extracción de agua, en dosis y tiempos significativos.

Arce construyó, a partir de esas experiencias y modelos vistos en los Estados Unidos, una innovación del modelo Kiil Calvo. Esta tarea comenzó “en el patio de mi casa y lo terminé de construir en el IIM” (Manuel Arce, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 25 de agosto de 2010).

²⁰⁹ “Calvo en posesión del plano de Skeer Leonard junto con el Dr. Herrero armaron el primer riñón Hill (coloquialmente llamado “de planchas”), en una fábrica de amigos del Dr. Herrero en Mercedes, después Calvo los fabricó en serie y se distribuyeron por todo el país” (Manzor, 2005a: 36).

El modelo Kiil Arce consistió en la aneji3n de una manguera en desnivel al aparato herm3tico para que, a trav3s de generar presi3n negativa –por vac3o- se pudiera extraer agua.²¹⁰ La aplicaci3n de di3lisis con este modelo continuaba siendo artesanal, aunque en menor grado que con el anterior, el Kolff:

“Tanto el Kolff como el Kiil eran manuales; depend3a de que alguien est3 mirando que no pase nada; la sesi3n de di3lisis duraba entre 8 y 12 horas; hab3a que estar ah3. Entonces, hab3a desatenci3n o uno iba al ba3o, cualquier cosa, entonces se encog3a la membrana; el paciente ten3a una hipotensi3n tremenda y nadie se daba cuenta o hab3a un sangrado inusitado por el uso de la heparina. Entrada de aire al equipo. Bueno. Cosas tremendas que hac3an que la di3lisis era, inicialmente, un procedimiento con mucho de riesgo importante (...) Lo que ten3a el Kiil como ventaja, era que las placas de acr3lico estaban permanentemente disponibles; entonces, lo 3nico que hab3a que hacer entre di3lisis y di3lisis, era quitar el celof3n, se pon3a uno nuevo” (Zucchini Alberto, investigador del IIM, Secci3n nefrolog3a, entrevista personal, 11 de marzo de 2009).

Recapitulando, en el marco del temprano entrenamiento en di3lisis y fisiolog3a renal que recib3o el personal de esta Subsecci3n (del cual dos de ellos, Arce y Gu3naz3, lo hicieron con el grupo pionero de Merrill pocos a3os despu3s de que 3ste realizara el primer trasplante renal en humanos) y la adquisici3n del primer aparato de di3lisis Kolff por gesti3n de Gu3naz3 en 1957, el IIM se convirti3o en el primer centro de di3lisis en el pa3s.

El servicio de di3lisis del IIM fue, durante los primeros a3os, el m3s activo del pa3s, ya que trataba el 90% de todas las insuficiencias renales agudas (hasta 1975, se trataron m3s de 1200 pacientes) (Arce, 1980).²¹¹

²¹⁰ Arce patent3o en el pa3s este aparato en 1970 (la patente fue por 15 a3os) y abri3 una peque3a empresa dedicada a la producci3n de estos ri3ones artificiales (con los cuales se abastec3a la demanda interna y en algunos casos se exportaron modelos a pa3ses como Paraguay) (Manzor, 2007). “El emprendimiento empresarial prosigui3 hasta 1976, momento en el cual se abri3 la importaci3n en el marco de las pol3ticas de Mart3nez de Hoz y no pude competir con los aparatos que se comenzaron a importar (...) Asimismo, abri3 un centro privado de di3lisis en 1970 que continu3 despu3s de 1976” (Manuel Arce, investigador del IIM, Secci3n Nefrolog3a, entrevista personal, 25 de agosto de 2010).

²¹¹ Entre 1960 y 1970 los centros de di3lisis activos en el pa3s no superaban la decena, entre estatales y privados. Fue a partir de mediados de 1970 que se produjo una eclosi3n de centros privados de di3lisis dedicados al tratamiento de enfermos cr3nicos mientras que la pr3ctica de trasplantes quedaba exclusivamente en manos de la esfera p3blica estatal (Arce, 1980). Muestra de ello, en 1979 se fund3 la Asociaci3n Argentina de Centros Privados de Di3lisis y Trasplantes Renales. Los objetivos fueron mejorar la calidad de la prestaci3n,

Entre 1960 y 1970 el Instituto se fue posicionando en el centro de referencia en investigación y tratamiento en diálisis para pacientes con insuficiencia renal aguda y crónica, con diferente orden de complejidad, cobrando notoriedad científica y pública debido a dichos desarrollos (Agrest, 2003):

“El Instituto se conoció en la Argentina, en todas estas décadas y es conocido hoy en día en el interior porque es “el instituto del riñón”. Justamente, por toda la innovación de Lanari en cuanto al estudio de enfermedades renales en la década del '60, las primeras diálisis y los primeros trasplantes de riñón que se hicieron acá” (Palmitano Iván, médico del IIM, Sección Gastroenterología, entrevista personal, 4 de marzo de 2009).

“Épocas heroicas llamó el Dr. Alfredo Lanari a las vividas en los primeros tiempos donde el riñón artificial funcionaba las 24 horas, aceptábamos todos los enfermos que nos enviaran. Fue una experiencia muy enriquecedora. El riñón artificial en esa época, era el alma del Instituto, porque la experiencia nutría a varias secciones, hematología, hemoterapia, cirugía, varias más, hicimos una experiencia enorme, pusimos las primeras cánulas de Scribner” (Manzor, 2007: 185)

Además de posicionarse como el servicio que brindaba soluciones a los enfermos renales agudos y crónicos, esta subsección creció, por un lado, disseminando el manejo de la técnica de diálisis y su función asistencial a otros espacios institucionales en Buenos Aires primero y, más tarde, en el interior del país. En algunos casos, como mostraré en la última sección, dicha disseminación contó con acumulaciones cognitivas previas, dadas por el entrenamiento que los referentes de tales instituciones habían adquirido años antes en nefrología clínica: ellas fueron CEMIC, Hospital Italiano, Instituto Pombo Rodríguez y Hospital Militar. Por otro lado, la subsección Diálisis del IIM creció a la par de la otra subsección que conformaba la Sección Nefrología, ésta es, la de Trasplantes, preparando, mediante sesiones de diálisis, a los pacientes que iban a ser trasplantados, así como también posteriormente a dicha intervención.²¹²

implementar los recursos humanos y físicos (planta física y equipamiento). Además fue creada una comisión técnica para programar actividades docentes, científicas y de auditoría (Petrolito, 2001).

²¹² He señalado antes que los enfermos cuya disfunción renal no podía revertirse vía diálisis tenían por última y única opción el trasplante renal. Antes de ser trasplantados los pacientes recibían sesiones de diálisis ya que éstas generaban mejores condiciones para aquella

6.4.2. Trasplantes

La Subsección de trasplantes estuvo a cargo de Jorge Rodo: en 1958, Lanari lo puso a cargo del proyecto de trasplantes renales y a Oscar López Blanco, como su principal colaborador. Ambos trabajaron en estrecha relación con la Sección Cirugía, integrada por Mahelz Molins, Marcelo Torres Agüero y Gilberto Gallo Morando. Dicha integración entre secciones se terminó de afianzar cuando se agregaron poco después el urólogo José M. Garcés y Rodolfo S. Martín –éste último, en Trasplantes-.

El acercamiento de Rodo a la nefrología se había iniciado desde su época en la Tercera Cátedra a cargo de Taquini, en el marco de líneas de investigación sobre hipertensión. A partir del momento en que Lanari ganó el cargo de titular de dicha cátedra y se creó el IIM, en un principio Rodo fue, junto con Agrest y Teitelbaum, integrante de la Sección Clínica Médica del naciente instituto (Manzor, 2004b).

Las primeras experiencias de trasplantes renales se remontaron a años anteriores a la conformación del IIM.

Desde la Tercera Cátedra de Clínica Médica, aún funcionando en Uriburu y Charcas, se realizó la primera experiencia clínica de trasplante renal. Esto ocurrió en junio de 1957, cuando Lanari, Molins, Rodo y Croxatto realizaron un trasplante de riñones de un feto a término a un joven de 15 años con insuficiencia renal terminal. El injerto no fue exitoso, muriendo el enfermo a los 10 días y sin que hubiere seguridad de que los riñones funcionaron en algún momento (Lanari, 1968; Manzor, 2004b: 222).

El segundo trasplante fue realizado en 1961, ya en el IIM, en una niña que había sido nefrectomizada (esto es, se le había quitado el riñón) por un accidente operatorio en otro hospital. En esta ocasión, el resultado fue más alentador porque la enferma vivió más de 30 días, la mayor parte del tiempo sin necesidad de hemodiálisis, hasta que se produjo el fallecimiento por una falla del riñón trasplantado, con signos discretos de rechazo (Lanari, 1968; Arce, 2010).

intervención. Asimismo, eran dializados después de recibir el trasplante. La cantidad de sesiones dependía de cómo había sido la recepción del nuevo órgano en cada caso, es decir, cómo éste respondía y evolucionaba.

“El 18 de noviembre del 1961, la niña N.G. de 8 años requirió un trasplante, este caso comenzó cuando un médico de Ayacucho le palpa un bulto y la envió al hospital de niños, el que era jefe de cirugía por un error quirúrgico le extirpa el único riñón que tenía (riñón en torta) y queda anéfrica. Consultado el Dr. Carlos Gianantonio la envía para dializar al instituto, la recibimos y se trasplanta con un riñón de una chica muerta de encefalitis sarampionosa. Solo requirió una diálisis postoperatoria. Comenzando a orinar el 9º día y alcanzó una diuresis de 1500 cm³ al día. Como no tenía medios de inmunosupresión, la tratamos como había hecho Jean Hamburger en París, en 1955, con irradiación subletal, para evitar el rechazo. Falleció por sepsis, 39 días después. En la necropsia, no había signos de rechazo en el riñón. La evolución favorable, durante varias semanas del mencionado trasplante, nos estimuló para seguir en ese plan” (Manzor, 2004b: 223).

Los primeros trasplantes se realizaron con dadores vivos (familiares próximos) y cadavéricos también²¹³.

En el caso de los donantes vivos se practicaron fundamentalmente entre familiares, dado que no se contaba con otro método para evaluar la compatibilidad entre donante y receptor que el factor y grupo sanguíneo. Sumado a ello, recuérdese que en este campo de estudios para entonces primaba la individualidad genética como marca para asegurar compatibilidad. Como se ha visto antes, fue recién después de mediados de los años 60 que la inmunogenética aportó nuevos marcos de conocimientos para legitimar que la aceptación y el rechazo del órgano trasplantado podía ser según grados (y no del tipo “todo” o “nada” como sostenía la inmunología celular y la genética), a través de los estudios de histocompatibilidad y los *tests* de este tipo, difundidos después de 1965:

“Conviene recordar en qué circunstancias debíamos concretar nuestros intentos. No existían otros medios de histocompatibilidad que el grupo sanguíneo, y para los dadores vivos poco después se pudo agregar el cultivo mixto linfocitario (realizado por Dra. Tschudi de Lanari). Por eso en los comienzos hubo predominio de dadores vivos en los trasplantes”. (Manzor, 2004b: 223).

²¹³ Aunque, recuérdese, al poco tiempo se descartaron los trasplantes con dadores cadavéricos debido al poco éxito de sus resultados (altas tasas de rechazo). Véase la sección I al respecto.

En el caso de la práctica de trasplantes con donantes cadavéricos, dado que no existía por entonces ningún tipo de legislación al respecto ni se había establecido el concepto ético ni jurídico de muerte cerebral, el paciente donante de órgano debía estar muerto clínicamente:

La falta de legislación en torno a la muerte cerebral y la única vía de medir compatibilidad existente a través de los análisis de sangre no eran los únicos condicionamientos que obstaculizaban la práctica de trasplantes y su ampliación a más y distintos tipos de enfermos que no fueran entre familiares próximos. A ellos se sumaba otro problema: la posibilidad de contar con un donante demandaba un despliegue de estrategias de alerta y rápida intercomunicación entre hospitales públicos en una época en la cual el desarrollo de las telecomunicaciones distaba del actual. Esto no era en absoluto un elemento trivial si se tiene cuenta que el tiempo de isquemia de un riñón –es decir, conservando sus funciones fuera del organismo vivo- no sobrepasaba las 12 horas:

“Como primera medida podía usar riñones de pacientes después de muerto clínicamente porque no existía el concepto y la ley de muerte cerebral que lo permitiera. Para usar un riñón tenía que ser de un muerto y uno tenía que estar enterado que se estaba por morir un paciente. Por ejemplo: nos avisaron de una paciente que había sido baleada en el Hospital Fiorito a las 2 de la mañana, comenzábamos a movilizar a la gente, ir con el auto, atravesar la Capital, con un recipiente con hielo, la comunicación era difícil”. (Manzor, 2004b: 222).

A partir de mediados de la década de 1960, con la aparición de los desarrollos de los estudios de histocompatibilidad y con la aplicación de drogas inmunosupresoras, los procedimientos fueron tomando mayor complejidad y ampliando a su vez las posibilidades de realización de trasplantes. En este marco, la Subsección Trasplantes comenzó a estrechar vínculos de trabajo con dos secciones afines y subsidiarias en lo atinente a analizar y dar respuestas a los problemas más usuales en trasplantes: aceptación y rechazo inmunogenético del órgano. Estas secciones fueron: Hematología (con Rafael Celani Barry y Julio Sánchez Ávalos) e Inmunología (con Agustín Dalmaso y María Marta Elizalde de Bracco)

(Lanari, 1968; Rodo, 1997).²¹⁴ Asimismo, continuó trabajando a la par con Anatomía y Patología (con Ricardo Paz). Como muestra de ello, en el marco del 2º Congreso Internacional de trasplantes, realizado en septiembre de 1968 en Nueva York, el Instituto presentó los siguientes trabajos: 4 casos de cáncer del dador en el receptor y otro surgido de la colaboración entre Paz y Sánchez Ávalos y Rodo sobre coagulación intravascular en el rechazo (Manzor, 2004b).²¹⁵

Hasta 1968, en el IIM se habían realizado 31 trasplantes riñón (4 con dador de riñón vivo y 27 de cadáver): 2 enfermos que recibieron riñón de dador vivo (madre) vivieron aunque con insuficiencia renal relativa, incorporándose en sus desempeños laborales al año y medio de operados. Tres enfermos con riñón de cadáver vivieron, aunque con insuficiencia renal relativa, en buenas condiciones a los 16 meses, 11 meses y dos meses de injertados (hasta 1968). Dos enfermos injertados con riñón de cadáver vivieron más de 6 meses: uno murió de insuficiencia renal y el otro de una hepatitis viral. Los restantes murieron por diversas causas al cabo de 2 meses (Lanari, 1978a). Para 1977, en el IIM se había realizado 130 trasplantes de riñón (Manzor, 2004b).

No todos estos casos, a lo largo de los años señalados, tuvieron las mismas condiciones ni reconocimientos en tanto pacientes: recuérdese que los pacientes crónicos recién recibieron diálisis a partir de 1965 ya que hasta entonces sólo los agudos eran asistidos con tal tratamiento, tanto debido a condicionamientos técnicos como de prioridades sanitarias de atención. La diálisis era muy costosa y debía en ese marco, desde una racionalidad política, seleccionarse algunos casos, los más urgentes y probables de obtener éxito. Los crónicos, hasta 1965, debido a los límites técnicos de los aparatos de diálisis existentes, no aseguraban altas tasas de éxito en sus diálisis. Por eso en el mundo y aquí se dializaba sólo a los enfermos agudos (Manuel Arce, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal,

²¹⁴ Esta aproximación de las dos especialidades/secciones del IIM hacia la de Trasplantes coincide con el movimiento que en el plano de este campo de estudios hacía por entonces el marco de la inmunogenética, y su condición de posibilidad: el acercamiento entre ésta y la hematología (Löwy, 1987a). Véase sección 1.

²¹⁵ Asimismo, Stutman y Zingale (1963). En el cuadro 2 del Anexo 3 pueden observarse las colaboraciones señaladas entre dichas secciones, reflejadas en las publicaciones individuales o en colaboración que tuvieron sus integrantes.

25 de agosto de 2010).

En el caso de los trasplantados, desde una situación en 1965 de nula legislación, ni amparo institucional o político, pasaron a partir de 1977 a disponer de las primeras regulaciones y organización de bancos de dadores.

¿Qué quiero señalar? Los enfermos no fueron pacientes en su inicio ni se conformaron como tales de una vez y para siempre. En ambos tipos de tratamientos, la diálisis y el trasplante, existió un proceso mediante el cual los enfermos cobraron entidad médica y social, convirtiéndose en pacientes, es decir, sujetos de tratamiento y asistencia. Ello se fue desarrollando a lo largo de estos años no sólo ni principalmente debido a los condicionantes y avatares técnicos o cognitivos, según su evolución en este campo de estudio en el plano internacional y el modo en que aquéllos fueron recibidos y aplicados en el medio local. El pasaje de enfermos a pacientes también estuvo atado al devenir político y social local, a medida que aquéllos empezaron a ser reconocidos con derechos de atención y asistencia tanto a partir del surgimiento de los marcos legislativos que pasaron a contemplar y regular los trasplantes y la diálisis como a partir de la aceptación y la demanda más amplia operada desde el conjunto de la sociedad, o al menos desde parte de ella.²¹⁶

6.4.3. La insuficiencia renal aguda (IRA) y crónica (IRC): dispositivos de investigación y atención. De enfermos a pacientes

Los enfermos renales se constituyeron como dispositivos de investigación y de asistencia para los miembros de las Subsecciones Diálisis y Trasplantes. Por un lado, sirvieron de material de estudio y análisis sobre el cual aquéllos produjeron conocimientos científicos que les otorgaron reconocimiento local e internacional. Por otra parte, los enfermos fueron el objeto sobre el cual intervinieron al mismo tiempo en términos asistenciales y terapéuticos, obteniendo por ello reconocimiento social y público, desde el punto de vista de la importancia sanitaria que tales conocimientos e intervenciones adquirieron en tanto proveyeron soluciones a problemas de salud individual y poblacional.

²¹⁶ Si bien esta dimensión social y política de la enfermedad y de estos tratamientos no fue explorada en profundidad en esta tesis, es objeto de mi plan de trabajo futuro en el proyecto de investigación postdoctoral. Por eso quise mencionarla.

Entre 1958 y 1966 el IIM recibió 633 pacientes con IRA para su estudio y tratamiento. La recopilación y sistematización de estos casos fue utilizado para llevar a cabo un estudio en el cual se buscaron las causas sociales y médicas más frecuentes que se encontraban detrás de los casos atendidos durante aquellos ocho años.

Así, se dividió la IRA por etiologías y se las clasificó por orden de frecuencia: en el primer lugar, por aborto séptico (142 casos de 633; 22%) y, en segundo, por transfusión incompatible (129 de 633; 20%), llegando a conformar casi la mitad de los casos. En tercer lugar, por post cirugía (93). “El porcentaje global de sobrevida fue del 43%, variando según la etiología: mayor sobrevida, por ejemplo, por aborto séptico (80%) y menor en post quirúrgicos cardiovascular, entre otros” (Lanari, Firmat & Ruiz Guiñazú, 1968: 254).

Las principales causas de la IRA, el aborto séptico y la transfusión incompatible, mostraban la vinculación con ciertas características socio-económicas y culturales de sectores sociales pobres, lo cual coincidía con el tipo de población con la que se había conformado la muestra de 633 pacientes: proveniente del Gran Buenos Aires y de los barrios más pobres de la Capital Federal (90% de los casos). El caso de la transfusión incompatible mostraba también falencias del sistema de salud y del correspondiente control de los bancos de sangre y precauciones elementales para la transfusión (Investigación en Clínica Médica. Reportaje a Alfredo Lanari, Ciencia Nueva, 1970). Así ya lo expresa Lanari:

“La transfusión de sangre incompatible representa hoy el accidente más frecuente que acompaña a la transfusión sanguínea. Es la mayor parte de las veces producto de negligencia, irresponsabilidad, incapacidad o defectos de organización. Existen en nuestro país las causales mencionadas antes en grado tal que resulta imprescindible la intervención de los organismos directivos de la sanidad para remediar una situación de lamentables resultados” (Lanari, Paz, Coelho & Castillo, 1965: 72)

Asimismo, existía una incidencia etiológica similar a la experiencia reunida en el IIM en otros centros y hospitales de Capital, a los que habían asistido un número significativo de enfermos con IRA como el CEMIC en el

Hospital Rivadavia, con 220 enfermos hasta julio de 1966, en el Hospital Militar, con 139 casos y en el Hospital de Niños Gutiérrez, con 162, hasta la misma fecha en ambos (Lanari, Firmat & Ruiz Guiñazú, 1968; Lanari, 1978a).

Las líneas de investigación sobre trasplantes y diálisis orientadas a estabilizarlos como tratamientos clínicos de rutina para los enfermos con IRA e IRC tuvieron un desarrollo sostenido y creciente desde los años iniciales del grupo del IIM, entre 1960 y 1980²¹⁷, lo cual redundó en la institucionalización y generalización de este tratamiento para los enfermos renales, quienes, a lo largo de estos años, se fueron constituyendo en pacientes.

Así, la progresiva estabilización de los conocimientos producidos en torno a los trasplantes originó transformaciones profundas en la terapéutica que benefició a los enfermos renales, quienes gracias a los nuevos tratamientos pudieron tener una mayor sobrevida o adquirir mayor calidad de vida por largos años. Ello no constituyó sólo ni principalmente un suceso científico sanitario: como sugieren Fox y Swazey (2009), la importancia social y la significación cultural del trasplante ha sido tan central como su valor científico médico y de salud.²¹⁸

Asimismo, la estabilización del trasplante en la década de 1970 (y la diálisis como un procedimiento previo y complemento indispensable previo a la realización de trasplantes) y su extensión y alcance para los enfermos renales terminales crónicos estuvo condicionada según decisiones de prioridades de políticas sanitarias, éticas y legislativas (e incluso valores religiosos) que fueron diferentes según los contextos nacionales.²¹⁹

²¹⁷ Esto se visibiliza en el Cuadro 2 de publicaciones, véase en el Anexo 3.

²¹⁸ Como dije antes, si bien en esta tesis esta dimensión no es foco del trabajo realizado, la alusión en torno a la literatura que la abordó es una referencia obligada que abre exploraciones futuras. En este sentido, Lock (2002) indaga sobre las ontologías de la muerte, la cultura del morir y vivir y las políticas en torno a los cuerpos y sus partes antes y después del advenimiento de las prácticas de trasplantes en un trabajo etnográfico en donde compara dos sociedades culturalmente opuestas, como paradigmas de occidente y oriente: Estados Unidos y Japón. Explora las transformaciones introducidas por tales tecnologías y dispositivos médicos, sobre lo que significa vivir y morir, mostrando su carácter situado y no menos universal que la ciencia, la medicina y los conocimientos y tratamientos derivados. Éstos se han ido conformando y modelando desde su mismo desarrollo inicial por dimensiones culturales, religiosas, políticas y económicas, cuyas especificidades se inscribieron en forma diferente según los contextos sociales particulares.

²¹⁹ En algunos países se privilegió el trasplante directo en vez de la diálisis, en otros se

En 1970, dado que a partir de las técnicas de histocompatibilidad y la medicación inmunosupresora el trasplante se había estabilizado como una práctica, cuando Lanari expresaba cuáles eran las principales dificultades en trasplantes renales, destacaba que éstas no eran de índole científico médicas sino de orden político:

“La dificultad mayor es la legislación; no se puede sacar ningún órgano a una persona muerta por accidente, o que se ha suicidado, hasta que no se haga la autopsia judicial. Hasta ese momento no se la puede tocar. Entonces uno no puede usar, por ejemplo, individuos que se mueren por ejemplo en un accidente automovilístico, o sea individuos que tienen los riñones en perfectas condiciones. En el caso del riñón no hay ningún problema ético puesto que el riñón si se los extrae durante la primera hora posterior a la muerte y se lo enfría dura dos o tres horas más; no se puede comparar con el problema del corazón. Sin embargo, en nuestro país, por inercia o incapacidad de comprender, no se puede usar ese tipo de dador (...) Evidentemente, desde el punto de vista de la compatibilidad inmunológica, el dador familiar es mejor que el dador muerto porque los miembros de la familia están mucho más relacionados genéticamente con el enfermo. Pero lo más importante no son los dadores vivos pues éstos siempre son un grupo pequeño. El problema futuro hay que considerarlo con dadores muertos y hay que esperar un cambio en la legislación y en el espíritu de los familiares”. (Investigación en Clínica Médica. Reportaje a Alfredo Lanari, Ciencia Nueva, 1970:1).

En este marco, los pacientes que disponían de medios se trasladaban a centros extranjeros y muchas veces con fondos otorgados por el Ministerio de Bienestar Social. El acceso a la práctica de trasplantes restringido sólo a enfermos con recursos económicos comenzó a ser problematizado y se instaló la necesidad política de disponer de instrumentos y criterios que regularan y legalizaran el concepto de muerte cerebral.

Como suele suceder en la dinámica social, las prácticas se originan y extienden, precediendo a sus regulaciones y normativas. Casi veinte años después de la efectuación de los primeros trasplantes renales en el país,

manifestaron diferencias en la elección de dadores vivos o cadavéricos –constatándose fuertes resistencias a estos últimos en países con fuerte tradición católica (Italia, Grecia y Argentina) y en el caso de las sociedades estructuradas sobre la base de credos como el budismo y la cultura musulmana, las reticencias a tales tratamientos fue aún mayor y más compleja (Lowy, 1986).

estos fueron objeto de pericia y regulación estatal local, posibilitando la organización de los primeros bancos de dadores cadavéricos para la donación de órganos. En el caso de la diálisis, incluso llegó a transcurrir más tiempo hasta que se promulgó una legislación para su regulación.²²⁰

En el medio local, a partir de 1960 con la creación de la Sociedad Argentina de Nefrología (SAN)²²¹ y la conformación de diferentes espacios tales como congresos abiertos a la discusión, no sólo científica sino también de índole política y social en torno a la regulación de un campo en gestación, fueron la antesala de las normativas sancionadas en los años 70, con las cuales los enfermos dispusieron de una plataforma legal que pasó a reconocerlos como pacientes.

²²⁰ En 1977 se sancionó la ley 21541 que creaba un instituto regulador, el Centro Único de Coordinación, Ablación e Implante (CUCAI), para todos los aspectos que la práctica de los trasplantes exigía. La ley reguladora de la práctica de diálisis recién fue promulgada en 1983 (Ley 22853 de hemodiálisis). En 1976 la Secretaria de Salud Pública de la Nación convocó a Jorge Rodo, del IIM, a Oscar Morelli, del Instituto Pombo Rodríguez y a Mario Turín y Luis Jost, del CEMIC, para que, junto con funcionarios de la Secretaría, diseñaran y redactaran la ley que permitiera el uso de dadores cadavéricos (Rodo, 1997) –en la última sección daré precisiones sobre las inserciones institucionales y roles de dichos nombres en el ámbito del desarrollo local de diálisis y trasplantes-. “La consecuencia de introducir el concepto de muerte cerebral en la ley permitió la realización de los trasplantes de todos los órganos que se realizan hoy, en nuestro país, a la par que en otros países del mundo. Es oportuno señalar que el trasplante de riñón, por ser éste un órgano doble y el único que dispone de un órgano artificial (diálisis), que puede mantener al paciente durante años y ponerlo en mejores condiciones para el trasplante, ha estimulado y creado condiciones para el trasplante de otros órganos posteriormente” (Manzor, 2004b: 224).

²²¹ En 1960 el Instituto de Semiología de la UBA gestionó, a través de su director -Oswaldo Fustinoni-, la visita de Jean Hamburger, mediante el auspicio de la Embajada de Francia, para dictar un curso de nefrología general durante el lapso de 15 días (Manzor, 2004). Hamburger no sólo dirigía el grupo francés que realizó el primer trasplante renal en el Hospital Nécker, sino también había sido el impulsor de la creación de la Sociedad Internacional de Nefrología en 1960 -cuando también se realizó en Evian, Francia, el Primer Congreso Internacional de Nefrología-. A raíz de aquella visita de Hamburger al país, Fustinoni y un grupo de colaboradores, iniciaron reuniones con el objeto de concretar la fundación de la Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) que, finalmente, se creó el 15 de Septiembre de 1960 con socios fundadores tales como Alfredo Lanari, Manuel Arce, Alfonso Ruiz Guiñazú, Jorge Firmat (todos miembros del grupo de nefrología del IIM) y Víctor R. Miatello, Norberto Quirno y Oswaldo Fustinoni, entre otros (Rodo, 1997). La SAN dependía en sus orígenes de la Asociación Médica Argentina (AMA). Su conformación estuvo atravesada por algunos conflictos de representación entre la nefrología de Buenos Aires y los grupos del interior (de los cuales el más fuerte era el de la provincia de Córdoba) que no se sentía en igualdad de condiciones en cuanto a injerencia, espacios y cuotas de representación. Estos vaivenes iniciales, sin embargo, se saldaron y no se produjo la creación de una sociedad paralela regional como por momentos llegó a plantearse por parte del grupo del interior. En 1970 se desarrolló en la ciudad de Córdoba el Primer Congreso Argentino de la especialidad. Asimismo, en este Congreso se fundó la Sociedad Latinoamericana de Nefrología (Manzor, 2008). Un antecedente de esta sociedad fue el llamado “Club del riñón” que consistía en reuniones semanales o quincenales promovidas por Braun Menéndez y que se realizaban en el IIM. Allí, se discutían cuestiones sobre medio interno del riñón y fisiopatología- (Manzor, 2004).

6.5. Diseminación de las prácticas de diálisis y trasplantes: otros espacios institucionales

El IIM no sólo recibió notoriedad pública y científica en el ámbito de la salud pública, legitimándose con la población de enfermos renales o construyendo legitimidad científica local vía el reconocimiento de los centros pioneros en el tema en el plano internacional.

A partir de 1960 el IIM se fue posicionando como el centro de referencia en investigación y tratamiento en diálisis y trasplantes renales también a través de la formación de profesionales y el establecimiento de relaciones con otras instituciones locales, en las que fue diseminando aquellos conocimientos y *expertise* –más tarde difundidos asimismo al resto del tejido hospitalario de la ciudad de Buenos Aires-.²²²

Las instituciones que compartieron el espacio local con el IIM, brindando tales servicios asistenciales, disponían de una acumulación previa en el tema a partir de la inserción de sus referentes en el ámbito de la nefrología clínica. Aquéllas fueron: 1) el Instituto Pombo Rodríguez, 2) el Hospital Militar, 3) el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y 4) el Hospital Italiano (Rodo, 1997).

Primero, a partir de 1960, Víctor Raúl Miatello²²³ se posicionó desde el Instituto Pombo de Rodríguez en un centro de referencia de nefrología clínica. Este Instituto se erigió como una Fundación a partir de la donación del edificio que efectuó Hermenegilda Pombo de Rodríguez, pero pasó a depender en términos administrativos de la Academia Nacional de Medicina (Manzor, 2004d).

El Instituto se organizó sobre la base de dos servicios: uno de nefrología, a cargo de Miatello, Oscar Morelli y Luis Moledo, y otro de cardiología, cuya sección quirúrgica estaba a cargo de Jorge Albartal y la parte clínica en manos de Abel Bengolea (éste, proveniente del IIM) (Gastón López, Residente del Instituto Pombo Rodríguez, entrevista

²²² Otros centros donde se diseminaron las prácticas de diálisis y luego de trasplantes entre fines 1950 y a lo largo de 1960 fueron el Hospital Argerich (Roberto Iotti, Daniel Manzor) –y, más hacia fines de 1960 y durante 1970, el Sanatorio Güemes y Sanatorio Santa Isabel (con Emilio Haas, Jaime Perez Loredo) (Manzor, 2006c).

²²³ Fue el primer referente local de nefrología clínica. En sus comienzos se radicó en el Hospital de Clínicas. Miatello y su escuela fueron pioneros en el estudio y práctica de la biopsia renal para su uso diagnóstico (Gotlieb, 1994).

personal, 25 de agosto de 2010). Éste fue un instituto de internación de pacientes derivados de otros hospitales, principalmente de pacientes renales que recibían asistencia de diálisis: en 1962 adquirieron el riñón artificial modelo *Travenol Disposable Twin Coil* y en 1969 realizaron el primer trasplante (Manzor, 2004d).

En segundo término, en el Hospital Militar, entre 1960 y 1962 la División de Nefrología se conformó con 2 secciones. Una dirigida por Félix Cantarovich que asistía a los enfermos agudos renales con diálisis y la otra a cargo de Amílcar Challú, que constaba de consultorios donde se realizaba exploración funcional renal. El grupo de Cantarovich y Challú se reconocía continuador de la labor del grupo de Miatello, dentro del espectro de referentes locales y, con respecto al medio extranjero, con el grupo francés de Hamburger. Por cierto, Cantarovich se formó personalmente con él (Manzor, 2004c).²²⁴

El tercero de los grupos fue el equipo de nefrología del CEMIC. Éste creció con Norberto Quirno²²⁵ como jefe, sumando a Félix Etchegoyen y Luis José, y luego a Mario Turín. El primero inició allí el laboratorio de medio interno, en el cual se estudiaban los enfermos renales propios y también los derivados por el Hospital Rivadavia (Manzor, 2005b).

El inicio de las prácticas de diálisis fue con la colaboración de Ruiz Guñazú y de Jorge Firmat, ambos miembros del IIM. El primer riñón

²²⁴ El Hospital Militar no fue la única institución de las fuerzas armadas que invirtió y desarrolló espacios en trasplantes y diálisis renales. En 1965 también se inauguró la práctica de trasplante renal en el Hospital Aeronáutico Central, en la sección de nefrología a cargo de César Agost Carreño y Alfredo Margalef. Contaron con ayuda de miembros del IIM: en cirugía, Molins Maelhz y en la parte clínica, con López Blanco y Rodó. También dializaban con un modelo Coil Trávenol a los pacientes que no tenían lugar en el IIM (Manzor, 2006a). La existencia de dos hospitales militares argentinos involucrados en estos desarrollos pioneros en el país no es un caso fortuito ni aislado. El interés militar por el desarrollo médico de los trasplantes e injertos es parte del origen e impulso de éstos (Véase sección 1 de este capítulo).

²²⁵ Norberto Quirno desde la Sala XX del Hospital Rivadavia había incursionado en esta especialidad. Recuérdese que Quirno había estado al frente de la sección de Fisiopatología Renal en el Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana, dirigido por Castex, y luego en la sala XX había continuado desarrollando clínica sobre enfermedades renales (véase capítulo 2). En 1959, luego de ser designado profesor adjunto en la 1° Cátedra de Clínica Médica, Quirno solicitó una licencia de dicho cargo con el propósito de estudiar el funcionamiento del Centro de Insuficiencias Renales a cargo del profesor Jean Hamburger, en el Hospital *Necker* de París, durante un lapso de dos meses. Dos años más tarde, tomó otra licencia para visitar, durante los meses de febrero y marzo, el Centro de Hamburger en París y otro en Madrid, dirigido por Jiménez Díaz (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Quirno Norberto N° 19603).

artificial (modelo Coil o bovinas de Kolff) con el cual comenzó a dializar el grupo del CEMIC fue facilitado por gestión de Firmat a su regreso al país en 1959, luego de su estadía como residente en los Estados Unidos.

Aquél se encargó de su instalación y volvió a su lugar de trabajo originario, el IIM, siendo Etchegoyen quien lo puso en marcha en el CEMIC. Esta dinámica de colaboración y afinidad con los miembros del IIM se plasmó también en la estadía de trabajo por dos años que Etchegoyen realizó en el servicio de Fisiología Renal, *Memorial Center - Sloan Kettering*, entre 1959 y 1960, después de la rotación que por allí había hecho Jorge Firmat antes y por la cual se abrieron posibilidades para Etchegoyen (Manzor, 2005b: 5).

Pero, más allá de ese contacto puntual, la vinculación internacional del grupo del CEMIC fue con el grupo de nefrología del Hospital *John Hopkins*, perteneciente a la misma Universidad, a partir del viaje que inició Luis Jost, becado por la Fundación *Kellog*, en 1963. De hecho, a su regreso al país, dos años más tarde, afianzó la colaboración con dicho grupo que continuó otro miembro del grupo del CEMIC: Mario Turín.²²⁶ Becado en 1965, también por la Fundación *Kellog*, fue trabajar durante cuatro años con el grupo del Hospital de la Universidad de *John Hopkins*, en Baltimore. Entonces, allí se comenzaba a dializar con el aparato Kiil (planchas) a pacientes crónicos y fue en esta técnica que se especializó Turín, dentro del marco de las tareas asistenciales que cumplió durante su estadía, además de realizar investigación clínica con enfermos renales. En 1968, Turín participó del primer trasplante renal efectuado en el Hospital *John Hopkins* (Turín Mario, Ex investigador del CEMIC, actual rector del Instituto Universitario, entrevista personal, 31 de agosto de 2010).

En 1968 el CEMIC comenzó con el programa de diálisis para crónicos, con el nuevo modelo Kiil adquirido y en 1970 se realizó el primer trasplante renal –con más de 15 años de sobrevida-. Ese mismo año se instaló un laboratorio de histocompatibilidad, desarrollando estudios de la

²²⁶ Su ingreso en el CEMIC fue en 1963 en calidad de residente de Medicina interna, durante los dos primeros años y, en el tercero, con una rotación por nefrología. Su acercamiento a esta especialidad había comenzado antes, cuando apenas recibido tuvo unos meses de trabajo en el Hospital Italiano con José Petrolito y Hernán Herrero (Turín Mario, Ex investigador del CEMIC, actual rector del Instituto Universitario, entrevista personal, 31 de agosto de 2010).

evolución y mejoramiento de dicha técnica.²²⁷ (Turín Mario, Ex investigador del CEMIC, actual rector del Instituto Universitario, entrevista personal, 31 de agosto de 2010).

