

# LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LA ARGENTINA: LA TRADICIÓN LANARI<sup>[1]</sup>

*Lucía Romero*<sup>[2]</sup>

## RESUMEN

Este trabajo 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. 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, circumscripita a la clínica médica. Esta confluencia dio por resultado una articulación cognitiva e institucional *sui generis*, de cara a la medicina clínica local.

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*.

A lo largo de los casi veinte años estudiados, las mayores líneas de continuidad se visibilizaron en dimensiones tales como los mecanismos de reclutamiento, las generaciones de discípulado y los estilos de investigación;

[1] Este trabajo es una reelaboración de las conclusiones de mi tesis doctoral “Conformación y desarrollo de una tradición de investigación clínica médica: Alfredo Lanari y el Instituto de Investigaciones Médicas (IIM), 1957-1976”.

[2] Becaria posdoctoral Conicet y docente UNQ-UBA. Correo electrónico: <laromero@unq.edu.ar>.

en cambio, los perfiles profesionales en juego fueron la dimensión de la tradición que presentó mayores rupturas.

PALABRAS CLAVE: LANARI — TRADICIÓN — INVESTIGACIÓN CLÍNICA MÉDICA.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de los tres primeros cuartos del siglo xx, la investigación clínica médica se constituyó como resultado de una composición de prácticas, formas institucionales y estilos profesionales de la medicina clínica y experimental. Esta naturaleza compuesta, por momentos con fronteras difusas, sin embargo, no impidió que este ámbito adquiriera especificidades y demarcaciones respecto de otras especialidades y disciplinas que fueron ejerciendo su influencia conforme avanzaba la segunda mitad del siglo.

En este marco, el punto de partida más amplio y general de mi investigación fue dar cuenta de las prácticas y organizaciones institucionales características de este ámbito, y los cambios ocurridos a lo largo de los años de su evolución, para responder a un interrogante central: ¿en qué sentidos el desarrollo de la investigación clínica médica conllevó la incorporación de la ciencia (en tanto conjunto de prácticas, estilos y culturas institucionales) en la medicina, transformando su carácter de profesión liberal clásica? ¿Qué conflictos y tensiones surgieron en relación a dichos cambios?

De cara al surgimiento y la evolución de la investigación clínica en el medio local, busqué conocer los espacios institucionales, figuras y prácticas que dieron origen y caracterizaron dicho ámbito de investigación en la Argentina. Mis primeras indagaciones dieron rápidamente con una figura, un espacio institucional y una época que cautivaban y hacían converger las miradas de casi todos los protagonistas de la medicina y la ciencia local. 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, años en los cuales ejerció su dirección.<sup>[3]</sup>

[3] Durante estos años se asistió asimismo a un proceso de avanzada institucionalización de este ámbito de investigación en el medio local e internacional. En el primero, 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

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. El proyecto 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*.

Así, 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, posibilitó la conformación de una tradición singular. Si bien otros referentes de la clínica médica local, predecesores y contemporáneos de Lanari, también recibieron formación y socialización científica con ambas tradiciones, no fue sino hasta la aparición de esta figura en un contexto disciplinar y local favorables, que sendas vertientes adoptaron una fuerza e imbricación singular.

A partir de entonces, las preguntas que también organizaron la aproximación al análisis del objeto 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 ventajas heurísticas conlleva estudiar este objeto en términos de una tradición? ¿En cuáles dimensiones cognitivas e institucionales permite colocar el énfasis? ¿Qué supone hacerlo en el nivel de las prácticas situadas?

