

ISSN 0326-3312

FUNDACIÓN PARA EL ESTUDIO DEL PENSAMIENTO
ARGENTINO E IBEROAMERICANO

***BOLETÍN
DE
HISTORIA
DE LA CIENCIA***



Año 42, N° 84

2° Semestre 2023

BOLETÍN DE HISTORIA DE LA CIENCIA

Director Dr. Abel Agüero

Año 42, n° 84

2° Semestre 2023

ÍNDICE

<i>Anahí Andrea Herrera</i> Discriminación, derechos y salud	3
<i>Abel Luis Agüero - Nicolás Alonso</i> Apostilla a un curioso informe preconizando al Fernet Branca como laxante	18
<i>Abel Luis Agüero - Nicolás Alonso . Iris Mabel Chiesa</i> <i>Luis Ignacio Brusco</i> Aparatos médicos exhibidos en el Museo Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires	24
<i>Celina A. Lértora Mendoza</i> La Sociedad de Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología y el Dr. Juan José Saldaña	32
Noticias	39

Boletín de Historia de la Ciencia

Director: Abel Agüero

Comité Asesor

Ana María Alfonso-Goldfarb (Centro Simão Matías - PUC - San Pablo)

Luz Fernanda Azuela (Facultad de Geografía - UNAM - México)

Márcia Ferraz (Centro Simão Matías - PUC - San Pablo)

Copyright by Ediciones FEPAI, M. T. de Alvear 1640, 1° E, Buenos Aires.

e-mail: fundacionfepai@yahoo.com.ar

Queda hecho el depósito de Ley 11.723. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de este Boletín, siempre que se mencione la fuente y se nos remita un ejemplar.

ISSN 0326-3312

Discriminación, derechos y salud

Anahí Andrea Herrera

Introducción

El propósito del escrito es realizar un análisis sobre discriminación, derecho y salud en Argentina. El método que seleccioné es el género literario didáctico, el subgénero que utilizaré para el desarrollo del mismo, es artículo. Por lo que trabajaré tres ejes separados en subtítulos. En el primer subtítulo; “no a la gordofobia, pero tampoco romantizar la obesidad”, pretendo dar a conocer porque no es bueno pensar que la persona obsesa no sufre enfermedad. En el segundo subtítulo; “leyes de Argentina para erradicar la discriminación,” hago referencia a algunas leyes para tener en cuenta en relación a la exclusión de las personas diferentes. En el tercer subtítulo; “desigualdad y perspectiva de género,” hago alusión a lo referido por la organización mundial de la salud y un dato importante de Argentina. Por último presentaré la conclusión de lo escrito con un aporte personal.

Desarrollo

No a la gordofobia, pero tampoco romantizar la obesidad

Cuando hablamos de diversidad corporal estamos haciendo referencia a una gran variedad de cuerpos o contextura física, eso incluye a los estereotipos de cuerpos, pero como personal de salud, no apoyo los cuerpos perfectos, pero si los cuerpos sanos. Esos cuerpos se los puedes clasificar en somatotipos según la teoría de W H Sheldon (1940); ectomorfos, medomorfo o endomorfo (delegados, musculoso o gordo). Aunque parezca que los diferentes tipos de cuerpos son sanos, muchas veces no lo son, como en el caso de las mujeres que con tan de ser delgadas presentan trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia. O como en el caso de los

hombres que para ser musculosos se inyectan anabólicos, y algunas personas con sobre peso padecen insulina resistencia o diabetes tipo 2, ninguna de las tres situaciones es saludable.

En relaciona Diversidad Corporal Contrera y Moreno escribieron lo siguiente

“La diversidad corporal es un término que tiene una construcción de larga data, y que usamos para referirnos a las diferencias que caracterizan a los seres humanos, y que incluye nuestros tamaños, colores, razas, orientaciones sexuales o identificaciones de género. Sin embargo la cultura y la sociedad en la que nos movemos promueven formas estandarizadas de pensar los cuerpos. Decimos que el cuerpo es una construcción social, pero además es singular y único para cada persona. Cuando decimos que es una construcción social nos referimos a que nacemos en una determinada familia, una determinada sociedad y un determinado momento histórico”¹.

En el párrafo anterior las autoras mencionan que “el cuerpo es una construcción social” en un determinado momento, de igual manera el conocimiento del cuerpo sano fue cambiando según el conocimiento científico. Como por ejemplo antes se consideraba que era saludable el consumo de heroína en el 1898, el consumo tabaco hasta antes del 1990, pero a medida que fue evolucionando el conocimiento científico se comprobó que no eran saludable, ahora se las considera drogas adictivas. Lo mismo sucedió con el cuerpo de la mujer según la historia, a modo de ejemplos agrego; lo que se consideraba ideal hasta antes del s. XVII y posteriormente lo que considera en la actualidad:

¹ Laura Contrera y M. Luz Moreno “Diversidad Corporal y Gordofobia” Material adaptado del Cuadernillo de sensibilización sobre temáticas de diversidad corporal gorda, p. 2

“Las figurillas, incluida la Venus de Willendorf, descubierta en 1908 en Willendorf, Austria, muestran cuerpos redondos de mujeres con forma de pera, muchos de ellos con pechos grandes. Los expertos han debatido durante mucho tiempo si las figurillas simbolizan el atractivo o la fertilidad. Los artistas continuaron retratando a la mujer "ideal" como curvilínea y voluptuosa hasta los siglos XVII”².