El cuarto y último grupo fue el del Hospital Italiano con Enrique Fongi como jefe de nefrología y José Petrolito²²⁸ y Hernán Herrero como asistentes. En el año 1962, Hernán Herrero viajó a los Estados Unidos, a la *Cleveland Clinic*, donde se contactó con Kolff, quién ya había empezado a dializar pacientes crónicos. Simultáneamente tomó contacto con el programa de trasplante renal que Kolff había encarado a partir de 1963 (Petrolito, 2009).

Entre 1964 y 1965 en el Hospital Italiano se comenzó a desarrollar un programa de diálisis crónica de acuerdo a la experiencia recogida por Herrero en la *Cleveland Clinic* junto a Kolff (Petrolito, 2009). Luego se amplió la diálisis a pacientes crónicos con el “Modelo Calvo”, de producción local. Asimismo, en 1965 este grupo realizó el primer trasplante (Manzor, 2005a).

En 1968 Kolff fue invitado a la Argentina para dictar una serie de conferencias en el Hospital Italiano, en las cuales se concentró en aspectos relacionados con la diálisis crónica. Simultáneamente visitó el servicio de diálisis del Hospital Italiano, en el cual ya por entonces estaban dializando pacientes crónicos con el riñón plano (copia del Kiil) (de planchas), construido por Calvo.²²⁹ En ese momento el servicio contaba con 10

²²⁷ Cuando en 1977 se creó CUCAI con la ley de trasplantes este laboratorio del CEMIC pasó a ser su laboratorio de referencia (Turín Mario, Ex investigador del CEMIC, actual rector del Instituto Universitario, entrevista personal, 31 de agosto de 2010).

²²⁸ José Petrolito inició su incursión e interés en la nefrología clínica asistiendo a los cursos sobre medio interno que se dictaban en la Fundación Roux Ocefa (por Fongi y Lancestremer), los dictados por Vaamonde en el Hospital de Clínicas y también los cursos de Daniel Gómez en la Clínica Modelo de Morón, entre 1955 y 1956 (Manzor, 2005).

²²⁹ En ese momento, Kolff también visitó el servicio de nefrología del Hospital de Clínicas de Córdoba, dirigido por Federico Garzón Maceda (Petrolito, 2009). El origen de este servicio se remonta a mediados de 1950. A partir de una conferencia en el Círculo Médico de Córdoba que brindó Ruiz Guiñazú en 1954 luego de su regreso de Boston, éste difundió todos los conocimientos adquiridos con Merrill y las novedades acerca de las primeras diálisis y trasplantes renales. A partir de ella, Maceda decidió formarse en nefrología en Estados Unidos. No consiguiendo hacerlo con Merrill, se fue a Boston, Massachusetts, e hizo medicina interna en *New England Deaconess* (un hospital privado de la congregación metodista) y en la Clínica Joslin, filial de la Universidad de Harvard. Allí estaba la proximidad con Merrill y su grupo, a quien luego pudo contactar e intercambiar experiencias de trabajos. Antes de volver al país, pasó dos meses entrenándose en el uso del modelo Coil Trávenol en el Hospital de Georgetown en Washington. A su regreso al país en 1958, con esta acumulación en el exterior, Maceda impulsó las prácticas de trasplantes y

enfermos en diálisis crónica y en lista de espera para trasplante renal (Petroliato, 2009).

En el entramado institucional y de figuras que se conformó entre estos cuatro espacios y el IIM no faltaron dinámicas de colaboración y rivalidad científica. Este segundo sentido principalmente se dio entre las instituciones de “nuevo tipo” –volcadas a la investigación-, como el CEMIC, el Hospital Italiano y el IIM –así éstas se posicionaban y a la vez eran clasificadas de ese modo por las de “viejo tipo”, como el Instituto Pombo-, y aquellas instituciones (y referentes) que antecedían al IIM en la nefrología clínica local, es decir, Miatello y su grupo. Este último fue el que menos vinculación tuvo con el IIM. Este hecho no supuso indiferencia o desconocimiento entre dichas instituciones y referentes. Por el contrario, el personal del primero tenía cierta tensión con el estilo de los miembros del IIM.²³⁰

El CEMIC fue la institución que, a diferencia de la anterior, más lazos de colaboración trazó con el IIM. Esto se debió en gran medida a la proximidad entre sus directores, Quirno y Lanari, tanto en lo atinente a la valoración y estima académicas entre ellos como a la convergencia de sus proyectos institucionales, fundamentalmente en lo atinente a visiones y modelos de enseñanza médica.²³¹

diálisis renal en Córdoba, desde el Hospital de Clínicas de dicha ciudad. Con Maceda trabajaron otros nefrólogos reconocidos en el medio local: Miguel Ángel Villalonga y José Humberto Flores (Manzor, 2006b).

²³⁰ En el marco de la dinámica de colaboración que en relación a estas prácticas sí mantuvieron otras instituciones tales como CEMIC y, en menor medida, el Hospital Italiano con el IIM, Gastón López, residente del Instituto Pombo Rodríguez a partir de 1968 (durante la jefatura de Miatello) colocaba la ausencia de relaciones entre el Pombo y el IIM en los siguientes términos: el IIM era catalogado como el bando “cientificista”, es decir, conectados con los centros y *journals* de producción de conocimiento en el tema pioneros y de referencia en el contexto internacional y que realizaban investigación experimental y clínica. Eran del “New England” –revista de medicina más prestigiosa-; era el simbolismo de los que leían esa revista, eran los “bostonianos” de Harvard. Miatello era un clínico, más intuitivo, formado en el Hospital de Clínicas con Fustinoni y se insertó siempre dentro de la clínica nefrológica (Gastón López, Residente del Instituto Pombo Rodríguez, entrevista personal, 25 de agosto de 2010). Este testimonio adquiere fuerza si se tiene en cuenta que aún cuando el IIM y el Pombo tuvieron desarrollos paralelos en diálisis y trasplantes no hubo lazos, ni compartieron espacios de trabajo, publicaciones o intercambio o entrenamiento entre sus profesionales. Donde en cambio sí compartieron relaciones fue el ámbito de la SAN.

²³¹ El CEMIC mantuvo rotaciones de sus miembros por el IIM e incluso fue Jorge Firmat (miembro del IIM) quien formó parte de la organización del programa de residencia en el CEMIC e instaló allí el primer riñón artificial. El clima de colaboración entre estas instituciones parece haberse basado fundamentalmente en la estima y respeto que Lanari y

Asimismo, se ha visto cómo estas cinco instituciones conformaron redes de cooperación entre sí en el medio local y con los grupos pioneros del exterior bien diferenciadas. Respecto a la dinámica de relaciones en el medio local, entre los grupos del Instituto Pombo (Miatello) y del Hospital Militar (Cantarovich), por un lado, y los del IIM (Lanari) y del CEMIC (Quirno), por el otro, hubo casi nulas colaboraciones e intercambios, existiendo relativas rivalidades, personales e institucionales, entre el primero y el del Lanari.

Por una parte, el grupo del IIM y el CEMIC trazaron lazos entre sí en términos de entrenamiento del personal científico y de construcción conjunta del sistema de residencias médicas en el país²³² y, por la otra parte, el grupo del Instituto Pombo tuvo mayores acercamientos con el del Hospital Militar.

Las vinculaciones extranjeras del IIM y el CEMIC fueron con el polo norteamericano, *Harvard* en el primer caso y *John Hopkins* en el segundo. Aquí también se ubicaba el grupo del Hospital Italiano que mantuvo lazos con Kolff y el grupo de *Cleveland*. Mientras tanto, el grupo del Instituto Pombo y del Hospital Militar mantuvieron relaciones con el grupo francés de Hamburger.

Estas diferencias en las dinámicas de relaciones con los grupos externos muestran dos orientaciones distintas. Por un lado, el perfil más volcado a la investigación experimental y clínica nefrológica, característico del IIM, del Hospital Italiano y del CEMIC, se vio reforzado con la mayor afinidad construida con los centros norteamericanos, más cercanos al modelo de *research university*, a través del entrenamiento de su personal allí. Por otra parte, la práctica profesional más propia de la nefrología

Quirno tenían entre sí (Entrevista personal a Mario Turín, 31 de agosto de 2010). Sobre la admiración y estima personal de Lanari hacia Quirno, véase Lanari (1973a) en su discurso de ingreso como miembro de la Academia Nacional de Medicina, en reemplazo del sitial N° 31 ocupado por Quirno y vacante por su fallecimiento en 1973.

²³² Como muestra de las actividades de colaboración más estrechas entre el CEMIC y el IIM, otro ejemplo a los ya citados: en 1977 se celebró, en la Facultad de Medicina de la UBA, una Mesa Redonda denominada “Histocompatibilidad e Injerto Renal”, coordinada por Jorge Manni (del IIM) y que reunió a los siguientes participantes: Marta Braun, del Departamento de Investigaciones de la Sección Inmunología del Instituto Roffo; Argimiro Suarez, Jefe de Hematología del CEMIC; a Emilio Haas, del Sanatorio Santa Isabel y finalmente, a Rodolfo Martín del IIM. Entre los panelistas, se hallaban figuras de este campo de investigación tales como Lanari, Jorge Rodo y Julio Sánchez Ávalos del IIM (Medicina, 1977).

clínica que distinguió a las trayectorias del Instituto Pombo y del Hospital Militar dio cuenta de las relaciones privilegiadas, por el contrario, con el polo francés, más históricamente volcado al perfil profesionalista. Estas dos modalidades “cognitivas” de vinculación con los referentes internacionales fueron al mismo tiempo dos estrategias distintas de legitimación que adoptaron tales instituciones vía diferenciación de estilos profesionales al interior del medio local.

De todo lo dicho hasta aquí, se sigue como corolario que la investigación y el tratamiento sobre diálisis y trasplantes renales fueron la apuesta cognitiva y clínica más fuerte del IIM. Ésta se conformó sobre la convergencia de circunstancias y oportunidades técnicas, enfermos disponibles y una acumulación local previa y recursos humanos formados en investigación sobre injertos y trasplantes, principalmente en el marco de su trabajo previo en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis.

La construcción institucional y cognitiva de la Sección Nefrología en el IIM, el origen y los desarrollos de la diálisis y trasplantes y sus usos para dar respuestas a los dos tipos de enfermedades renales prevaecientes estructuraron cognitivamente la tradición, otorgándole identidad hacia su interior y hacia afuera, tanto en el medio social y científico local como en el internacional.

Dicha estructuración cognitiva e identidad lograda en torno a esta especialidad y campo de estudio en particular, se observa también en quiénes conformaron la segunda y la tercera generación de discípulos de la “tradición Lanari”. De ello, así como de otras dimensiones, me ocuparé en el próximo y último capítulo.

Capítulo 7: Continuidades y rupturas de la tradición

En este capítulo analizo un momento posterior del desarrollo y de la consolidación de la tradición dado a partir de la conformación de una segunda y tercera generación de discípulos y de un nuevo mecanismo de reclutamiento y de enseñanza, la Experiencia Pedagógica Curricular (EPC).

Conforme ambos procesos comenzaban a sentar las bases para la reproducción ampliada y el afianzamiento de la tradición, en el plano de la disciplina se aceleraron un conjunto de transformaciones cognitivas y

sociales, con fuertes repercusiones locales, que implicaron condicionamientos al rumbo de ciertas dimensiones de la tradición y del ámbito de la clínica médica más general.

A partir de mediados de 1960 comenzó un proceso de crecimiento y avance de la medicina experimental, de la biología y la bioquímica, respecto a la investigación clínica médica y, en forma simultánea, se estableció la primera regulación para la investigación médica con humanos. Dicha evolución se aceleró, poco tiempo después, debido a cambios epistémicos y técnicos, producto del advenimiento de la biología molecular y la genética en los años 70.

Estas transformaciones tuvieron sus resonancias en el ámbito médico clínico local y en la tradición. En el seno de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC), a partir de 1965, se originaron una serie de disputas y conflictos sobre la naturaleza del ámbito de la investigación clínica médica y de sus más legítimos perfiles profesionales. Nuevos grupos profesionales, los biólogos e inmunólogos, comenzaron a redireccionar los ángulos de discusión en la SAIC y el tipo de publicaciones en la revista *Medicina*. Esto provocó valoraciones positivas y negativas; mientras algunos la consideraban como una “evolución inevitable” y sinérgica para la Sociedad y para la investigación clínica, para otros fue erosionando la configuración y el peso del investigador clínico en comparación con los años de su institucionalización.

En el marco de las transformaciones cognitivas aludidas – y en el contexto local caracterizado por ciclos de inestabilidad política y económica-, el perfil profesional de investigador clínico comenzó a dejar de constituir una opción profesional atractiva para quienes lo desempeñaban, ya que desde su punto de vista resultaba una inversión muy costosa poder adquirir los nuevos lenguajes y técnicas introducidos por la biología molecular y la genética. El resultado fue la disminución paulatina del número de investigadores clínicos en este ámbito en general y en el IIM en particular –especialmente de aquéllos que tenían una dedicación *full time*-.

En sintonía con la dirección que tomaron los cambios disciplinares mencionados –sumado a los intereses de algunos actores locales de cara a la situación de la enseñanza masiva en la Facultad de Medicina-, se diseñó e

introdujo la EPC, reforma que consistió en acentuar la formación básica de la carrera de medicina en el ámbito hospitalario en una relación alumno docente más personal. Esta experiencia dejó huellas en el IIM y en sus alumnos –de los cuales algunos se sintieron discípulos de Lanari, formando una cuarta generación- a pesar de su corta vida, ya que en 1976 fue interrumpida por las autoridades interventoras que ocuparon la Facultad a partir del golpe de Estado que se produjo en marzo de aquel año.

En este encuadre, sostengo que a pesar de los cambios disciplinares ocurridos en la medicina, los conflictos de intereses en la SAIC, los procesos de desdibujamiento y retroceso del perfil del investigador clínico y el final de la EPC, la “tradición Lanari” no dejó de existir.

Aún con su jubilación y el consecuente final de su gestión como director del IIM en 1976, con el cese de la EPC y con la desaparición de Lanari en 1985, muchos aspectos de su tradición se mantuvieron con vida. En particular, el más fuerte fue la reproducción de su estilo de investigación, por parte de los integrantes de la segunda y tercera generación de discípulos, y de sus alumnos de la EPC, en el IIM o en otras instituciones médicas. En un sentido similar operó la permanente rememoración -cierta mística- del IIM como “el Lanari”, actualizada en representaciones pero también en prácticas por quienes alguna vez pasaron por allí.

7.1. Segunda y tercera generación de discípulos

7.1.1. Segunda generación

Los nombres de Felisa Molinas, Elvira Arrizurieta²³³, Jorge Manni y Julio Sánchez Ávalos integran una segunda generación de discípulos. Ello significa que no sólo tuvieron a Lanari de maestro sino a aquellas figuras que se formaron con él durante los años previos a la creación del IIM, es decir, aquéllos que conformaron lo que he denominado su primera generación de discípulos.

²³³ Sobre esta trayectoria de formación y trabajo en el IIM, véase capítulo 6.

Dichos miembros de la segunda generación se recibieron entre fines de 1950 y mediados de la siguiente década, ingresando al IIM también por esos años en calidad de residentes. Felisa Molinas y Sánchez Ávalos pertenecieron a la Sección Hematología, Arrizurieta a Nefrología y Manni a Inmunología.

Felisa Molinas ingresó al Instituto en 1962 para realizar su residencia médica. En el marco del trabajo de laboratorio previsto para los residentes, eligió insertarse en el de hematología, teniendo como director al 1º jefe de dicha sección, Rafael Celani Barry.

“Yo digo que acá tuve como dos “padres” sustitutos; dos “padres” en Medicina, digamos ¿no? Rafael Celani Barry y Alfredo Lanari; yo les debo muchísimo a ellos (...) En un comienzo, la tarea de mi jefe fue en la parte de Hemostasia, los estudios de coagulación, recuento de plaquetas (citoquímica). Después, con Sánchez Ávalos; en la parte de coagulación y, como a él le interesaba toda la parte de riñón, trabajé con él y en riñón. (Molinas, Felisa. Investigadora del IIM, Sección Hematología, 4º Jefa, entrevista personal, 12 de diciembre de 2008).

Al igual que los primeros discípulos de Lanari, realizó una estadía de entrenamiento en los Estados Unidos, en Denver y en Chicago. La línea de investigación con la que trabajó en el IIM a su regreso fue la de Metabolitos en Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis:

“Estuve trabajando ahí en investigación clínica. En Denver, sobre todo le interesaba a mi jefe –un alemán-, le gustaba probar medicaciones, drogas que tienen efecto sobre la función plaquetaria; yo tuve el caso de la aspirina. Y después, en Chicago, mi jefe me puso a estudiar pacientes con hemodiálisis” (Molinas, Felisa. Investigadora del IIM, Sección Hematología, 4º Jefa, entrevista personal, 12 de diciembre de 2008).

Jorge Manni es otro referente que identifiqué entre los discípulos de la segunda generación. Después de recibido de médico en 1957, mientras era practicante en el Hospital Ramos Mejía, tomó conocimiento de la experiencia del IIM. Ya en ese entonces, para quienes en el ambiente estudiantil demostraban marcados perfiles y vocaciones académicas, el IIM

era representado como un lugar diferente respecto a los espacios institucionales médicos hospitalarios y universitarios existentes. Su prestigio local se fundaba en su ideología y prácticas de entrelazamiento de investigación, docencia y asistencia clínicas. Fundamentalmente, el IIM era reconocido como “un lugar donde se podía aprender”; uno de los sitios donde habían comenzado las primeras residencias médicas y donde se podía encontrar figuras que oficiaran de maestros.

Manni formó parte de las primeras camadas de residentes e ingresó al Instituto en 1958:

“Yo hice la residencia completa; en la última parte ingresé a algunos proyectos de investigación que estaban en marcha y tecnológicamente algunos de los procedimientos eran inmunológicos y esa fue la casualidad que a mí me gustara mucho eso, que me entusiasmara con eso y me acoplara a un grupo muy entusiasta que había acá (...) En la última etapa de la residencia, colaboraba en planes de investigación. Entonces, Lanari me propuso y me nombraron con un cargo de técnico profesional. Y un día estaba trabajando abajo y Lanari (otra de las cosas a subrayar en esta charla: Lanari todas las tardes se paseaba por los laboratorios, conversando con la gente, tomando un café y viendo, conversando qué era lo que hacíamos). Entonces, un día en la tarde, viene y me dice “¿Qué está haciendo?” y le digo “Mire, estoy haciendo tal y cual cosa”. En realidad, estábamos trabajando en un sistema de tolerancia inmunológica que es lo que actúa en todas las enfermedades (...) “Estoy trabajando en un sistema de tolerancia” que, en realidad, era una buena idea. Entonces me dijo “Ah, qué bien”. Y se va caminando por el pasillo. De repente, oigo que se da vuelta y vuelve. Se ve que se fue pensando la idea. Vuelve, me dice “Manni ¿por qué no pide una beca al CONICET con ese tema? Yo lo voy a apoyar” (Manni, Jorge, Sección Inmunología, 2º Jefe, entrevista personal, 22 de diciembre de 2008).

Manni presentó ese plan de trabajo, por sugerencia de Lanari, y pidió el ingreso a carrera de investigador de CONICET. Luego también le aconsejó, como solía hacerlo con todos sus discípulos, que tuviera una estadía de formación en el exterior, en los Estados Unidos. Con una beca externa de dicho Consejo partió a San Diego, California, en 1966:

“Allá trabajé en los mecanismos de ataque inmunológicos; trabajé en sistemas de complementos y me tocó identificar uno de los componentes de complementos que no estaban, que es el complemento 8, que no estaba identificado. Así que trabajé en eso; identifiqué uno de esos factores de complemento de ataque y trabajé en unos sistemas que eran nuevos en ese momento (...) Cuando volví de California, me volqué mucho a la parte del hospital; ahí fue donde se fue conformando esta unidad de Inmunología Clínica; empezamos a ver pacientes, a hacer observaciones sobre los pacientes; menos básica, más clínica, digamos utilizando metodología, análisis inmunológico pero no persiguiendo algo básico como lo había estado haciendo en los Estados Unidos. Investigábamos cuál era el efecto inmunológico de las medicaciones inmunosupresoras que se usaban en trasplantes. Empezamos a usar inmunosupresión junto con Hematología, en el año '68. Era jefe de la Sección Inmunología y era consultor de la sala, teníamos consultorio externo. Es decir, que ya era un porcentaje de investigación clínica y otro porcentaje de asistencia inmunológica” (Manni, Jorge, Sección Inmunología, 2º Jefe, entrevista personal, 22 de diciembre de 2008).

Julio Sánchez Ávalos también formó parte de la segunda generación de discípulos. Siendo practicante menor interno en el Hospital de Clínicas durante 1957, conoció a Lanari a través de Salvador Zingale -primer Jefe de la Sección Inmunología del IIM- cuando éste estaba desempeñando tareas de residente en la Tercera Cátedra de Clínica Médica.

De ese modo, Sánchez Ávalos se fue integrando en la Tercera Cátedra en forma previa a la creación del IIM y a su radicación en el Hospital Tornú:

“Recuerdo que él me dice “¿Para qué quería ir a la sala?” y yo le digo: “Mire, yo soy practicante y quiero aprender; quiero aprender Medicina”. Entonces, me mandó a verlo al Dr. Agrest, que era el Jefe de Clínica (...) Y bueno, ahí empecé mi actividad como practicante de la sala. A fines del 57, en diciembre, él es nombrado Director del Instituto de Investigaciones Médicas, que se creaba en ese momento (...) fui parte, junto con todos los médicos, de hacer la mudanza de los efectos, todo el material que correspondía a la III Cátedra. Y así que yo hice todo el año 58 como Practicante Mayor, allá. Tenía que ir del Clínicas, como yo vivía en el Clínicas, me iba todos los días al Tornú. Y eso fue mi actividad como practicante; era prácticamente la de un residente –que empezó ese año-; en el año 58 fue la primera camada que hicieron. En el 59, yo me recibí recién en mayo (...) ya en el 59,

ya entro al 1er año de residente como parte de la segunda camada de Residencia” (Sánchez Ávalos, Julio. Investigador del IIM, Sección Hematología, 2º Jefe, entrevista personal, 2 de marzo de 2009).

En su segundo año de residencia, durante 1960, fue jefe de residentes y, al finalizar, se presentó a una beca de investigación del CONICET para estudiar trastornos de hemostasia en los pacientes renales. En 1963, al finalizar esta beca, realizó trabajos de especialización en hematología y oncología en el Hospital Maimónides. Luego de este recorrido de formación inicial en el medio local, fue otra vez Salvador Zingale quien lo ayudó a establecer contactos con la Universidad de Nueva York y fue a trabajar allí por el lapso de dos años (realizó un *fellowship*, un trabajo de investigación y asistencia). A su regreso, se incorporó en la Sección Hematología y hacia finales de 1965 ocupó su jefatura.

7.1.2. Tercera generación

Como exponentes de una tercera generación sobresalen las figuras de Alberto Zucchini, Rodolfo Martín y María Marta Elizalde de Bracco.²³⁴ Finalizaron sus estudios de grado entre mediados de 1960 y los primeros años de 1970, ingresando luego al IIM. Los dos primeros se integraron a la Sección Nefrología y la última a Inmunología.

Alberto Zucchini ingresó en el IIM en 1965 rindiendo el examen de residente de Nefrología. La Residencia oficial empezaba el 1º de mayo de ese año, pero ya había estado trabajando desde dos meses antes. En el momento en que comenzó como residente, el jefe de la Sección Nefrología era Jorge Firmat.

Rodolfo Martín ingresó al IIM en 1968 y su objetivo fue realizar una rotación corta de 4 meses en la sección de Anatomía Patológica. Allí trabajó con Ricardo Paz, quien lo entrenó en la observación y análisis de biopsias renales. Esta fue la vía inicial a partir de la cual comenzó a involucrarse en nefrología, pasando a realizar guardias en dicha sección, con Firmat como

²³⁴ Sobre la trayectoria de los dos primeros, miembros de la Sección Nefrología, véase el capítulo 6.

jefe y Arce como subjefe.

Entre 1970 y 1974, Martín realizó estudios de perfeccionamiento en el extranjero; primero en Berna dos años y luego en Basilea por el mismo lapso de tiempo. A su regreso al país, obtuvo una beca de perfeccionamiento para trabajar junto a Arrizurieta. Luego afianzó su radicación en el IIM con el ingreso a CONICET en el marco de su carrera de investigador (Martín Rodolfo, investigador del IIM, Sección Nefrología, entrevista personal, 7 de julio de 2010).

Otro nombre que se asocia significativamente a esta generación es el de María Marta Elizalde de Bracco. Al poco tiempo de recibirse de bioquímica, en 1972, ingresó al IIM en la sección de Inmunología, en calidad de técnica. Su jefe en ese entonces era Salvador Zingale -1º jefe de de dicha sección-. Fue la única bioquímica entre el grupo de médicos inmunólogos y, al igual que los demás discípulos, tuvo una estadía de formación en Estados Unidos, en Nueva York, por el lapso de tres años (Elizalde de Bracco, María Marta, investigadora del IIM, Sección inmunología, entrevista personal, 28 de julio de 2008).

7.1.3. Continuidades y rupturas de las tres generaciones

Cuadro 2. Generaciones de discípulos.

	Período de egreso	Vía de contacto	Especialidad desarrollada	Radicación institucional
1º Generación	1947-1956			
Agrest		Hospital Muñiz	Clínica	IIM/Sanatorio Güemes
Roncoroni		Hospital Muñiz	Neumonología	IIM/Centro de Rehabilitación María Ferrer
Barousse		Hospital Muñiz	Neumonología	IIM/Hospital Posadas
Barcat		Informal	Anatomía Patológica	IIM
Bastaroli		Tercera Cátedra	Cardiología	IIM/Hospital

				Posadas
2º Generación	1957-1964			
Molinas		IIM Residencia	Hematología	IIM
Arrizurieta		IIM Residencia	Nefrología	IIM
Manni		IIM Residencia	Inmunología	IIM
Sánchez Ávalos		IIM Residencia	Hematología/Inmunología	IIM
3º Generación	1965-1970			
Zucchini		IIM Residencia	Nefrología	IIM
Martín		IIM Rotación UDH	Nefrología	IIM
Elizalde De Bracco		IIM Personal	Inmunología	IIM. Academia

Elaboración propia en base a fuentes: Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajos Personales y Entrevistas personales.

La primera generación de discípulos se formó con Lanari desde antes de la existencia misma del IIM. Lo hizo en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis en el Hospital Muñiz, desde la Tercera Cátedra de Clínica Médica y continuó formándose en el IIM, durante sus primeros años.

Aquello que caracterizó esta construcción de discipulado fue el contacto y el entrenamiento personal con Lanari y fundamentalmente la internalización de su estilo de investigación clínica, aún en plena formación y gestación. En cambio, para quienes integraron la segunda y tercera generación, su proceso de entrenamiento y aprendizaje ya no sólo se basó en la adquisición de tal estilo personal sino en una socialización más amplia dada por su inserción institucional en el IIM y, por ello, a través de otros maestros además de Lanari, como por ejemplo, los de la primera generación.

Como se puede observar en el cuadro 2, en el marco de los distintos espacios institucionales de entrenamiento médico, mientras la primera generación se formó en las especialidades practicadas por Lanari en la época del Hospital Muñiz o en la Tercera Cátedra, tales como anatomía patológica y fisiología cardiopulmonar, los miembros de la segunda y tercera generación se desempeñaron en las especialidades que mayor dinamismo habían adquirido en el IIM, tales como nefrología, hematología e inmunología.

Otra diferencia entre las tres generaciones fue el mecanismo de reclutamiento utilizado en cada una de ellas: si en la primera fue mediante el establecimiento de contactos personales e informales en el ámbito hospitalario, en la Cátedra de Tuberculosis en el Muñiz, o en el de la Facultad, en la Tercera Cátedra, los miembros que integraron la segunda y tercera generación tomaron contacto con Lanari a través de las residencias médicas, como se puede apreciar en cuadro 2 también.

Asimismo, otra modalidad de ruptura es que mientras los primeros discípulos se desempeñaron profesionalmente fuera del IIM (por incentivo del propio Lanari), los de segunda y tercera generación tuvieron mayormente un arraigo institucional en el IIM, desarrollando su actividad profesional de forma continuada e ininterrumpida en dicha institución – hasta fines de 1970, momento en que hubo ciertos movimientos, como se verá luego-.

Como se ha visto en el capítulo 5, aquellos desempeños de sus primeros discípulos fuera del IIM fueron resultado de una de las estrategias iniciales desplegadas por Lanari. Ésta fue extender la experiencia del Instituto mediante la inserción de sus discípulos al frente de nuevos espacios institucionales o en lugares estratégicos, como la dirección de otros ya existentes y en funcionamiento. Tales fueron los casos de Roncoroni, en la dirección del Centro de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”; de Bastaroli, en el servicio de cardiología del Hospital Posadas y de Amadeo Barousse en el mismo nosocomio.

Esta diferencia se vincula con el hecho de que en todos estos casos se trataba del momento fundacional del IIM en el que Lanari se orientaba fuertemente a extender y consolidarse como referente. Una de las vías era la ocupación de puestos directivos en nuevas instituciones por parte de sus primeros discípulos (en todos los casos mencionados, igualmente, retornaron al IIM luego de sus experiencias fuera del mismo).

En la segunda y tercera generación, si bien predominaron líneas de arraigo y continuidad en el IIM –tal como se muestra en el cuadro 2- hubo casos en los cuales esa tendencia se vio interrumpida, debido también a las estrategias de expansión institucional de Lanari. Por ejemplo, estos fueron los casos de propagación de reformas de enseñanza, como las residencias

médicas, por el interior del país o de ciertos desarrollos cognitivos, tales como los trasplantes renales y la práctica de diálisis, en otros espacios, vía los residentes y discípulos de segunda y tercera generación:

“En San Juan, lo mismo. Una vez, a Santiago del Estero fui; el clínico había sido residente de acá; el clínico. Santiago del Estero, el referente. Moscatelli, ni hablar; es consultor de todo el Noreste; un tipo, compadre mío (...) En una época, Lanari le ofreció a uno de los médicos que era residente, Masolini, que está ahora, ir a Bariloche. Una cosa muy frecuente, venían pacientes con insuficiencia renal aguda por transfusión incompatible; porque no había banco de sangre allá; no se podía transfundir. Venían cada tanto. Como él tenía la casa allá, iba en verano, lo mandó a éste a que haga transfusión incompatible en la zona Sur. Le dijo “¿Por qué no va ahí?” Y éste, como no le gustaba, le dijo “Estoy haciendo Clínica”: Aprendió acá; el Jefe de Hemoterapia le enseñó y está allá; se fue en el año... habrá sido 1976 o 1978. (...) Las metástasis del Lanari. En todos lados; en Corrientes, en Tucumán” (Hevia, Jorge, clínico de sala del IIM, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

La tendencia de continuidad y arraigo en el IIM por parte de la segunda y tercera generación se quebró a fines de 1970, habiendo ya cesado el ejercicio de Lanari como director del IIM. Dos grupos referentes, de la primera y la tercera generación, el de Alberto Agrest en Clínica Médica y el de María Marta Elizalde de Bracco en Inmunología respectivamente, dejaron el IIM con gran número de su personal, aunque ya no bajo aquella lógica de expansión y propagación practicada por Lanari.²³⁵ Antes bien,

²³⁵ Existió un antecedente de alejamiento del IIM por parte de un grupo de investigadores de la sección inmunología. Dada la dificultad económica para importar insumos y reactivos de diagnóstico que no se producían en el país, Carlos Inglesini (de Inmunología) y José Edjen (de la Sección Bacteriología) comenzaron a fabricarlos en pequeña escala para abastecerse en su trabajo en el IIM. En 1968 se asociaron para crear la firma Inmunoquemia con el objetivo inicial de producir los reactivos y diagnósticos inmunológicos. Durante los primeros 3 años, Agustín Dalmasso (de la Sección Inmunología) prestó asesoramiento a los jóvenes investigadores. Luego él e Inglesini se desvincularon definitivamente del IIM (así como otros miembros de la sección Inmunología del IIM), mientras Edjen continuó en aquél. La creación de esta pequeña empresa tuvo la particularidad de que sus miembros directivos, así como gran parte de su personal, durante un tiempo mantuvieron una doble pertenencia: dentro del ámbito académico e industrial. Ésta no era una dinámica muy usual ni bien sancionada por la comunidad científica local de esos años, lo cual, años más tarde, se hizo sentir en conflictos y tensiones entre miembros de la empresa y las instituciones académicas. Además del grupo inicial del IIM, se sumaron luego investigadores del Instituto Ángel Roffo. Sobre la creación y la trayectoria posterior de esta empresa, véase Aguiar y Buschini (2009). Sería interesante comparar este emprendimiento empresarial académico mixto, y las tensiones que suscitó, con el caso comentado en el capítulo anterior, el de Manuel Arce y su fábrica de riñones artificiales que dejó de funcionar en 1976, pero

Agrest se fue al Sanatorio Güemes y Elizalde de Bracco a la Academia Nacional de Medicina debido a conflictos con la nueva dirección reemplazante de Lanari, en mano de quien había sido el subdirector entre 1957 y 1976, González Segura (Riveros Dardo, investigador del IIM, Sección Hematología, entrevista personal, 1 de marzo de 2009; Elizalde de Bracco, María Marta, investigadora del IIM, Sección inmunología, entrevista personal, 28 de julio de 2008).²³⁶

No obstante, aún entre los miembros de estos grupos que se fueron del IIM y entre quienes continuaron en él mantuvieron un denominador común en permanente actualización: su estilo de investigación.

7.2. Cambios en la disciplina desde mediados de 1960: su resonancia local en la evolución del perfil profesional clínico y en la conformación de un nuevo mecanismo de reclutamiento

A partir de mediados de 1960 se dieron un conjunto de cambios cognitivos y sociales en la medicina y en las disciplinas aledañas que repercutieron en el ámbito de la investigación clínica, tanto en lo atinente a los desempeños profesionales como en lo relativo a sus regulaciones y conformación de agendas y problemas de investigación.

En 1960 se establecieron las primeras regulaciones éticas para la investigación con humanos.²³⁷ Éstas, con el correr de los años, fueron volviendo más restrictiva la investigación clínica con respecto a sus metodologías, etapas y condiciones de realización y, por ende, menos atractiva como desempeño profesional desde el punto de vista individual del médico.

Sumado a este factor regulatorio, o concatenado con éste, el imperativo “*publish or perish*” cada vez más urgente y excluyente para la

debido a tensiones diferentes de las que se dieron en el caso de los inmunólogos.

²³⁶ Estos testimonios (y otros muchos) manifestaron que González Segura se mantuvo en una posición pasiva durante la dirección de Lanari pero una vez en su reemplazo colisionó con la mayor parte del personal debido, principalmente, a razones profesionales pero también políticas –fue confirmado como director del IIM por las autoridades interventoras de la universidad y de la Facultad de Medicina que se colocaron al frente a partir de 1976-.

²³⁷ La Declaración de Helsinki en 1960 es la primera regulación que se expide sobre reglas éticas a tener en consideración para la investigación con humanos. En el medio local fue más tardío, recién en 1985, aunque los límites que colocaban las declaraciones mundiales de medicina se hacían sentir en la práctica local, en el sentido de que se las iba adoptando. Véase Romero (2007: 37-39).

reproducción de los investigadores en el sistema científico fue haciendo que se privilegiara la investigación experimental ya que sus resultados eran más rápidamente convertibles en un *paper* mientras que la investigación con humanos (muestras clínicas) demoraba por sus mayores cuidados éticos y pasos burocráticos, pudiendo dar resultados (productos) de publicación en tiempos mucho más prolongados.

Sobre estos puntos, Agrest en 1965 declaraba en una editorial de *Medicina*: “Nuestro terreno es aún el complejo ámbito del hombre enfermo, aunque en él las programaciones de las experiencias sean más difíciles y sus resultados menos rendidores en publicaciones” (Agrest, 1965: 252). Asimismo, otro miembro de la SAIC, Rivarola, expresaba:

“¡Qué difícil es hacer investigación en seres humanos! Las hipótesis imaginativas pueden ser planteadas, ¿pero cómo diseñar planes controlados? Además existe un fuerte desprestigio en este tipo de investigación proveniente de la proliferación de trabajos pseudocientíficos que no son ni siquiera buenas recopilaciones de datos” (Rivarola, 1980: 743-744).

En forma simultánea, la investigación clínica se tornaba un ámbito de oportunidad de explotación comercial para los actores económicos que comenzaban a interesarse por la investigación biomédica y sus productos, adquiriendo un rol protagónico en el sector salud a partir de los años 70.²³⁸

A partir de estos años las ciencias básicas, con particular fuerza la biología molecular y la genética, ganaron espacio en la producción de conocimiento médico, produciéndose el denominado proceso de molecularización de las ciencias de la vida (Kreimer, 2010). Esto implicó un

²³⁸ Estos son los laboratorios farmacéuticos. Si bien su peso no se hizo sentir en la “tradicción Lanari” en el período en que la analizo, la investigación clínica médica fue radicalmente modificada con este nuevo actor. En forma creciente éste fue, por un lado, subordinando aquel ámbito de investigación a tareas de servicios y asesoramiento y, al mismo tiempo, monopolizando la orientación de las agendas de investigación, atadas exclusivamente a la producción de pruebas de productos comerciales y a sus principales criterios de evaluación, de igual naturaleza –dejando a un lado los criterios de originalidad y relevancia social para generar agendas de investigación-. Para una visión crítica sobre la vinculación de la investigación biomédica en la UBA y la industria farmacéutica, véase Juarros (2006); asimismo, sobre la injerencia de ésta en la investigación clínica sobre el Chagas en la Argentina, Kreimer, Romero & Bilder (2010); sobre una comparación entre el comportamiento de la industria farmacéutica en la producción de la insulina y el Chagas, Kreimer & Corvalán (2009). Finalmente, sobre los cambios en los criterios de prueba de la medicina a partir de las transformaciones comentadas, véase Cambrosio, Keating & Bourret (2006).

cambio de niveles de análisis y de lenguajes cada vez más lejanos del médico (incluso para aquellos insertos en investigación) que tuvieron implicancias y consecuencias respecto al tipo y menor caudal de producción de investigación clínica y a la nueva orientación que empezaron a tener los perfiles profesionales de tal ámbito.