Reconstruir la historia del Instituto de Investigaciones Médicas, de Lanari, sus maestros y sus discípulos, en términos de una tradición implicó partir de la idea de que tanto la medicina como la ciencia tienen vida a partir de las prácticas que se desarrollan en su nombre, en particulares contextos organizacionales. Lejos de colocar el énfasis en el conjunto de teorías, conocimientos y conceptos que las caracterizan y distinguen de otras disciplinas, la noción de tradición permite analizarlas como realizaciones humanas, mayormente de naturaleza grupal, aunque también individual, que conforman y sedimentan culturas de trabajo y estilos profesionales que son



financiación e instituciones que hicieron de la investigación clínica médica un ámbito más dinámico y con mayores recursos financieros (Gaudillière, 2002).

transmitidos de maestros a discípulos, formando con el tiempo diferentes generaciones.<sup>[4]</sup>

En este trabajo, la noción de tradición ha permitido vincular las prácticas con la dinámica institucional de la vida del IIM, el peso de las figuras individuales en el contexto de la Facultad de Medicina y en otros espacios institucionales y, a su vez, con el nivel más amplio de la vida política de la universidad y la sociedad argentina y de los condicionamientos de la disciplina y sus distintas especialidades. Asimismo, dicha noción 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 –intra e intergeneracionalmente– como en su relación con los tres niveles de interacción señalados.

La tradición Lanari implicó pensar la tradición no solo en términos de “la figura” ni como una mera propiedad de ella. Si bien su posibilidad de desarrollo (como el de toda tradición) se encuentra fuertemente asociada a un nombre propio o una figura (con fuertes caracteres carismáticos), este no es el único componente en juego. Antes bien, y como intentaré mostrar a lo largo de este trabajo, 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. Aun cuando el conjunto de tales elementos no hubiera sido posible sin la figura que los originó y transmitió, no se agotaron ni se comprendieron solo por aquella.

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

[4] La noción de tradición, en el campo sociológico, inevitablemente remite al pensamiento moderno cuyo uso corriente ha sido el de contraponerla a la idea de modernidad (Giddens, 1999). En ese marco, “tradición” significaba comunismo, 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 este el sentido de tradición que aquí retomo sino el que fue recuperado por los referentes de la sociología de la ciencia, tales como Kuhn (1993) 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 para dar cuenta de las prácticas situadas (Bargero, 2007).

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”?

La condición de posibilidad del origen de la tradición Lanari radicó 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 aquel 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.

A su vez, 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 discípulo; 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 una ideología y práctica *full time*; y 4) la autoridad científica y social asentada en el “estilo Lanari”. Estas cuatro dimensiones mantuvieron tanto líneas de continuidad como de ruptura durante los años que transcurrieron entre 1957 y 1976.

A continuación, el trabajo se divide en tres secciones que se corresponden con los tres momentos de la tradición identificados: el de su conformación, su institucionalización y, finalmente, su desarrollo y consolidación.

## CONFORMACIÓN

Durante las dos últimas décadas del siglo XIX, en la medicina se afianzó la anatomía patológica<sup>[5]</sup> como base de su enseñanza y aprendizaje, haciendo

[5] 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. Ambas miradas legitimaron

hincapié en la confrontación empírica y la observación, al tiempo que se institucionalizó el hospital como lugar para la experiencia clínica (Souza, 2005). En forma simultánea, por otro lado, se inició su modificación por la emergencia y expansión de la microbiología y la fisiología,<sup>[6]</sup> con nuevas bases científicas para la medicina (Buch, 2006).

La expresión de estos dos procesos en el ámbito local principalmente se dio con la apertura del Hospital de Clínicas como hospital escuela en 1883 (Souza, 2005) y con los desarrollos de las especialidades microbiológicas, tales como la bacteriología y parasitología en el conglomerado estatal en formación, en el Departamento Nacional de Higiene, creado en 1880. La fisiología, por su parte, se radicó más tarde y lo hizo principalmente dentro del ámbito de la universidad, siendo sus referentes Houssay y el Instituto de Fisiología,<sup>[7]</sup> a partir de 1919 (Buch, 2006). Así, mientras la bacteriología se



experiencias de trabajo distintas en la práctica médica, dando lugar a diferentes nociones de enfermedad y, por ende, de normalidad y patología. Según 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. 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 (Laín Entralgo, 1978).

[6] 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, la fisiología, y su aplicación al estudio de las enfermedades, la fisiopatología. Durante estos años se dio, en paralelo, la introducción de las prácticas experimentales en medicina, desde la fisiología, auspiciada por Claude Bernard, y a partir del desarrollo de la microbiología, en Francia, con el modelo de investigación inaugurado por Louis Pasteur y, en Alemania, con el iniciado por Robert Koch. Desde la última década 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; 2009).