“Desde el comienzo del siglo XXI, ha habido un cambio hacia la celebración de diversos tipos de cuerpos en los medios y la moda. Esa tendencia parece correlacionarse con el uso de las redes sociales, donde diversos tipos están representados por usuarios cotidianos en línea”³.

Como leímos, los medios de comunicación como las redes han influenciado en el cambio de paradigmas en relación a los cuerpos y sobre la diversidad corporal, en correspondencia Contrera y Moreno escribieron lo siguiente:

“Desde que nacemos nos rodean imágenes y discursos que nos muestran que sólo los cuerpos delgados son lindos y sanos, al mismo tiempo se refuerza un estereotipo que señala que sólo los cuerpos delgados, blancos y sin vello (en el caso de las mujeres) son cuerpos con características que nos permitirán el éxito social y la aceptación de las otras personas. Esta situación se reitera de forma permanente, ya sea para agradar a alguien que nos gusta, conseguir un trabajo, ponernos una malla e, incluso, para que el médico que nos atiende por alguna dolencia nos considere personas sanas”⁴.

² <https://cnnespanol.cnn.com/2018/03/08/mujer-ideal-modelo-historia-moda-cuerpo-flaca-gorda/>.

³ <https://cnnespanol.cnn.com/2018/03/08/mujer-ideal-modelo-historia-moda-cuerpo-flaca-gorda/>.

⁴ Laura Contrera y M. Luz Moreno, “Diversidad Corporal...” cit., p. 2.

Las autoras hacen referencia que para tener exitoso, en el caso de las mujeres tenés que ser delgada, blancas y sin vello, ante tal afirmación hice una búsqueda en el Google con la palabra “mujeres exitosa en Argentina” y apareció en el portal “El Cronista” de Guadalupe Sánchez: Las 9 mujeres que pisan fuerte en Argentina y ya son las líderes que el futuro necesita⁵: (los invito que la googlen y observe las fotos de ellas): Bianca Sassoon, Managing Partner at Sigma; Olivia Cesio, cofundadora y COO de Waterplan; Jimena Gutiérrez, gerente general de Booking.com para Argentina, Paraguay y Uruguay; María Elisa Frías, gerente de Operaciones de Uber para el Cono sur; Rebeca Loutaif, gerente de Administración y Finanzas en Fabril Maderera; Florencia Mitchell, directora nacional de Cambio Climático; Laura Álvarez Modernel, responsable de la transformación del sector público para el Cono Sur en Amazon Web Services; Jacqueline Guzmán, gerenta de Campañas de la ONG Million Dollar Vegan; Paula Coto, directora Ejecutiva en TEC.

Volviendo a lo que mencioné que como personal de salud, no apoyo los cuerpos perfectos, pero si los cuerpos sanos. En este punto aclaro que tampoco estoy a favor de cualquier tipo de discriminación como por ejemplo la gordofobia, en relación al a la discriminación de las personas con obesidad Contrera y Moreno expusieron lo siguiente:

“La gordofobia es el fenómeno social y cultural que refiere al odio, el rechazo y violencia que sufren las personas por el hecho de ser gordas. Esta forma de discriminación se funda sobre la base de una serie de prejuicios que señalan los hábitos, costumbres y modos de vida de las personas gordas, pues se considera socialmente que las personas engordan por falta de voluntad e ignorancia sobre el autocuidado y la gestión adecuada de su cuerpo para que éste sea delgado. Con base en estos prejuicios, las personas que cuentan con cuerpos fuera de la norma de la delgadez son señaladas constantemente como forma de castigo y de rechazo sistemático. La gordofobia construye una

⁵ Guadalupe Sánchez Granel, “El Cronista” Actualizado el 24/05/2022.

perspectiva sobre las corporalidades que no considera los contextos, las singularidades o los factores que inciden en una persona delgada o gorda respecto de la construcción de su salud. En este sentido, las condiciones sociales, económicas, genéticas, culturales y educativas son omitidas e invisibilizadas, lo que promueve una mirada negativa sobre los cuerpos y su peso corporal. Las personas gordas son constantemente señaladas por su aspecto físico, lo que impacta también en su salud mental ante la reiteración constante de estas violencias”⁶.