El viraje epistémico y cognitivo que supuso el ingreso de la biología molecular y de la genética en la investigación clínica puede ejemplificarse a través del relato que brindaba un miembro de la SAIC respecto a aquello que conformaba un problema de investigación clínica en los años 50 y 60, y cómo era redefinido en los siguientes:

“En su momento Lanari trabajaba miastemia gravis, estudiaba el metabolismo del paciente con miastemia gravis, eso era investigación clínica (uso de material del paciente y vuelta al paciente) hoy, seguramente si estudiás eso, analizarás el gen de la miastemia gravis (Dosne de Pasqualini, Cristiane, integrante del Comité de la revista *Medicina*, entrevista personal, 1 de marzo de 2008).

7.2.1. El perfil profesional del investigador clínico en disputa

7.2.1.1. Los debates en la SAIC y en *Medicina*

En una editorial de 1965 de la revista *Medicina*, órgano de comunicación oficial de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC)²³⁹, su entonces presidente, Alberto Agrest, enunciaba una serie reflexiones que se ubicaban en el marco de los procesos de cambio disciplinares aludidos. Agrest manifestaba allí una preocupación por delimitar “la verdadera meta” y “el terreno” de la investigación clínica, diferenciándola de las ciencias básicas. Al mismo tiempo, advertía sobre la influencia, cada vez mayor, de dichas ciencias sobre la investigación clínica y sobre el modo a través del cual este suceso desdibujaba el objeto y el fin específicos de su perspectiva:

“Múltiples motivos sociales y económicos han ido convirtiendo este compromiso en obligación con su connotación de atadura y asistimos entonces a una evasión desde la investigación clínica hacia las ciencias básicas. El escape hacia las ciencias básicas

²³⁹ Recuérdese que la SAIC fue creada en 1960.

ocurre por motivos intelectuales y emocionales [...] Este movimiento, loable esfuerzo para mejorar, puede ser nefasto si se olvida que tanto la expresión matemática de los fenómenos vitales como los hallazgos bioquímicos o biofísicos son para la investigación clínica funciones auxiliares, pero nunca su verdadera meta. Nuestro terreno es aún el complejo ámbito del hombre enfermo, aunque en él las programaciones de las experiencias sean más difíciles y sus resultados menos rendidores en publicaciones [...] Os invito a meditar, y si aún nos inspira el contacto con el hombre enfermo, no nos separemos demasiado de él”. (Agrest, 1965: 252).

Sumado al interés por trazar límites para la actividad de la investigación clínica desde el punto de vista cognitivo, Agrest enunciaba también la necesidad de pensar los espacios institucionales en los que aquélla debía llevarse adelante:

“Si aún nos inspira el contacto con el hombre enfermo no nos separemos demasiado de él (...) Creemos que esta Sociedad es de investigación clínica porque el hombre enfermo inspira la idea del problema que se quiere resolver (...) Creemos que la investigación clínica es un quehacer científico y, como tal, exige la elección de un campo de saber, una capacitación adecuada, una idea impulsora, condiciones ambientales que permitan su realización y un lugar donde comunicar la propia experiencia y confrontarla con la de los demás. Creemos que esta sociedad debe ser ese lugar y deseamos que así sea”. (Agrest, 1965: 252).

Estas últimas declaraciones del presidente de la SAIC pueden interpretarse como parte de una estrategia por delimitar la investigación clínica en términos de un ámbito de actividad con autonomía relativa, tanto desde el punto de vista de sus objetos de conocimiento como desde las formas institucionales y canales de comunicación propios. Asimismo, la existencia de una estrategia de demarcación de este ámbito de actividad se vinculaba, por un lado, con las transformaciones cognitivas ocurridas en la investigación clínica en el contexto internacional y sus respectivas incidencias en el medio local. Por otro lado, dicha estrategia se relacionaba con que la investigación clínica en la Argentina era, para 1965, un ámbito de actividad que estaba en una fase relativamente reciente de institucionalización.

Por cierto, desde mediados de los años 60 la SAIC pasó a integrarse por tres grupos con diferentes culturas profesionales y disciplinares: los biólogos, los inmunólogos y los investigadores clínicos y, desde 1966, en la celebración de sus reuniones anuales, comenzó a participar también la Sociedad Argentina de Biología (SAB). Asimismo, desde entonces comenzó a funcionar el “club de inmunología” como grupo diferenciado (Lanari Claudia, hija de Alfredo Lanari, entrevista personal, 27 de diciembre de 2007).

“Dentro de la SAIC estaba inmunología como otras disciplinas. Al crecer ésta, se creó lo que se llamaba el club de inmunología dentro de la SAIC. Informalmente, fue la base de lo que después fue la Sociedad Argentina de Inmunología SAI, que se fundó en 1972 y el primer director fue Alois Bachmann. El que empezó con inmunología, desde la Academia Nacional de Medicina (...) es con la gente de la SAIC y por eso, históricamente, las reuniones se siguen haciendo en forma conjunta” (Isturitz, Martín, investigador del IIM, Sección Inmunología, entrevista personal, 20 de diciembre de 2007).

De este modo, nuevos grupos profesionales y disciplinares (biólogos e inmunólogos) comenzaron a tener mayor peso en la SAIC y más injerencia y poder de decisión en su revista, aumentando poco a poco el volumen de trabajos básicos que se publicaban en ella y, por ende, el perfil mismo de *Medicina* y de la SAIC. En ese sentido, la presidencia de la SAIC en 1968 por parte de Alois Bachman, inmunólogo y luego la de Dosne de Pasqualini, en 1969, fueron puntos de inflexión para dicha Sociedad, la cual hasta entonces había estado en manos de investigadores clínicos, en su mayoría del IIM (Bergada, 1970).²⁴⁰

Ante este panorama de cambio local atravesado por la evolución de las ciencias básicas y sus grupos profesionales e intereses de investigación, existieron posiciones defensivas, como la comentada anteriormente, con el ejemplo de Agrest (1985):

²⁴⁰ Antes de Bachman fueron: primer presidente, Alberto Taquini; y luego le siguieron: Alfredo Lanari, Alfredo Pavlovsky, Raúl Carrea, Oscar Croxatto, Alberto Agrest, Aquiles Roncoroni y Alfonso Ruiz Guiñazú. Como se ve, todos menos Pavlovsky eran miembros del IIM (Bergada, 1970).

“De este análisis surge que 62 trabajos fueron realizados utilizando material humano, mientras que en 99 trabajos se empleó material proveniente de roedores, en 17 de otros mamíferos, en 9 de anfibios, en 1 de aves y en 1 de insectos. La acumulación de nuestra información sobre la fisiología y patología de los roedores es realmente notoria ¿se trata de la Sociedad Argentina de Investigación Murina? ¿A qué se debe nuestra preocupación por estos bichos antipopulares? Sin dejar de valorar el significado biológico de estos estudios, muchas horas de mi vida dedicadas al estudio de algunos aspectos de la fisiología de la rata me han hecho aceptar que transferir conclusiones de esta especie al hombre es un salto mortal en el vacío. De allí surge que es imprescindible aumentar nuestros estudios sobre el hombre para aquellos que tenemos intereses clínicos” (Rivarola, 1980: 743)

Sin embargo la SAIC no estaba formada por un grupo monolítico ya que la visión de Alberto Agrest o la de Rivarola, comentada anteriormente, no eran el único tipo de ponderación (negativa) sobre el crecimiento de las ciencias básicas y del ingreso de nuevos grupos y miradas profesionales. Así lo expresaba Christiane Dosne de Pasqualini en 1969:

“En 1966 se volvió a una reunión anual invitando a participar a la SAB: en 1967, fue en Salta, y en 1968 en Corrientes. La proporción de trabajos vinculados a materias básicas fue en aumento sin que ello significara un detrimento de la concepción original de la Sociedad”. (Dosne de Pasqualini, 1969: 415).

Asimismo, Alberto Taquini, primer presidente de la SAIC, valoraba en forma positiva el ingreso de los grupos de biólogos e inmunólogos a partir de mediados de 1960:

“Ya no es, como lo fue, una Sociedad de “médicos” interesados en la investigación, sino, más bien, una Sociedad de “investigadores” interesados en áreas de las ciencias ligadas a la medicina. Esto, a pesar de haberla compartimentalizado, no la he debilitado; por el contrario, el que todas las secciones hayan usado un patrón único de calidad de calidad y el que hayan mantenido un deseo común de progreso la ha fortalecido y enriquecido” (Taquini, 1979: 704).

En ese mismo sentido Carlos Taquini²⁴¹ reconstruía ese momento de cambio de la SAIC:

“La incorporación creciente de investigadores básicos llevó a otros presidentes a analizar la orientación de la Sociedad. Algunos consideraron que convenía promover la presentación de trabajos clínicos, otros interpretaron que los trabajos básicos del área biomédica no se alejaban del espíritu de la Sociedad, ya que entendieron que era la intención de la investigación con respecto al hombre lo que unía a sus integrantes”. (Taquini, 1986: 481).

Dado que los miembros de la SAIC tuvieron diferentes percepciones y posicionamientos con respecto a los cambios ocurridos, cabe formularse los siguientes interrogantes: ¿En qué medida dichas diferencias estaban configurando un escenario de disputas en torno a los límites epistémicos y profesionales de la SAIC y del ámbito de la investigación clínica? ¿En qué sentido el advenimiento de las miradas más básicas, tales como la bioquímica y la biología, hacían peligrar la investigación asociada a problemas de la salud humana? ¿En qué medida este cambio implicaba nuevas apuestas para los investigadores clínicos, quienes no estaban dispuestos a realizarlas debido a los costos y las barreras de entrada que conlleva toda inversión en un nuevo campo de conocimiento? (Bourdieu, 1976). La reivindicación a favor de sentar las bases de la SAIC fundamentalmente en la investigación clínica y la percepción negativa respecto al corrimiento de sus límites y objetivos de origen, sostenidas por algunos integrantes de la SAIC, ¿No eran acaso también reacciones defensivas de un ámbito y de un ejercicio profesional que querían conservar?

En 1974 Lanari reflexionaba en torno a las posibilidades de la investigación clínica médica, la cual a sus ojos aparecía en un contexto de transformación “inevitable”:

“En la investigación clínica es muy frecuente que la obtención del dato tenga más valor que la discusión del proceso que ha conducido al mismo (...) La medicina está muy distante aún del encuentro en la unidad del conocimiento que tiende a unificarse

²⁴¹ Hijo de Alberto Taquini y presidente de la SAIC en 1986.

a medida que se aproxima al centro de la esfera (...) a muchos estudiantes de medicina les asombra y desilusiona el empirismo con que aún se maneja el médico (...) Si la medicina está en la capa externa de la esfera, lo cierto es que ya pertenece a la esfera de las ciencias y en campos limitados consigue introducirse de la mano de la bioquímica y de la biofísica” (Lanari, 1974: 161).

7.2.1.2. Su evolución en cifras

Como se ha visto en los capítulos anteriores, la conformación del IIM bajo una modalidad *full time* fue parte del ideario y de los pronunciamientos personales e institucionales de Lanari en torno a la profesión del investigador clínico, no sólo en los momentos previos e iniciales a la conformación del Instituto sino también a lo largo de su ejercicio como director del mismo y hasta su retiro profesional.

Ahora bien, ¿En qué medida estos pronunciamientos tuvieron su correlato en cantidad de puestos ocupacionales de tiempo completo en el IIM? Una evolución, como la que sigue a continuación en el cuadro 1, muestra una alta concentración de creaciones de puestos con dedicación exclusiva (DE) entre 1960 y 1966, decreciendo significativamente a partir de ese año hasta el final de su ejercicio en 1976.

Cuadro 1. Evolución de posiciones de Dedicación Exclusiva (DE) en el IIM y en la Facultad de Medicina.

Año	IIM Posiciones investigadores/docentes DE (titulares y auxiliares)	IIM Becarios CONICET	Facultad de Medicina. Posiciones DE (titulares y auxiliares)
1960	6	Sin datos	60
1965	11	Sin datos	Sin datos
1966-67	13	20	65
1970	10	4	Sin datos
1975	5	1	Sin datos

Elaboración propia en base a Fuentes: (Lanari, 1960; 1967; 1975), (Investigación en Clínica

Médica. Reportaje a Lanari. Ciencia Nueva, 1970) (Bargero, Romero y Prego, 2010). (Medicina, editoriales, 1960: 75-76).

Según muestra el cuadro, en 1960, las DE del IIM constituían el 10% de las DE del conjunto de la Facultad. Es posible inferir esta proporción ya que en este momento, cuando aún no existía la carrera de investigador de CONICET, la única fuente de origen de las DE para el IIM era la Facultad.

En el lapso de 6 años, en el IIM se duplicó el número absoluto de DE, pasando de 6 a 13, y en la Facultad tal crecimiento fue sólo de 5 posiciones. Esta diferencia significativa en el aumento de DE en el IIM se debió a la creación de carrera de investigador y becas de CONICET que proveyeron esas dedicaciones. Si bien no contamos con fuentes sobre la discriminación del origen de esas 13 posiciones de DE en el IIM, podemos inferir que la duplicación de posiciones en el IIM se debió a tal creación.

Esto era reforzado por el mismo Lanari: “Esto hay que recalcarlo porque es una cuestión muy importante: no sería posible que el Instituto de Investigaciones Médicas fuera lo que es sino por la carrera de investigador” (Investigación en Clínica Médica. Reportaje a Lanari. Ciencia Nueva, 1970: 29; Rivarola, 1985).

Esto es coherente, por demás, con la evolución siguiente: en 1970, de 10 DE en el IIM, 6 eran de la carrera de investigador de CONICET.

Por cierto, la apertura de dicha carrera fue una de las condiciones centrales para tal crecimiento en el ámbito de la investigación clínica. Es decir, los recursos para plazas *full time* no provenían de designaciones de la Facultad de Medicina sino de CONICET. Esto explica el comienzo de la evolución creciente de puestos con DE en el IIM pero no su decrecimiento.

7.2.1.3. Diagnósticos y razones sobre su declinación

El descenso de investigadores clínicos con DE, y mismo con otro tipo de dedicaciones, en el IIM, produjo diferentes diagnósticos y valoraciones por parte de los mismos actores de este ámbito profesional.

Por un lado, dicha declinación se vinculó con avatares propios del ámbito de la investigación clínica y de las expectativas medias decrecientes de sus miembros por apostar a la profesión académica de investigador clínico en el marco de la existencia de otras opciones profesionales (de

consulta), valoradas subjetivamente como más rentables y certeras. En 1961 Alberto Taquini describía este rasgo característico de la profesión del investigador clínico:

“La remuneración adecuada del investigador es indispensable para el progreso de la investigación clínica. El investigador clínico es un investigador particular que alterna en el laboratorio e incursiona en las ciencias, pero asido al enfermo, su material de trabajo, su fuente de ideas e inquietudes. Esta particularidad que le aproxima a una profesión absorbente, que aguza el ingenio y las virtudes humanas, hace al investigador clínico precoz o tardíamente proclive a desviarse hacia la actividad profesional (...) la inferioridad en los equipos y facilidades que establecen desventajas y la remuneración insuficiente para una vida honorable, favorece esta natural tendencia a la deserción de los investigadores médicos” (Taquini, 1961: 223).²⁴²

Por el otro lado, otros relacionaron tal disminución con la percepción que los investigadores clínicos comenzaron a tener acerca de la licuación de los salarios para la apertura de posiciones *full time*, generando redefiniciones en sus opciones profesionales y vocacionales, alejadas de la opción exclusiva de la vida académica:

“En los últimos diez años se produjo un deterioro paulatino de la investigación clínica (...) posiblemente contribuyeron al mismo varios factores, y entre ellos, una disminución de los investigadores clínicos pertenecientes a la Carrera del Investigador. Un factor de extrema importancia que estimuló esta declinación fue el grave sacrificio económico que significó para los investigadores del CONICET permanecer en la Carrera” (Rivarola, 1985: 482).

Asimismo, hubo otras lecturas que colocaron el foco de atención en la ausencia de orientaciones y motivaciones personales hacia una cultura de la dedicación exclusiva a la vida académica. En 1980, al recibir el premio “Maestro de la Medicina”, Lanari dedicaba gran parte de su discurso a reflexionar sobre dicha cuestión:

²⁴² Otros complementaban esta mirada sobre la dinámica natural de esta profesión, reflexionando en torno al modo en que el ejercicio profesional interfería en el desarrollo académico (de investigación) en el ámbito de la clínica médica (Alzugaray, 1961).

“Los resultados son descorazonadores, pues en docencia e investigación clínica sólo uno de mis colaboradores, el Dr. Samuel Finkielman continúa con dedicación exclusiva. También la Dra. Elvira Arrizurieta es miembro de la Carrera del CONICET pero es más una investigadora en fisiopatología que en clínica y cito a la Dra. Felisa Molinas. Y los demás pues, desertaron en los períodos en que los sueldos eran irrisorios, o emigraron. Ante este panorama desalentador cabe preguntarse el por qué 1) no fui un ejemplo suficientemente carismático como para entusiasmar a mis alumnos, 2) No hay en la juventud actual vocaciones definidas (...) y 3) por lo antedicho la dedicación exclusiva en la Argentina es inaplicable ya que nadie emprende una empresa que no ofrece un mínimo de seguridad de éxito” (Lanari, 1980: 18)

“(...) Éramos un grupo fantasioso. Los que se quedaban en el Instituto: “Son locos”, como decía Lanari. Para estar en el Instituto, no hay que estar loco, pero ser un poco loco, ayuda. Es ser full time ¿entiende? Y no se paga bien a los full time” (Finkielman, Samuel, investigador del IIM, Sección Sustancias Vasoactivas, 1º Jefe, entrevista personal, 12 diciembre de 2008).

Estas interpretaciones de Lanari y Finkielman acentuaban las razones subjetivas (vocacionales) del fracaso del proyecto *full time* en la investigación clínica hacia los años 70. Es decir, el problema radicaba en la falta de disposiciones hacia dicha cultura de trabajo académico, aún cuando ésta no tuvo otro derrotero ni destino que los signados por una dinámica de inestabilidad, atada a los vaivenes económicos y políticas de la sociedad argentina. Desde este punto de vista, el *full time* era entendido en términos de una posición subjetiva, un modo personal de ocupar el cargo –“una actitud mental”, decía Lanari en otro pasaje anterior- que, en última instancia, era sostenido por voluntades más allá de la adversidad o no de los contextos en los cuales se desarrollaba –en esta línea interpretativa, Lanari se cuestionaba también su rol fallido en cuanto a no haber inculcado y enseñado a sus discípulos este modo de entender el trabajo académico-.

En otro pasaje de este mismo discurso, es interesante notar cómo hacía jugar esta misma visión cuando realzaba la idea de que fueron orientaciones subjetivas las que, entrelazadas con un contexto particular (la renovación universitaria posterior a 1955), impulsaron la aparición y el sostenimiento de una cultura *full time* en la universidad. De este modo, enaltecía la existencia del “espíritu de aventura” y de dedicación a dicha

cultura en tiempos anteriores (tales como los de Houssay y su grupo), en el marco de una universidad con nulos niveles de profesionalización, es decir, sin posiciones objetivas de tiempo completo. Esto daba cuenta de una posición extremadamente voluntarista, presente en Lanari como en su maestro de fisiología, quienes pregonaban el ejercicio profesional principalmente como una vocación –virtudes del profesionalismo²⁴³-, más allá de su arraigo estructural y objetivo:

“Eso lo he hecho prácticamente en toda mi carrera y oficialmente desde que fui elegido profesor con dedicación exclusiva y miembro de la Carrera del Investigador del CONICET (...) He tenido muchos colaboradores jóvenes que trabajaron tanto en clínica como en investigación y que según ellos no elegían realizarlas con dedicación exclusiva por razones económicas (...) La generaciones que trabajaban con Houssay tenían más interrogantes y ni existía la carrera de investigador del CONICET. Pero todos, y me incluyo, estábamos imbuidos de la idea de que teníamos que crear esa nueva universidad en la cual los profesores vivirían exclusivamente para ellas. En general ese espíritu hoy no existe” (Lanari, 1980: 18).

Al conjunto de estas apreciaciones que asociaban la declinación del número de investigadores clínicos con la regresión de las remuneraciones de DE, su consecuente redefinición por opciones profesionales de consulta y, por último, con una falta de vocaciones y disposiciones subjetivas, se contraponían otras.

En una posición opuesta a la de Lanari²⁴⁴-, Taquini (1979) y Rivarola (1980, 1985) coincidían en que las causas de tal declinación residían en la poca flexibilidad que suponía la DE, condición excluyente de la carrera de investigador del CONICET, para el caso de la profesión del investigador clínico:

²⁴³ Profesionalismo es el concepto que Freidson (1970) utilizó para dar cuenta del conjunto de valores o actitudes personales por el cual el trabajo llega a ser parte de la propia identidad profesional y se acentúa el servicio brindado al público antes que el beneficio personal. El profesionalismo parece ser capaz de existir independientemente del status profesional. Es analíticamente diferente de los atributos estructurales que dicho autor estableció para el análisis sobre profesiones.

²⁴⁴ La posición de Lanari a favor de la ampliación del *full time* como modo de trabajo normal para el investigador clínico médico, adquirió mucha centralidad y fuerza en su discurso de ingreso como miembro N° 31 a la Academia Nacional de Medicina (Lanari, 1973).

“La creación de la carrera del investigador del CONICET a poco de creada nuestra SAIC abrió un camino auspicioso para muchos. Sin embargo, el proceso que ha seguido no ha satisfecho las expectativas iniciales. Más aún, creo que su reglamentación ha contribuido a que cada vez haya menos médicos investigadores (...) que en el siga prevaleciendo el criterio de que todos los investigadores de carrera deben hacer dedicación exclusiva es, a mi juicio, equivocado, antieconómico y anacrónico” (Taquini, 1979: 705).

Frente a esta posición tajante de Taquini, años más tarde Rivarola (1985) exponía una visión más matizada y, como corolario, una solución mediadora:

“Los beneficios que el sistema de dedicación exclusiva ejerce en la carrera del investigador son innegables. Pero la experiencia de muchos años ha demostrado que, en un país con un desarrollo como el nuestro es económicamente insostenible, y ha producido más daños que beneficios a la investigación clínica. Una alternativa viable sería permitir que los investigadores que han pasado el período formativo y son ya independientes pudieran optar por una dedicación a tiempo completo no exclusiva”. (Rivarola, 1985:483).²⁴⁵

Ambos diagnósticos, sin explicitarlo, retomaban la característica estructural de la profesión del investigador clínico dada por la combinación de prácticas de consulta y académicas. Sobre ello, proyectaban mecanismos e instrumentos de promoción que contemplaran a ambas y, por ende, dedicaciones acordes a su doble naturaleza.

Otra explicación sobre la falta de investigadores clínicos era aquella que ponía el énfasis en una dimensión histórica, de deficiencias en la formación de tales perfiles y en su escasa expansión más allá de la experiencia del IIM:

²⁴⁵ En 1980, Rivarola planteaba la dedicación parcial como opción profesional para el investigador clínico (Rivarola, 1980: 744). Por cierto, en 1986 el CONICET creó una carrera de investigador clínico sin dedicación exclusiva. Pero ésta no supuso nunca una opción real de desenvolvimiento profesional, quedando en una declaración de intenciones y no pudiendo superar ese carácter meramente formal de reconocimiento de tales perfiles. Lo mismo sucedió con la carrera de investigador clínico en hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires, creada en 2001 (Romero, 2007).

“La carencia de investigadores clínicos se debe al hecho de que las modificaciones producidas en 1956 que orientaron una Universidad científica afectaron en la Facultad de Medicina solamente a las materias básicas y no a las materias del ciclo clínico, con una excepción: la que corresponde a la Cátedra de uno de los fundadores de esta Sociedad, el profesor Alfredo Lanari (...) ¿Cómo solucionar el problema de la falta de científicos y de una investigación clínica de alto nivel? Esto no puede separarse del problema universitario. Una mirada retrospectiva a los años 1956-58 nos podría dar una respuesta: extender la selección de profesores universitarios de adecuado nivel científico a las materias del ciclo clínico”. (Nahmod, 1981:625-626).²⁴⁶

Recapitulando, es interesante señalar que el conjunto total de estos diagnósticos comentados dejaba de lado otras razones: aquellas referidas a los vaivenes y ciclos de inestabilidad e interrupción institucional característicos del contexto social y político argentino y sus siempre fuertes impactos en la vida de la universidad y de sus miembros. Dichos vaivenes, por un lado, excedían a las motivaciones vocacionales y a las opciones profesionales individuales de este ámbito de investigación en particular y, por el otro lado, incidían en la configuración y direccionamiento de tales motivaciones.²⁴⁷

Por cierto, las percepciones y expectativas en búsqueda de relativas certidumbres laborales y poca adherencia al modo *full time* ganaron terreno entre aquellos insertos exclusivamente en la universidad en un contexto de vulnerabilidad e intervención recurrente de dicha institución, más aún luego de 1966.²⁴⁸

En este año, en el marco del proceso de renuncias masivas por parte de profesores universitarios ante los sucesos ocurridos en la conocida

²⁴⁶ Nahmod Víctor fue presidente de la SAIC en 1981 y miembro investigador del IIM, de la Sección Sustancias Vasoactivas.

²⁴⁷ Más allá de los otros énfasis señalados, Lanari (1979) también valoró la evolución decreciente de las dedicaciones *full time*, en Medicina y en la Universidad, como consecuencia de decisiones y políticas educativas ministeriales que excedían y condicionaban aquellos espacios.

²⁴⁸ Al respecto, véase Halperín Donghi (1987), en particular, el trabajo “Estilos nacionales de institucionalización de la cultura e impacto de la represión: Argentina y Chile”. Allí llama la atención sobre las razones de la más débil construcción institucional de la universidad argentina respecto a su sociedad, en comparación con el caso chileno. Entre las principales razones, señala la falta de mecanismos de separación y filtrado de conflictos sociales y políticos por parte de dicha institución.

“noche de los bastones largos”²⁴⁹, el IIM tuvo un número poco significativo de dimisiones con respecto al total de investigadores y docentes radicados (Lanari, 1966).²⁵⁰

Sin embargo, el año 66 era estimado como un punto de inflexión en relación con la disminución de los recursos materiales y presupuestales respecto a los existentes en el período 1957-1966. A partir de este último año, se abrió un ciclo de desaceleración significativo en cuanto a recursos materiales y financiamiento que mantendría una vía sin retorno y se acentuaría aún más desde 1972 en adelante, momento en el cual se sumaban a las dificultades económicas del IIM otras de índoles políticas que acabarían instalando un clima de inestabilidad cotidiana en su vida institucional (Lanari, 1975).

²⁴⁹ Sobre la injerencia del gobierno de facto de Onganía en la universidad y su función de “parteaguas” en las interpretaciones de la vida universitaria, por parte de los diferentes actores de dicha institución, véase Barletta y Tortti (2002). En particular, con respecto al modo en que las interpretaciones hegemónicas (reformistas) sobre la universidad, a partir de 1966, fueron perdiendo terreno y siendo desplazadas por otras, las del peronismo universitario. Su intervención fue a partir de generar una relectura y resignificación de la universidad “modernizadora” y “de la renovación” posterior a 1955, como una “isla democrática” (Barletta y Tortti, 2002: 111-115).

²⁵⁰ Resulta sugerente comentar aquí la participación de Lanari en un Simposio que se realizó, bajo el auspicio del Centro Argentino Por La Libertad de la Cultura, entre el 17 de noviembre y el 22 de diciembre de 1966 -a cinco meses del golpe de Onganía (el 28 de junio de ese año) y de las renuncias masivas en la universidad después de la “noche de los bastones largos” (en julio de 1966)-. Este Simposio “Los intelectuales argentinos y su sociedad” reunió a diferentes exponentes del campo intelectual local, quienes al mismo tiempo eran referentes de distintos campos de conocimiento. De los 15 intelectuales que participaron, algunos de ellos fueron: José Babini (Historia de la Ciencia), Gregorio Klimovsky (Filosofía), Roberto Cortés Conde (Economía), Enrique Butelman (Psicología), Sergio Bagú (Sociología), Thomas Moro Simpson (Filosofía), Gilda Romero Brest (Educación), Fryda Schutltz de Mantovani (Literatura), Lanari (Medicina). Este Simposio fue publicado como libro, *Los Intelectuales Argentinos y su Sociedad*, en 1967, bajo la dirección, compilación y análisis de Norberto Rodríguez Bustamante (Rodríguez Bustamante, 1967) -una de las figuras clave de las ciencias sociales en la Argentina, contribuyendo, con su trabajo docente en diversas instituciones, ayudó al fortalecimiento institucional de la Sociología desde la década de 1950, trabajando junto a Germani en el Departamento de Sociología- (Neiburg, 1988). Sobre los participantes efectivos en el Simposio, de un total de doce que eran profesores universitarios, ocho habían renunciado a sus cargos después de la noche de los bastones largos (Lanari formaba parte de la minoría de cuatro que habían continuado en la universidad). Las comunicaciones no hicieron mención alguna a estos hechos, a pesar de que habían pasado apenas 6 meses del golpe de Onganía y de la intervención en la universidad. Por el contrario, la mayoría de dichas comunicaciones versaron sobre temas generales respecto al papel social de los intelectuales en América Latina y en el país. Lanari se ocupó de “la comunicación entre los intelectuales y los ámbitos específicos del conocimiento”. Allí, aparecía una referencia a la figura de intelectual más cercana al tipo profesional académico y su aporte social esperado en esos términos. En general, todas las intervenciones apostaban por un intelectual más próximo al modelo del *homme de lettre* que a los del experto o del “intelectual comprometido” -muy en boga por esos años-. Para un análisis más específico sobre el papel de este Simposio, desde el campo de la historia de las ideas, véase Bacci (2006).

De este modo, si 1966 fue un año de inflexión para la vida universitaria y la política nacional argentina, en la vida interna del IIM tuvo también sus efectos aunque no en el modo e intensidad con los que impactarían otros años de altos niveles de contestación gremial y politización radicalizados como fueron los transcurridos entre 1970 y 1973. Los relatos de los miembros del IIM coincidían en señalar que el punto de inflexión para la estabilidad de su actividad interna (docente, asistencial e investigativa) se encontraba más cerca del proceso abierto a partir de 1970²⁵¹:

“En el Instituto se rompió el grupo humano, yo le diría, en los años 71, 72, 73, que fue cuando vino el peronismo; diríamos el peronismo guerrillero, montonero. El Instituto fue un lugar de lucha ideológica muy importante en la época de la guerrilla, porque ahí había muchos médicos que eran partidarios del movimiento guerrillero. Y bueno, como gente joven, uno simpatizaba muchas veces con muchas de las cosas (...) Cuando vino la toma del poder por Cámpora y eso, que hubo la gran explosión guerrillera, ahí hubo una situación que realmente fue muy terrible porque hubo una división muy grande entre la gente. (...) vino el populismo, en donde había las juntas, las asambleas de todo el personal y las comisiones en donde se integraban desde las mucamas hasta los médicos, el jefe de Clínicas, entonces era una situación así, muy heterogénea que era difícil de entender a veces (...) Entonces, eso llevó a una división muy grande y a una ruptura, diríamos, de esa unidad en donde solamente el conocimiento de los científicos unía a la gente, porque eso resquebrajaba” (Sánchez Ávalos, Julio, investigador del IIM, Sección Hematología, 2º Jefe, entrevista personal, 2 de marzo de 2009).

Por último, otros colocaron las razones de la deserción de investigadores clínicos en perspectiva con la creciente injerencia de las ciencias básicas –y la consecuente costosa reinversión que tal proceso implicaba para los investigadores clínicos-. Algunos de los miembros del IIM fueron explícitos con respecto al viraje que tuvo su profesión a partir de

²⁵¹ Barletta y Tortti (2002) realizan un análisis más amplio sobre la nueva gravitación del peronismo en la universidad a partir de 1969, hasta que la Juventud Universitaria Peronista ganó las elecciones de los centros de estudiantes e fines de 1973. Muestran cómo una creciente partidización y gremialización de la vida cotidiana en dicha institución estuvo potenciada por la dinámica política de la sociedad, en una coyuntura en la cual la primacía de la política condicionaba e invadía por completo los espacios y las prácticas profesionales y culturales.

la evolución del ámbito de la investigación clínica local de cara a las transformaciones técnicas y cognitivas de la disciplina y de sus nuevas regulaciones éticas²⁵²:

“En 1967 fui presidente de *Medicina* y en 1969 de SAIC. Ahí los inundé con trabajos básicos, empezó a cambiar la SAIC, siendo primero fundada por clínicos (Taquini, Lanari, Roncoroni, Agrest) pasó a partir del 69, con mi presidencia, a introducir más trabajos básicos. Lanari, al principio, en Medicina quería un 70% de trabajos clínicos y un 30% de básicos, esa proporción de fue dando vuelta. Los clínicos se empezaron a retraer, no sólo hubo más trabajos básicos. Empezaron a hacer menos investigación clínica, empezaron a molestar los comités de ética. Antes no había comités de ética; Lanari hacía cosas con animales y humanos que ahora no pasa. Y después con la llegada de la biología molecular, la investigación clínica cambió totalmente. Por ejemplo, Rodolfo Martín trabaja con material de paciente, sangre, suero, pero después eso va al laboratorio, y al paciente no vuelve nada” (Dosne de Pasqualini, Cristiane, integrante del Comité de la revista *Medicina*, entrevista personal, 1 de marzo de 2008).

Dicha evolución, producida por el advenimiento de la biología molecular y la genética estableció nuevas y mayores distancias, en términos de lenguajes, con las posibilidades de entrenamiento médico que disponían incluso aquéllos clínicos que realizaban investigación. Estas distancias se fueron agrandando aún más, siendo mucho más inconmensurables los lenguajes de la biología molecular o la genética respecto a la investigación clínica médica en los 70, de lo que fue esta cultura de investigación respecto a la de la clínica 20 años antes, en la década de 1950:

“Cuando llega ese momento en que empezás a no entender el idioma. Pero, igual respetamos y si eso sirve para mejorar el conocimiento de la enfermedad, eso es investigación clínica, que se ha hecho –gracias a Dios- a nivel molecular. Y gracias a Dios que los “dinosaurios” no lo entendemos” (Domínguez, José Miguel, investigador del IIM, Sección Metabolismo, 1º Jefe,

²⁵² En 1973, en su discurso de ingreso como miembro N° 31 a la Academia Nacional de Medicina, Lanari opinaba positivamente sobre el cambio de una situación de ausencia de regulaciones éticas en los años 50 y 60 hacia otra de interés y reparo mayor a partir de los 70: “El haber realizado, cuando era un joven investigador clínico, alguna experimentación que por falta de criterio o por demasiado optimismo hoy dudaría en repetir, me convence firmemente la necesidad de contar con un grupo de expertos que pueda ser consultado cuando haya dudas sobre la aceptación ética de determinada investigación clínica” (Lanari, 1973a: 45).

entrevista personal, 25 de febrero de 2009)

“Nadie entiende nada, porque te hablan de “Sí, porque los antígenos y la coenzima; nada, incluso la revista Medicina ¿viste? Son eventos sociales. Uno ¿por qué compra Medicina? a mí no me sirve para nada; a nadie le sirve para nada leer la revista Medicina; la mitad de los artículos no puedo leer el título. Ni sé ni si quiera de qué se trata; “El ratón macho M 4 37...” (Entrevista a Quadrelli, Silvia, alumna de la EPC y médica clínica del IIM, entrevista personal, 9 de diciembre de 2008).

“En la medida en que la ciencia básica fue siendo cada vez más compleja, el equipo se dio vuelta, bioquímicos y biólogos. Entonces, se pasó de una investigación macroscópica, de ver toda la persona a hacer una investigación microscópica (...) los médicos no podemos hacer esa evolución, porque no tenemos la formación básica para eso; uno se va retirando” (Semeniuk, Guillermo, investigador del IIM, Sección Neumonología, 4º Jefe, entrevista personal, 6 de diciembre de 2008).

Asimismo, también se percibían los cambios que vivió la SAIC y el ámbito de la investigación clínica como resultados de una evolución de carácter epistémico y cognitivo a secas (“con el auge de la biología molecular” o “por un motivo imparable de desarrollo de las técnicas”); como si este tipo de transformaciones fueran por sí mismos capaces de modificar el rumbo de un ámbito de investigación -identificándose así con una mirada propia del denominado determinismo tecnológico-²⁵³:

“(…) hoy son todos biólogos, trabajos básicos... está en cuestión si eso es investigación clínica. Muchos dicen que sí, que eso es la investigación clínica hoy. Eso tiene que ver con el auge de la biología molecular, con el perfil de la gente que está en investigación, que fue cambiando paulatinamente. Los biólogos están dirigiendo los grupos y antes eran los médicos” (Claudia Lanari, hija de Alfredo Lanari, entrevista personal, 27 de diciembre de 2007).