[7] Houssay no solo 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

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).

A su vez, 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 norteamericanas. Inspirado en su venerado modelo germánico de universidad que destacaba el fundamento científico de la medicina, su diagnóstico estableció la necesidad de introducir la enseñanza y práctica de las ciencias básicas. Justamente eso conformó el eje de su innovación: la consideración de la medicina apoyada en tales ciencias y, por ende, la importancia de estas en la formación del médico. 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 la Universidad John Hopkins y luego se extendieron a las restantes escuelas de medicina.

En la Argentina (y en América Latina en general) estos cambios recién se concretaron a partir de las reformas de enseñanza introducidas con las residencias médicas a finales de 1950 (De Asúa, 1984), es decir, la vinculación entre clínica y fisiología en medicina tardó unas décadas más en comparación con los Estados Unidos.

De hecho, a principios de siglo, en el medio local los impulsores de la fisiología y de la medicina experimental estaban concentrados en consolidar su posición y ganar terreno en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, lo cual los conducía a diferenciarse, particularmente de la cultura clínica:

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



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 (Buch, 2006).

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).

Así, entre 1910 y 1930, se crearon los primeros institutos de investigación y asistencia clínica; el Instituto Modelo de Clínica Médica en 1914, dirigido por Luis Agote,<sup>[8]</sup> y como mencioné antes, en 1919 el Instituto de Fisiología, dirigido por Houssay, manteniendo entre sí casi nulos intercambios y vinculaciones.

En cambio, en los años comprendidos entre 1930 y 1957 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. Dichos médicos fueron Alberto Taquini, Alfredo Pavlovsky, Rodolfo Pasqualini, Norberto Quirno y Alfredo Lanari, quienes no solo 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. Conformaron un conjunto al cual denominé la “generación de 1930”. Este grupo, en su mayoría, se formó tanto con Houssay en el Instituto de Fisiología, como con Mariano Castex, en la Primera Cátedra de Clínica Médica a su cargo.<sup>[9]</sup>

[8] Luego de recibido de médico en 1893, Luis Agote inició su carrera hospitalaria ocupando el puesto de jefe de sala en el servicio clínico del Hospital Rawson. En 1902 se inició en la docencia, en calidad de profesor libre de Clínica Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. 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 citrada. Este logro fue el resultado de su estudio sobre las sustancias que, agregadas a la sangre, impedían su coagulación y no la alteraban (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General. Legajo de Agote, Luis, 8722).

[9] Mariano Castex fue titular de la Primera Cátedra de Clínica Médica (entre 1918 y 1940) y director del Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana (desde 1938), una figura central, luego de Luis Agote, en el desarrollo de la medicina asistencial en la Argentina (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General. Legajos personales, Legajo de Castex, Mariano, 33920, tomos I y II). La formación de Lanari y de sus contemporáneos con dicha figura fue crucial en



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, a partir de 1957. Esto se debió a fenómenos de orden individual y contextual.

La singularidad del “estilo Lanari”<sup>[10]</sup> radicó, entonces, en la combinación de dos elementos: 1) el legado clínico asistencial de Mariano Castex y de investigación clínica aprendido con Raúl F. Vaccarezza<sup>[11]</sup> lo conectó con el de Houssay. En el estilo Lanari se estimaba que las actividades asistenciales eran relevantes en sí mismas 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.<sup>[12]</sup> Mientras el primero de estos elementos señalados fue llevado adelante, en forma relativa, por sus contemporáneos pertenecientes a la generación de 1930, el segundo no tuvo presencia ni desarrollo alguno entre ellos. Esta



cuanto a la valoración de la atención y docencia en el desarrollo de la profesión médica. Para ampliar sobre dicha figura y los médicos que conformaron “la generación del 30”, véase Romero (2010, capítulo 2: 65-66; 67-80 y capítulo 3: 102-104).

[10] Para una revisión exhaustiva del uso de la noción de “estilo” en la historia y sociología de la ciencia, véase Gayon (1999).

[11] Titular de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, Vaccarezza tuvo una influencia central en la formación de Lanari y otros médicos que integrarían junto con él el IIM a partir de 1957 (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General. Legajos personales, Legajo de Vaccarezza, Raúl Francisco, 34030, tomo I, II, III, IV). La formación de Lanari en dicha cátedra, entre fines de 1930 y mediados de 1940, fue crucial para la imbricación de los estilos clínico y experimental que luego desarrollaría. Especialmente, a partir de las investigaciones experimentales sobre injertos de aorta y pulmón iniciadas en 1945 en el marco de dicha Cátedra. Se puede ampliar sobre el rol de Vaccarezza en la medicina local en Romero (2010, capítulo 3: 104-112).

[12] Entre septiembre de 1938 y mayo de 1939, Lanari fue asistente voluntario en el Servicio del profesor Minot en Boston, donde conoció a Arturo Rosenblueth y a Joaquín V. Luco. Con ellos trabajó en la discusión y comparación entre la teoría eléctrica y teoría química sobre la transmisión sináptica del impulso nervioso, 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 de la neurofisiología. Pero cuando Lanari los conoció en Boston, Walter Cannon era la otra figura detrás de ellos. Una de las más reconocidas personalidades científicas de la medicina mundial, desde su servicio en la Primera Guerra Mundial hasta su muerte a fines de la Segunda, Cannon fue 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 las décadas de 1920 y 1940. También allí Lanari realizó una estadía de perfeccionamiento, entre 1938 y 1939, donde trabajó junto a Cannon (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General. Legajos personales, Legajo de Lanari, Alfredo, 51456).

diferencia se debió, en parte, a la experiencia que Lanari tuvo con dichos referentes en el exterior y sus legados introyectados para su posterior radiación socioprofesional en el medio local y, por otra parte, al contexto político académico y disciplinar en el cual encastró.

Estas relaciones 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:

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 (*Ciencia Nueva*, 1970: 26).

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 fue más allá de la elección de una línea de investigación. El estilo de Cannon, Luco y Rosenblueth se vería plasmado en el proyecto institucional y cognitivo del IIM.

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, 2002) representado por Castex y 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. Vaccarezza y sus maestros de Boston, Cannon, Luco y Rosenblueth, le proveyeron el interés por el paciente y su enfermedad como eje orientador del interés médico y de la formulación de problemas de investigación.

## INSTITUCIONALIZACIÓN

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, y 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, 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). 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.<sup>[13]</sup>

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. Esta 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 (Prego, 2010).<sup>[14]</sup>

En la Facultad de Medicina se constituyó un frente modernizador con los profesores que orbitaban alrededor de la personalidad de Bernardo

[13] Así, se retomaba y plasmaba en estas reformas aspectos de los cambios que habían sido impulsados en Estados Unidos en la década de 1910, dando origen a la enseñanza de la denominada “medicina científica”, la cual abrevaba en el mencionado “Informe Flexner”.

[14] Sobre la conexión de estos sujetos y sus transformaciones impulsadas en la universidad con el clima de ideas desarrollistas y sus clivajes, prevaleciente por entonces en el medio local y en la región, véase Prego (2010).

Houssay.<sup>[15]</sup> Los puntos sobre los cuales se conformaron las mayores convergencias entre los contenidos centrales de los procesos de modernización en ciernes 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) se centraron 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 (AMA) en noviembre de 1957.<sup>[16]</sup>

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.<sup>[17]</sup> Dentro de este se destacó la figura de Alfredo Lanari en la discusión acerca de la urgencia de extender la figura del *full time* en Medicina y, particularmente, 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,

[15] 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 y Venancio Deulofeu (miembros del “grupo de Houssay”).

[16] Ambos frentes de cambio provocaron distintos grados de resistencia 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 (Romero, 2010).

[17] 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 estas, 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, este 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.