²⁵³ Para aludir al determinismo tecnológico se suele hacer referencia a una de las frases más conocidas de Marx: "El molino trajo la sociedad con señor feudal; la máquina de vapor la sociedad con industrial capitalista". Esta frase ha dado sustento a una tradición de trabajos focalizados en el determinismo tecnológico y, al mismo tiempo, dio lugar a críticas desde posiciones deterministas sociales y en defensa del pensamiento marxista. El determinismo tecnológico se sostiene en una concepción esencialista de la tecnología. Desde esta visión se le atribuye a la tecnología: neutralidad (la consideran despojada de valores, intereses y sin asimetrías), autonomía en su desarrollo respecto de los factores sociales, culturales y políticos y una racionalidad interna que define la elección correcta y el uso adecuado entre diferentes estrategias posibles (Thomas, 2009).

“(…) por un motivo imparable de desarrollo de las técnicas, de especialización, de la diversidad del conocimiento; de la cantidad de conocimiento que hizo que la investigación fuera yendo a ese aspecto que yo te dije; que empezó con la clínica y terminó en una cosa básica. La Sociedad de Investigación Clínica fue reuniendo cada vez más básicos, cada vez más básicos. Y clínicos que iban a escuchar”. (Manni, Jorge, investigador del IIM, Sección Inmunología, 2º Jefe, entrevista personal, 22 de diciembre de 2008)

Por el contrario, como se ha visto, tales cambios fueron fruto de un conjunto de fenómenos de múltiple naturaleza; cognitiva, política, social y económica. Los niveles de análisis moleculares y genéticos de la salud y la enfermedad humana, aparecían como inaccesibles y/o costosos para la formación y el entrenamiento de los médicos que hacían investigación clínica; las regulaciones éticas, al aumentar los controles de esta actividad produjeron menor caudal de investigaciones y; las retribuciones salariales locales decrecientes conllevaron bajas expectativas por la opción profesional de la investigación clínica académica, sumadas a su tendencia estructural hacia perfiles más de consulta.

7.2.2. Mecanismos de reclutamiento

7.2.2.1. La Experiencia Pedagógica Curricular (EPC)

La Experiencia Pedagógica Curricular (EPC), conocida con el nombre coloquial de “la escolita”, fue un proyecto de enseñanza médica en continuidad con las reformas educativas introducidas, primero con la implementación de las residencias médicas, y después con la UDH, dado que su propósito central fue situar la formación médica en el ámbito práctico del hospital, aunque referido a la enseñanza de las materias básicas.

Si bien su implementación fue en 1970, Braun Menéndez desde 1956 había sugerido su establecimiento a partir de los desarrollos que había observado en universidades extranjeras. En éstas se tenía por objetivo que el aprendizaje de las asignaturas del ciclo básico fuera en un medio donde los alumnos, desde el comienzo de su formación, estuvieran en contacto con enfermos, médicos e investigadores que ejercían a un tiempo funciones docentes, asistenciales y de investigación (Cottini, 1985):

“La EPC fue un producto de su tesón y, sobre todo, de su paciencia para explicar y convencer y que a veces por mi impaciencia estuvieron a punto de fracasar. La idea de enseñar las denominadas materias básicas en los hospitales, en la cual Braun insistía desde su vuelta de Londres y que a mí me parecía impracticable en nuestro país. Por la acción de Santas en el rectorado y Brea en el decanato de la Facultad de Medicina fueron llevadas a la realidad en el año 1969, y fue a mí, el descreído de 1958, a quien le correspondió dirigir la primera de ellas” (Lanari, 1973: 35).

“Se eligió al Instituto porque físicamente y desde el punto de vista de investigadores con total dedicación era el lugar más adecuado por el momento ya que podía recibir un número de alumnos para que cursaran todas las materias del ciclo básico” (Mundo Científico, Ciencia e Investigación, 1971: 246).

La EPC consistió en un programa de formación de estudiantes de medicina que se insertaba desde el primer año del ciclo básico en la vida hospitalaria del Instituto y donde podían luego cursarse los años del ciclo clínico e incluso los tres años de la residencia médica (Editoriales, El Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari a 30 años de su creación. *Medicina*, 1987).

La implementación de la EPC fue una proyección de dos figuras fundamentales: Mario Brea y Andrés Santas. Primero fue concebida en términos de una experiencia piloto y el IIM fue elegido para tal fin. Con el completo apoyo de Lanari fue puesta en marcha (Lanari, 1975d).

Durante los años previos, recuérdese que tales figuras se habían colocado al frente de las innovaciones pedagógicas en la Facultad, desempeñando roles protagónicos en el diseño, en la difusión y en el establecimiento de las residencias médicas y la UDH. Se ha visto en anteriores capítulos que Mario Brea fue decano de la Facultad entre 1969 y 1971, años de gestación del proyecto EPC, mientras Andrés Santas ocupaba el cargo de rector de la Universidad de Buenos Aires para 1969 (así mismo había sido decano durante el período 1966 y 1969, en un contexto clave donde se comenzaban a extender el sistema de residencias y la UDH) (Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Archivo General, Legajo de Brea Mari N° 19500; Legajo de Santas Andrés N° 51553; Santas,

1980).

Asimismo, el lanzamiento de la EPC se ubicaba en un contexto en el cual la Facultad de Medicina de Buenos Aires tenía una admisión de ingreso sin limitación, por lo cual todo aquel que aprobaba su examen, comenzaba a cursar el primer año de la carrera. En 1969 el número de ingresantes fue de aproximadamente 937 alumnos.

En este escenario de masificación de la enseñanza, la puesta en funcionamiento de la EPC tenía el objetivo de ensayar la posibilidad de lograr una enseñanza de los primeros tres años de la carrera, el ciclo básico, en una relación docente-alumnos menor, para luego comparar esa experiencia piloto con el mismo ciclo impartido en la Facultad. Asimismo, otro de sus fines tenía que ver con vincular el entrenamiento básico del médico con la práctica clínica en el seno de un ámbito hospitalario con actividades de investigación y con una mayor vinculación de los alumnos con el enfermo desde el comienzo de sus estudios (Lanari, 1975d). La proyección era poder luego extender la experiencia, según sus mejores resultados comparados con los de la Facultad, a otros institutos hospitalarios dependientes de la universidad.

La EPC fue una experiencia pedagógica que acentuó la enseñanza práctica en el hospital en el marco de un contacto cara a cara entre docente y alumnos, ampliando el ensayo realizado con la UDH del ciclo clínico para la formación básica de los alumnos (Santas, 1980). La formación del médico desde el primer año de la carrera hasta el final, en el ámbito hospitalario y, en particular, en un Instituto como el IIM, proveía una socialización médica primaria y cotidiana con la cultura de la asistencia y de la investigación clínica en una relación docente por alumno que permitía un aprendizaje personal (la relación era de 1 docente por 25 alumnos), inexistente en el marco de la Facultad²⁵⁴.

²⁵⁴ De hecho, al término de los 3 años del ciclo básico de la EPC, los alumnos se sometieron a una evaluación del grado de conocimientos médicos, comparando resultados con un grupo similar que había cursado el mismo ciclo en las cátedras oficiales de la Facultad de Medicina, es decir, sin vincularse con el enfermo en los 3 primeros años. Los resultados demostraron diferencias de nivel y rendimiento significativas, a favor del grupo de la EPC (Arrizurieta, Elvira, investigadora del IIM, Sección Nefrología, 2º Jefa, entrevista personal, 22 de octubre de 2007). Dicha evaluación comparativa estuvo a cargo de un grupo de investigadores dirigidos por Horacio Rimoldi, director del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME),

“Además de la enseñanza directa e individual (...) partimos de la base de que muchas de las faltas de la enseñanza básica residen en la miopía intelectual de los alumnos, que no advierten la necesidad de ahondar en los conocimientos básicos. Por esto desde el primer año ellos concurren a las salas de internación de enfermos y allí encuentran que es imprescindible dominar las ciencias morfológicas y que esos estudios no constituyen un lujo o una excentricidad sino que representan la base de una medicina moderna (...) por otra parte el número reducido de alumnos les permite una participación activa. No son repetidores. Todos deben realizar las experiencias y los exámenes semiológicos que hacen el instructor y el jefe de trabajos prácticos” (*Diario La Nación* (1975), Reportaje a Lanari “Universidad de Utopía”, 16 de noviembre de 1975: 6).

En un sentido, si las residencias médicas fueron un modo de formar médicos *full time* de posgrado, la EPC se constituyó como la vía mediante la cual se pretendía extender el *full time* del docente investigador a su contraparte, el estudiante de grado, y consolidar otro mecanismo de reclutamiento de nuevos miembros bajo tal modalidad de trabajo:

“Fue buena; para mí, hay una cosa: a nosotros nos gustaba, digamos, la parte de educación nos interesaba mucho y nos gustaba. Los teníamos 3 veces por semana, desde las 2 de la tarde hasta las 5 de la tarde; 6 ó 7; 3 veces por semana” (Barcat, Antonio, investigador del IIM, Sección Anatomía Patológica, 3º Jefe, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

“En la EPC de química biológica. La idea de Lanari era que cada hospital debía ser una facultad de medicina, donde se dieran no sólo las materias clínicas sino también las básicas. Había una buena relación docente alumno por la cifra. La gran ventaja era que dábamos los prácticos, se generaba una relación de conocimiento docente alumno espectacular. Venían a hinchar, estaban ahí todo el día, venían y preguntaban” (Isturitz, Martín, investigador del IIM, Sección Inmunología, entrevista personal, 20 de diciembre de 2007)

Desde el punto de vista de los alumnos que cursaron la EPC también este sistema les implicó destrezas y experiencias diferenciales respecto al estudiante que cursaba en el Facultad. Resaltaban la importancia de la

dependiente de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UBA y del CONICET (Cottini, 1985).

inserción práctica en el hospital desde el primer día de cursada, el ambiente de socialización diario con docentes que realizaban a un tiempo actividades de asistencia y de investigación clínica, la posibilidad de tenerlos “a mano” en forma cotidiana y de formarse con docentes investigadores:

“Entré en el año '74 (...) Medicina en ese momento, la carrera eran 6 años, no había ciclo básico; eran 3 años de materias básicas y 3 años de ciclo clínico. Los 3 años de materias básicas se cursaban en la Facultad y tenían una orientación y una dinámica totalmente diferente porque no estabas en un ambiente hospitalario; con muy poca vinculación con lo que va a ser después la realidad (...) Siempre, el Instituto -todavía ahora- una de las principales cosas que tenía, que sigue teniendo, es que es un lugar pequeño, donde la gente que trabaja pasa muchas horas al día; entonces, la interacción con los alumnos es muy buena. La relación que los alumnos llegan a tener con sus docentes es muy sólida. Contribuye a eso la metodología del lugar que es la misma que hace 30 años (...) en donde a vos te toca sentarte al lado de cualquiera; al principio, los alumnos van solos, pero después de un tiempo que están ahí, vos y yo somos el director del hospital y el jefe de un servicio y vienen los alumnos y se sientan al lado y terminan formando una cosa común; nos conocían bien y eso crea una relación muy distinta y, además, esta posibilidad, aparte de las clases, los prácticos, que también los había en la facultad, por supuesto. Pero en el IIM era ir al laboratorio y ver cómo trabajaban; no era “de mentirita”; era mucho más real. Había gente -la hay todavía- que hacía básica y de mucho nivel y el recurso humano para poder dar las materias básicas porque normalmente en los hospitales no hay y además, también, estaban los lugares donde se hacía investigación como para que los alumnos pudieran ver” (Quadrelli, Silvia, alumna de la EPC y médica clínica del IIM, entrevista personal, 9 de diciembre de 2008).

La EPC comenzó con un número reducido de alumnos, admitiéndose 25 seleccionados entre los inscriptos que se habían interesado en incursionar en la experiencia. Según la calificación obtenida en el curso de ingreso se sortearon la mitad de los puestos entre los que obtenían nota superior a la media y el resto entre los alumnos con nota inferior a la misma. Este mecanismo de selección intentaba “eliminar la posibilidad de tener una muestra viciada” al incluir solamente aquellos alumnos mejor preparados o el caso contrario (Cottini, 1985: 201). Cada alumno contó con la asignación de un tutor de estudios.

Lanari y Ricardo Negroni fueron quienes constituyeron la primera Comisión de Asesoramiento y Aptitud Docente de la Experiencia Pedagógica Curricular (EPC). En 1974 Lucía de Guerrero sucedió a Negroni, y al año siguiente, Marcelo Frigerio reemplazó a Guerrero (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General, Legajo de Ejden José N° 71918). Dicha Comisión tenía el objetivo de coordinar y supervisar la unidad de criterio de los diferentes docentes.

La dotación de recursos docentes provino, por un lado, de la planta de profesores investigadores estable del IIM y, por el otro lado, de parte de la Facultad. Ésta otorgó su apoyo contribuyendo con equipamiento y la erogación en sueldos de un jefe de trabajos prácticos y de un ayudante por materia. El resto de los docentes de la EPC eran los miembros del IIM, con radicación de docencia e investigación vía Facultad o CONICET (Cottini, 1985).

Desde que se inició la EPC, en 1970 hasta 1976, momento en que fue suspendida, los jefes de secciones tenían a cargo el dictado de las materias básicas: entre otros, José Ejden dictó Microbiología, Parasitología e Inmunología en la EPC, para alumnos de 3° año (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General, Legajo de Ejden José N° 71918), Elvira Arrizurieta tuvo a su cargo el dictado de Fisiología Humana (entre 1970 y 1974) (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General, Legajo de Arrizurieta Elvira N° 79071); Salomón Muchnik hizo lo mismo con Clínica Neurológica en calidad de docencia libre (Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General, Legajo de Muchnik Salomón N° 72825). El trabajo con docentes que realizaban investigación también era parte del ensayo en curso: demostrar que era imprescindible “utilizar para la enseñanza a todas las personas que tuvieran una labor de investigación pues su espíritu crítico evitaba el dogmatismo y el concepto de autoridad de la enseñanza universitaria” (Lanari, 1975d: 7).

En 1970, el primer año de la EPC, los alumnos cursaron Anatomía Humana e Histología, Citología y Embriología. En Anatomía, los alumnos estudiaban anatomía de superficie en enfermos internados en el IIM y en las restantes asignaturas se trabajaba con ejemplos de los ateneos anatómo

clínicos. A la vez, como un ciclo de conferencias obligatorias pero sin examen, se dictaron clases de introducción a la inmunología y genética (Lanari, 1975d).

En 1971 se admitieron 30 alumnos y se inició la enseñanza de Fisiología, integrada con las asignaturas de Química Biológica y Física Biológica, con participación de clínicos e investigadores. Los instructores utilizaban la sala de internación para enseñar los procedimientos que se realizaban para el diagnóstico de los enfermos (tales como pruebas de suficiencia respiratoria, registro eléctrico de la actividad cardíaca, entre otros), cuadros que con lo aprendido en el laboratorio “quedaban grabados en los alumnos de manera indeleble” (Cottini, 1985). Asimismo, se dictó un curso de enfermería médica, se implementó la realización de guardias nocturnas y el cuidado de los enfermos internados en el IIM por parte de los alumnos. En el dictado de Física Biológica se incluía principios de estadística y nociones de demografía. También se realizó un segundo ciclo de Genética e Inmunología (Lanari, 1975d).

En 1972 ingresaron 40 alumnos y se inició la enseñanza de Patología, para lo cual el IIM contaba con un banco de 1600 autopsias. Los alumnos además tenían la obligación de concurrir a los ateneos semanales del Instituto, lo cual generaba una aproximación temprana, y en paralelo a su formación de grado, al clima de reflexión y discusión que llevaban adelante los investigadores formados del IIM. Asimismo, se dictó Microbiología, Farmacología y Psicología Médica. En Microbiología se enfatizó en la enseñanza de bacteriología clínica y en la inmunología bacteriana, pudiendo realizar la experiencia de estudiar la influencia de los parásitos en una zona endémica, en el laboratorio del Instituto de Patología Regional de la Universidad del Nordeste, en Resistencia, Chaco, donde los alumnos permanecieron 10 días. Farmacología se enseñó en el Instituto de Farmacología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica (Cottini, 1985). Asimismo, se puso énfasis en la enseñanza de Genética y nociones de Biología Molecular, que para esos años habían logrado un proceso acelerado de desarrollo desde su emergencia (Diario La Nación, Reportaje a Lanari, “Universidad de Utopía”, 16 de noviembre de 1975).

En suma, el diseño e implementación de la EPC, por un lado,

sintonizó con los intereses de algunos actores locales de ensayar reformas de enseñanza de cara a la situación de la enseñanza masiva del primer ciclo básico en la Facultad de Medicina y, por el otro lado, constituyó una respuesta –desde el plano de la educación y formación médica- a la dirección que habían tomado los cambios disciplinares de reorientación de la medicina hacia las ciencias básicas.

7.2.2.2. Fin de la EPC

La experiencia de la EPC logró una sola promoción de egresados ya que a partir de la jubilación y el retiro de Lanari de la dirección del IIM, y de su reemplazo por quien era hasta entonces el vicedirector, González Segura, en 1976, comenzó a sufrir las primeras embestidas.

Esto coincidió con el golpe militar de 1976 y de las intervenciones en la Universidad y la Facultad. Desde la óptica de las autoridades que se colocaron al frente de estas instituciones, la EPC fue considerada una experiencia “elitista” de formación de grado al no poder extenderse a otros espacios institucionales y al resto del alumnado, lo que “ocasionaba una situación de privilegio para unos y la consiguiente irritación del resto” (Cottini, 1985: 202):

“Eligieron nivelar para abajo en vez de multiplicar las experiencias y nivelar para arriba. En realidad creo que no fue idea solamente de las autoridades de turno sino que también de algunos profesores de la Facultad de Medicina que veían empañada su *performance* y aprovecharon a esta gente para terminar con nosotros (...) Los chicos de la escuelita nos recuerdan bien, nos visitan, están bien posicionados en el exterior y en el país. Lo que ocurrió fue que cuando un matemático decidió hacer una experiencia sobre el conocimiento diferida con los alumnos que habían cursado la escuelita y los de la facultad, se encontró con que los de la escuelita recordaban en el ciclo clínico, conceptos tomados del ciclo básico de la escuelita, mucho mejor que los alumnos de la facultad. Creo que eso fue una cosa que precipitó el cierre de esta escuelita” (Arrizurieta, Elvira, investigadora del IIM, Sección Nefrología, 2º Jefa, entrevista personal, 22 de octubre de 2007).

En 1978 la EPC dejó de funcionar (Santas, 1980). De este relato citado y de otros (Cottini, 1985), se desprende que la interrupción de la EPC

tenía que ver no tanto con su naturaleza poco igualitaria (lo cual aparecía en realidad como las razones aparentes o de superficie de la argumentación de las autoridades interventoras) ni con lo que ella significaba, sino antes bien con aquello que dejaba al descubierto de su contraparte: la formación médica impartida en la Facultad, sus deficiencias o menores rendimientos en relación con los alcanzados por los estudiantes de la EPC –visibilizados en la evaluación comparativa que se había realizado entre este ensayo pedagógico y el espacio formativo de la Facultad–.

La EPC fue la tercera de las reformas de enseñanza médica que se lanzó en el IIM entre 1960 y 1970, acompañada y sostenida, al igual que las residencias y la UDH, por el grupo de médicos innovadores de la Facultad. Como he intentado mostrar, el conjunto de dichas reformas no sólo ni fundamentalmente implicó cambios en la enseñanza y en el mecanismo de reclutamiento médico sino, en lo sustantivo, supuso la puesta en juego de nuevas concepciones en torno al tipo de formación médica en vinculación con su rol profesional esperado en el ámbito hospitalario universitario y no universitario.²⁵⁵ Aquéllas enfatizaban el entrelazamiento de actividades de investigación, asistencia y docencia en una modalidad lo más cercana posible al *full time*. En una cultura médica proclive a desempeños docentes y asistenciales *part time* en la universidad y en el ámbito hospitalario, tales reformas implicaban amenazas a ese estilo profesional. Esto permite afirmar que el fin de la EPC en manos de las autoridades interventoras en la Facultad recibió el visto bueno y el apoyo de muchas figuras que venían sintiendo fuertes cuestionamientos por parte de los innovadores y el IIM, desde tiempo atrás (Arrizurieta, Elvira, investigadora del IIM, Sección Nefrología, 2º Jefa, entrevista personal, 22 de octubre de 2007).

Reconociendo el peso de esta cultura médica dominante en el final de la “Escuelita Pedagógica”, cabe la pregunta sobre la legitimidad de la

²⁵⁵ Lanari (1978d) dedicó reflexiones en torno a las medidas que podían ser de fomento a la investigación clínica en hospitales no universitarios. En ese editorial proponía: “a) crear en un hospital de cada ciudad importante (más de 500000 habitantes) puestos de dedicación exclusiva o de 45 horas para un investigador con experiencia en investigación clínica o cirugía, ayudantes graduado, dos técnicos (...) se requiere una labor profesional que prepare al investigador novel, b) en cada hospital elegido debe haber un “Departamento de Docencia e Investigación” y una biblioteca y c) la existencia de un Departamento de Patología con un número de autopsias que alcancen lo menos al 50%” (Lanari, 1978d: 739-740).

demanda del IIM sobre el sostenimiento conjunto (por parte de la Facultad) de la EPC si no podía extenderse a otros espacios institucionales: ¿Era el IIM a esta altura un proyecto de excelencia científica que al no poder extenderse a más espacios conformaba una experiencia de elites? ¿En qué medida el *full time* en clínica médica se presentaba en este sentido de modo excluyente respecto a perfiles profesionales *part time*, propios por demás de la profesión médica de consulta, que también quería preservar un espacio de legitimidad en el seno del hospital universitario? Lo que sí queda claro es que había fuertes intereses profesionales en juego detrás de estas innovaciones pedagógicas. Su disputa era sobre quiénes decidirían cómo organizar la definición de los perfiles dominantes y por ende más legítimos dentro de la facultad, del hospital y del hospital universitario.

7.3. El alejamiento de Lanari de la dirección del IIM

Lanari renunció a la dirección del IIM en 1976 cuando decidió jubilarse a los 65 años de edad. Ello se debió, por un lado, a su creencia en dejar la actividad de dirección a esa edad y abrirle camino a nuevas generaciones y, por otro el lado, debido a la situación de alta contestación y conflictividad que vivía el IIM, desde principios de 1970. Dicha conflictividad no estaba tan vinculada a la radicalización política (que existió dentro del IIM) sino a la escalada de demandas gremiales en manos de la Asociación de Personal No Docente de la Universidad de Buenos Aires (APUBA) (Elizalde de Bracco María Marta, investigadora del IIM, entrevista personal, 8 de julio de 2008; Lanari, 1975):

“(…) ya estaba harto; estábamos todos medios hartos de APUBA y toda la cosa gremial que manejaba el Instituto. Y, además, él siempre había sostenido que uno, a los 65 años, se tenía que jubilar y dejar a otra gente”. (Agregst, Alberto, investigador del IIM, Sección Clínica Médica, 1º Jefe, entrevista personal, 8 de enero de 2009).

“(…) Mucha politización, sí. Las asambleas eran prácticamente diarias; no se podía trabajar; se perdió la tranquilidad que se tenía antes y, sobre todo, vino ya un problema que es cuando se lo juzgó a Lanari. Él tuvo varias asambleas donde se lo juzgaba porque se le pedía, inclusive, la renuncia; se planteaba eso en las asambleas” (Sánchez Ávalos, Julio, investigador del IIM,

Sección Hematología, 2º Jefe, entrevista personal, 2 de marzo de 2009).

González Segura, el subdirector, tomó su lugar.²⁵⁶ A partir de entonces, fueron coincidentes las percepciones de diferentes investigadores sobre el rumbo cambiante que el IIM tuvo en adelante. Aún cuando en dichas percepciones existiera algún tipo de significación anacrónica y enaltecedora de la figura individual (casi heroica) de Lanari, y tomando por eso los debidos recaudos, creo que es interesante no dejar pasar por alto el hecho de que muchos de los entrevistados, de la primera, segunda y tercera generación, tuvieron las mismas impresiones (incluso personal técnico y de sala). Esto habla, en todo caso, de la pretensión de autoridad social y científica que ejerció Lanari, que si no se puede afirmar que haya operado sin fisura alguna o conflictos en la práctica, evidentemente sí funcionó monolíticamente en el colectivo del IIM en el plano simbólico. El testimonio de uno de sus alumnas de la EPC es muestra de ello:

“Lanari mantenía las relaciones entre la parte de allá –Clínica Médica- y esta parte que eran Laboratorios e Investigación, había cierto cruce. Cuando se jubiló Lanari, la división, el patio ese que divide las 2 salas, se transformó en un foso. Y disminuyó mucho también el número de investigadores que teníamos. Durante todo el tiempo del proceso y unos cuantos años más, cuando se jubiló Lanari, la división se hizo así, un foso, directamente; los clínicos por un lado, los que hacían investigación y laboratorio por otro; una separación total” (Quadrelli, Silvia, alumna de la EPC y médica clínica del IIM, entrevista personal, 9 de diciembre de 2008).

Si bien con el retiro de Lanari de la dirección del IIM, pudo haber quedado acéfalo el liderazgo único que él encarnaba en cuanto a efectivizar cotidianamente ese estilo de investigación y ejercicio de autoridad propio – anclados en la imbricación entre investigación clínica y experimental, con la asistencia y la docencia-, no puede desconocerse que la evolución del ámbito de la investigación clínica en el medio local e internacional operó bajo lógicas que exceden a aquella figura. Sólo como ejercicio puede uno

²⁵⁶ Sin embargo, Lanari continuó asistiendo al Instituto, donde realizaba tareas de investigación fundamentalmente.

preguntarse en ese sentido ¿No hubiera ocurrido de igual modo esa separación y división entre la cultura de sala y de laboratorio si Lanari hubiese continuado diez años más en la dirección del IIM? Probablemente sí. Pero ello no quita el peso central que tuvo su nombre propio en los distintos momentos de la tradición así como también en los modos mediante los cuales ésta permaneció después de su alejamiento de la dirección del IIM e inclusive en el tiempo posterior a su desaparición.

7.4. La permanencia de la tradición

Con la EPC se formaron nuevas generaciones de discípulos, muchos de sus alumnos, como Dardo Riveros y Silvia Quadrelli, aprehendieron y reprodujeron (en otras instituciones, el primero de ellos, y en el IIM, la segunda) ese estilo de investigación clínica -modos de trabajo y modos de habitar la profesión médica- encarnado por Lanari (Riveros, Dardo. Investigador del IIM, Sección Hematología. Entrevista personal, 1 de marzo de 2009; Quadrelli Silvia, alumna de la EPC y clínica médica del IIM. Entrevista personal 9 de diciembre de 2008).

Aquello que estuvo presente en las tres generaciones identificadas, en la cuarta que se formaría con los alumnos de la EPC y en el resto del personal médico y técnico del IIM, fue la legitimidad de la autoridad científica y social pretendida y ejercida por Lanari, asentada en su estilo de investigación. Sus componentes de orden carismático y moral fueron los que tuvieron mayor peso en las relaciones jerárquicas entabladas con alumnos o el personal técnico.

El testimonio de un estudiante de la EPC demuestra la raíz fuertemente carismática, con base en la creencia en su voz y nombre propio como fuentes de validez y verdad suficientes. Para 1960 el nombre de Lanari operaba así porque ya tenía una acumulación de prestigio y conocimientos científicos significativa. Sólo que, si bien su capital científico estaba presente en el modo de ejercicio de autoridad y liderazgo, su legitimidad era otorgada “más allá” de aquél:

“Los que tenían 30 y pico, tenían la misma actitud; la relación que tenían con Lanari era absolutamente acrítica. Si Lanari lo decía estaba bien; estaba bien desde el punto de vista moral; si lo

decía Lanari, eso era criterio de validación suficiente. Después, con los años, te das cuenta de algunas cosas que, para mí, no estaban bien (...) Esas personas que vos te das cuenta de que tienen un pensamiento que todavía me pasa con Agrest. Son tipos que piensan diferente” (Quadrelli, Silvia. Alumna de la EPC y médica clínica del IIM, entrevista personal, 9 de diciembre de 2008).

El liderazgo carismático funcionó, como en toda tradición, como un rasgo central del nombre propio de la figura. Las cualidades singulares e intransferibles que conforman el carisma, fueron portadas y ejercidas por Lanari dentro del IIM y en el contexto de la Facultad de Medicina, permitiéndole hacer confluir y potenciar su pretensión y efectución de la autoridad social y científica en tales espacios.

Ambas autoridades fueron adquiridas y sostenidas centralmente en la dinámica de interacción cotidiana dentro del IIM, en la cual Lanari intentaba ejemplificar con su conducta y con sus rutinas y así crear disciplina transversal (con los jefes de las distintas secciones) y vertical (con los residentes, el personal de sala, los técnicos de laboratorio y las enfermeras) y obtener así su doble legitimidad:

“Todos encajábamos en ese engranaje. El Doctor Lanari hacía la recorrida por la sala a las 7 de la mañana y ya tenían que estar bañados los enfermos, el piso lavado con detergente y lavandina (...) esta primera recorrida la hacía con la administradora. Y a las 8 de la mañana, él hacía la recorrida con los médicos. Era el alto nivel de exigencia del Doctor Lanari. Después a la tarde hacía la recorrida de todo el hospital (...) también lo que tenía era que tanto vigilaba su lugar para que todo se hiciera correctamente que todo el mundo sabía que tenía que estar en su lugar de trabajo. Por ejemplo, venía a las 12 de la noche, a las 2 de la mañana, no había horario...él venía y recorría y veía lo qué pasaba. Una de tantas anécdotas...una vez, una enfermera (que se jubiló hace poco) Delia, estaba en la sala, escribiendo la historia clínica, viendo la medicación, y serían las 12 de la noche, llovía y ve pasar a Lanari a quien no reconoció porque él estaba con sombrero y paraguas. Entonces él pasó por la sala y ella le dijo “señor, ¿usted a dónde va? Estas no son horas de visita” y él se sacó el sombrero y le respondió “soy el director”. Al otro día llamó para felicitarla porque ella había cumplido con su deber, al no conocerlo y pararlo. Anécdotas así, hay muchas” (Ojeda, Elida, técnica del IIM, Sección Hematología, entrevista personal, 29 de diciembre de 2008).

Estas rutinas de “recorridas de sala” cotidianas, el control y monitoreo que él mismo realizaba y las exigencias respecto a su cumplimiento por parte del personal fueron una resignificación y traslado, a la cultura clínica asistencial, del estilo de monitoreo y control personal que el mismo Houssay practicaba con sus investigadores dentro de una cultura de laboratorio.²⁵⁷ Asimismo, en este engranaje de investigación para la asistencia y de ésta al servicio de la primera, Lanari le otorgaba una relevancia singular y por derecho propio a la dinámica asistencial, en lo atinente al cuidado y atención del paciente -el legado de Mariano Castex-.

“Lo novedoso de Lanari es utilizar en la Medicina Clínica, métodos que se podían utilizar en la Medicina experimental, que le permitían mejorar el conocimiento de la enfermedad” (Domínguez, José Miguel, investigador del IIM, Sección Metabolismo, 1º Jefe, entrevista personal, 25 de febrero de 2009).

La modalidad de uso de aparatología y tecnología de baja intensidad, como parte del estilo de laboratorio que Cueto (1994) describió de Houssay, fue internalizado y reproducido por Lanari. La diferencia de épocas de cada uno marca, no obstante, las dificultades mayores que tuvo Lanari en los años posteriores a 1960 en hacer ciencia “barata”²⁵⁸. En este sentido, algunos discípulos manifestaban los obstáculos al respecto:

“Entonces, en realidad, teníamos que tener un cambio organizacional muy importante y, en ese sentido, me pareció que a Lanari no le gustaba ir a pedir plata; “hagamos fuego con el pedernal ¿para qué vamos a estar pidiendo instalaciones si golpeando las piedras, podemos hacer un poquito de fuego?” (Agest, Alberto. Investigador del IIM, Sección Clínica Médica, 1º Jefe, entrevista personal, 8 de enero de 2009).

²⁵⁷ Otro aspecto muy aprehendido y practicado por Lanari del estilo Houssay fue la orientación y monitoreo personal de todos los intereses y líneas de investigación en el Instituto así como del ingreso de nuevos miembros al mismo (aún cuando empezaron a funcionar mecanismos formales como las residencias, Lanari realizaba una entrevista personal a cada candidato) (Muchnik, Salomón. Investigador del IIM, Sección Neurología, 2º Jefe, entrevista personal, 22 de diciembre de 2008) (Molinas, Felisa, investigadora del IIM, Sección Hematología, 4º Jefa, entrevista personal, 12 de diciembre de 2008).

²⁵⁸ Esto refiere al marco de la denominada “Big Science”, es decir, el cambio de escala en la producción científica en el contexto de la segunda posguerra en cuanto a la transformación cuantitativa y cualitativa en el instrumental y aparatología utilizadas para hacer investigación científica (Pestre, 2005). Para el caso específico de la medicina y la explosión de la aparatología médica, véase Berg (1995, 1997).

“Y teníamos otro inconveniente. Lanari, entre uno de sus defectos, mezquindaba los gastos y los medios. Por ejemplo, Hernández se fue a Suiza; estuvo en los Estados Unidos aprendiendo microscopía electrónica. Jamás hubo una intención seria de conseguir un microscopio aquí. Aún para cosas no tan caras. Era así, reacio a pedir fondos.” (Barcat, Antonio, investigador del IIM, Sección Anatomía Patológica, 3º Jefe, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

Ese estilo de investigación, aunque modificado en términos de prácticas y objetos epistémicos con el paso de más de 30 años desde el final de su dirección en 1976, vive como evocaciones de prácticas actuales de muchos de los investigadores que nunca se fueron y persisten ligados institucional o vocacionalmente al IIM²⁵⁹, desde su ingreso hasta la actualidad²⁶⁰, así como también entre aquéllos que se han alejado de aquél.

Los elementos de continuidad más fuertes de la tradición han tenido anclaje en la conformación del vínculo “maestro-discípulo”, el cual si bien se sustentó fuertemente en aprendizajes cognitivos, líneas de investigación escogidas y modos de formulación de problemas, fue posible y reproducible más allá de estas dimensiones cognitivas. La pretensión de autoridad social y carsimática por parte del maestro y su reconocimiento y otorgamiento por parte de los aprendices han posibilitado la constitución de dicho vínculo. Es decir, sin las identificaciones de sus discípulos en lo atiente a modos de trabajar (investigar, asistir y enseñar), a concebir la práctica médica hospitalaria en su dimensión moral, institucional y cognitiva, y su internalización y reproducción en el tiempo, no hubiera sido posible pensar en la conformación, desarrollo ni permanencia de esta tradición.

Por eso, a pesar de las diferencias que existieron entre las tres generaciones y de los desprendimientos de grupos mencionados después del cese del ejercicio de Lanari como director (y más aún desde entonces a la actualidad), las identificaciones y reconocimientos de los investigadores del

²⁵⁹ En este sentido, existen casos como el de Salomón Muchnik, Amadeo Barousse y otros tantos, ya jubilados en la actualidad, que siguen yendo al “Lanari”, buscando excusas para no dejar de ir, sea la edición de la revista *Medicina* o mismo “estar ahí”.

²⁶⁰ Por ejemplo, Jorge Hevia (médico de sala), Elida Ojeda (técnica), Felisa Molinas (investigadora), entre muchos otros, siguen trabajando actualmente en el IIM desde que ingresaron en los años 60.

IIM continuaron colocando la figura del maestro en Lanari y del vínculo maestro-discípulo en el marco específico dado por la institución (IIM).²⁶¹

“El IIM es “El Lanari”. Y la prueba es que, habiendo muerto él y habiendo aparecido mediocres por todos los costados y cada vez más mediocres, como dice el vulgo, “la mística” no se perdió; “El Lanari” sigue teniendo una mística y los que más lo defienden –fuera de los viejos que ya no están, porque yo hace 3 años que faltó- ¿quiénes la defienden? Los jóvenes, los residentes. Algo captan y se sienten parte de una obra; una obra real” (Bastaroli, Julián, Investigador del IIM, Sección Cardiología, 2º Jefe, entrevista personal, 27 de febrero de 2009).

El IIM pasó a denominarse IIM Alfredo Lanari a partir de 1985, año de su desaparición.²⁶² Si bien esto puede constituir un mero gesto formal de reconocimiento, como parte de cualquier acción de homenaje protocolar esperada para toda conducción de una institución pública, si se lo coloca en relación con otras dinámicas, aquél hecho puede cobrar un sentido sustantivo.

Entre quienes aún hoy lo habitan, como el caso de algunos que formaron parte de las primeras jefaturas de las secciones, o de la segunda y tercera generación, de técnicos y médicos de sala de su primera época, o incluso camadas más jóvenes de investigadores que nunca llegaron a conocerlo por vía directa –pero sí a través de otros que se entrenaron con él– mantienen una identificación social y científica muy vívida con el estilo de investigación Lanari, puesto en práctica en modos de hacer ciencia y habitar la profesión. En estas continuidades, atravesadas por las múltiples rupturas señaladas, reside la idea de la tradición Lanari. Entre sus discípulos de diferentes generaciones y el personal médico y técnico, hasta el día de hoy,

²⁶¹ Al respecto, véase Semeniuk (2010). Lo mismo ocurrió con Elizalde de Bracco y Agrest, quienes respectivamente se fueron a la Academia y al Sanatorio Güemes, al menos en el plano de la identificación: ambos marcaban la idea de una continuidad en el estilo Lanari (Elizalde de Bracco, María Marta, investigadora del IIM, Sección Inmunología, entrevista personal, 28 de julio de 2008).

²⁶² Lanari continuó su trabajo hasta que su salud empeoró hacia 1983, cuando tuvo que interrumpir sus actividades profesionales. Sin embargo, hasta sus últimos días estuvo en el IIM (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Memoria del Instituto de Investigaciones Médicas IIM, 1981). Allí permaneció internado y falleció el 23 de marzo de 1985. Uno de sus colegas y discípulos recordaba, “El día antes de morir, un sábado; cuando murió Lanari, estábamos los 3; Sánchez Ávalos, el Dr. Barcat y yo. Un sábado, como a la una de la tarde, por ahí; dos, dos y media, estábamos los 3, cuidándolo. Y el día antes le dijo al Dr. Agrest, quería que... la autopsia se la hicieran a él como a todos: 'A mí también, flaco'” (Hevia, Jorge, clínico de sala del IIM, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

no se escucha otro modo de denominar y habitar el IIM que no sea en términos de “El Lanari”.

Conclusiones

Como señalé en un comienzo, esta tesis se originó debido a una mezcla de intuiciones, materiales dispersos e interrogantes, derivados de mi tesis de maestría, que tuvieron por meta dilucidar las vinculaciones entre la medicina, la ciencia y la sociedad argentina. Mis preguntas iniciales fueron: ¿En qué medida reconstruir la historia de la investigación clínica médica puede echar luz sobre la historia de la ciencia local, la universidad y la dinámica cultural y política más amplia de la sociedad argentina? ¿Qué espacios institucionales, figuras y prácticas han caracterizado a dicho ámbito de investigación? A partir de estos interrogantes me lancé a las primeras indagaciones, encontrando rápidamente una figura, un espacio institucional y una época que cautivaban y hacían converger las miradas de casi todos los protagonistas de este ámbito de investigación. La mía también fue capturada y allí me detuve a estudiar la investigación clínica médica desarrollada por Alfredo Lanari en el Instituto de Investigaciones Médicas (IIM), entre 1957 y 1976, en términos de una “tradicición”.

A partir de entonces, las preguntas que también organizaron la aproximación al análisis del objeto de esta tesis han sido formuladas sobre la base de retomar rasgos conceptuales de los estudios sobre tradiciones y rasgos específicos del campo clínico médico argentino.

Por un lado, los interrogantes ordenadores fueron los siguientes: ¿Qué implicancias y virtudes heurísticas conlleva estudiar este objeto en términos de una tradición? ¿En cuáles dimensiones cognitivas e institucionales propias de este ámbito de investigación coloca el énfasis dicha noción? ¿Qué supone hacerlo en el nivel de las prácticas situadas?²⁶³

²⁶³ Según dije en el inicio, la noción de tradición con la cual he trabajado no es aquella que abrevia en parte del pensamiento moderno cuyos usos corrientes han sido contraponerla a la idea de modernidad (Giddens, 1999). En ese marco, “tradicición” significaba comunalismo, dogma, costumbre y cargaba asimismo con fuertes valoraciones tendientes a ser identificadas con elementos irracionales; mientras “modernidad”, lo era con la idea de progreso racional. No es éste el sentido de tradición que aquí retomo sino el que fue recuperado por los referentes de la sociología de la ciencia, tales como Kuhn (1962) y King (1970), quienes a su vez trazaron filiación con el uso de la noción de tradición que hicieron las perspectivas interpretativas wittgenstenianas y winchianas, preocupadas centralmente en el énfasis que dicha noción permitía dar cuenta de las prácticas situadas (Bargero, 2007). Haber recuperado la potencialidad y renovada capacidad analítica que dichas perspectivas le imprimieron a la noción de tradición para analizar colectivos científicos, tuvo el atractivo heurístico de desmitificar y desnaturalizar la asimilación entre ciencia y modernidad — ciencia como opuesto a lo tradicional; ciencia como sinónimo de progreso— que se ha

La noción de tradición me ha permitido vincular las prácticas en los niveles de interacción cotidiana de los grupos con la dinámica institucional de la vida del IIM, el peso de las figuras individuales con respecto a la Facultad de Medicina y a otros espacios institucionales y, a su vez, con el nivel más amplio de la vida social y política de la sociedad argentina y de las determinaciones y superposiciones con el modo disciplinar específico dado por la medicina y sus distintas especialidades.

Asimismo, la noción de tradición me permitió trabajar históricamente a partir de mostrar diacrónica y sincrónicamente tanto dinámicas de continuidad y de ruptura en la conformación y el desarrollo de la “tradición Lanari”²⁶⁴ –intra e intergeneracionalmente- como en su relación con los tres niveles de interacción señalados.

Considero que la principal contribución conceptual de esta tesis ha sido el diálogo entablado entre la literatura sobre tradiciones y profesiones. Ello me ha permitido incluir el elemento profesional, y las disputas siempre presentes alrededor de la legitimidad de los distintos perfiles en juego, como una dimensión central para pensar procesos de producción y reproducción de toda tradición científica. Como he intentado mostrar a lo largo de esta tesis, en el caso particular de la investigación clínica médica, la introducción de la cuestión profesional ha sido sumamente significativo dado la doble presencia de perfiles profesionales de “consulta” o “de los practicantes” y perfiles “doctos” o “de los investigadores” (Freidson, 1970; Camargo, 2002).

Por cierto, no fue sólo respecto a la dimensión profesional que la investigación clínica demostró su carácter compuesto; también lo hizo con relación a las prácticas, los estilos de investigación y el modelo

enquistado tanto en el sentido común social como en ciertas perspectivas en sociología e historia de la ciencia (King, 1970).

²⁶⁴ La “tradición Lanari” no implicó pensar la tradición sólo en términos de “la figura” ni como una mera propiedad de ella. Si bien su posibilidad de desarrollo (como de toda tradición) se encuentran fuertemente asociados a un nombre propio o una figura (con fuertes caracteres carismáticos), éste no es el único componente en juego. Antes bien, y como he intentado mostrar a lo largo de esta tesis, mi punto de partida para hablar de tradición de investigación clínica médica implicó también poner el énfasis en específicas prácticas y estilos de investigación, modelos institucionales y profesionales, generación de discipulado y mecanismos de reclutamiento, todos los cuales configuraron esta tradición de investigación en particular. Aún cuando el conjunto de tales elementos no hubieran sido posibles sin la figura que las originó y transmitió, no se agotaron ni se comprendieron sólo por aquélla.

institucional. En este punto creo que también radicó otro aporte de esta tesis: haber trabajado un caso que no conformó una tradición de investigación centrada en un tema o en una disciplina.

Por otro lado, con relación a las inquietudes en torno a los rasgos específicos del campo clínico médico argentino, que también organizaron este trabajo, tomé como punto de partida las siguientes preguntas: ¿Cómo se conformó e institucionalizó la “tradición Lanari” de cara a las institucionalidades preexistentes, a los actores y su contexto social y político universitario local y según la evolución de la disciplina? ¿Cómo logró desarrollarse y consolidarse en su relación con estos diferentes planos? ¿Qué ocurría en la investigación clínica en el mundo? ¿El proyecto cognitivo e institucional impulsado por Lanari fue relativamente innovador –fuera de Argentina- o simplemente realizó lo que de todos modos hubieran hecho otros dado que estaba en el “aire de la época”?

En este marco, por un lado, la condición de posibilidad del origen de la “tradición Lanari” radicó tanto en el modo mediante el cual recuperó elementos característicos de las vertientes médicas experimentales y clínicas locales al tiempo que descartó otros. En este proceso también ocupó un lugar muy significativo la experiencia de formación profesional que Lanari tuvo en el exterior junto a figuras que marcaron finalmente su orientación por el estilo de investigación clínica e influyeron de manera crucial en sus visiones posteriores en torno a los modelos institucionales y perfiles profesionales adecuados para el desarrollo de tal ámbito de investigación.

Por el otro lado, la institucionalización de la tradición en el IIM a partir de 1957 se dio gracias a la intersección entre dicho itinerario y una serie de circunstancias históricas particulares. En otras palabras, su intervención individual en un contexto académico- político local y otro disciplinar favorable a ella.

Finalmente, el desarrollo y la consolidación de esta tradición se asentó en cuatro dimensiones centrales: 1) la objetivación de específicos mecanismos de reclutamiento y de generaciones de discipulado; 2) la estructuración cognitiva a partir de las investigaciones y desarrollos asistenciales sobre trasplantes renales y diálisis; 3) la organización de un modelo institucional que combinaba el ámbito hospitalario con el del

laboratorio –y sus respectivos perfiles profesionales de practicantes e investigadores-, sostenido sobre un ideología y práctica *full time* y 4) la autoridad científica y social asentadas en el “estilo Lanari”.

Estas cuatro dimensiones mantuvieron tanto líneas de continuidad como de ruptura durante los años que transcurrieron entre 1957 y 1976.

La conformación de la tradición

Durante el período que identifiqué entre 1910-1930, se creó el primer instituto de investigación y asistencia clínica, el Instituto Modelo, dirigido por Luis Agote y, a la vez, el Instituto de Fisiología, a cargo de Bernardo Houssay –y en 1938, el Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana, a cargo de Castex-. En el marco de la emergencia y diferenciación de la fisiología y de la investigación clínica médica como ámbitos de conocimiento por derecho propio, los intercambios y vinculaciones entre los grupos e institutos de ambas culturas académicas fueron nulos, prevaleciendo desarrollos por separado para cada una de tales vertientes.²⁶⁵

Fue a partir del siguiente período, identificado entre 1930-1957, que comenzó un proceso de vinculación entre las culturas de la clínica y la fisiología. Esto se dio a partir de que algunos médicos (a quienes denominé la “generación de 1930” –Taquini, Pavlovsky, Pasqualini y Quirno-), recibieron formación médica con la vertiente experimental y clínica local. Ellos se volcaron al trabajo dentro del ámbito de la clínica médica asistencial y algunos incursionaron a la vez en la investigación experimental, liderando la creación de un conjunto de institutos cuyas misiones y objetivos se establecieron sobre la conjunción de actividades de tal naturaleza.

²⁶⁵ A modo de conjetura, he sostenido que la bifurcación entre fisiología y clínica fue menos pronunciada en otros ámbitos, como en el sector público estatal de investigación y tratamiento en salud, entonces conformado principalmente por el Instituto Bacteriológico. Según la naturaleza de sus misiones, la investigación experimental se orientaba hacia la resolución de problemas de salud humana. Asimismo, el suceso de conformación de una Comisión Honoraria para estudiar la insulina integrada por el entonces director del Instituto Bacteriológico, Alois Bachmann, Houssay, Alfredo Sordelli (jefe de la sección de química del Instituto de Fisiología) y dos renombrados profesores de materias clínicas de la Facultad de Medicina: Mariano Castex y Pedro Escudero (Buch, 2006), abren pistas en aquél sentido mencionado.

Sin embargo, la conjunción de la mirada clínica con la fisiológica y la imbricación de investigación, asistencia y docencia clínica médica obtuvieron su máximo exponente con Lanari y el IIM. Esto se debió a fenómenos de orden individual y contextual.

Con respecto a los primeros, la singularidad del itinerario de formación de Lanari, tanto con los referentes de la clínica y la fisiología locales como con los extranjeros, le brindó recursos y habilidades para integrar lenguajes, estilos de investigación y perfiles profesionales de ambos mundos, en el marco de su encarnación en la figura del *full time* en la docencia e investigación integrales en la clínica médica.

Tanto la evolución de las líneas de investigación abiertas y desarrolladas por Lanari entre 1933 y 1957 como sus diferentes inserciones institucionales durante su formación muestran cómo el “estilo de laboratorio” (Cueto, 1994) de la vertiente experimental de Houssay, “el estilo de los practicantes” (Camargo, 200) representado por Castex y el “estilo de investigación clínica” de Vaccarezza, contribuyeron a forjar el “estilo de investigación clínica” de Lanari: aquello que no tomó de la figura pionera en la fisiología argentina, y sí en cambio de Castex, fue la alta valoración por las actividades asistenciales, siendo Vaccarezza y sus maestros de Boston, Cannon, Luco y Rosenblueth, quienes le proveyeron el interés por el paciente y su enfermedad como eje orientador del interés médico y de la formulación de problemas de investigación.

La singularidad del “estilo Lanari” radicó, entonces, en la combinación de dos elementos: 1) el legado clínico asistencial de Castex y de investigación aprendido con Vaccarezza lo conectó con el de Houssay: no sólo estimaba que las actividades asistenciales eran relevantes en sí mismas sino siempre que fueran utilizadas como insumos para realizar investigación clínica; 2) la importancia de la modalidad *full time* universitaria y hospitalaria para realizar investigación clínica que adquirió de sus maestros en el exterior, Luco, Cannon y Rosenblueth.

Mientras el primero de estos elementos señalados fue llevado adelante, en forma relativa, por sus contemporáneos -los pertenecientes a la generación de 1930-, el segundo no tuvo presencia ni desarrollo alguno entre ellos. Esta diferencia se debió, en parte, a la experiencia que Lanari

tuvo con dichos referentes en el exterior y sus legados introyectados para su posterior radicación socioprofesional en el medio local y, también por otra parte, al contexto político académico y disciplinar en el cual aquél encastró.

La institucionalización de la tradición

En el contexto disciplinar de la segunda posguerra, en los dos centros de referencia mundial de la investigación, organización y financiamiento médico, los Estados Unidos y Francia, ocurrieron transformaciones de envergadura en las instituciones estatales que tenían a su cargo la promoción y ejecución de tales actividades. Los años entre 1955 y 1968 se conocieron como “los años de oro” de la expansión presupuestaria y de capacidad financiera del *National Institute of Health* (NIH) y, a su vez, con la transformación del *Institut National d’hygiène* de Francia en el *Institut National de la Santé et la Recherche Médicale* (INSERM), en 1964, se concretó un nuevo entrelazamiento entre actividades de investigación, atención y docencia médica hospitalaria, a partir del cual comenzó a redefinirse el perfil profesional del investigador clínico y las relaciones entre las ciencias de laboratorio y la práctica clínica médica (Gaudillière, 2002).

En el plano de la enseñanza médica, comenzaron a darse un conjunto de innovaciones que fueron fruto de un largo proceso a nivel mundial y regional, con fuertes repercusiones locales, de revisión y discusión sobre los modelos de educación médica prevalecientes. En la década de 1950 y durante la siguiente se desarrollaron un conjunto de propuestas de reformas de la enseñanza médica en espacios tales como los Congresos de Educación Médica mundiales y regionales (García, 1972; Bustíos Romani, 2003). En el medio local las que cobraron mayor importancia fueron la creación de residencias médicas como ciclo de formación médica de posgrado y la ampliación del ciclo clínico quirúrgico de los últimos tres años de la carrera de grado de medicina en el ámbito hospitalario.

Por su parte, la universidad argentina vivió a partir de 1955 un proceso de renovación cuya característica más destacada fue el inicio de la profesionalización de las actividades de investigación y docencia, es decir, la creación y ampliación de cargos ocupacionales *full time* en la universidad

(Prego, 2010). Aquella cobró un singular dinamismo a partir de la gestión de Risieri Frondizi al frente del rectorado de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1957, así como también desde la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (FCEN), con el decanato de Rolando García.²⁶⁶

En la Facultad de Medicina se constituyó un frente modernizador con los profesores que orbitaban alrededor de la personalidad de Bernardo Houssay.²⁶⁷ Los puntos sobre los cuales se conformaron las mayores convergencias entre los contenidos centrales de los procesos de modernización en ciencias en la UBA y en FCEN y las visiones sustentadas y cambios impulsados por parte del grupo de profesores modernizadores de Medicina (y por parte de Lanari en particular) fueron centralmente en lo concerniente a las acciones y proyectos de reformas en la enseñanza médica y la implementación y extensión del régimen *full time* en docencia e investigación. Esto quedó plasmado en la celebración del 1º Congreso Argentino de Educación Médica, realizado por la Asociación Médica Argentina en noviembre de 1957 (AMA).²⁶⁸

A su vez, el proyecto emprendido en la Facultad de Medicina por el grupo de Houssay impulsó los puntos sustantivos de una medicina clínica científica.²⁶⁹ Dentro de éste se destacó la figura de Alfredo Lanari en la

²⁶⁶ Asimismo, el Instituto Bacteriológico, a partir de la intervención y designación de Ignacio Pirotsky como su director en 1956, se conformó como un frente institucional donde se inició otro proceso intensivo de modernización científica (Kreimer, 2010).

²⁶⁷ En el año 1958 Florencio Escardó fue nombrado como decano normalizador de Medicina, apoyado desde el Consejo Directivo por Eduardo Braun Menéndez, Eduardo De Robertis, Alfredo Lanari, Mario Brea, Eduardo Manzini, Armando Parodi, Venancio Deulofeu.

²⁶⁸ Ambos frentes de cambio provocaron distintos grados de resistencias y conflicto con distintos actores: estudiantes, médicos profesionales y personal paramédico hospitalario. Se estableció un frente de conflicto con los consejeros estudiantiles reformistas de Medicina tanto debido al lanzamiento de la departamentalización en la Facultad como por el proyecto de delimitar el ingreso a la Facultad de Medicina impulsado por algunos modernizadores de esa casa de estudio. Sin embargo, y más allá de estas dos cuestiones de relativo enfrentamiento, en lo fundamental los estudiantes reformistas fueron apoyos significativos para el grupo de los modernizadores en Medicina.

²⁶⁹ Ya en el Congreso Mundial de Educación Médica de 1953, algunos referentes médicos habían identificado como un avance de las ciencias básicas y de laboratorio sobre otras ramas y prácticas de la medicina -preventiva, social y familiar- (Bustíos Romani, 2003), constituyendo a éstas, tempranamente, en miradas alternativas (de contrapeso o de reacción) al monopolio que, sobre la definición de la naturaleza del conocimiento médico y de la práctica médica, la medicina de laboratorio comenzaba a detentar y a acrecentar en el ámbito de la clínica médica. Si bien el frente modernizador en Medicina reservó un espacio de reflexión a los temas de la medicina social y preventiva, éste fue poco significativo si se lo compara con el interés y espacio cedidos a preocupaciones tales como la instalación y extensión del régimen de *full time* y la ampliación de las residencias médicas.

discusión acerca de la urgencia de extender la figura del *full time* en Medicina y en el ámbito de la clínica médica. Para este último caso, dejaba planteadas las dificultades que la introducción de tal modalidad de trabajo académico suponía, por un lado, de cara al carácter históricamente profesionalista particular de dicho ámbito en la Facultad y, por el otro, según las condiciones de toda profesión médica, caracterizada, en general, por rasgos proclives a desempeños propios de las profesiones de consulta, y en cuyos esquemas la actividad académica (de investigación, docencia y asistencia) tendía a ocupar un espacio *part time*.

El *full time* para Lanari no sólo era una ideología sino una práctica: su regreso de Estados Unidos y radicación en el país en 1956 habían estado supeditados a la obtención de un puesto docente y de investigación con tal dedicación. Así, concursó y ganó en dicho año la titularidad de la Tercera Cátedra de Clínica Médica, siendo el primer profesor de tal ámbito en la Facultad de Medicina de la UBA con una dedicación exclusiva.

Ahora bien, ¿Cuál fue la relación de estos sujetos y procesos de cambio ocurridos en la universidad argentina, en la disciplina y en la Facultad de Medicina con la creación del IIM, plataforma desde la cual comenzaría a institucionalizarse la tradición Lanari?

Las ideas y acciones de reformas en torno a la enseñanza de la medicina, su organización asistencial y sus perfiles profesionales, impulsadas desde el plano regional e internacional, fueron compartidas por los modernizadores de la UBA, por el grupo de Houssay en la Facultad de Medicina y por los integrantes de la Tercera Cátedra de Clínica Médica. Todos ellos funcionaron como apoyos programáticos y acciones concretas que enmarcaron el proceso de construcción institucional del IIM.

Si bien existió esta dimensión colectiva en la base de la proyección y la creación del IIM, la forma particular que éste adquirió se debió también a estrategias personales y socioprofesionales de intervención y diferenciación en el ámbito clínico médico local que desplegó Lanari, a poco de su regreso de Estados Unidos.

El rol estratégico e impulso singular que tuvo Lanari en esta creación institucional y en su modelado organizacional y cognitivo inicial radicó en sus rasgos personales de liderazgo pero también en posiciones objetivas que

ya en 1957 había logrado acumular dentro de la Facultad de Medicina: ese año había sido elegido decano de dicha Facultad, cargo al que renunció sin asumir dado que optó por el *full time* y la dirección del IIM. El hecho de haber sido elegido para dicho cargo -si bien no lo asumió- muestra que detentaba una posición de poder y de referente político académico en el contexto médico de entonces.²⁷⁰

En este encuadre, el IIM conformó una de las principales estrategias de Lanari orientadas a configurar y validar la investigación clínica médica como un espacio diferenciado del resto de las ciencias médicas, produciendo su diferenciación socioprofesional.

El proyecto del IIM radicó en la combinación del hospital con el laboratorio; la imbricación de prácticas de investigación experimental y clínica con prácticas de asistencia a pacientes y la convivencia de perfiles profesionales académicos y de consulta. Es decir, la integración de actividades asistenciales, de investigación y de enseñanza bajo una ideología de dedicación *full time*. Ello fue el contenido sustantivo de su proyecto cognitivo e institucional que fue plasmado en el IIM con la apertura de secciones de investigación y asistencia, con la implementación de nuevos mecanismos de reclutamiento y entrenamiento médico, todos los cuales fueron reflejados en la misma ecología arquitectónica y organizacional del IIM.²⁷¹

En forma subsidiaria, la proyección del IIM fue una estrategia de Lanari para fortalecer una política de alianzas con quienes estaban interesados en fomentar un proceso de innovación y modernización dentro del conjunto de la UBA y de la Facultad de Medicina.²⁷²

Entre esta serie de estrategias desplegadas por Lanari y su contexto social favorable, tanto el del medio local universitario como el de las

²⁷⁰ Asimismo, cuando al año siguiente, en 1958, se creó el CONICET, integró la Comisión de Medicina de dicho Consejo.

²⁷¹ En este punto, recuerdo la metáfora de varios investigadores relativa a denominar la particularidad del IIM en términos de los dos edificios, el de los laboratorios y el de la clínica de sala de internación que, si bien eran separados por un patio, se mantenían unidos debido a las prácticas desempeñadas durante la gestión Lanari. El “bar” del IIM era representado como sitito informal de encuentro de ambas culturas así como también lo eran los ateneos, pero como situación formal de dicho intercambio.

²⁷² El acopio inicial de los recursos para el equipamiento del IIM fue facilitado por Risieri Frondizi.

transformaciones en el plano de la disciplina, el IIM se constituyó en el ámbito institucional donde, en adelante, se asentó y desarrolló la “tradición Lanari”.

El desarrollo y la consolidación de la tradición

1. Su objetivación a través de específicos mecanismos de reclutamiento y de producción de generaciones de discipulado.

Mecanismos de reclutamiento

En la fase inicial, el sistema de residencias médicas –ciclo de formación de posgrado en el hospital- y la UDH –ciclo clínico quirúrgico de los últimos 3 años del grado en el hospital- fueron impulsadas en el IIM así como también en otros espacios del entramado hospitalario universitario local y se ubicaban en el contexto de discusiones y reformas sobre la formación del médico ocurridas en la región y en el medio internacional (De Asúa, 1984).

Ambas reformas de enseñanza médica, rápidamente se proyectaron como nuevos mecanismos de reclutamiento, jugando un rol crucial en adelante en tanto permitieron ampliar la base y el modo de incorporación de investigadores, bajo una modalidad de entrenamiento *full time*. Por cierto, no sólo impactaron en las modalidades de ingreso sino también en la organización y en las prácticas asistenciales y de investigación del IIM.

Las residencias y la UDH

La instauración del sistema de residentes y de la UDH significó un cambio sustantivo en múltiples planos.

Desde la óptica asistencial, la residencia y la UDH modificaron el enfoque del médico hacia el paciente, instaurando entre ambos un nuevo tipo de interacción al interior del medio hospitalario, basado en una mayor frecuencia y cotidianeidad en sus contactos e intercambios, aumentando el personal y las horas de atención médica. Por su parte, la UDH significó que estudiantes avanzados no sólo aprendieran en el hospital sino también asistieran enfermos, así fuera en tareas supervisadas o con apoyos de médicos. Por otra parte, las residencias reconfiguraron los roles y jerarquías de la organización hospitalaria con la incorporación de las nuevas figuras encarnadas por el residente y jefe de residentes. Éstas transformaron las

relaciones horizontales y verticales de poder y autoridad tanto con el personal médico, como con los auxiliares técnicos, los administrativos y, por último, con el paciente mismo. Dentro de este encuadre, en los comienzos de la introducción del sistema de residencias en muchos espacios institucionales no faltaron resistencias por parte de los médicos estables de planta y jefes de servicios, quienes vieron amenazado su territorio de acción y control en el hospital a la vez que aumentadas sus tareas y responsabilidades docentes.

En lo atinente a la formación y entrenamiento médicos, tanto desde el punto de vista del aprendiz como del docente, introdujeron nuevos desempeños, posiciones y destrezas para cada uno de ellos. La convivencia diaria entre residentes y jefes de residentes y de alumnos del último ciclo clínico de grado con médicos e instructores y con los pacientes, en el espacio de aprendizaje dado por el hospital, facilitó y multiplicó la posibilidad de incorporar los conocimientos teóricos y las habilidades y técnicas prácticas (*learning by doing*)²⁷³. Por un lado, tenían la posibilidad de estar en contacto con el material de estudio en tiempo y forma real (los pacientes) y, por el otro lado, la ventaja de la socialización en el día a día, pudiendo consultar e intercambiar con sus docentes médicos y con sus compañeros, con quienes compartían jornadas completas de trabajo y aprendizaje.

Por su parte, la UDH se conformó como la etapa previa preparatoria para la residencia, en cuanto a experiencia de contacto cotidiano con enfermos y conocimiento de la organización hospitalaria, su estructura interna de jerarquías profesionales (médicas) y administrativas.

Por cierto, con el establecimiento de la UDH el sistema de residencias se aproximó al modelo del *resident* norteamericano, disponiendo de mayor tiempo para la investigación y el desarrollo académico de formación -previamente, el sistema de residencias se aproximaba a un internado ya que, al menos durante el primer año, consistía en el

²⁷³ El concepto *learning by doing* colocó el énfasis en que la innovación y el cambio técnico y organizacional se producen a partir de procesos de aprendizaje por la práctica, en contactos y entrenamientos cara a cara. Éste y luego otros conceptos afines (*learning by using* –desarrollado por Rosenberg en 1982- y *learning by interacting* –por Lundvall en 1985-) conformaron la nueva matriz disciplinaria de la economía del cambio tecnológico y de la innovación (Thomas & Gianella, 2006).

establecimiento de los primeros contactos con los enfermos, la organización del hospital y las rotaciones por especialidades diferentes-.

Se conformaba así un mecanismo de reclutamiento hospitalario integrado y continuado (desde el último ciclo del grado hasta el de posgrado) que se perfilaba como plataforma desde la cual poder diseñar, extender y consolidar una carrera médica hospitalaria asentada en la imbricación de destrezas de atención, docencia e investigación dentro del hospital.

Desde el punto de vista de la estructura hospitalaria entonces consolidada, la UDH y el sistema de residencias, en tanto condiciones implícitas para la proyección de una carrera médico hospitalaria basadas en el compromiso de trabajo *full time*, significaron un esquema de amenaza a perfiles médicos de consulta (*part time*) prevalecientes, tanto en su plano más estructural como de interacción cotidiana y de organización de roles y jerarquías de poder en el ámbito hospitalario.

La Experiencia Curricular Pedagógica (EPC)

Esta tercera reforma se ubicó en un contexto de rápidos y profundos cambios disciplinares. A partir de mediados de 1960 se inició un proceso de crecimiento y avance de la medicina experimental, de la biología y la bioquímica, respecto a la investigación clínica médica, en simultáneo con cambios regulatorios en estas prácticas -se estableció la primera regulación para la investigación médica con humanos-. Dicha evolución se aceleró, poco tiempo después, debido a cambios epistémicos y técnicos, productos del advenimiento de la biología molecular y la genética en los años 70 (Kreimer, 2010).

En sintonía con la dirección que tomaron los cambios disciplinares mencionados –sumado a los intereses de algunos actores locales de cara a la situación de la enseñanza masiva en la Facultad de Medicina-, en 1970 en el IIM se diseñó e introdujo la EPC. Esta reforma consistió en acentuar la formación básica de la carrera de medicina en el ámbito hospitalario en una relación alumno docente más personal. Esta experiencia dejó huellas en el IIM y en los alumnos –de los cuales algunos se sintieron discípulos de Lanari, formando una cuarta generación-.

Al igual que en los casos de las residencias y de la UDH, la EPC introdujo al alumno en una modalidad de entrenamiento *full time* desde su formación temprana, constituyendo una novedosa experiencia de formación médica basada en una intensiva socialización en el ámbito hospitalario de asistencia e investigación. Asimismo, como las otras dos, recibió apoyo desde el decanato de la Facultad de Medicina y desde el rectorado de la Universidad de Buenos Aires.

La EPC estableció así fuertes puntos de continuidad con las reformas suscitadas con el sistema de residencias médicas y la UDH, aunque a diferencia de éstas, se llegó a implementar solamente en el IIM y puso hincapié en las ciencias básicas en el hospital –mientras aquéllas lo hicieron para el caso de la práctica y la investigación clínica-.

Aquella se inició como una experiencia piloto que luego, según su grado de éxito, se pensaba trasladar a otros espacios hospitalarios. Sin embargo ello nunca sucedió, frustrándose a los pocos años de haber empezado. La idea de contar con un grupo de estudiantes de excelencia que iniciara sus estudios de grado en el ámbito hospitalario respondía al ideario de Lanari, que así extendía el *full time* a todo el arco del desarrollo profesional. Sin embargo, esto fue visto como un régimen selectivo y elitista, que atentaba contra la educación universitaria masiva. El rechazo por parte de la Facultad, sumado al inicio del gobierno de facto y la jubilación de Lanari en 1976, significó la clausura de la EPC.

Generaciones de discipulado

La primera generación de discípulos se formó con Lanari desde antes de la existencia del IIM, desde el espacio de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis en el Hospital Muñiz y desde la Tercera Cátedra de Clínica Médica y continuó haciéndolo los primeros años del IIM. Aquello que caracterizó esta construcción de discipulado fue el contacto y entrenamiento personal con Lanari y fundamentalmente la internalización de su estilo de investigación, aún en proceso de conformación.

En cambio, en los años posteriores, como los que vivieron la segunda y tercera generación de discípulos, el sistema de residencias fue el mecanismo mediante el cual una gran mayoría de aquéllas ingresaron al

IIM. Por ello, para quienes integraron las últimos dos generaciones el proceso de entrenamiento y aprendizaje ya no sólo se basó en la adquisición del “estilo Lanari” sino en una socialización más amplia dada por su inserción institucional en el IIM, teniendo también como maestros a los de la primera generación.

En este marco de inserción institucional diferencial, la primera generación se formó en las especialidades practicadas por Lanari en la época del Hospital Muñiz o en la Tercera Cátedra, tales como Anatomía Patológica y Fisiología Cardiopulmonar, y los miembros de la segunda y tercera generación se desempeñaron en las especialidades que mayor dinamismo habían adquirido en el IIM, tales como Nefrología, Hematología e Inmunología.

Asimismo, otro punto de discontinuidad remite al hecho de que mientras los primeros discípulos se desempeñaron profesionalmente fuera del IIM (resultado de las estrategias iniciales desplegadas por Lanari relativas a extender la experiencia del IIM), los de segunda y tercera generación tuvieron mayormente un arraigo institucional en el IIM –si bien hubo casos que marcaron la excepción, como los residentes y discípulos de segunda y tercera generación que fueron el vehículo de propagación por el país de las residencias médicas o los conocimientos sobre trasplantes renales y la diálisis.

Así, esta tradición se desarrolló a los largo de casi 20 años objetivando diferentes mecanismos de reclutamiento y generaciones de discípulos, los cuales le imprimieron tanto continuidades como rupturas. El denominador común intra e intergeneracional fue la permanente actualización del “estilo Lanari”, tanto entre quienes continuaron en el IIM como entre aquéllos que se fueron a otra institución.

2. La estructuración cognitiva a partir de las investigaciones y desarrollos asistenciales sobre trasplantes renales y diálisis

En su conformación, el IIM se organizó sobre la base de una multiplicidad de especialidades a pesar que esa nunca fue la idea inicial de Lanari. Desde su visión, ello conspiraba contra el criterio de excelencia, esto es, la concentración intelectual y material en una línea de investigación que

mereciera todos los esfuerzos y apuestas cognitivas y económicas para destacarse. Pero al mismo tiempo para Lanari también pesaba otro criterio: posibilitar y alentar la radicación institucional a todo médico que quisiera realizar investigación clínica *full time*.

Dado que en el país no sobraban espacios institucionales para tal actividad, el IIM se configuró y posicionó como el lugar que brindaba la plataforma adecuada para su desarrollo. Este fue el criterio sobre el cual se asentó la organización del IIM y por lo cual ingresaron tantas especialidades como vocaciones *full time* existieron.

Ahora bien, dentro de esta modalidad múltiple de especialidades abiertas, no todas tuvieron igual peso y desarrollo en el IIM. Nefrología se constituyó como una de las principales apuestas cognitivas de la institución y, en particular, la especialización e innovación en trasplantes renales y el tratamiento con diálisis para combatir enfermedades de riñón.

La idea de apuesta no evoca acciones próximas a un modelo de acción racional con anticipaciones según fines prefijados sino supone pensar que sobre un conjunto de circunstancias valoradas como recursos habilitantes (la contingencia vuelta oportunidad mediante la acción) se asumen decisiones y se interviene sobre ellas.

Por cierto, la adquisición de la técnica del riñón artificial por parte del IIM en 1957, central para el desarrollo de la diálisis, no formó parte de un proyecto preconcebido sino fue resultado del contacto de entrenamiento personal que había entablado individualmente un integrante del mismo, Alfonso Ruiz Guiñazú, con el grupo pionero de Boston –en el momento preciso y en el lugar indicado-.

La convergencia de esta adquisición técnica y de recursos humanos formados en tales temas con la acumulación local previa de investigación sobre injertos y trasplantes, en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, y con la demanda de enfermos renales, conformaron la plataforma sobre la cual Lanari y los miembros de la Sección Nefrología del IIM realizaron una apuesta cognitiva e institucional en torno a la investigación y asistencia en diálisis y trasplantes.

Los enfermos renales, quienes hasta la llegada de dichos tratamientos no disponían de terapéutica alguna para su cura ni para una

mejor calidad de vida, se constituyeron como dispositivos de investigación y de asistencia para los miembros de las subsecciones Diálisis y Trasplantes. Por un lado, sirvieron de material de estudio y análisis sobre el cual aquéllos produjeron conocimientos científicos que les otorgaron reconocimiento local e internacional. Por otra parte, los enfermos fueron el objeto sobre el cual intervinieron al mismo tiempo en términos asistenciales y terapéuticos, obteniendo por ello reconocimiento social y público.

El desarrollo de la diálisis en el IIM fue posible debido a la disposición de los contactos internacionales con los grupos pioneros en el tema, la temprana adquisición de la técnica (el riñón artificial), el reclutamiento de personal entrenado para utilizarla y socializar sus conocimientos y la disponibilidad de enfermos renales con quienes ensayar su uso y darle racionalidad sanitaria a su inversión y desarrollo. Por cierto, el desarrollo del tratamiento de diálisis en el IIM tan cercano en el tiempo a las experiencias realizadas en los centros científicos pioneros se vio posibilitado por las estadias de trabajo de varios investigadores de la sección nefrología del IIM con Merrill en Boston. Estos fueron contactos e intercambios centrales para la transmisión de conocimientos técnicos y teóricos sobre el tema, sentando las bases para su posterior desarrollo en el país. De hecho, la estadia del primer jefe, Alfonso Ruiz Guiñazú, de la sección de nefrología del IIM en Boston implicó el aprendizaje personal (y luego su socialización a más de tres generaciones de nefrólogos) del manejo de la técnica de diálisis y la importación del primer riñón artificial al país.

Con respecto al desarrollo de trasplantes, no sólo fueron centrales los contactos que el grupo del IIM estableció con el de Merrill en Boston sino también la acumulación que en ese campo de conocimiento existía previamente en el medio local: aquella inserta en la tradición clínica de Vaccarezza en cuya Cátedra se habían investigado y realizado experiencias en dicho campo de estudio (injertos de aorta y pulmón), tanto por parte de Lanari como por otros miembros del IIM que provenían de dicho espacio.

Así, la conformación y el desarrollo de la tradición Lanari se estructuró cognitivamente en torno a la investigación experimental y clínica sobre trasplantes y diálisis, dado que fue el campo de problemas de conocimiento que reunió la mayor colaboración de otras secciones/

especialidades en el IIM –anatomía patológica, hematología, inmunología y clínica médica-.

Esta estructuración cognitiva se plasmó también en los respectivos referentes y masa crítica generada a través de las tres generaciones identificadas, entre quienes en su mayoría predominaron y sobresalieron aquellos inscriptos en alguna de estas tres especialidades/secciones.

A su vez, las investigaciones en trasplantes y diálisis le otorgaron identidad a la tradición, haciendo converger los temas y estilos de investigación de las vertientes experimentales y clínicas: por un lado, estos desarrollos continuaron las líneas inauguradas y llevadas adelante en la Cátedra de Tuberculosis a cargo de Vaccarezza relativas a la investigación experimental sobre injertos. Por otra parte, las investigaciones experimentales sobre fisiología renal que habían sido encaradas desde el Instituto de Fisiología por parte del grupo de Houssay (todo lo desarrollado sobre el sistema renina angiotensina).