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 solo 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, fue el primer profesor de tal ámbito en la Facultad de Medicina de la UBA con una dedicación exclusiva.

Ahora bien, ¿cuál fue la relación entre 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 de 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 este 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, donde tuvo sus estadías de trabajo con Cannon, Luco y Rosenblueth.

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.<sup>[18]</sup>

En este encuadre, el IIM conformó una de las principales estrategias de Lanari orientadas a configurar y validar la investigación clínica médica

[18] Asimismo, cuando al año siguiente, en 1958, se creó el Conicet, integró la Comisión de Medicina de dicho Consejo.

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.<sup>[19]</sup>

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.<sup>[20]</sup>

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 fue creado el 31 de julio de 1957, y fue designado Lanari su director *full time* –manteniendo su cargo docente con igual dedicación, obtenido un año antes en el concurso de la Tercera Cátedra de Clínica Médica– (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Consejo Directivo, Actas de Sesiones (1957), Resolución 564 y 639/57). 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, constituyendo el ámbito institucional donde, en adelante, se asentó y desarrolló la tradición Lanari.

[19] 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 sitio informal de encuentro de ambas culturas así como también lo eran los ateneos, pero como situación formal de dicho intercambio (Hevia, Jorge, Clínico de Sala del IIM, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008).

[20] El acopio inicial de los recursos para el equipamiento del IIM fue facilitado por el rector Risieri Frondizi.

## DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN

### Mecanismos de reclutamiento: las residencias médicas, la UDH y la EPC

En la fase inicial del IIM, entre fines de 1950 y la primera mitad de la década de 1960, el sistema de residencias médicas –ciclo de formación de posgrado en el hospital– y la Unidad Docente Hospitalaria (UDH) –ciclo clínico quirúrgico de los últimos tres años del grado en el hospital– fueron impulsadas en el IIM así como también en otros espacios del entramado hospitalario universitario local y se ubicaron 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 solo impactaron en las modalidades de ingreso sino también en la organización y en las prácticas asistenciales y de investigación del IIM. La implementación 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 solo 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 las jerarquías de la organización hospitalaria con la incorporación de las nuevas figuras encarnadas por el residente y jefe de residentes. Estas 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, 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. 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 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 sería posible 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*) prevaecientes, tanto en su plano más estructural como de interacción cotidiana y de organización de roles y jerarquías de poder en el ámbito hospitalario.

Una 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, producto del advenimiento de la biología molecular y la genética en la década de 1970 (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 Escuela Pedagógica Curricular (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.

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, al igual que 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 estas, se llegó a implementar solamente en el IIM, y se hizo hincapié en las ciencias básicas en el hospital, mientras aquellas lo hicieron para el caso de la práctica y la investigación clínica. Asimismo se originó como una experiencia piloto que luego, según su grado de éxito, se pensaba trasladar a otros espacios hospitalarios. Sin embargo esto nunca sucedió, frus-trándose 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, consistente en extender 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

Entre 1957 y 1976, años de desarrollo y consolidación de la tradición Lanari en el IIM, es posible distinguir al menos tres generaciones de discípulos diferentes. Si bien hay una decena de médicos que tomaron contacto con Lanari como docente y director del IIM, solo algunos pueden pensarse como sus discípulos.

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 elementos de

la personalidad del maestro, como también con modos de trabajo. Pueden darse mediante 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.

La primera generación de discípulos se formó con Lanari desde antes de la existencia del IIM, en el espacio de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis en el Hospital Muñiz y en 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 ingresó al IIM. Por ello, para quienes integraron las últimas dos generaciones el proceso de entrenamiento y aprendizaje ya no solo 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 de 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 lo largo de casi 20 años a través de la objetivación de diferentes mecanismos de reclutamiento y generaciones de discípulos. El denominador común intra e intergeneracional fue la permanente actualización del “estilo Lanari”, tanto entre quienes continuaron en el IIM como entre aquellos que se fueron a otra institución.