En el marco de la modalidad de la construcción del nombre de una tradición (autoridad científica y social), fue sobre estas prácticas asistenciales y de investigación (entre otras, como los modelos de enseñanza y formación médica) que el IIM se posicionó en el campo clínico médico local como una institución de referencia, de cara a sus colegas, diseminando las prácticas de diálisis y de trasplantes²⁷⁴ como también respecto a los pacientes.

Si en un primer momento estos desarrollos cognitivos implicaron centralmente apuestas de investigación pioneras y sobre ello el IIM recibió reconocimiento científico local e internacional, a medida que dichos tratamientos fueron estabilizándose como prácticas de rutina fueron utilizados para legitimarse ante la población enferma.

²⁷⁴ Como se vio en el capítulo 6, estos se nuclearon en 1) el Instituto Pombo Rodríguez, 2) el Hospital Militar, 3) el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y 4) el Hospital Italiano, siendo el CEMIC el centro con el cual el IIM trazó lazos de mayor colaboración. Esto se debió a la afinidad de los proyectos institucionales sostenidos por sus directores, Quirno y Lanari, y debido al intercambio fluido entre su personal, en lo atinente a docencia y manejo técnico de diálisis.

3. El modelo institucional del laboratorio y del hospital: perfiles profesionales de investigadores y practicantes en un modo *full time*.

Como he mencionado, el modelo organizacional e institucional en el cual se asentó esta tradición reunió la cultura de investigación del laboratorio con las culturas asistencial-hospitalaria y con la de la enseñanza médica -de grado y posgrado-. Esta articulación dio por resultado la imbricación de perfiles profesionales de consulta -o practicantes- y doctos -o de investigadores-, siendo esta conjunción de perfiles y su modalidad de ejercicio, bajo una ideología del *full time*, los sellos identitarios que caracterizaron lo que he denominado el “estilo Lanari”.

¿Cuál era la base social y cognitiva que legitimaba la extensión del *full time* a una cultura médica hospitalaria *part time*? ¿Cuáles fueron las razones de su relativo fracaso hacia el final de los años 60?

La introducción de este perfil profesional médico compuesto y su modo *full time* tuvo una evolución auspiciosa en los momentos iniciales del IIM y luego sufrió embestidas tanto debido al devenir cognitivo de la medicina y de otras disciplinas aledañas como por el derrotero político universitario argentino.

La fuerza del perfil profesional del investigador clínico *full time*, tanto en términos de idea como de posiciones ocupacionales efectivas, tuvo la mayor legitimidad en los comienzos del IIM y su pico mayor fue entre 1965 y 1967.²⁷⁵

En términos sustantivos, esta inserción ocupacional supuso una nueva sociabilidad en el trabajo de investigación, de asistencia a pacientes y de formación de nuevos médicos, basado en la convivencia de trabajo prolongada en el tiempo en un mismo espacio compartido.

Durante sus primeros años, la organización asistencial del IIM se configuró así como un insumo para la investigación y se estableció la

²⁷⁵ Como fue posible observar en el capítulo 7, en 1960, de 60 *full time* en la Facultad de Medicina, 6 eran del IIM; y dado que no existía la carrera de investigador de CONICET aún, se asume con certeza que los 6 provenían del presupuesto de la Facultad. En 1966, de 65 *full time* en el ámbito facultativo, 13 pertenecieron al IIM. Teniendo en cuenta que el aumento (duplicación) de estas dedicaciones en el IIM se debió fundamentalmente a los recursos que aportó la carrera de investigador de CONICET desde 1961, su relación con el número absoluto de la Facultad me pareció igualmente significativo dado que mostraba la ideología *full time* de Lanari en acto y, a la vez, al IIM como un enclave de un proceso intensivo de profesionalización académica.

práctica de los ateneos semanales como un espacio de discusión sobre casos clínicos, operando, al mismo tiempo, como una instancia de control y de aprendizaje. Por eso, sus funciones más importantes fueron conformar una modalidad colegiada y a la vez jerárquica de monitoreo asistencial cotidiano del IIM y constituir un espacio pedagógico y de formación continua de los investigadores formados y en formación.

Este modelo institucional se vio reforzado con la creación, en 1960, de un nuevo espacio de sociabilidad, complementario y adyacente del IIM, la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC), y con la adopción de la revista *Medicina* como su canal de comunicación. En adelante, dicha Sociedad, la revista y el IIM fueron proyectándose como los referentes espaciales, sociales y cognitivos del ámbito de la investigación clínica médica local, teniendo como misión inicial reunir y fomentar este tipo de investigación.

Con el correr de los años, a partir de mediados de la década de 1960, otros grupos profesionales, tales como los biólogos e inmunólogos, encontraron en el espacio de la SAIC un ambiente propicio para discutir sus resultados. Esto provocó un conjunto de disputas por la definición de la naturaleza y misiones de dicha sociedad; de aquello que constituía un trabajo “de investigación clínica”, del peso que este tipo de investigación debía tener en la SAIC y de cómo y por cuáles razones ésta no debía perder su naturaleza de origen.

Los investigadores clínicos, congregados en la SAIC, no tuvieron una posición monolítica: mientras algunos valoraron dichos cambios como una “evolución inevitable” y sinérgica para la Sociedad y para la investigación clínica, otros alertaron sobre la erosión y declinación que ello significaba de cara a la configuración y el peso del investigador clínico en la SAIC y en el campo clínico médico.

Esta evolución se ubicó en un contexto más amplio dado por el crecimiento y el avance de la medicina experimental respecto a la investigación clínica médica. A este devenir cognitivo se sumó a partir de 1960 la aparición de las primeras regulaciones éticas para la investigación con humanos. Con el correr de los años crecieron en número y se volvieron más restrictivas respecto a metodologías, etapas y condiciones de

realización, todo lo cual volvió más burocrática y administrativa dicha actividad y menos atractiva como desempeño profesional desde el punto de vista individual del médico.²⁷⁶ En forma simultánea, la investigación clínica comenzaba a ser visto como un ámbito de oportunidad de explotación comercial para los actores económicos que comenzaban a interesarse por la investigación biomédica y sus productos, adquiriendo un rol protagónico en el sector salud a partir de los años 70.²⁷⁷

A partir de 1970, se inició un proceso de molecularización de las ciencias de la vida (Kreimer, 2010), en el cual nuevas áreas de conocimiento tales como la genética y la biología molecular tuvieron un protagonismo inusitado en la producción de conocimiento médico. Esto implicó un cambio en los niveles de análisis y la proliferación de lenguajes cada vez más lejanos e inconmensurables para los médicos (incluso para aquellos insertos en investigación). Sus consecuencias fueron un menor caudal de producción de investigación clínica y una reorientación de los perfiles profesionales de tal ámbito que se comenzaron a alejarse de la investigación dado que tales perfiles comenzaron a dejar de constituir una opción profesional atractiva para quienes lo desempeñaban. Esto fue debido a la imposibilidad o lo costoso que a sus ojos implicaba alcanzar los nuevos lenguajes y técnicas

²⁷⁶ Otro proceso que también reorientó perfiles de investigación en clínica médica fue el siguiente. El imperativo “*publish or perish*” cada vez más urgente y excluyente para la reproducción de los investigadores en el sistema científico fue haciendo que se privilegiara la investigación experimental ya que sus resultados eran más rápidamente convertibles en un *paper* mientras que la investigación con humanos (muestras clínicas) demoraba por sus mayores cuidados éticos y pasos burocráticos, pudiendo dar resultados/productos de publicación en tiempos mucho más prolongados. Sobre estos puntos, el miembro del IIM Alberto Agrest, ya en 1965 declaraba en una editorial de *Medicina*: “Nuestro terreno es aún el complejo ámbito del hombre enfermo, aunque en él las programaciones de las experiencias sean más difíciles y sus resultados menos rendidores en publicaciones” (Agrest, 1965: 252).

²⁷⁷ Como mencioné en el capítulo 7, estos nuevos actores fueron los laboratorios farmacéuticos. Aunque no tuvieron incidencia en la “tradicción Lanari” durante los años analizados, el ámbito de la investigación clínica médica fue radicalmente modificado con este nuevo actor: poco a poco aquél se fue restringiendo a la realización de tareas de servicios y asesoramiento a medida que los laboratorios fueron monopolizando la orientación de las agendas de investigación, atadas exclusivamente a la producción de pruebas de productos comerciales y a sus principales criterios de evaluación, de igual naturaleza. Ello implicó que en la investigación clínica perdieran peso dos criterios: la originalidad de la producción de conocimiento (excelencia) y la importancia sanitaria o social (relevancia) para generar agendas de investigación en salud. Las preguntas que surgen son ¿Cómo se modificó el ámbito de la investigación clínica médica con el ingreso de los laboratorios? ¿Qué papel tuvo el Estado en dichos procesos? ¿Cuáles fueron sus capacidades de direccionamiento y control sobre la injerencia de tal actor económico en el establecimiento y desarrollo de agendas de investigación en salud?

introducidos por la biología molecular y la genética.²⁷⁸ El resultado fue la disminución paulatina del número de investigadores clínicos en este ámbito en general y en el IIM en particular –especialmente de aquéllos que tenían una dedicación *full time*-.²⁷⁹

Esta declinación también se vinculó con una dinámica local: la percepción negativa de los investigadores clínicos respecto a esa opción profesional, vislumbrando límites económicos y vocacionales en la opción exclusiva de la vida académica argentina, atravesada por ciclos de inestabilidad e interrupción institucional. Éstos, por un lado, excedían a las motivaciones vocacionales y a las opciones profesionales individuales de este ámbito de investigación en particular y, por el otro lado, incidían en la configuración y direccionamiento de tales motivaciones y opciones individuales.²⁸⁰

De este modo, desde mediados de 1965 el perfil profesional del investigador clínico, a poco tiempo de su propagación e institucionalización en la SAIC, comenzó a verse puesto en cuestión ya no sólo ni fundamentalmente, como hasta entonces, por quienes desempeñaban un ejercicio profesional de consulta sino por nuevos grupos profesionales, biólogos e inmunólogos, alentados por una nueva dinámica cognitiva disciplinar de las ciencias de la vida.

En este marco, he sostenido que a pesar de estos cambios disciplinares y técnicos, y sus repercusiones en el medio local en cuanto a los conflictos de intereses suscitados en la SAIC, los procesos de retroceso del perfil del investigador clínico en la medicina local –y en términos de posiciones ocupacionales *full time* dentro del IIM-, la tradición Lanari permaneció.

²⁷⁸ Estas distancias se fueron agrandando aún más siendo mucho más inconmensurables los lenguajes de la biología molecular o la genética respecto a la investigación clínica médica de lo que ésta fue respecto a la medicina clínica 20 años antes, en la década de 1950.

²⁷⁹ Como señalé en el capítulo 7, de 13 puestos *full time* en 1966 el IIM pasó a tener 5 en 1975.

²⁸⁰ Si 1966 fue un año de inflexión para la vida universitaria y de la política nacional argentina, en la vida interna del IIM tuvo también sus efectos aunque no en el modo e intensidad con los que impactarían otros años de altos niveles de contestación gremial y politización radicalizados como fueron los transcurridos entre 1970 y 1973. En estos años, de 13 posiciones *full time* en el IIM, quedaron apenas 5 para 1975.

Esto fue posible a través de la introyección y reproducción de su estilo de investigación y de procesos de identificación personal por parte de la segunda y tercera generación de discípulos, dentro mismo del IIM o en otras instituciones médicas, y mismo a través de una cuarta generación formada por algunos alumnos que transitaron la Experiencia Pedagógica Curricular (EPC).

Aún con su jubilación y el consecuente final de la gestión como director del IIM en 1976, con el cese de la EPC y con su desaparición en 1985, el “estilo Lanari” se mantuvo con vida -y con ello cierta mística del IIM como el “Lanari”-, actualizado en representaciones pero también en prácticas por quienes alguna vez pasaron por allí.

4. La autoridad científica y social asentada en el “estilo Lanari”

Un elemento que fue central en la estructuración de esta tradición fue la pretensión de autoridad científica y social (Shinn, 2007; Bourdieu 1976) con marcados rasgos carismáticos y su efectivo e influyente ejercicio por parte de Lanari en la conducción del IIM, en el escenario de la Facultad y en el ámbito clínico médico nacional de su época. Estos roles de conducción compusieron una “unidad” hacia el interior de la tradición, del IIM y del círculo de innovadores de Medicina, representando y generando, en cambio, “hacia fuera” de estos espacios procesos de resistencias y confrontaciones a la naturaleza y expansión “de dicha unidad”.

El liderazgo carismático que portó y ejerció Lanari dentro del IIM y en el contexto de la Facultad de Medicina le permitió hacer confluir y potenciar su pretensión y efectucción de la autoridad social y científica en tales espacios.

Ambas se basaron fundamentalmente en el estilo de investigación que él inauguró. Este estilo reunió un conjunto de modos de trabajar y ejercer autoridad, a un tiempo científico y social, visibilizadas en las tres actividades pilares del IIM: investigación, asistencia y docencia bajo un modo de hecho o de derecho *full time*. Esto significaba que aún quienes no poseían un puesto de tal dedicación tenían el imperativo institucional y personal de Lanari de trabajar lo más cercano a aquélla.

Por ejemplo, se ha visto cómo las rutinas de “recorridas de sala”

cotidianas, el control y monitoreo que Lanari mismo realizaba y las exigencias respecto a su cumplimiento por parte del personal eran una resignificación y traslado del estilo de monitoreo y control de Houssay, dentro de una cultura de laboratorio, hacia la cultura clínica asistencial.²⁸¹ Asimismo, la importancia otorgada por parte de Lanari a la dinámica asistencial y al paciente en dicho engranaje era un legado de Mariano Castex.

El liderazgo carismático funcionó, como en toda tradición, como un rasgo central, actualizándose en dinámicas de interacción cotidiana dentro del IIM mediante las cuales intentaba ejemplificar con su conducta y rutinas y así crear disciplina transversal (con los jefes de las distintas secciones) y vertical (con los residentes, el personal de sala, los técnicos de laboratorio, las enfermeras) y con ello obtener legitimidad.

Así, a pesar de las diferencias que existieron en las tres generaciones de discípulos creadas y de los desprendimientos de grupos después del cese del ejercicio de Lanari como director del IIM en 1976, las identificaciones y reconocimientos de los investigadores del IIM continuaron colocando la figura del maestro en Lanari (en términos del “estilo Lanari”) y el vínculo maestro-discípulo generado en el marco específico dado por la institución (el IIM).

¿Qué se ve en una mirada de conjunto?

El proyecto cognitivo e institucional impulsado por Lanari, y que sostuvo el origen y desarrollo de su tradición, fue relativamente innovador –fuera de Argentina- dado que fue convergente con cambios disciplinares, institucionales, profesionales y pedagógicos que estaban en el “aire de la época” internacional y local. Sin embargo, como he querido mostrar a lo largo de este trabajo, su mayor innovación fue de cara al ámbito clínico médico existente en el país gracias a la confluencia de su itinerario de formación personal con el momento de renovación universitaria y los actores colocados al frente del mismo.

²⁸¹ Otro aspecto muy practicado por Lanari del estilo Houssay fue la orientación y monitoreo personal de todos los intereses y líneas de investigación en el Instituto así como del ingreso de nuevos miembros al mismo.

La fuerza del nombre propio, esto es, el carisma de Lanari, como cualidad extraordinaria e intransferible, tuvo un papel estructurante crucial hacia el interior de la tradición y hacia fuera de la misma, permitiendo su desarrollo y consolidación sobre dinámicas constructivas y disruptivas con respecto a las institucionalidades preexistentes. De éstas últimas, el frente profesional fue el más representativo.

Lanari y el grupo de innovadores de Medicina fueron partes activas en la disputa por una renovación del perfil profesional médico clínico.²⁸² Teniendo en cuenta esta dimensión interesada, la valoración negativa que en general manifestaron respecto al sistema *part time* hospitalario y académico, implicó una gama de intervenciones que derivaron en un conjunto de reformas de enseñanza proclives a modificar aquella situación.

Siguiendo las reflexiones de Suasnábar (2004), respecto a la modalidad de legitimación vía la clasificación y división dicotómica como rasgo dominante de la cultura y de la política argentina, he sugerido en esta tesis que esta modalidad no estuvo ausente en el ámbito de la ciencia local. La forma de legitimación y posicionamiento de Houssay respecto a Soler en la fisiología y el caso de Germani respecto a Alfredo Poviña en la sociología, no se dirimieron solamente en términos de una confrontación meritocrática y académica. Incluso, cuando así fue, mediante la puesta en juego de los criterios para delimitar una disciplina y un conocimiento como científicos, ello no estuvo exento de la dinámica comentada y las estrategias de clasificación dicotómicas correspondientes (donde Houssay y Germani representaban lo moderno, y Poviña y Soler, lo tradicional) (Buch, 2006; Blanco, 2006).

²⁸² La “generación del 30” manifestó respecto a sus predecesores clínicos, como el caso de Agote, una menor diversificación profesional, especializándose en el ámbito académico y público asistencial de la medicina. Por cierto, después de la Ley Sáenz Peña de 1912, de la Reforma del 18 y los consecuentes procesos de mayor participación de los sectores medios en la vida política y cultural argentina, la profesión médica comenzó a conformarse poco a poco ya no sólo con las élites (González Leandri, 1997), sino con otros sectores de clase con posiciones medias en la estructura social. Con relación a este proceso, fueron emergiendo otras conexiones entre la profesión médica y su participación e injerencia en las esferas del poder político local, en comparación con lo que había ocurrido durante el siglo XIX. Sin embargo, las vinculaciones señaladas en los casos de Taquini, Pasqualini y de otros médicos pertenecientes al IIM con figuras de considerable influencia en la esfera política, abren interrogantes sobre cuáles dinámicas diferenciales fueron las relaciones que entablaron la medicina y la política argentina -las élites de gobierno- durante el último cuarto del siglo XIX y los primeros tres cuartos del siguiente.

En este encuadre, las estrategias que desplegó Lanari para legitimar su proyecto *full time* en la clínica médica local se basaron en la utilización de sucesos, espacios institucionales y referentes de renombre de la disciplina local e internacional como recursos de autoridad científica y social. En este sentido, utilizó la ola de renovación pedagógica disciplinar (las residencias médicas y la UDH) a favor de su proyecto, poniendo en cuestión la amplia y hegemónica extensión del perfil profesional médico de consulta. En este marco ¿En qué medida su proyecto fue también, en términos de consecuencias no buscadas de su acción, en detrimento de otras perspectivas médicas tales como la Medicina Social, Preventiva o Familiar?

En los distintos momentos identificados, la tradición Lanari estuvo asociada no sólo a ese nombre propio sino a otros referentes: la “medicina científica o de investigación” de filiación norteamericana, tanto en sus dimensiones institucionales como simbólicas. Ello introdujo identificaciones hacia el interior de la tradición como diferenciaciones hacia afuera.

El “estilo Lanari”, en particular, sus modos de trabajo y de habitar la profesión médica, aunque modificado en términos de prácticas y objetos con el paso de más de 30 años desde el final de su dirección del IIM en 1976, siguió vivo en las evocaciones y en las prácticas de muchos de los investigadores que nunca se fueron y persisten ligados institucional o vocacionalmente al IIM así como también en quienes han seguido su trayectoria fuera de aquél.

Finalmente, no quiero dejar de señalar la conexión del análisis de conjunto de esta tradición con las metas e interrogantes más amplios que me postulé en un comienzo. Considero que la historia de la investigación clínica médica desarrollada por Lanari y su grupo en el IIM, relatada en términos de una tradición, ha contribuido a ejercitar una mirada sobre la ciencia y la medicina capaz de interrogarlas a partir de sus continuidades y rupturas y desde sus vinculaciones constitutivas con la cultura y la política de una sociedad y su época.

Referencias bibliográficas

Fuentes Documentales

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Actas de Consejo Directivo (CD)

Actas CD, 1957. Resolución 564 y 639/57.

Acta CD, 1958. N° 821.

Actas CD, 1964. Expte. 500.354/64 Legajo 68507

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Archivo General. Legajos personales

Legajo de Agote Luis 8722

Legajo de Agrest Alberto 44226

Legajo de Andrada Juan Ángel 45648

Legajo de Arce Manuel Leandro 58144

Legajo de Arrizurieta Elvira 79071

Legajo de Brea Mario 19500

Legajo de Castex, Mariano 33920, tomos I y II.

Legajo de Celani Barry Rafael 31455.

Legajo del Centro de Investigaciones Cardiológicas 44558 Tomo I.

Legajo de Croxatto Oscar Celestino 40506.

Legajo de Ejden, José 71918.

Legajo de Firmat Jorge, 46676.

Legajo de García, Enrique Fernández 36486.

Legajo de Lanari Alfredo 51456

Legajo de Lanari Alfredo Bartolomé (padre), 8719

Legajo de Muchnik Salomón 72825

Legajo de Pasqualini Rodolfo 23747 Tomo I

Legajo de Pavlovsky Alfredo 22488

Legajo de Quirno Norberto 19.603

Legajo de Roncoroni Aquiles 43259

Legajo de Ruiz Guiñazú Alfonso 8944

Legajo de Sánchez Ávalos Julio 78085
Legajo de Santos Andrés Adolfo 51553
Legajo de Stutman Osías 68507
Legajo de Taquini Alberto C. 20573 Tomo I
Legajo de Vaccarezza Raúl Francisco 34.030, tomo I, II, III, IV.
Legajo de Zingale Salvador Blas 61672.

Editoriales de revistas

Anales Argentinos de Medicina, Editorial (1956), Una revista de todos y para todos *Anales Argentinos de Medicina*, Año 1 (1), Enero-marzo, pp. 1-3.
Ciencia e investigación, Editorial (1971), Mundo Científico. Premio Bunge y Born 1971-Medicina-al doctor Alfredo Lanari. *Ciencia e investigación*, Tomo 27 (6), pp. 245-247.
Ciencia Nueva, Editorial (1970), Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari, (3), pp. 26-33.
Diario La Nación (1975), Reportaje a Lanari “Universidad de Utopía”, 16 de noviembre de 1975, pp. 4-6.
Medicina, Editoriales (1960), Abraham Flexner, XX (2), pp. 75-76.
Medicina (1977), Mesa Redonda “Histocompatibilidad e injerto renal”. Coordinador Jorge Manni; Panelistas; Lanari, Rodo y Sánchez Ávalos *Medicina*, 37, (5-6), pp. 562-85.
Medicina, Editorial (1985), Alfredo Lanari. *Medicina*, 45, (2), p. 99.
Medicina, Comité de Redacción (1987), El Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari a 30 años de su creación. *Medicina*, 47, (5), pp. 543-545.
Medicina, Comité de Redacción (2007), El Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari cumple 50 años. *Medicina*, 67, (6/2), pp. 758-762.
Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA) (1957), Primer Congreso de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina, *Revista de la AMA*, 71, (11), (12), pp. 379-383.
Revista de la AMA (1960), Jornada sobre Residencias Hospitalarias, *Revista de la AMA*, 74, (3), pp. 95-147.
Revista de la AMA (1963), Mesa Redonda de la Reunión Anual (17-XII-1962) del Subcomité de Residencias Médicas, 77, (8), pp. 408-413.

Revista de la AMA (1965), III Jornadas de Educación Médica. Abril de 1964. Tema: Enseñanza de la Higiene y de la Medicina Social en las Facultades de Ciencias Médicas, 79, (12), pp. 593-649.

Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante (1980), Editoriales, 0, pp.2-5.

Revista de la Universidad de Buenos Aires (RUBA) (1958), Crónica Universitaria RUBA, Quinta época, Año 3, (4), pp. 662-663.

Documentos institucionales

- Archivos de Becarios, Fundación Williams.
- Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajo de Vaccarezza Raúl 34030, tomo II. Memoria de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis (1949).
- National Institute of Health (NHI) (n.d): *A Short history of the National Institute of Health*, www.history.nih.gov/exhibits/history/docs/page_06.htm., Obtenida el 29/06/2010.
- The Rockefeller Foundation (2003): *Annual Report 1950*, Nueva York.
- The Rockefeller Foundation (2003): *Annual Report 1957*, Nueva York.
- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Memoria del Decano Escardó Florencio (1958).
- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Memoria del Instituto de Investigaciones Médicas (IIM) (1981).
- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Memoria del Decano Luis Munist, período 1958-1962, (1963).

Artículos científicos y políticos

AGREST, A. (2005), “Aquilés J. Roncoroni (1923-2005)”, *Medicina*, 65, (3).

ALMADA, S. (1956), “No se puede tapar el cielo con un harnero”, *Anales Argentinos de Medicina*, (3), (4), pp. 94-96.

- ALZUGARAY, A. (1961), “La investigación y el médico en ejercicio profesional”, *Revista de la AMA*, 75, (5), pp. 225-227.
- AGOTE, L. (1894), “Origen de la difteria en Buenos Aires”, *La Semana Médica*, 1, pp. 13-14.
- AGOTE, L. (1897), “Defunciones de viruela en la capital federal 1880-1890 (Estadísticas)”, *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, VII, pp. 497-99.
- AGOTE, L. (1916), “Sobre el método de transfusión de sangre”, *La Semana Médica*, XXIII, (35), p. 222.
- AGOTE, Luis (1927), “El Instituto Modelo de Clínica Médica”, *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, XXVII, (305), pp. 2131-2143.
- AGOTE, L. & MEDINA, A. (1901), “La peste bubónica en la República Argentina y en el Paraguay”, *Anales de Sanidad Militar*, III, pp. 1139-1284.
- AGREST, A. (1965), “Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Discurso de apertura por el Dr. Alberto Agrest, IX Reunión Científica en Buenos Aires, el 12 y 13 de julio de 1965”, *Medicina*, 25 (4), pp. 251-252.
- AGREST, A. (1985), “Discursos pronunciados en el acto del sepelio del Dr. Alfredo Lanari”, *Medicina*, 45, (2), p. 104.
- AGREST, A. (2003), “El Instituto de Investigaciones Médicas”, en ROTUNNO, C, y DÍAZ DE GUIJARRO, E. (Eds.), *La construcción de lo posible (203-208)*, Buenos Aires, El Zorzal.
- ANDRADE, J. (1978), “Marco conceptual de la educación médica en la América Latina”, *Educación Médica en Salud*, 12, (2), pp. 149-166.
- ARCE, H. (2005), “Aquiles J. Roncoroni (1923-2005) era también sanitarista”, *Medicina*, 65, pp. 280-283.
- ARCE, M. (1980), “Historia de la Hemodiálisis y Transplante renal en la República Argentina”, *Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante*, 0.
- AZUARA PLIEGO, E. (2010), “Motivo de orgullo para la otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Un otorrinolaringólogo considerado padre de la cirugía plástica moderna”, *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 55, (2), pp. 73-76.
- BABINI, J. (1956), “Encuesta sobre la futura estructura pedagógica de la Universidad”, *Revista de la Universidad de Buenos Aires RUBA*, 1 (4), pp.

604-607.

BARRUTIA, A. (2003), “Estábamos enamorados de la ciencia y la cultura”, en ROTUNNO, C. y DÍAZ DE GUIJARRO, E. (Eds.), *La construcción de lo posible*, Buenos Aires, El Zorzal.

BERGADA, C. (1970), “Sociedad Argentina de Investigación Clínica. XV Reunión Científica (Unidad Turística de Chapadmalal). Del 25 al 28 de noviembre de 1970. Discurso inaugural”, *Medicina*, 30 (5), pp. 535-539.

BRAUN MENÉNDEZ, E., FASCIOLO J., LELOIR, L., MUÑOZ, J. & TAQUINI, A. (1943), *Hipertensión arterial nefrógena*. Buenos Aires, El Ateneo.

BREA, M. (1962), “Comité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina. Subcomité de Residencias Hospitalarias. Jornadas sobre “Residencias Hospitalarias” (16-XI-1960)”, *Revista AMA*, 76 (7), pp. 350-351.

BURCHELL, H. (1981), “Sir Thomas Lewis: his impact on American cardiology”, *Heart*, 46, pp. 1-4.

BUZZI, A. (2002), “Pasado, presente y futuro de las Residencias Médicas. Conferencia pronunciada en el Hospital Naval Tedro Mallo. 12 de Diciembre de 2002” *Revista de la AMA*.

CASTEX, M. (1940), “Discurso pronunciado por el Prof. Dr. Mariano R. Castex, con motivo de la inauguración de las sesiones científicas”, *Anales del Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana, Academia Nacional de Medicina*, 1, Año 1, pp. 6-10.

CASTEX, M. (1943), “Personal técnico”, *Anales del Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana, Academia Nacional de Medicina*, V, Año V.

CEITLIN, J. (1962), “Problemas de Educación Médica. Organización docente actual en la escuela de medicina. Plan de estudios”, *Medicina Panamericana*, XVIII (2), pp. 35-39.

CHALLÚ, A. (1992), “Argentina”, *Nefrología*, 12, Supl. 3, pp. 11-14.

COTTINI, E. (1985), “Experiencia Pedagógica Curricular (1970-1977). Una valiosa y fugaz realización universitaria”, *Medicina*, 45, (2), pp. 200-202.

CROXATTO, O., LANARI, A. & MOLINS, M. (1955), “Sobrevida in Vitro de las células bronquiales en contacto con sueros autólogos y homólogos”, *Medicina*, 15, (2), pp. 90-93.

- DAVIS, L. (1998), *The Mayo Brothers: Doctors to the World*, Estados Unidos, Children`s Press Grolier Publishing Co.
- DÍAZ, E. (2008), “Historia de la Fundación de la Hemofilia”, Academia Nacional de Medicina. *Homenaje 50º Aniversario de la creación del Instituto de Investigaciones Hematológicas “Mariano R. Castex”. 1956-2006. Colección Academia Nacional de Medicina, X*, Buenos Aires, Estudios Sigma.
- DOSNE PASQUALINI, C. (1969), “Sociedad Argentina de Investigación Clínica. XIV Reunión Científica. Discurso Inaugural por la presidenta de la Sociedad Dra. Christiane Dosne de Pasqualini”, *Medicina*, 29, (6), pp. 415-417.
- DOSNE PASQUALINI, C. & KOTSIAS, B. (2000), “Pasado y Presente de *Medicina* (Buenos Aires)”, *Medicina*, 60, (1), pp. 1-7.
- DOSNE PASQUALINI, C. (2005), “Recordando a Alfredo Lanari (1910-1985) por sus editoriales”, *Medicina*, 65, (1), pp. 70-74.
- DOSNE PASQUALINI, C. (2007), *Quise lo que hice. Autobiografía de una investigadora científica*, Buenos Aires, Leviatán.
- DOSNE PASQUALINI, C. (2008), “Semblanza de Alfredo Pavlovsky”, *Academia Nacional de Medicina. Homenaje 50º Aniversario de la creación del Instituto de Investigaciones Hematológicas “Mariano R. Castex” 1956-2006, Colección Academia Nacional de Medicina, X*, Buenos Aires, Estudio Sigma.
- FIRMAT, J., BRUSCO, O. & ETCHEGOYEN, F. (1959), “Riñón artificial tipo Travenol-Kolff. Descripción, uso e indicaciones”, *Actas Primer Congreso Rioplatense de Medicina Interna*, pp. 754-765.
- FOGLIA, V. (1957), “Materias pre clínicas”, *Revista de la AMA*, 71, (11) (12), pp. 425-427.
- FRONDIZI, R. (1958), *La Universidad y sus Misiones*, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral.
- FRONDIZI, R. (1971), *La Universidad en un mundo de tensiones. Misión de las universidades en América Latina*, Buenos Aires, Paidós.
- FUSTINONI, O. (1957), “Materias Clínicas”, *Revista de la AMA*, 71, (11) (12), pp. 428-431.

- FUSTINONI, O. (1960), “Experiencia argentina sobre Residencias hospitalarias. Residencias en Clínica Médica”, *Revista de la AMA*, 74, (3) pp. 96-98.
- GALLI, A. (2008), “Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA): creación y desarrollo”, *Revista Argentina de Educación Médica*, 2, (2), pp. 68-77.
- GARCÍA, J.C. (1972), *La educación médica en la América Latina*, Washington D.C., OPS.
- GOTLIEB, D. (1994), “Primer Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología. Dr. Víctor Raúl Miatello (1915-1979)”, *Nefrología Latinoamericana*, 1, (1), pp. 13-14.
- HOLMBERG, E. (1963), “Síntesis de la reunión. Comité Permanente de Educación Médica de la AMA Subcomité de Residencias Hospitalarias. Reunión Anual (7-XII-1962)”, *Revista de la AMA*, 77, (8), pp. 413-414.
- KLEINER, B. (1964), “20 años de movimiento estudiantil reformista. 1943-1963”, Buenos Aires, Platina.
- LANARI, A. (1934), “Discurso de colación”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.
- LANARI, A. (1940), “Palabras Iniciales”, *Medicina*, 1, (1), pp. 1-3.
- LANARI, A. (1943), “Reforma de la Facultad de Medicina”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.
- LANARI, A. & CROXATTO, O. (1949), “Suturas y homoinjertos de aorta”, *Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis*, 11, pp. 70-103.
- LANARI, A., MOLINS, M. & CROXATTO, O. (1950), “Homoinjertos de pulmón en perros”, *Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis*, 12, pp. 5-24.
- LANARI, A. (1951), “Sobre el estudio de los métodos empleados en la exploración funcional del aparato respiratorio”, *Facultad de Medicina*,

UBA, *Archivo General, Legajo de Vaccarezza Raúl Francisco 34.030, tomo III.*

LANARI, A., CROXATTO, O. & MOLINS, M. (1953), “Autoinjerto de pulmón en perros”, *Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis*, 15, pp. 99-24.

LANARI, A. (1954), *El problema general de injertos y transplante de órganos*. Tesis de Profesorado no publicada, Buenos Aires.

LANARI, A. (1955), “Algunas reflexiones sobre el problema universitario” en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.

LANARI, A. (1957a), “El Profesor Full Time”, *Revista de la AMA*, 71, (11), (12), pp. 418-421.

LANARI, A. (1957b), “Tercera Cátedra de Clínica Médica. Clase Inaugural”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.

LANARI, A. (1960a), “Residencias hospitalarias en Clínica Médica”, *Revista de la AMA*, 74, (3), pp. 98-101.

LANARI, A. (1960b), “Mesa redonda sobre “Residencias hospitalarias: Moderadores Rodolfo Muratorio y Alfredo Lanari”, *Revista de la AMA*, 74, (3), pp. 136-146.

LANARI, A., COELHO, J., PAZ, R. & CASTILLO, H. (becario OEA, Perú) (1965), “Insuficiencia renal aguda por transfusión incompatible. Estudio sobre 108 casos”, *Medicina*, 25, (2), pp. 71-80.

LANARI, A. (1966), “La Universidad: ¿Grupo de presión, torre de marfil o universidad con conciencia social?”, *Ciencia e Investigación* (22), pp. 529-530.

LANARI, A. (1967), “Desarrollo en el país de la investigación científica de las ciencias positivas durante los últimos 10 años y su futuro. Conferencia pronunciada en el Instituto Popular de Conferencias el 2 de septiembre de 1967”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación,*

el futuro de la medicina y otros escritos, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.

LANARI, A. (1967b), “Consideraciones sobre la unidad hospitalaria y sus resultados a los 6 años de su creación”, *El Día Médico*, Año 39, (59), pp. 1166-1169

LANARI, A. (1968), “Estado actual del problema del transplante de órganos”, *Revista de la AMA*, 82, (4), pp. 131, 132.

LANARI, A., FIRMAT, J. & RUIZ GUIÑAZÚ, A. (1968), “Insuficiencia renal aguda. Experiencia con 633 enfermos atendidos desde 1958 hasta 1966”, en *Medicina*, 28, (5), pp. 239-255.

LANARI, A. (1971a), “Discurso pronunciado por Alfredo Lanari”, *La Prensa Médica Argentina*, 67, pp. 14-18.

LANARI, A. (1971b), “Discurso pronunciado en ocasión de la entrega del premio Bunge y Born el 5 de julio de 1971”, *Jornada Médica*, 3 (363), pp. 6-14.

LANARI, A. (1973a), “Discurso del Académico recipiendario Dr. Alfredo Lanari”, *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, 51, pp. 31-46.

LANARI, A. (1973b), “Homenaje a Houssay. Conferencia pronunciada en el XI Congreso Latinoamericano de Ciencias Fisiológicas, el 29 de julio de 1973”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.

LANARI, A. (1974), “Reflexiones sobre la investigación y el futuro de la medicina. Conferencia pronunciada en el VI ° Congreso Internacional de Cardiología, el 2 de septiembre de 1974, Buenos Aires, con el título de Conferencia Houssay”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.

LANARI, A. (1975), “Discurso de despedida. Conferencia pronunciada al jubilarse como Director del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Buenos Aires, el 28 de diciembre de 1975”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación*

y convicción. *Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.

LANARI, A. (1975b), “Docencia e investigación. Una falsa antinomia”, *Medicina*, 35, pp. 338-340.

LANARI, A. (1975c), “El trabajo científico-investigativo en la formación de los profesionales de la salud”, *Universidades*, 15 (62), pp. 26-40.

LANARI, A. (1975d), “Escuela Pedagógica Curricular”, Manuscrito no publicado.

LANARI, A. (1978a), “El injerto renal. Generalidades y resultados en el Instituto de Investigaciones Médicas”, *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, 56, pp. 17-23.

LANARI, A. (1978b), “El Trasplante de órganos ¿Problema de Conciencia?”, *Noticias de Bunge y Born*, julio.

LANARI, A. (1978c), “Si fuera decano....”, *Medicina*, 38, pp. 593-595.

LANARI, A. (1978d), “Medidas para fomentar la investigación clínica en hospitales no universitarios”, *Medicina*, 38, (6/1), pp. 738-740.

LANARI, A. (1979), “El profesor con dedicación exclusiva (1979)”, *La Prensa*, 27 de julio de 1979.

LANARI, A. (1979b), “Mario M. J. Brea (1905-1979)”, *Medicina*, 39, pp. 157-158.

LANARI, A. (1980), “Discurso pronunciado por el Dr. Alfredo Lanari”, *La Prensa Médica*, 67, pp. 14-18.

LANARI, A. (1981), “Influencia del Profesor Houssay en la investigación clínica”, Manuscrito no publicado, 23 de septiembre de 1981.

LANARI, A. (1981b), “Homenaje a Oscar C. Croxatto. Conferencia pronunciada en el XVIII Congreso Argentino de Tisiología y Neumonología, Rosario, el 20 de octubre de 1981”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.

LANARI, A. (1981c), “Profesor Don Raúl F. Vaccarezza”, *Medicina*, 41, pp. 390-391.

LANARI, A. (1981d), “Conferencia Dr. Marcelo Royer. Importancia de la investigación clínica en la formación del médico”, *Acta Gastroenterológica*

Latinoamericana, 11, (2), pp. 315-320.

LIPSCHUTZ, A. (1956), “En la Facultad debe regir el espíritu de investigación”, *Anales Argentinos de Medicina*, Año 1, (1), pp. 76-78.

LOCATELLI, A. (2001), “22 años de Diálisis Peritoneal Crónica en la Argentina”, *Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante*, (53), pp. 13-16.

MAFFEI, J. (1957), “El problema del ingreso en Medicina”, *Anales Argentinos de Medicina*, II, (1), pp. 55-59.

MALFATTI, M. (1938), “Estudio sobre los injertos definitivos de riñón”, Manuscrito no publicado, Buenos Aires.

MANZOR, D. (2004a), “Historia de la Nefrología. Entrevista realizada al Dr. David Gotlieb”, *Revista de Nefrología, diálisis y trasplante*, 24, (4), pp. 183-190.

MANZOR, D. (2004b), “Historia de la Nefrología. En los comienzos del trasplante el manejo clínico tiene en la Argentina un nombre: Jorge E. Rodo”, *Revista de Nefrología, diálisis y trasplante*, 24, (1), pp. 221-225.

MANZOR, D. (2004c), “Historia de la Nefrología Argentina”, *Revista de Nefrología, diálisis y trasplante*, 24, (2), pp. 91-95.

MANZOR, D. (2004d), “Historia de la Nefrología. Entrevista realizada al Dr. Oscar Morelli”, *Revista de Nefrología, diálisis y trasplante*, 24, (3), pp. 137-144.

MANZOR, D. (2005a), “Historia de la Nefrología”, *Revista de nefrología, diálisis y transplante*, 25, (1), pp. 33-44.

MANZOR, D. (2005b), “Historia de la Nefrología. Entrevista realizada al Dr. Félix Etchegoyen”, *Revista de nefrología, diálisis y transplante*, 25, (4), pp. 33-44.

MANZOR, D. (2006a), “Historia de la Nefrología”, *Revista de nefrología, diálisis y transplante*, 26, (4), pp. 181-190.

MANZOR, D. (2006b), “Historia de la Nefrología”, *Revista de nefrología, diálisis y transplante*, 26, (3), pp. 133-141.

MANZOR, D. (2006c), “Historia de la Nefrología. Entrevistas realizadas a los anatomopatólogos Dr. Osvaldo I. Falcón y Dr. Roberto Iotti por el Dr. Daniel N. Manzor”, *Revista de nefrología, diálisis y transplante*, 26, (1).

MANZOR, D. (2007), “Historia de la Nefrología. Entrevista realizada al Dr.

- Manuel Arce”, *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 27, (4), pp. 181-189.
- MANZOR, D. (2008), “Historia de la Nefrología”, *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 28, (3), pp. 135-141.
- MANZOR, D. (2010a), “Entrevista a la Dra. Elvira Arrizurieta –Primera Parte”, *Revista de Nefrología, diálisis y trasplante*, 30, (2), pp. 83-91.
- MANZOR, D. (2010b), “Entrevista a la Dra. Elvira Arrizurieta –Segunda Parte”, *Revista de Nefrología, diálisis y trasplante*, 30, (3), pp. 83-90.
- MANRIQUE, J. (1963), “Estado actual de las residencias hospitalarias en la Argentina”, *Revista de la AMA*, 77, (8), pp. 396-399.
- MARTÍN, R.S. (1991), “Christian Friedrich Schonbein (1799-1868): From the Perilous Explosive Guncotton to the Salutory Diálisis Membranes”, *American Journal of Nephrology*, 51.
- MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), “Notas Biográficas”, en MARTÍN, R., BARCAT, J. A. & MOLINAS, F. (Eds) (1995), *Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos*, Buenos Aires, Fundación Alfredo Lanari.
- MASNATTA, G. (1978), “Los últimos 50 años de la medicina argentina”, *La Prensa Médica*, 65, Edición Especial, pp. 30-36.
- MILEI, J. & TRUJILLO, J. M. (2004), “Historia del Instituto de Investigaciones Cardiológicas Alberto C. Taquini en su 60^a aniversario”, *Medicina*, 64, pp. 163-169.
- MILEI, J. (2010), *A Cornerstone in the history of hypertension: The seventieth anniversary of the discovery of angiotensin*, Manuscrito no publicado. Buenos Aires.
- NAHMOD, V. (1981), “Sociedad Argentina de Investigación Clínica. XXI Reunión Científica. Discurso del Presidente de la Sociedad”, *Medicina*, 41, (6), pp. 625-626.
- PALACIO, J. (1968), “Historia de la clínica médica en Buenos Aires a través de sus cátedras”, *La Semana Médica*, pp. 12-21.
- PASQUALINI, R. (1936), “Estudios sobre el metabolismo hídrico en el Bufo arenarum, Hens. La diuresis de los sapos hipofisoprivos y normales dejados en seco o inyectados con solución fisiológica”, *Revista de la*

- Sociedad Argentina de Biología*, 12, (1), pp. 37-44.
- PASQUALINI, R. (1937), “Algunas consideraciones acerca de un caso de meningitis tuberculosa del estadio subprimario, curado”, *Prensa Médica*, 24, (46), pp. 2206-13.
- PASQUALINI, R. (1938), *Papel de la hipófisis en la regulación de la diuresis. Estudio experimental en el Bufo Arenarum, Hens*, Tesis de doctorado, Manuscrito no publicado, Buenos Aires.
- PASQUALINI, R., ONTANEDA, L. & ROTTJER, E. (1934), “Las formas clínicas de la tuberculosis en el soldado argentino”, *Actas y trabajos del IV Congreso Nacional de Medicina (Rosario). Revista de la Sanidad Militar*, 33, p. 536.
- PASQUALINI, R. & ONTANEDA, L. (1935), “Neumotorax espontáneo benigno en el estadio subprimario de la tuberculosis”, *Revista de la AMA*, 49, p. 61.
- PASQUALINI, R., ONTANEDA, L. & ROTTJER, E. (1935), “La tuberculosis nódulo-pulmonar y ganglionar en la raza negra”, *Día Médico*, 7, (52), pp. 1105-06.
- PASQUALINI, R. (1999), *En busca de la medicina perdida*. Buenos Aires, Editorial de Belgrano, Universidad de Belgrano.
- PAVLOVSKY, A. (1931), “Contribución al tratamiento de la adenitis bacilar”, *Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía*, XIII, (1), p. 24.
- PAVLOVSKY, A. (1932), “Los Accidentes de la Transfusión Sanguínea”, *El Día Médico*, V, p. 27.
- PAVLOVSKY, A. (1935), “Quistes amigdaloides del cuello”, *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires*, XIX, (7), p. 313.
- PAVLOVSKY, A. (1937), “La hematología en los Estados Unidos”, *Día Médico*, 9, (13), p. 214.
- PAVLOVSKY, A. & GALÁN, J. (1937), “Leucemia mieloide crónica y hemocitoblastoma del hueso sacro”, *Día Médico*, 50, p. 1108.
- PAVLOVSKY, A. (1957), “Reportaje al académico Dr. Alfredo Pavlovsky”, *Anales Argentinos de Medicina*, 2, (1), pp. 40-44.
- PÉREZ BIANCO, R. (2008), “Formación del Instituto de Investigaciones Hematológicas “Mariano R. Castex” (IIHEMA)”, *Homenaje 50°*

Aniversario de la creación del Instituto de Investigaciones Hematológicas "Mariano R. Castex". 1956-2006. Colección Academia Nacional de Medicina, X, Buenos Aires, Estudios Sigma.

PERINO, F. (1963), "Residencias Hospitalarias. Condiciones de vida: salario, comida, ropa, trabajo a horario completo y dedicación exclusiva", *Revista de la AMA*, 77, (8), pp. 405-407.

PETROLITO, J. (2001), "Historia de la Asociación", *Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante*, (53), pp. 3-8.

PETROLITO, J. (2009), "In Memoriam. Al Dr. Willem J. Kolff", *Revista de Nefrología, Diálisis y Transplante*, 29, (3), pp. 132-134.

QUIRNO, N. (1933), "Diabetes bronceada e hipocratismo digital", *Revista de Pat. Fem. Hospital Rivadavia*, Tomo II, (1), p. 823.

QUIRNO, N. & BATOR, A. (1936), "Alternancia circulatoria. Consideraciones sobre un caso de alternancia cardíaca auricular y ventricular acompañada de pulso alternante", *Revista Argentina de Cardiología*, III, (3), p. 267.

QUIRNO, N., BOSCH, S. & MANDÓ, O. (1953a), "17 casos de Lupus eritematoso diseminado: su tratamiento", *Revista de la AMA*, LXVII (755-758), pp. 356-357.

QUIRNO, N. (1953b), "Cirrosis hepática", *La Prensa Médica Argentina*, XL, (9), pp. 497-505.

QUIRNO, N. & FIRMAT, J. (1960), "Sistema de médicos residentes en clínica médica de la Sala XX del Hospital Rivadavia", *Revista de la AMA*, 74, (3), pp. 101-107.

QUIRNO, N. (1963), "Presente y Futuro de los médicos residentes en la Argentina; su ubicación en los servicios: obligaciones docentes y ventajas asistenciales", *Revista de la AMA*, 77, (8), pp. 403-405.

RIVAROLA, M. (1980), "Sociedad Argentina de Investigación Clínica. XXV Reunión Científica. Reflexiones de un presidente de la Sociedad", *Medicina*, 40, (6/2), pp. 743-744.

RIVAROLA, M. (1985), "El CONICET y la investigación clínica en los hospitales", *Medicina*, 45, (4), pp. 481-483.

RODO, J. (1997), "Trasplantes renales en la Argentina. Su historia",

Transplantes, 3, (2), p. 2-5.

RODRÍGUEZ BUSTAMANTE, N. (1967), *Los Intelectuales Argentinos y su Sociedad*, Buenos Aires, Ediciones Libera.

RONCORONI, A. (1985), “Discursos pronunciados en el acto del sepelio del Dr. Alfredo Lanari”, *Medicina*, 45, (2), p. 101.

RUIZ GUIÑAZÚ, A. (1957), “El riñón artificial. Funcionamiento y aplicación clínica”, *La Prensa Médica Argentina*, XLIV, (52), pp. 3746-3753.

RUIZ GUIÑAZÚ, A. (1985), “Dr. Alfredo Lanari (1910-1985)”, *Revista de Nefrología, diálisis y trasplante*, 12, (32), p. 6.

SADOSKY, M. (1985), “Discursos pronunciados en el acto del sepelio del Dr. Alfredo Lanari”, *Medicina*, 45, (2), P. 100.

SALLAS, Renee (1970), “Mano a mano, en la nieve, con un argentino excepcional. *Revista Gente*. Reportaje a Alfredo Lanari (1970). Investigación en clínica médica”, *Ciencia Nueva*, (3).

SANGUINETTI, F. (2009), “Evocación de Mario Brea, maestro inolvidable”, *Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular*, VII, (3), pp. 185-187.

SANTAS, A. (1980), “Semblanza de los premiados por Andrés A. Santos”, *La Prensa Médica*, 67, pp. 1-14.

SEMENIUK, G. (2010), “De maestros y discípulos. Homenaje a Alfredo Lanari (1910-1985)”, *Medicina*, 70, (3), pp. 297-298.

STUTMAN, O. & ZINGALE, S. (1963), “Reactividad inmunológica de autotransplantes subcutáneos de timo en la rata”, Reunión de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica SAIC, diciembre, San Nicolás.

TAQUINI, A. (1938), *Liberación de substancia hipertensora en el riñón completamente isquemiado. Primer trabajo de adscripción*. 1 Vol. Manuscrito no publicado, Buenos Aires.

TAQUINI, A. (1951), *Corazón pulmonar*. Tesis de profesorado. Manuscrito no publicado, Buenos Aires.

TAQUINI, A. (1961), “El médico investigador en la investigación clínica”, *Revista de la AMA*, 75, (5), pp. 222-224

TAQUINI, A. (1979), “XX Aniversario de la fundación de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica”, *Medicina*, 39, (6), pp. 703-705.

TAQUINI, A. (1987), "Houssay y la investigación clínica en la Argentina", *Medicina*, 47, (6), pp. 679-681.

TAQUINI, A. (2002), *Una breve autobiografía inédita. Buenos Aires: Edición del Instituto de Investigaciones Cardiológicas. Prof. Dr. Alberto C. Taquini*. Imprenta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Legajo del Centro de Investigaciones Cardiológicas 44558 Tomo I.

TAQUINI, C. (1986), "Sociedad Argentina de Investigación Clínica. XXXI Reunión Científica. Discurso del Presidente de la Sociedad. Dr. Carlos Taquini", *Medicina*, 46, (5), pp. 481-482.

WOLFE, E., BARGER, C. & BENISON, S. (2000), *Walter B. Cannon, Science and Society*, Boston, Medical Library.

Entrevistas realizadas

ALVAREZ, Clarisa. Investigadora del IIM, Sección Anatomía Patológica. 4º Jefa. Entrevista personal, 13 de diciembre de 2008.

AGREST, Alberto. Investigador del IIM, Secciones: Clínica Médica e Hipertensión Arterial, 1º Jefe. Entrevista personal, 8 de enero de 2009.

ARCE, Manuel. Investigador del IIM, Sección Nefrología. Entrevista personal, 25 de agosto de 2010.

ARRIZURIETA, Elvira. Investigadora del IIM, Sección Nefrología, 2º Jefa. Entrevista personal, 22 de octubre de 2007.

BARCAT, Juan Antonio. Investigador del IIM, Sección Anatomía Patológica, 3º Jefe. Entrevista personal, 16 de diciembre de 2008.

BAROUSSE, Amadeo. Investigador del IIM, Sección Neumonología, 3º jefe. Entrevista personal, 4 de marzo de 2009.

BASTAROLI, Julián Carlos. Investigador del IIM, Sección Cardiología, 2º Jefe. Entrevista personal, 27 de diciembre de 2008.

CONTRERAS, Liliana. Investigadora del IIM, Sección Endocrinología. Entrevista personal, 5 de diciembre de 2008.

DE VITO, Eduardo. Investigador del IIM, Sección Cirugía Experimental. Entrevista personal, 7 de marzo de 2009.

DÍAZ, Alberto. Investigador del IIM, Sección Inmunología, 12 de agosto de 2010.

DOMÍNGUEZ, José Miguel. Investigador del IIM, Sección Metabolismo, 1º

Jefe. Entrevista personal, 25 de febrero de 2009.

DOSNE DE PASQUALINI, Christiane. Integrante del Comité de la revista Medicina. Entrevista personal, 1 de marzo de 2008.

ELIZALDE DE BRACCO, María Marta. Investigadora del IIM, Sección Inmunología. Entrevista personal, 28 de julio de 2008.

FINKIELMAN, Samuel. Investigador del IIM, Sección Sustancias Vasoactivas, 1º Jefe. Entrevista personal, 12 de diciembre de 2008.

HEVIA, Jorge. Clínico de Sala del IIM. Entrevista personal, 16 de diciembre de 2008.

ISTURITZ, Martín. Investigador del IIM, Sección Inmunología. Entrevista personal, 20 de diciembre de 2007.

KOTSIAS, Basilio. Investigador del IIM, Sección Neurología. Entrevista personal, 15 de diciembre de 2007.

LANARI, Claudia. Hija de Alfredo Lanari. Entrevista personal, 27 de diciembre de 2007.

LÓPEZ, Gastón. Residente del Instituto Pombo Rodríguez, 25 de agosto de 2010.

LOSAVIO, Adriana. Investigadora del IIM, Sección Neurología, 8 de marzo de 2009.

MACKINTOSH, Ricardo. Alumno de la EPC. Entrevista personal, 11 de diciembre de 2008.

MANNI, Jorge. Investigador del IIM, Sección Inmunología, 2º Jefe. Entrevista personal, 22 de diciembre de 2008.

MARTÍN, Rodolfo S. Investigador del IIM, Sección Nefrología. Entrevista personal, 7 de julio de 2010.

MAUTALÉN, Carlos Alfredo. Médico del IIM, Sección Radioisótopos. Entrevista personal, 15 de diciembre de 2008.

MOLINAS, Felisa. Investigadora del IIM, Sección Hematología, 4º Jefa. Entrevista personal, 12 de diciembre de 2008.

MUCHNIK, Salomón. Investigador del IIM, Sección Neurología, 2º Jefe. Entrevista personal, 22 de diciembre de 2008.

OJEDA, Elida. Técnica del laboratorio de la Sección Hematología. Entrevista personal, 29 de diciembre de 2008.

PALMITANO, Iván. Médico del IIM, Sección Gastroenterología. Entrevista

personal, 4 de marzo de 2009.

PREDARI, Silvia. Investigadora del IIM, Sección Bacteriología. 4° Jefa. Entrevista personal, 3 de marzo de 2009.

QUADRELLI, Silvia. Alumna de la EPC y médica clínica del IIM. Entrevista personal, 9 de diciembre de 2008.

RIVEROS, Dardo. Investigador del IIM, Sección Hematología. Entrevista personal, 1 de marzo de 2009.

SÁNCHEZ ÁVALOS, Julio. Investigador del IIM, Sección Hematología, 2° Jefe. Entrevista personal, 2 de marzo de 2009.

SEMENIUK, Guillermo. Investigador del IIM, Sección Neumonología, 4° Jefe. Entrevista personal, 6 de diciembre de 2008.

TURÍN, Mario. Ex investigador del CEMIC, actual rector del Instituto Universitario. Entrevista personal, 31 de agosto de 2010.

ZUCCHINI, Alberto. Investigador del IIM, Sección Nefrología. Entrevista personal, 11 de marzo de 2009.

Bibliografía general

AGUIAR, D. & BUSCHINI, J. (2009), “Empresa científica y empresa de científicos: la producción comercial de interferón entre la firma Inmunoquemia y el Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo” (1975-1980)”, *Revista de estudios sociales de la ciencia REDES*, 15, (30), pp. 41-68.

ARMUS, D. (2007), *La Ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa.

BACCI, C. (2006), “La palabra proscripta: Los intelectuales argentinos y su sociedad. Dirección, compilación y análisis de las contribuciones de Norberto Rodríguez Bustamante (Ediciones Libera, Buenos Aires, 1967, 245 pp.)”, *Revista Argentina de Sociología*, 4, (7), Buenos Aires julio/dic.

BARGERÓ, M. (2007), *¿Cómo analizar una tradición?*, Tesis de Maestría. Manuscrito no publicado. Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.

BARGERÓ, M., ROMERO, L. & PREGO, C. (2010), “Recursos humanos y presupuestales en la modernización de la Universidad de Buenos Aires (1955-1966)”, en PREGO, C. & VALLEJOS, O. (Eds), *La construcción de la ciencia académica: actores, instituciones y procesos en la Universidad argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Biblos.

- BENCHIMOL, J. (1999), *Dos microbios aos mosquitos: febre amarela e a revolucao pasteuriana no Brasil*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz/UFRJ.
- BEN DAVID, J. (1974 [1970]), *El papel de los científicos en la sociedad. Un estudio comparativo*, México, Trillas.
- BERG, M. (1995), “Turning a Practice into a Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice”, *Social Studies of Science*, 25, (3), pp. 437-476.
- BERG, M. (1997), *Rationalizing Medical Work. Decision-support techniques and medical practices*, Massachusetts, Londres, The MIT Press.
- BIELSCHOWSKY, R. (1998), “Evolución de las ideas de la CEPAL”, *Revista de la CEPAL*, Número extraordinario, Santiago de Chile.
- BARLETTA, A. & TORTTI, M.C. (2002), “Desperonización y peronización en la universidad en los comienzos de la partidización de la vida universitaria”, en KROTSCH, P. (comp.) (2002), *La universidad cautiva*, La Plata, Al Margen, pp. 107-123.
- BLANCO, Alejandro (2006) *Razón y Modernidad. Gino Germani y la sociología en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- BOURDIEU, P. (1994 [1976]), “El campo científico”, Traducción Buch, A., *REDES*, 2, (1), pp. 131-160.
- BRUNNER, J. & FLISFISCH, Á. (1983), *Los intelectuales y las instituciones de la cultura*, Santiago de Chile, FLACSO, s/l.
- BUCH, A. (1994), “Institución y ruptura: la elección de Bernardo Houssay en la cátedra de Fisiología de la Facultad de Ciencia Médicas”, *REDES*, 1, (2), pp. 161-179.
- BUCH, A. (2006), *Forma y función de un sujeto moderno. Bernardo Houssay y la fisiología argentina (1900-1943)*, Buenos Aires, Editorial de la Universidad de Quilmes.
- BUCHBINDER, P. (2000), “El Movimiento Reformista de 1918. Una perspectiva desde la historia interna de la Universidad de Buenos Aires”, *Estudios Sociales, Revista Semestral*, X, (19), pp. 37-63.
- BURRAGE, M. (1990), “Introduction: the professions in sociology and history”, en BURRAGE, M. & TORSTENDAHL, R. (Eds.), *Professions in theory and history*, Londres, Sage.
- BUSCHINI, J. (2007), *Conformación y desarrollo de una escuela de*

- investigación en biología celular del cáncer: Eugenia Sacerdote de Lustig en el Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”*, Tesis de Maestría de la Universidad Nacional de Quilmes, Manuscrito no publicado, Buenos Aires.
- BUSTÍOS ROMANI, C. (2003), “Notas sobre la historia de la educación médica 1933-1980. Segunda parte”, *Acta Médica Peruana*, 20, (3), pp. 133-149.
- BUTA, J. (1996), “Los inicios de de la cultura científica argentina: los precursores de Houssay”, en ALBORNOZ, M., KREIMER, P. & GLAVICH, E. (Eds), *Ciencia y Sociedad en América Latina*. Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.
- CAMBROSIO, A, KEATING, P & BOURRET, P. (2006), “Objetividad regulatoria y sistemas de pruebas en medicina: el caso de la cancerología”, *Convergencia*, 13, (042), Toluca, México, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 135-152.
- CAMARGO, K. (2002), “The thought style of physicians: strategies for keeping up with medical knowledge”, *Social Studies of Science*, 32, (5-6), pp. 827-855.
- CAMPOS MARÍN, R. (2005), “Algunas reflexiones sobre la biografía divulgativa. Los caso de Monlau, Rubio y Giné”, *Asclepio*, 57, (1), pp. 149-166.
- CANGUILHEM, G. (1971), *Lo Normal y lo Patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- CANGUILHEM, G. (2009 [1988]), “El estatus epistemológico de la medicina”, en CANGUILHEM, G., 2009, *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu.
- CANGUILHEM, G. (2009 [1965]), “La idea de medicina según Claude Bernard”, en CANGUILHEM, G. 2009, *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu.
- CANTÓN, E. (1928 [1921]), *Historia de la medicina en el Río de la Plata*, Madrid, Sociedad de Historia Hispanoamericana (6vols).
- CANTÓN, E. (1921), *Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*.
- CARAPINHEIRO, G. (1993), *Saberes e poderes no hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Afrontamento.

- CARRERAS PANCHÓN, A. (2005), “La biografía como objeto de investigación en el ámbito universitario. Reflexiones sobre un retorno”, *Asclepio*, 57, (1), pp. 125-133.
- CEREIJIDO, M. (2000), *La nuca de Houssay*, México, Fondo de Cultura Económica.
- CICOUREL, A. (2002), *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, París, Seuil.
- CIRIA, A. & SANGUINETTI, H. (1968), *Los reformistas*, Buenos Aires, Jorge Álvarez.
- COUTINHO, M. (1999), “Ninety years of Chagas Disease: A Success Story at the Pheriphery”, *Social Studies of Science*, Londres, Sage, pp. 519-549.
- CUETO, M. (1989), “Andean biology in Peru. Scientific styles on the periphery”, *Isis*, 80, pp. 640-658.
- CUETO, M. (1994), “Laboratory styles in Argentine Physiology”, *Isis*, 85, pp. 228-246.
- CUETO, M. (1995), “The Cycles of Eradication: The Rockefeller Foundation and Latin American Public Health: 1918-1940”, en WEINDLING, P. (Ed), *International Health and Welfare Organizations between the First and Second World Wars*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CUETO, M. (1997), “Science under Adversity: Latin American Medical Research and American Private Philanthropy, 1920-1960”, *Minerva*, 35, pp. 228-246.
- DAGNINO, R., THOMAS, H. y DAVYT, A. (1996), “El pensamiento en ciencia, tecnología y sociedad en Latinoamérica: una interpretación política de su trayectoria”, *REDES*, 3, (7), pp. 13-51.
- DE ASÚA, M. (1984), *La formación del médico en la República Argentina. Análisis histórico-sistemático del perfil curricular de las Facultades de Medicina de la Argentina desde su creación hasta 1982*. Tesis de doctorado, UBA, Facultad de Medicina, Manuscrito no publicado, Buenos Aires.
- DUNFORD, R. (1985), “The problem of relevant collectivities: solar energy research in Australia”, *Social Studies of Science*, 15, pp. 455-474.
- DUSQUESNOY, R. (2005), “Early History of Transplantation Immunology: Part I”, *Ashi Quarterly*, pp. 74-77.

- ELÍAS, N. (2006 [1970]), *Sociología Fundamental*, Barcelona, Gedisa.
- ESTÉBANEZ, M.E. (1996), “La creación del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene: salud pública, investigación científica y la conformación de una tradición en el campo biomédico”, en ALBORNOZ, M., KREIMER, P. & GLAVICH, E. (Eds), *Ciencia y Sociedad en América Latina*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.
- FEHÉR, M. (1990), “Acerca del papel asignado al público por los filósofos de la ciencia”, en ORDOÑEZ, J. & ELENA, A. (Comp.), *La Ciencia y su público: perspectivas históricas*, Madrid.
- FEYERABEND, P. (2004), *La ciencia en una sociedad libre*, México, Siglo XXI.
- FLECK, L. (1979 [1935]), *Genesis and Development of a Scientific Fact*, Chicago, IL, The University of Chicago Press.
- FLECK, L. (1986 [1927]), “Some Specific Features of the Medical Way of Thinking”, en FLECK, L., COHEN, R. & SCHNELLE, T. (Eds), *Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck*.
- FOUCAULT, M. (2003 [1963]), *El Nacimiento de la Clínica*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- FOX, R. & SWAZEY, J. (2009 [1974]), *The Courage to Fail. A Social View of Organ Transplants and Dialysis*, New Brunswick, Londres, Transaction Publishers.
- FREIDSON, E. (1978 [1970]), *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Península.
- GAUDILLIÈRE, J.P. (2002), *Inventer la biomédecine. La France, l'amerique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, París, La Découverte.
- GAYON, J. (1999), “On the uses of the category of style in the history of science”, *Philosophy & Rhetoric*, 32, (3), pp. 233-246.
- GIDDENS, A. (1997 [1976]), *Las Nuevas Reglas del Método Sociológico*. Buenos Aires, Amorrortu.
- GIDDENS, A. (1999), “Tradition. BBC Reith lectures 1999”, http://www.lse.ac.uk/Giddens/reith_99/week3/week3.htm [10 de abril de 2009].
- GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1997), *La Construcción histórica de una*

profesión. Asociaciones e instituciones médicas en Buenos Aires: 1852-1895, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Manuscrito no publicado.

HAGSTROM, W. (1965), *The Scientific Community*, Nueva York, Basic Books.

HALPERIN DONGHI, T. (1962), *Historia de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Eudeba.

HALPERÍN DONGHI, T. (1987), “Estilos nacionales de institucionalización de la cultura e impacto de la represión: Argentina y Chile”, *El Espejo De La Historia. Problemas argentinos y perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, Sudamericana.

HALPERN, S. (1992), “Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries”, *American Journal of Sociology*, 97, (4), pp. 994-1021.

JACOBS, S. (2007), “Edward Shils’ Theory of Tradition”, *Philosophy of the Social Sciences*, 37, pp. 139-162.

JUARROS, F. (2006), “La vinculación entre la investigación biomédica en la Universidad de Buenos Aires y el desarrollo de la industria farmacéutica argentina”, en JUARROS, F. (2006), *La vinculación universidad-empresa: miradas críticas desde la universidad pública*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores.

KING, M. (2005 [1970]), “Razón, tradición y el carácter progresivo de la ciencia”, Traducción de Romero y Blugerman, *REDES*, 21, (11), pp. 21-154.

KNORR-CETINA, K. (2005 [1981]), *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

KNORR CETINA, K. (1996 [1992]), “¿Comunidades científicas o arenas transepistémicas de investigación? Una crítica de los modelos cuasi-económicos de la ciencia”, Traducción de Gustavo Faigenbaum, *REDES*, 3, (7), pp. 131-160.

KREIMER, P. (1997), *L’universel et le contexte dans la recherche scientifique*, Tesis de Doctorado, París, Septentrion, Presses Universitaires.

KREIMER, P. (1997b), “Science and Politics in Latin America: The Old and

- New Context”, *Science, Technology and Society*, I, (2), pp. 267-289.
- KREIMER P. & CORVALÁN, D. (2009), “20 años no es nada: Conocimiento científico, producción de medicamentos y necesidades sociales”, *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*, 49, (193), 123-149.
- KREIMER, P. (2010), *Ciencia y Periferia. Nacimiento, muerte y resurrección de la biología molecular en la Argentina. Aspectos sociales, políticos y cognitivos*, Buenos Aires, Eudeba.
- KREIMER, P., ROMERO, L. y BILDER, P. (2010), “¿Tratar o no tratar? La controversia científica sobre el tratamiento para los enfermos de Chagas crónico”, *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, 62, (1). En prensa, 1º número de 2011.
- KROTSCH, P. (comp) (2002), *La universidad cautiva*, La Plata, Al Margen.
- KUHN, T. (1988 [1962]), *La Estructura de las Revoluciones Científicas*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- KUHN, T. (1993 [1977]), *La tensión esencial. Estudios selectos sobre la tradición y el cambio en el ámbito de la ciencia*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1978), *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat.
- LATOUR, B. (1988a), *The Pasteurization of France*. Cambridge, Massachusetts y Londres, Harvard University Press.
- LATOUR, B. & WOOLGAR, S. (1988b), *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, París, La Découverte.
- LATOUR, B. (1992), *Ciencia en acción*, Barcelona, Labor.
- LAW, J. (1973), “The Development of Specialties in Science: the case of x-ray Protein Crystallography”, *Social Studies of Science*, 3.
- LEDERER, S. (2008), *Flesh and Blood. Organ Transplantation and Blood Transfusion in Twentieth-Century America*, Nueva York, Oxford University Press.
- LIMA, N. y HOCHMAN, G. (2005), “Condenado por la raza, absuelto por la medicina: el Brasil descubierto por el movimiento médico-higienista de la primera república”, en ARMUS, D. (Ed) (2005), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

- LOCK, M. (2002), *Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death*, Berkeley, Los Angeles y Londres, University of California Press.
- LORENZANO, P. & LORENZANO, C. (1996), “En memoria de Thomas S. Kuhn”, *REDES*, 3, (7), pp. 217-236.
- LÖWY, I. (1986), “Tissue groups and cadaver kidney sharing: socio-cultural aspects of a medical controversy”, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2, (2), pp. 195-218.
- LÖWY, I. (1987a), “The impact of medical practice on biomedical research: the case of human leucocyte antigens studies”, *Minerva*, 25, (1-2), pp. 171-200.
- LÖWY, I. (1987b), “Choix scientifiques et Choix éthiques dans le traitement de la maladie rénale terminale”, *Information sur les Sciences Sociales* (SAGE, Londres), pp. 577-605.
- LÖWY, I. (2000), “Trustworthy knowledge and desperate patients: clinical tests for new drugs from cancer to AIDS, Transforming the “Art of Healing” into a Science: Origins of the Controlled, Randomized Clinical Trial”, en LOCK, M., YOUNG, A. & CAMBROSIO, A. (Eds), *Living and working with the new medical technologies*, Cambridge, Cambridge University Press.
- LÖWY, I. (2002), *Cancer de chercheurs cancer de clinicians. Trajectoire d'une innovation thérapeutique*, París, Ediciones de los Archivos Contemporáneos.
- LYNCH, M. (1982), “Technical Work and Critical Inquiry: Investigations in a Scientific Laboratory”, *Social Studies of Science*, 12.
- MERTON, R. (1984 [1937]), *Ciencia, tecnología y sociedad en la Inglaterra del Siglo XVII*, Madrid, Alianza.
- MERTON, R. (1942), “La estructura normativa de la ciencia”, en Storer, W. (Ed.) (1977), *La Sociología de la ciencia. Investigaciones teóricas y empíricas*, Madrid, Alianza.
- MILLS, C.W. (1961 [1959]), *La Imaginación Sociológica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- MORREL, J. (1972), “The chemist breeders: The research schools of Liebig and Thompson”, *Ambix*, 9, pp. 1-46

- MULKAY, M. (1971), "Structure and Process in a Physics Department", *British Journal of Sociology*, (22).
- MYERS, J. (1989), "Antecedentes de la conformación del complejo científico y tecnológico, 1850-1958", en Oteiza, E. (Ed.) (1992), *La política de investigación científica y tecnológica argentina. Historias y perspectivas*, Buenos Aires, CEAL.
- NACHÓN, C. (2000), *Luis Federico Leloir. Premio Nobel de Química 1970. Ensayo de una biografía*, Fundación Campomar, Argentina.
- NÁJERA MORRONDO, R. (2006), "El Instituto Carlos III y la Sanidad Española. Origen de la Medicina de Laboratorio", *Revista Española de Salud Pública*, 80, pp. 585-604.
- NEIBURG, F. (1988), *Los intelectuales y la invención del peronismo*, Madrid, Alianza.
- NOÉ, A. (2005), *Utopía y desencanto. Creación e institucionalización de la Carrera de Sociología en la Universidad de Buenos Aires 1955-1966*, Buenos Aires, Miño y Dávila.
- NUN, J. (1995), "Argentina: el Estado y las actividades científicas y tecnológicas", *REDES*, 2 (3), pp. 59-98.
- OLAGÜE DE ROS, G. (2005), "De las vidas ejemplares a las biografías colectivas de los médicos. Una perspectiva crítica", *Asclepio*, 57, (1), pp. 135-148.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2005), "Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX", *Asclepio*, LVII, (1), pp. 75-97.
- OTEIZA, E. (Ed.) (1992), *La política de investigación científica y tecnológica argentina. Historias y perspectivas*, Buenos Aires, CEAL.
- PESTRE, D. (2005), *Ciencia, Dinero y Política*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- POLANYI, M. (1958), *Personal Knowledge*, Londres, Routledge & Keagan.
- POLANYI, M. (1958), *The Tacit Dimension*, Nueva York, Doubleday & Company.
- PORTANTIERO, J. C. (1978), *Estudiantes y política en América Latina, 1918-1938. El proceso de la Reforma Universitaria*, México, Siglo XXI.

- POTASH, R. (1981), *El ejército y la política en la Argentina; 1928-1945*, Buenos Aires, Sudamericana.
- PRECE, G. & SCHUFFER, M. (1995), *Entre la espada y la pared. El desafío que impone el niño enfermo renal*, Buenos Aires, Biblos.
- PREGO, C. (1996), “Formación y desarrollo de una tradición científica: el campo bio-médico en la Argentina”, en ALBORNOZ, M., KREIMER, P. & GLAVICH, E. (Eds), *Ciencia y Sociedad en América Latina*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.
- PREGO, C. (1998), “Los laboratorios experimentales en la génesis de una cultura científica”, *REDES*, 5, (11), pp. 185-205.
- PREGO, C. (2001), “Estado, Universidad y prácticas experimentales en el campo biomédico: génesis del primer instituto universitario”, *Saber y Tiempo*, 11, pp. 51-70.
- PREGO, C. & TORTTI, M.C. (2002), “Procesos históricos de modernización, politización y regulación en la Argentina”, en KROTSCH, P. (2002), *La universidad cautiva*, La Plata, Al Margen.
- PREGO, C. & VALLEJOS, O. (Ed.) (2010), *La construcción de la ciencia académica: actores, instituciones y procesos en la Universidad argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Biblos.
- PREGO, C. (2010), “La gran transformación académica y su política a fines de los años 50. El proyecto de reorganización institucional y los inicios del debate del cientificismo en la Universidad de Buenos Aires”, en PREGO, C. & VALLEJOS, O. (Eds), *La construcción de la ciencia académica: actores, instituciones y procesos en la Universidad argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Biblos.
- RAMACCIOTTI, K. (2006), “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires”, *Asclepio*, LVIII, (2), pp. 115-138.
- ROMERO, J. L. (1978), “El Ensayo Reformista”, *Perspectiva Universitaria*, (5)
- ROMERO, L. (2007), *La investigación clínica biomédica terapéutica: características institucionales, profesionales y cognitivas. La Enfermedad de Chagas en la Argentina (1960-2006)*, Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Quilmes, Manuscrito no publicado.