## LA ESTRUCTURACIÓN COGNITIVA DE LA TRADICIÓN A PARTIR DE LAS INVESTIGACIONES Y DESARROLLOS ASISTENCIALES SOBRE TRASPLANTES RENALES Y DIÁLISIS

Desde el inicio, el IIM se organizó sobre la base de una multiplicidad de especialidades, a pesar de 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 aquel 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 que se asentó la organización del IIM y por el 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 adquisición de la técnica del riñón artificial por parte del IIM en 1957, central para el desarrollo de la diálisis, fue resultado del contacto de entrenamiento personal que había entablado individualmente un integrante del IIM, Alfonso Ruiz Guinázú, con el grupo pionero de John P. Merrill en Boston.<sup>[21]</sup>

[21] 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). Las primeras experiencias clínicas de trasplantes renales en humanos fueron realizadas, en 1952, por el grupo de Jean Hamburger en el Hospital Necker, en París y, en 1954, por parte del grupo de John Putman Merrill en el Hospital Peter Bent Brigham en Boston; el grupo norteamericano logró la experiencia con mayor éxito entre gemelos idénticos. En 1952 Alfonso Ruiz Guinázú fue becado para trabajar en el Hospital Peter Bent Brigham, en Boston, en el laboratorio de riñón que dirigía John Merrill. Allí, se integró rápidamente 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. Al regreso de su estadía de trabajo en Boston, Ruiz Guinázú logró trasladar al país 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. Este se hizo en forma completamente

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 aquellos 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 público.

Así, 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 estancias 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 estancia de Alfonso Ruiz Guiñazú, primer jefe 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 solo fueron centrales los contactos que el grupo del IIM estableció con el de Merrill en Boston, sino



artesanal, gracias a los esquemas y diseños manuscritos que había traído desde Estados Unidos. Dicha réplica resultó un modelo exitoso y fue utilizada para diálisis en el IIM. En este marco, Ruiz Guiñazú comenzó su tesis “El riñón artificial y su uso en clínica”, bajo la dirección de Lanari (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General, Legajos personales. Legajo de Ruiz Guiñazú, Alfonso, 8944).

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 (Cuadro 1).

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 otro, las investigaciones experimentales sobre fisiología renal que habían sido encaradas desde el Instituto de Fisiología por parte del grupo de Houssay (relativo al desarrollo 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 trasplantes<sup>[22]</sup> 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.

[22] Así ocurrió en el Instituto Pombo Rodríguez, el Hospital Militar, el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y el Hospital Italiano. El CEMIC fue 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 (Romero, 2010).

Cuadro 1. Generaciones de discípulos

	<i>Período de egreso</i>	<i>Vía de contacto</i>	<i>Especialidad desarrollada</i>	<i>Radicación institucional</i>
<i>1ª generación</i>	<i>1947-1956</i>			
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
<i>2ª generación</i>	<i>1957-1964</i>			
Molinas		IIM Residencia	Hematología	IIM
Arrizurieta		IIM Residencia	Nefrología	IIM
Manni		IIM Residencia	Inmunología	IIM
Sánchez Ávalos		IIM Residencia	Hematología/ Inmunología	IIM
<i>3ª generación</i>	<i>1965-1970</i>			
Zucchini		IIM Residencia	Nefrología	IIM
Martín		IIM Rotación UDH	Nefrología	IIM
Elizalde De Bracco		IIM Personal	Inmunología	IIM Academia

*Fuente:* Elaboración propia sobre Legajos Personales disponibles en Archivo General de la Biblioteca Central, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, y entrevistas personales (Romero, 2010).

EL MODELO INSTITUCIONAL DEL LABORATORIO Y DEL HOSPITAL:  
PERFILES PROFESIONALES DE INVESTIGADORES Y PRACTICANTES  
EN UN MODO *FULL TIME*

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–. Esta conjunción

de perfiles y su modalidad de ejercicio, bajo una ideología del *full time*, definió 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 la década de 1960?

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.<sup>[23]</sup> En términos sustantivos, esta inserción ocupacional implicó 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 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

[23] En 1960, de 60 investigadores *full time* en la Facultad de Medicina, seis eran del IIM; y dado que aún no existía la carrera de investigador de Conicet, se asume con certeza que los seis provenían del presupuesto de la Facultad. En 1966, de 65 investigadores *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 (Romero, 2010).

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 esta 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.<sup>[24]</sup> En forma simultánea, la investigación clínica comenzaba a ser vista como un ámbito de oportunidad de explotación comercial para los actores económicos que comenzaban a interesarse por la investiga-

[24] 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).



ción biomédica y sus productos, adquiriendo un rol protagónico en el sector salud a partir de los años de la década de 1970.<sup>[25]</sup>

En 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 del ámbito que comenzaron a alejarse de la investigación dado que tales perfiles dejaron de constituir una opción profesional atractiva para quienes lo desempeñaban. Esto se debió a la imposibilidad o a lo costoso que a sus ojos implicaba alcanzar 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 aquellos que tenían una dedicación *full time*.

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. Estos, por un lado, excedían las motivaciones vocacionales y 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.<sup>[26]</sup>

[25] Estos nuevos actores fueron los laboratorios farmacéuticos. Aunque no tuvieron incidencia en la “tradición Lanari” durante los años analizados, el ámbito de la investigación clínica médica fue radicalmente modificado con este nuevo actor: poco a poco aquel 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?

[26] 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

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 solo 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 la tradición Lanari permaneció, 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.

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 de la 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 EPC. Aun 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.

## 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 con marcados rasgos carismáticos y su efectivo e influyente ejercicio por parte de Lanari en la conducción del IIM, en buena parte del escenario de la Facultad y del ámbito clínico médico nacional de su época. Logró así fuertes procesos de identificación con su estilo de investigación y con el IIM, especialmente en el interior de la tradición y del círculo de innovadores de Medicina (aunque al mismo tiempo suscitó resistencias de otras figuras médicas del medio local profesional y académico de entonces, en cuestiones tales como la expansión de la dedicación médica *full time*, antes mencionadas).



politización radicalizados como fueron los transcurridos entre 1970 y 1973. En estos años, de 13 posiciones *full time* en el IIM, quedaron apenas cinco para 1975.

El liderazgo carismático que ejerció Lanari dentro del IIM y en el contexto de la Facultad de Medicina le permitió hacer confluir y potenciar su pretensión y efectución 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 aun quienes no poseían un puesto de tal dedicación tenían el imperativo institucional y personal de Lanari de trabajar lo más próximo a dicha modalidad.

Por ejemplo, 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.<sup>[27]</sup> 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 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).

## CONSIDERACIONES FINALES

El proyecto cognitivo e institucional impulsado por Lanari, y que sostuvo el origen y desarrollo de su tradición, fue relativamente innovador dado que fue convergente con cambios disciplinares, institucionales, profesionales y

[27] 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.

pedagógicos que estaban en el “aire de la época” internacional y local. Sin embargo, su mayor innovación fue de cara al ámbito clínico médico existente en el país, en el cual la cultura de investigación había sido escasamente desarrollada en relación con la cultura asistencial.

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 estas 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. 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.

En este encuadre, las estrategias que desplegaron 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, y en vinculación con un proceso de renovación universitario de “modernización”. 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 y el *part time*. En los distintos momentos identificados, la tradición Lanari estuvo asociada no solo a ese nombre propio, sino a otros referentes: la “medicina científica o de investigación” de filiación norteamericana, tanto en sus dimensiones de legitimidad institucional como simbólica.

Su modalidad de acción política, basada en la construcción de un nombre propio y de relaciones de influencia en el medio local y en la medicina norteamericana, de vanguardia por entonces, fue condición de posibilidad y parte crucial de la aceptación, difusión y concreción de su proyecto cognitivo, epistemológico e institucional en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Posiblemente, sin el “éxito” de aquella modalidad no hubiera sido posible lo segundo —o, antes bien, dicha modalidad política no fue sino, en un sentido, parte inseparable de lo que llamamos proyecto cognitivo e institucional.