- ROMERO, L. (2010), “La Facultad de Medicina en el marco de los procesos de modernización y profesionalización académica en la Universidad de Buenos Aires (UBA) (1955-1958): temas en debate y frentes de convergencias”, *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 17, (3), pp. 663-677.
- ROMERO, L. & BUSCHINI, J. (2010), “La construcción de un departamento científico en un proceso intensivo de modernización académica: el caso de la física en C. Exactas (UBA), 1955-66”, en PREGO, C. y VALLEJOS, O. (Eds), *La construcción de la ciencia académica: actores, instituciones y procesos en la Universidad argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Biblos.
- ROTUNNO, C. & DÍAZ DE GUIJARRO, E. (Eds.) (2003), *La construcción de lo posible*. Buenos Aires, El Zorzal.
- RUIZ GARCÍA, C. (2005), “Las biografías médicas: ¿Estudio de casos para una introducción (histórica) de la medicina?”, *Asclepio*, 57, (1), pp. 117-124.
- SALOMÓN, J. J. & HART, D. (1999), “Dossier dedicado a V. Bush, *REDES*, 7, (14), pp.138-156.
- SARLO, B. (2001), *La batalla de las ideas 1943-1973*, Buenos Aires, Emecé.
- SCHAFER, L. & SCHNELLE, T (1986), “Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría de la ciencia”, en FLECK, L., *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Madrid, Alianza Editorial.
- SCHEIN, E. (1972), *Professional Education. Some new directions*, Nueva York, McGraw-Hill Book Company.
- SHILS, E. (1980), “Tradition, Ecology, and Institution in the History of Sociology”, en SHILS, E. (Ed.), *The Calling of Sociology and Other Essays on the Pursuit of Learning*, Chicago y Londres, University of Chicago Press.
- SHINN, T. (2007), “Jerarquías de investigadores y formas de investigación”, *REDES*, 13, (25), pp. 119-163.
- SIGAL, S. (1991 [1986]), *Intelectuales y poder en la década del sesenta*, Buenos Aires, Puntosur.
- SINDING, C. (1991), *Le Clinicien et le Chercheur. Des grandes maladies de carence à la médecine moléculaire 1880-1980*, París, Presses Universitaires

de France.

SORÁ, G. (2004), “Editores y editoriales de ciencias sociales: un capital específico”, en NEIBURG, F. & PLOTKIN, M. (Comp.), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós.

SOUZA, P. (2005), *Formación histórica de un partido de la ciencia en la medicina argentina. El círculo médico argentino y la configuración de una experiencia científica de base clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1875-1890)*. Tesis de Maestría, Manuscrito no publicado, Buenos Aires.

SOUZA, P. & HURTADO, D. (2008), “Los diputados médicos. Clínica y política en la disputa por los recursos públicos en Buenos Aires (1906-1917)”, *Asclepio*, LX, (2), pp. 233-260.

STEPAN, N. (1976), *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical Research and Policy 1890-1920*, Nueva York, Science History Publications, pp. 73-74.

SUASNÁBAR, C. (2004), *Universidad e intelectuales. Educación y política en la Argentina (1955-1976)*, Buenos Aires, Manantial.

TENTI FANFANI, E. (1989 [1988]), “Elementos de teoría y análisis histórico”, en GÓMEZ CAMPO, V. & TENTI FANFANI, E. (Eds), *Universidad y Profesiones. Crisis y Alternativas*, Buenos Aires, Miño y Dávila.

THOMAS, H. & GIANELLA, C. (2006), “Trayectorias de aprendizaje y dinámicas de resolución de problemas en instituciones latinoamericanas de generación y transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos. Análisis de una experiencia de desarrollo de un polo tecnológico (PTC-Argentina)”, *Espacios*, 27, (2).

THOMAS, H. (2009), “Nuevas tecnologías de la información y su relación con lo social. Coordinadas para desentrañar los determinismos de la relación tecnología y sociedad”, *Espacios*, 30, (2).

TRONCOSO, O. (1976), *Historia integral argentina: El peronismo en el poder*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

TÜNNERMANN, C. (2008), *Noventa años de la Reforma Universitaria de Córdoba: 1918-2008*, Buenos Aires, CLACSO.

VESSURI, H. (1987), “Perspectivas latinoamericanas en el estudio social de la ciencia”, en OTEIZA, E. & VESSURI, H. (1993), *Estudios sociales de la ciencia y la tecnología en América Latina*, Buenos Aires, CEAL.

WEBER, M. (1997 [1922]), *Economía y Sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica.

WHITLEY, R. (1984), *The intellectual and social organization of the sciences*, Oxford, Clarendon Press.

ZIMAN, J. (2000), *Real Science. What it is and what it means*, Cambridge, Cambridge University Press.

Anexo 1

Cuadro 1: Publicaciones científicas de Lanari: (1933-1956) Artículos en revistas (resumen)

N°	Año	Tipo de revista		Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.			
3	1933	X		Clínico/experimental	Crecimiento	Endocrinología
2	1934	X		Clínico/experimental		Neurofisiología/urología
5	1936	X		Clínico	Taquicardia/ Acción de acetilcolina en distrofia muscular	Neurofisiología/Cardiología
5	1937	X		Clínico	Tuberculosis/ Miastenia Gravis	Neurofisiología pulmonar/Tisiología
2	1938		X	Clínico	Tuberculosis/ Miastenia Gravis	Neurofisiología pulmonar/Tisiología
4	1939		X	Experimental	Distrofia muscular/ Transmisión sináptica neuromuscular	Neurofisiología pulmonar
3	1940	X		Clínico	Aparato cardiovascular en Distrofia muscular	Cardiología/Cirugía
8	1941	X		Clínico	Tuberculosis Hipertensión/ Taquicardias	Cardiología/Tisiología
5	1942	X		Clínico	Tuberculosis/ Distrofia muscular	Tisiología
3	1943	X		Clínico	Miastenia Gravis	Neurofisiología pulmonar
3	1944	X		Clínico	Presión arterial sobre pulmón	Neurofisiología pulmonar
2	1945	X		Clínico	Presión arterial pulmonar	Neurofisiología pulmonar
3	1946	X	X	Clínico	Presión arterial pulmonar/ Distrofia muscular	Neurofisiología pulmonar
2	1947	X	X	Experimental	Hipotiroidismo	Endocrinología/ Neurofisiología pulmonar
2	1948	X		Clínico	Tuberculosis/Insuficiencia mitral	Neurofisiología pulmonar/Tuberculosis
5	1949	X		Clínico/Experimental	Tuberculosis/ Insuficiencia mitral/Homoinjertos	Neurofisiología pulmonar/Tuberculosis/ Trasplantes
4	1950	X		Clínico/Experimental	Acción de acetilcolina en Distrofia muscular/ Punción pulmonar	Neurofisiología pulmonar/Endocrinología
2	1951	X		Clínico/Experimental	Homoinjertos/Distrofia muscular	Neurofisiología pulmonar/Trasplantes
3	1952	X	X	Clínico/Experimental	Adaptaciones hemodinámicas en las anemias tropicales/ Embolia pulmonar	Neurofisiología pulmonar/Hematología
7	1953	X	X	Clínico/Experimental	Embolia pulmonar/Autoinjerto/ Adaptaciones hemodinámicas en las anemias tropicales	Neurofisiología pulmonar/Trasplantes/ Hematología
4	1954	X	X	Experimental	Presión arterial	Neurofisiología pulmonar/Cirugía/Hipertensión
3	1955	X		Experimental	Autoinjertos	Neurofisiología pulmonar/Trasplantes
1	1956	X			Difusión de los gases entre el aire alveolar y la cavidad pleural	Neurofisiología pulmonar
Tot: 81						

Cuadro 2. Publicaciones científicas de Lanari desagregadas por año

Publicaciones de Lanari (1933-1936) Artículos en revistas							
N°	Año	Tipo de revista		En colaboración	Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.				
1	1933	X		Campos/Curutchet	Experimental	Papel del hígado en acción hiperglucemiante de la hipófisis (sapo)	Fisiología/ Endocrinología
2		X		Del castillo	Clínico	Problemas de Crecimiento (amenorrea)	Endocrinología
3		X		Del castillo	Clínico	Problemas de crecimiento (acromegalia)	Endocrinología
4	1934	X		Astraldi	Clínico	Palpación de riñón en herradura	Nefrología/urología
5		X		Orias	Experimental	Acción de acetilcolina y atropina sobre mecanismo neuromuscular de membrana del ojo	Neurofisiología
6	1936	X		No	Clínico	Acción acetilcolina en enfermos distrofia muscular	Neurofisiología
7		X		No	Experimental	Acción acetilcolina afecciones sistema nervioso y muscular	Neurofisiología
8		X		Battro	Clínico	Valor diagnóstico de acetilcolina en afecciones vasculares	Cardiología
9		X		Battro	Clínico	Tratamiento de taquicardia	Cardiología
10		X		Battro	Clínico	Inyección intracarotídea de acetilcolina en hombre	

Publicaciones de Lanari (1937-1940) Artículos en revistas

N°	Año	Tipo de revista		En colaboración	Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.				
11	1937	X		Battro	Farmacológico Clínico	Acción vasodilatadora de ciertas drogas	Cardiología
12		X		Vaccarezza	Clínico	Dolores musculares (mialgias agudas) tuberculosis	Tuberculosis/Tisiología
13		X		Pavlovsky	Clínico	La punción en el diagnóstico del cáncer	Cáncer
14		X		Battro	Clínico	Acción de acetilcolina en sujetos sympathiectomisés	
15		X		No	Clínico	Miastenia Gravis (enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica) y transmisión química neuromuscular	Neurofisiología pulmonar
16	1938		X	No	Clínico	Miastenia Gravis	Neurofisiología pulmonar
17			X	No			
18	1939		X	No	Farmacológico	Músculos miotónicos (distrofia muscular)	
19			X	Rosenblueth/ Lissak	Experimental	Transmisión sináptica neuromuscular y ganglionar	Neurofisiología
20			X	Rosenblueth	Experimental	Transmisión en ganglio autonómico	Neurofisiología
21			X	Luco	Experimental	Acción estrofinina en el ganglio simpático y en el músculo esquelético	Neurofisiología
22	1940	X		Rey	Clínico	Cirugía cardíaca en embolia Embolectomía (extracción del vaso afectado por embolia)	Cirugía / cardiología
23		X		Battro, Braun Menéndez, Leloir	Experimental	Acción de enzima (renina) y de la hipertensina (hipertensión arterial de origen renal)	Cardiología
24		X		No	Clínico	Distrofia muscular	Neurofisiología

Publicaciones de Lanari (1941-1943) Artículos en revistas

N°	Año	Tipo de revista		En colaboración	Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.				
25	1941	X		Bence	Clínico	Atelectasia pulmonar por aspiración de aire residual	Tuberculosis/ Tisiología
26		X		Battro/González Segura	Clínico	Acción de prostigim Tratamiento taquicardias	Cardiología
27		X		González Segura	Clínico	El aparato cardiovascular en distrofia muscular	cardiología
28		X		Soubrié	Experimental	Acción de estrofantina sobre músculo estriado de gato	Tuberculosis/tisiología
29		X		Berlín	Clínico	Reflejo idiomuscular y miodema en tuberculosos	Tuberculosis/tisiología
30		X		Battro/ González Segura	Clínico	Acción de hipertensiva en sujetos normales e hipertensos	cardiología
31		X		Vaccarezza/ Soubrié/ Labourt	Clínico	Hematoxis en Tuberculosis pulmonar	Tuberculosis/tisiología
32		X		Vaccarezza/ Bence/Labourt	Clínico	Examen funcional de cada pulmón por separado en tisiología	Tuberculosis/tisiología
33	1942	X		Bence/Labourt	Clínico	Concentración de anhídrico carbónico en el aire residual de sujetos normales	Neurofisiología pulmonar
34		X		Lanari Carlos	Clínico	Distrofia muscular artificial en el hombre por prostigmin intraarterial	Neurofisiología
35		X		Sanmartino	Clínico	Lesiones histológicas del músculo estriado en distrofia muscular	Neurofisiología
36		X		Vaccarezza/ Bence/ Labourt	Clínico	Influencia del decúbito lateral sobre reposo pulmonar	Tuberculosis/ Tisiología
37		X		Vaccarezza/ Soubrié/Labourt	Clínico	Composición del aire alveolar en individuos normales y en tuberculosos pulmonares	Tuberculosis/ Tisiología
38	1943	X		Goñi	Clínico	Miastenia gravis. Fisiopatogenia	Neurofisiología pulmonar
39		X		Labourt	Experimental	Capacidad de ventilación pulmonar en condiciones experimentales desfavorables	Neurofisiología pulmonar
40			X	Vaccarezza/ Bence /Labourt/ González Segura	Experimental	Estudios de los dos pulmones por separado	Neurofisiología pulmonar

Publicaciones de Lanari (1944-1947) Artículos en revistas

N°	Año	Tipo de revista		En colaboración	Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.				
41	1944	X		Alberti/González Segura	Clínico	Mecanismos de variaciones respiratorias de la presión arterial en ambos circuitos	Neurofisiología pulmonar
42		X		Alberti/González Segura	Clínico	Influencia de la presión intratorácica sobre la presión sanguínea de ambos circuitos	Neurofisiología pulmonar
43		X		Devoto/Tricerri	Experimental	Estudio de sinapsis y músculo de diafragma en animales adultos y en músculos de las extremidades de animales recién nacidos	Neurofisiología
44	1945	X		Bence/González Segura	Clínico	Movimientos cardioneumáticos de cada pulmón por separado	Neurofisiología pulmonar
45		X		Alberti	Clínico	Acción del seno carotídeo sobre la presión de la arteria pulmonar	Neurofisiología pulmonar
46	1946	X		Devoto	Clínico	Tétanos periférico	
47		X		Vaccarezza/Alberti	Clínico	Determinación de la presión arterial pulmonar en el hombre	Neurofisiología pulmonar
48			X	No	Experimental	Mecanismo de la contracción miotónica (distrofia muscular)	Neurofisiología
49	1947	X		No	Clínico	Músculos estriados en el hipotiroidismo	Endocrinología
50			X	Vaccarezza/Soubrié	Clínico	Discrepancias entre hallazgos clínico-radiológicos y los resultados de examinación broncoespirométrica de pulmones por separado	Neurofisiología pulmonar

Publicaciones de Lanari (1948-1950) Artículos en revistas

N°	Año	Tipo de revista		En colaboración	Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.				
51	1948	X		Labourt	Clínico	Un método para determinar el tiempo de circulación total. Estudio broncoespirométrico	Neurofisiología pulmonar
52		X		Molins	Experimental	Insuficiencia mitral experimental	Neurofisiología pulmonar
53	1949	X		Soubrie, Alberti y Vaccarezza	Clínico	Estudio de la función cardiorrespiratoria en la tuberculosis	Tuberculosis
54		X		Soubrie, Lestón y Vaccarezza	Clínico	La capacidad funcional respiratoria en los toracoplastiados	Tuberculosis
55		X		Soubrie y Vaccarezza	Clínico	Importancia del estudio broncoespirométrico en la indicación de la toraxoplastia	Tuberculosis
56		X		Molins	Experimental	Insuficiencia mitral experimental	Neurofisiología pulmonar
57		X		Croxatto	Experimental	Suturas y homoinjertos de aorta.	Trasplantes
58	1950	X		Torres Restrepo y Carrea	Experimental	Neurología	Neurología
59		X		Devoto	Experimental	Acción de la acetilcolina sobre la estimulación directa del músculo estriado del gato	Neurofisiología
60		X		Patalano y Soubrié	Experimental	Captación del rojo congo in vivo por la substancia amiloidea (su demostración con el sondeo de la vena suprahepática)	Endocrinología
61		X		Abrantes Pinheiro, Murillo Souza, Henrique de	Experimental	La punción pulmonar en la iniciación del neumotórax.	Neurofisiología pulmonar

Publicaciones de Lanari (1951-1953) Artículos en revistas

N°	Año	Tipo de revista		En colaboración	Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.				
62	1951	X		Carrea y Devoto	Experimental	Acción inhibitoria del nervio motor sobre el músculo estriado	Neurofisiología
63		X		Molins y Croxatto	Experimental	Homoinjertos de pulmón en perros. Técnica y resultados funcionales y anatómicos	Trasplantes
64	1952	X		Roncoroni y Agrest	Experimental	Embolia pulmonar unilateral experimental con tórax cerrado	Neurofisiología pulmonar
65		X		García Santos, y Colon Nuñez	Clínico	Adaptaciones hemodinámicas e las anemias tropicales	Hematología/ Hemodinamia
66			X	Carrea	Experimental	Inhibitory action of the motor nerve on the atriated muscle	Neurofisiología
67	1953	X		Roncoroni y Agrest	Experimental	Embolia pulmonar unilateral experimental con tórax cerrado	Neurofisiología pulmonar
68		X		Roncoroni y Agrest	Clínico	Adaptaciones hemodinámicas e las anemias tropicales	Hematología/ Hemodinamia
69		X		Croxatto	Experimental	Patogenia de las bronquiectasias. Estudio experimental y hallazgos anatómicos	Neurofisiología pulmonar
70			X	No	Clínico	The interchange of carbon dioxide and oxygen in the skin and the mucosae of human beings	
71		X		Agrest y González	Experimental	La embolia pulmonar unilateral en el animal intacto y despierto	Neurofisiología pulmonar
72		X		Croxatto y Molins	Experimental	Autoinjerto de pulmón en perros	Trasplantes
73		X		Molins y Croxatto	Experimental	Sobrevida "in Vitro" de las células bronquiales en contacto con sueros antólogos y homólogos	Trasplantes

Publicaciones de Lanari (1954-1956) Artículos en revistas

N°	Año	Tipo de revista		En colaboración	Tipo de conocimiento	Tema	Especialidad
		Local	Ext.				
74	1954	X		Soubrié y Labourt	Experimental	Difusión de los gases entre el aire alveolar y la cavidad pleural.	Neurofisiología pulmonar
75			X	No	Experimental	Pressue-volume relationship in the pulmonary vascular bed	Neurofisiología pulmonar
76		X		Molins, Vidal y Agrest	Clínico	Modificaciones de la presión arterial, intra y extratorácica durante las convulsiones provocadas por el metrazol y el electrochoque.	Hipertensión
77		X		Roger y Gilardon	Clínico	Fistula de Eck Arteriaización del hígado	Cirugía
78	1955	X		Croxatto y Molins	Experimental	Autoinjerto de pulmón en perros	Trasplantes
79		X		Molins y Croxatto	Experimental	Sobrevida "in Vitro" de las células bronquiales en contacto con sueros antólogos y homólogos	Neurofisiología pulmonar
80		X		Molins, Vidal, y Agrest	Experimental	Modificaciones de la presión arterial durante convulsiones	Hipertensión
81	1956	X		Soubrié y Labourt	Experimental	Difusión de los gases entre el aire alveolar y la cavidad pleural	Neurofisiología pulmonar

Anexo 2

Cuadro 1. IIM. Secciones: Jefaturas y miembros. Año de apertura

Secciones		1° Jefe	2° Jefe	3° Jefe	4° Jefe	Otros miembros
Anatomía Patológica (1958)		Croxatto Oscar	Paz Ricardo	Barcat Juan Antonio	Álvarez Clarisa	Hernández Enrique, Costa Juan Antonio, Gil Miguel
Bacteriología (1960)		Ejden José	Durante de Isola Elvira	Gorodner Jorge	Predari Silvia	
Cardiología (1958)		Fernández García Enrique	Bastaroli Julián			Bengolea Abel
Cirugía experimental* (1958)		Lanari Alfredo, Mahelz Molins Eduardo, Gallo Morando Gilberto, Torres Agüero Marcelo, De Vito Eduardo.				
Clínica Médica (1958)		Agrest Alberto	Teitelbaum Henry	Rodo Jorge		Podestá Juan, Hevia Jorge, Moscatelli Daniel, Quadrelli Silvia
Endocrinología** (1958)		Andrada Juan Ángel				Hoschoian Juan Carlos, Contreras Liliana, Rimoldi Daniel
Gastroenterología (1958)		Ferrando Roberto	Duncan Carlos	Palmitano Iván		Virginillo Mirta
Hematología (1958)	Hematología (1958)	Celani Barry Rafael	Sánchez Ávalos Julio	Nicastro Mario	Molinas Felisa	Ojeda Elida (técnica), Tartas Norma, Molina Malena, Riveros Dardo.
	Hemodinamia (1958)	Agrest Alberto				
Hemoterapia* (1958)		Castañé, Slepoy Alberto				
Hipertensión (1958)		Agrest Alberto				Finkielman Samuel, Carro Gustavo, Goldstein Daniel, Nahmod Miguel, Ferraro Katia
Inmunología (1962)		Zingale Salvador	Manni Jorge	Varano Judith		Braun Cantilo Jorge, Elizalde de Bracco María Marta, Díaz Alberto, Isturiz Martín, Botara Elena, Noceretti Beatriz (técnica)
Metabolismo (1963)		Domínguez José Miguel				Cottini Enrique, Hoschoian Juan Carlos
Nefrología (1958)	Diálisis (1958)	Ruiz Guiñazú Alfonso	Firmat Jorge	Zucchini Alfredo		Arce Manuel, Coelho Jaime, López Blanco Oscar
	Trasplantes (1958)	Rodo Jorge				Mahelz Molins Eduardo, Torres Agüero Marcelo, Gallo Morando Gilberto
	Fisiopatología renal (1962)	Arrizurieta Elvira				Martín Rodolfo
Neumonología (1958)		Roncoroni Aquiles	Agrest Alberto	Barousse Amadeo	Semeniuk Guillermo	Quesada Elía Augusto, Andrada Laura
Neurología (1958)		Carrea Raúl	Muchnik Salomón			Encabo Horacio, Epstein René, Rubinstein Eduardo, Losavio Adriana, Kotsias Basilio,
Radiología* (1958)		Aslan Carlos	Lanari Carlos			
Radioisótopos* (1959)		Braun Cantilo Jorge, Mauntalén Carlos				
Sustancias Vasoactivas (1960)		Finkielman Samuel				Nahmod Víctor, Goldstein Daniel, García Silvia, Díaz Alberto, Ferraro Katia
Urología* (1958)		Garcés José, Lafox				

*En esta sección no se diferenciaron jefaturas.

** En esta sección no se reconocieron jefaturas después de la 1°.

***Este cuadro en modo alguno pretende incluir todo el personal que trabajó en el IIM aunque sí sus principales referentes. Ha sido reconstruido sobre la base de entrevistas personales y legajos personales de investigadores, ante la inexistencia de memorias institucionales.

****De los 1° jefes, los siguientes provenían de la Tercera Cátedra de Clínica Médica: Croxatto, Fernández García, Mahelz Molins, Gallo Morando, Torres Agüero, Agrest, Andrada, Ferrando, Celani Barry, Zingale, Roncoroni, Rodo.

De estos, a su vez, Mahelz Molins, Gallo Morando, Torres Agüero, Roncoroni, Croxatto, Agrest, Barousse provenían de los tiempos de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis.

Cuadro 1: Elaboración propia en base a legajos personales. Fuente: Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Archivo General. Legajos Personales y Entrevistas personales.

Cuadro 2: Aparición de residencias por hospital y año

Tipo de residencia					
Año/período de aparición					
Hospital	1946-1950	1951	1952-1956	1957	1958
Clínicas	Clínica Médica		Clínica Médica		
Policlínico Lanús		Cirugía	Cirugía		
Durand				Cirugía	
Niños					Pediatría
Tornú IIM				Clínica Médica	

Elaboración propia en base a fuente: Manrique (1963).

Cuadro 3: Aparición de residencias por hospital y año

Tipo de residencia				
Año/período de aparición				
Hospital	1959	1960	1961	1962
Clínicas		Ginecología y Cirugía		
Durand				
Niños			Neurocirugía, Cirugía Infantil y Anatomía Patológica	
Tornú IIM				
Rivadavia Sala XX	Clínica Médica			
San Martín			Cirugía y Clínica Médica	
Policlínico Lanús			Cirugía y Clínica Médica	
Avellaneda			Clínica Médica	
Regional de Mar del Plata				Clínica Médica
Pirovano				Cirugía Infantil
Dupuytren				Ortopedia

Elaboración propia en base a fuente: Manrique (1963).

Cuadro 4: Hospitales: ámbito de dependencia y tipo de residencias. 1946-1962

	Ámbito de dependencia institucional	Tipo de residencia
Hospital		
Clínicas	Universitario	Clínica Médica
		Ginecología
		Cirugía
Durand	Universitario	Cirugía
Niños	Salud Pública Nacional	Pediatría
		Neurocirugía
		Cirugía Infantil
		Anatomía Patológica
Tornú IIM	Universitario	Clínica Médica
Rivadavia Sala XX	Salud Pública Nacional	Clínica Médica
San Martín	Salud Pública Nacional	Cirugía
		Clínica Médica
Policlínico Lanús	Salud Pública Nacional	Cirugía
		Clínica Médica
Avellaneda	Salud Pública Nacional	Clínica Médica
Regional de Mar del Plata	Salud Pública Provincia de BSAS	Clínica Médica
Pirovano	Municipalidad de BSAS	Cirugía Infantil
Dupuytren	Privado	Ortopedia

Elaboración propia en base a fuente: Manrique (1963).

Anexo 3

Cuadro 1. Publicaciones locales 1900-1960 sobre injertos y trasplantes*

Especialidad	1900-1920	1921-1940	1941-1960	Total
Oftalmología	0	1	17	18
Otorrinolaringología	0	1	10	11
Ginecología	0	0	3	3
Neumonología	0	0	3	3
Nefrología	0	2	5	7
Histología	0	1	2	3
Odontología	0	0	4	4
Gastroenterología	0	2	2	4
Inmunología/hematología (médula ósea)	0	4	2	6
Cardiología (cardiovascular y neurovascular)	1	1	13	15
Endocrinología	0	9	14	23
Ortopedia y Traumatología	1	23	81	105
Dermatología	1	16	143	160
Injertos en general	0	2	14	16
Trasplantes	1	3	3	7
	0	0	0	0
Total	4	65	316	385

* Cuadro 1: Elaboración propia en base a Fuente: publicaciones locales. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Archivo General.

Cuadro 2. Publicaciones sobre injertos, trasplantes e insuficiencia renal. Grupo de Nefrología IIM 1960-1974.

Participación de especialidades y secciones asociadas y colaboraciones con miembros de las Secciones Cirugía, Hematología, Anatomía Patológica e Inmunología del IIM.

Lanari y miembros del IIM				
Publicaciones sobre injertos y trasplantes e insuficiencia renal (1960-1968)				
	Año	Autores	Revista	Tema
1	1964	Lanari, Paz y Peña	Medicina	Influencia de la exéresis de la papila y de la medular interna del riñón de perro
2	1964	Paz y Nahmod	Medicina	Insuficiencia renal aguda experimental con medida directa del flujo sanguíneo renal
3	1965	Lanari, Coelho, Paz y Castillo	Medicina	Insuficiencia renal aguda por transfusión incompatible; estudio sobre 108 casos
4	1966	Lanari, Mordeglia, Rios y Rodo	Medicina	Pericarditis en la insuficiencia renal aguda
5	1967	Coelho, Ruiz Guiñazú y Lanari	Acta physiologica latino americana	Concentrating mechanism and glomerular filtration rate in the papillectomized dog kidney
6		Lanari, Coelho, Arrizurieta, Yelinek, y Ruiz Guiñazú,	Acta physiologica latino americana	Effect of acetylcholine on the increased renal resistance consecutive to renal ischemia
7	1968	Lanari, Firmat, y Ruiz Guiñazú	Medicina	Insuficiencia renal aguda; experiencia con 633 enfermos atendidos desde 1958 hasta 1966
8		Celani Barry, Blaksley y Sánchez Ávalos	Medicina	La médula ósea en la insuficiencia renal aguda.
9		Lanari	Revista de la Asociación Médica Argentina	Estado actual del problema del trasplante de órganos
10		Lanari	Medicina	Desarrollo de un cáncer del dador en el riñón injertado

Lanari y miembros del IIM				
Publicaciones sobre injertos y transplantes e insuficiencia renal (1972-1974)				
	Año	Autores	Revista	Tema
11	1972	Lanari	Medicina	4 casos de desarrollo de un cancer del dador en el riñón injertado
12	1973	Lanari	Obstetricia y Ginecología latino americanas	El aborto séptico con insuficiencias renal aguda; estudio sobre 130 casos
13	1974	Lanari	Obstetricia y Ginecología latino americanas	El aborto séptico con insuficiencias renal aguda; estudio sobre 150 casos
14		Firmat	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Mil pacientes con insuficiencia renal aguda. Comparación de las experiencias y resultados de los periodos 1958-66, 1967-69, 1970-73
15		Firmat, Arce y Tanus	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Tratamiento dialítico de la insuficiencia renal crónica. 10 años de experiencia
16		Bascelen, Paz y Arce	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Correlación clínica patológica de la nefropatía lúpica
17		Pereyra, Bina y Firmat	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Insuficiencia renal aguda con oligo anuria prolongada
18		Firmat, Duncan, y Paz	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Insuficiencia renal aguda y patología biliar
19		Firmat y Roque	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Insuficiencia renal aguda en los politraumatizados
20		Galán, Acciardi y Firmat	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Insuficiencia renal aguda post cirugía pleural
21		Pereyra, Bina y Firmat	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Insuficiencia renal aguda por nefrotoxinas

Lanari y miembros del IIM				
Publicaciones sobre injertos y transplantes e insuficiencia renal (1974)				
	Año	Autores	Revista	Tema
22	1974	Recondo, Touceda y Firmat	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Insuficiencia renal aguda de causa obstétrica
23		Firmat	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Insuficiencia renal aguda en quemados
24		Gerla, Garcés y Firmat	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Anuria aguda de causa obstructiva
25		Arguello, Nicastro, Molinas, Tartas y Sánchez Ávalos	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Estudio de coagulación en la insuficiencia renal aguda post aborto séptico
26		Nicastro, Sánchez Ávalos y Molinas	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Coagulopatía por consumo e insuficiencia renal aguda experimental en ratas
27		Molinas y Sánchez Ávalos	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Actividad del factor plaquetario 4 en pacientes con insuficiencia renal crónica
28		López Blanco, Paz y Rodo	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Glomerulonefritis rápidamente evolutiva en un riñón injertado
29		Flajszer, Drobeta y Rodo	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Hallazgos radiológicos patológicos en dadores de riñón presuntamente sanos
30		Rodo, Pérez Morales, Firmat, Barés, Silberman y Canovi	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Aspectos psiquiátricos de los pacientes en hemodiálisis crónicas
31		Rodo, Perez Morales, Barés, Silberman y Canovi	Actas 2º Congreso Argentino de Nefrología	Seguimiento psicossomático del paciente con transplante renal

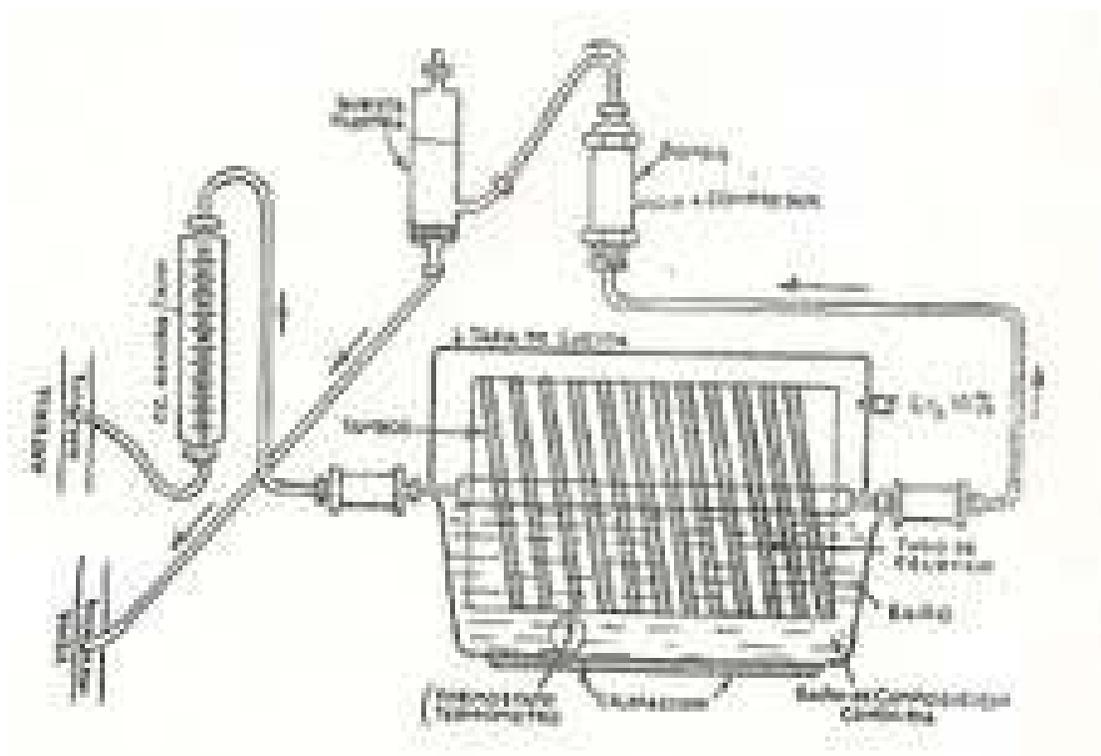
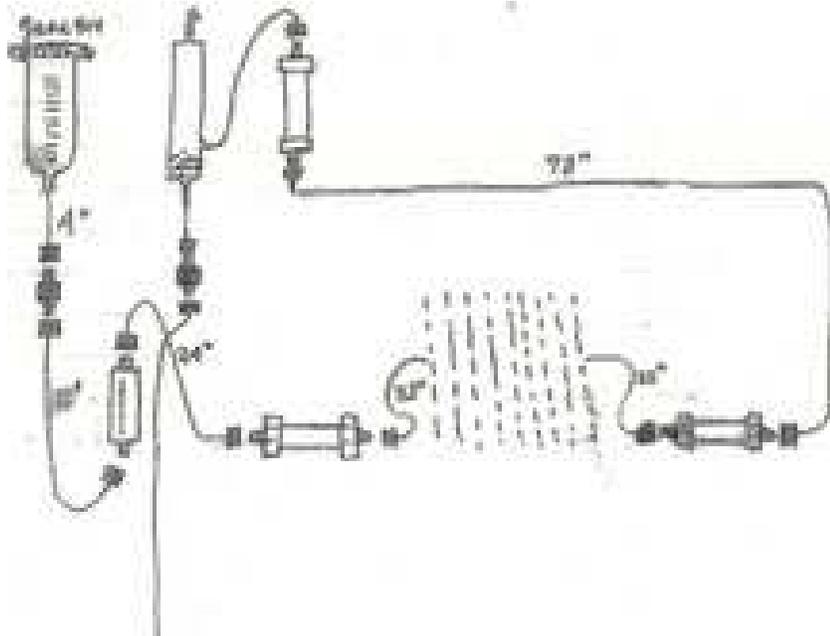
Elaboración propia en base a fuentes: Archivo General de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Revistas científicas

Modelos de riñón artificial

1) Modelo Kolff Brigham



Diagramas manuscritos traídos por Ruiz Guñazú desde Boston para copia local del modelo Kolff Brigham.



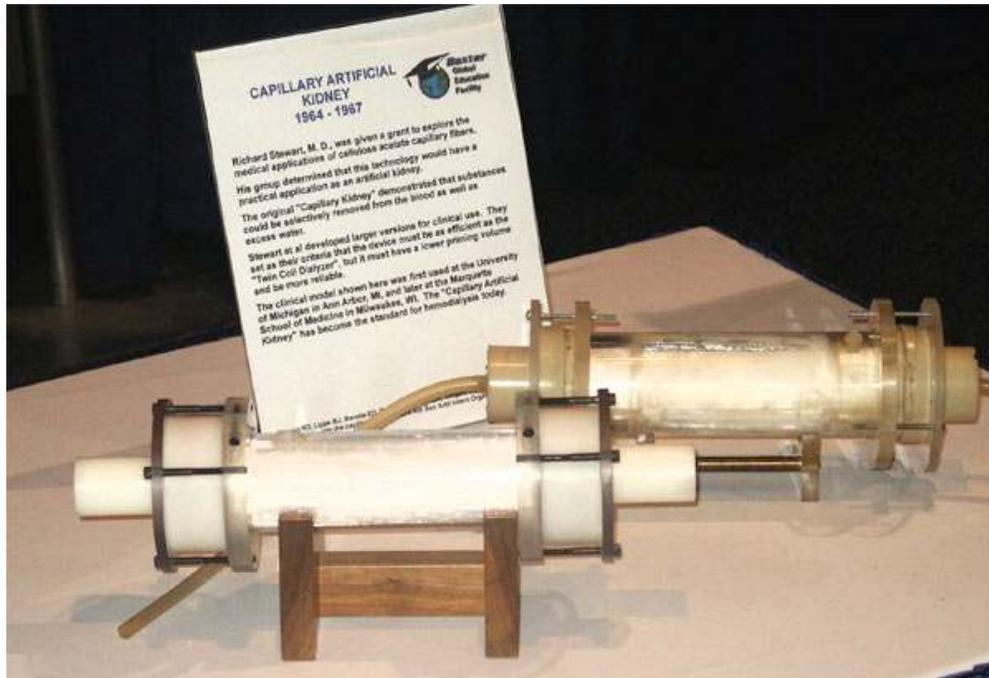
2) Modelo Coil



3) Modelo Kiil



4) Modelo capilar



Alfredo Lanari





Team de primera división de rugby, del C.U.B.A., campeón de la temporada 1931.
(Alfredo Lanari es el primero a la izquierda de la fila superior)