La tradición Lanari, en tanto un conjunto de estilos de investigación y de modos 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 viva mediante las generaciones de discípulos aquí identificadas, en sus evocaciones y prácticas de muchos de los primeros investigadores que, a pesar de los años transcurridos, nunca se fueron y persisten ligados institucional o vocacionalmente al IIM, así como también en quienes han seguido su trayectoria fuera de aquel. En todos ellos, el Instituto o mismo “el Lanari” (así denominado por ellos) constituyó algo más que un sitio de investigación, docencia y asistencia, dejando marcas personales, organizacionales y sociales que se entremezclaron con las dimensiones científico técnicas, englobadas en un estilo de trabajo o en determinadas líneas y temas de investigación, y cuya reproducción en el tiempo a través de la producción de distintas generaciones de maestros y aprendices nos permitió hablar de la conformación y desarrollo de una tradición.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agrest, A. (1965), “Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Discurso de apertura por el Doctor Alberto Agrest, ix Reunión Científica en Buenos Aires, el 12 y 13 de julio de 1965”, *Medicina*, 25, (4), pp. 251-252.
- Bargero, M. (2007), “¿Cómo analizar una tradición?”, tesis de Maestría, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.
- Buch, A. (1994), “Institución y ruptura: la elección de Bernardo Houssay en la cátedra de Fisiología de la Facultad de Ciencia Médicas”, *Redes. Revista de estudios sociales de la ciencia*, 4 (2), Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, pp. 161-179.
- (2006), *Forma y función de un sujeto moderno. Bernardo Houssay y la fisiología argentina (1900-1943)*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- 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 la cultura científica argentina: los precursores de Houssay”, en Albornoz, M., P. Kreimer, y E. Glavich (comps.) (1996), *Ciencia y sociedad en América Latina*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- 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.
- Canguilhem, G. (1971), *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- (2009) [1965], “La idea de medicina según Claude Bernard”, en Canguilhem, G. (2009), *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*, Buenos Aires y Madrid, Amorrortu.

- Ciencia Nueva* (1970), "Editorial. Investigación en clínica médica. Reportaje a Alfredo Lanari", *Ciencia Nueva*, (3), pp. 26-33.
- Cueto, M. (1994), "Laboratory styles in Argentine Physiology", *Isis*, (85), pp. 228-246.
- 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, Buenos Aires, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- Freidson, E. (1978) [1970], *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Península.
- García, J. C. (1972), *La educación médica en la América Latina*, Washington, OPS.
- Gaudillière, J. P. (2002), *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique 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. (1999), "Tradition", BBC Reith lectures 1999, <[http://www.lse.ac.uk/Giddens/reith\\_99/week3/week3.htm](http://www.lse.ac.uk/Giddens/reith_99/week3/week3.htm)>, consultado el 10 de abril de 2009.
- King, M. (2005) [1970], "Razón, tradición y el carácter progresivo de la ciencia", *Redes. Revista de estudios sociales de la ciencia*, 21 (11), Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, pp. 21-154.
- 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.
- 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.
- 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. y O. Vallejos (comp.) (2010), *La construcción de la ciencia académica: actores, instituciones y procesos en la Universidad argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Biblos.
- Romero, L. (2010), "Conformación y desarrollo de una tradición de investigación clínica médica: Alfredo Lanari y el Instituto de Investigaciones Médicas (IIM), 1957-1976", tesis de doctorado, Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- 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 en Política y Gestión de la CyT, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.

## Entrevistas

Hevia, Jorge, Clínico de Sala del IIM, entrevista personal, 16 de diciembre de 2008.

## Fuentes documentales

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Consejo Directivo, Actas de Sesiones (1957), Resolución 564 y 639/57.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina., Biblioteca Central, Archivo General, Legajo de Agote, Luis, 8722.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General, Legajos personales, Legajo de Castex, Mariano, 33920, tomos I y II.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General, Legajos personales, Legajo de Lanari, Alfredo, 51456.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General, Legajos personales, Legajo de Ruiz Guíñazú, Alfonso, 8944.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Archivo General, Legajos personales, Legajo de Vaccarezza, Raúl Francisco, 34030, tomos I, II, III y IV.