Las autoras hacen referencia a que la discriminación es porque socialmente se considera que las personas engordan por falta de voluntad e ignorancia sobre el autocuidado. Pero se ha comprobado por expertos en el tema, que las causas de la obesidad es multifactorial. El Eunice Kennedy Shriver National Institute⁷ publicó como causas del sobrepeso y la obesidad lo siguiente: alimentos y actividad; genética; problemas de salud y medicamentos; problemas hormonales; estrés, factores emocionales y falta de sueño. Todos esos factores hacen que las personas no puedan tener un peso adecuado y no es por falta de voluntad e ignorancia. Volviendo a la discriminación, pero esta vez como afecta en la vida cotidiana de las personas que tienen obesidad Contrera y Moreno redactaron lo siguiente:

“Las manifestaciones de gordofobia son constantes en la vida cotidiana de una persona no delgada. Por ejemplo, el acoso callejero, las miradas incómodas en el transporte público, la prohibición de entrar a centros recreativos porque “no dan con el perfil del lugar” muebles no aptos para personas con determinado peso (sillas muy pequeñas en lugares públicos, aparatos para estudios médicos sólo aptos para personas delgadas), burlasen el colegio, chistes o comentarios sobre el peso, el señalamiento constante sobre sus

⁶ Laura Contrera y M. Luz Moreno “Diversidad Corporal y Gordofobia” cit., p. 3.

⁷<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/obesity/informacion/causa> ¿Qué causa el sobrepeso y la obesidad?

prácticas alimentarias o deportivas, etc. Todas estas situaciones son algo permanente en la vida de estas personas. Los modos en los que se han incrementado las formas de señalamiento y violencia sobre las corporalidades no delgadas impulsan prácticas de estigmatización, rechazo y censura que inciden en la vida cotidiana. Pero, a su vez esta discriminación constante tiene efectos de auto responsabilización, culpabilidad y vergüenza, lo que deteriora la salud mental, emocional y corporal”⁸.

Las autoras hacen alusión que aparatos para estudios médicos sólo son aptos para personas delgadas, por los que es importante ver la obesidad no como fenómeno social, o discriminatorio sino desde el punto de vida de la salud y calidad de vida. En relación la medicina las autoras se expresaron e hicieron el siguiente análisis:

“A día de hoy, la medicina tradicional sigue trabajando con modelos de cuerpos “universales” y no con la perspectiva de la diversidad corporal. La obesidad y el sobrepeso se han transformado desde la década del ’90, en un tema de salud mundial, lo que ha promovido una serie de políticas estandarizadas sobre el cuidado y la erradicación de estas características físicas. Sin embargo, esto ha promovido un enfoque en la atención de la salud en todos sus niveles llamado **pesocentrismo**, que considera al peso corporal como indicador suficiente para separar las personas sanas de las enfermas. En efecto, el medidor que utilizan se denomina IMC (índice de masa corporal), y este se construye en base a un tipo de cuerpo estandarizado. Al contrario del pesocentrismo, la diversidad corporal advierte que ni todos los cuerpos gordos son enfermos, ni todos los cuerpos delgados son sanos. Las personas tienen cuerpos con diferentes formas y peso, y eso no implica necesariamente salud o enfermedad”⁹.

⁸ Laura Contrera y M. Luz Moreno “Diversidad Corporal y Gordofobia” cit., p. 3.

⁹ Laura Contrera y M. Luz Moreno, ob. cit. , p. 4.

En este punto dejo expreso que no estoy de acuerdo con romantizar la obesidad, porque científicamente está comprobado que la obesidad es factor de riesgo para muchas patologías, además otra razón por lo que no se puede decir que las personas con obesidad son sanas porque pueden tener enfermedades asintomáticas, pongamos un ejemplo: cuando se va al médico, el mismo puede no solicitar los estudios correspondiente para diagnosticar algunas enfermedades ya que son asintomáticas, (hasta que un día dejan de serlo). El profesional atiende a la persona y le solicita algunos estudios, dentro de los controles de rutina se pide glucosa en ayunas, a la persona con obesidad o sobrepeso le pueden dar bien, pero a expensas de tener altos niveles de insulina, o una hemoglobina glicosilada alta, o un HOMA alterado, esos estudios de laboratorio no lo piden de rutina generalmente, a no ser que el facultativo tenga la especialidad en endocrinología. También se puede tener una placa ateromatosa y para ellos no hacen un estudio de rutina, solo se hace la angiografía o arteriografía cuando se presentan síntomas. Con esto no estoy diciendo que se deban hacer de rutinas esos estudios, solo que se debe llevar una vida saludable, para evitar o prevenir las enfermedades.

Las autoras también manifestaron que se “ha promovido un enfoque en la atención de la salud en todos sus niveles llamado pesocentrismo, que considera al peso corporal como indicador suficiente para separar las personas sanas de las enfermas. En efecto, el medidor que utilizan se denomina IMC (índice de masa corporal)” y como mencioné en líneas anteriores está comprobado que la obesidad es factor de riesgo de varias patologías, para llegar a esas conclusiones han utilizados entre otros indicadores el IMC.

A su vez la organización mundial de la salud considera a la obesidad como enfermedad no transmisible y factor de riesgo de otras enfermedades:

“La obesidad es una compleja enfermedad multifactorial no transmisible que se define por una adiposidad excesiva que puede perjudicar la salud. La obesidad es también uno de los principales factores de riesgo de muchas enfermedades no transmisibles (ENT),

como la cardiopatía coronaria, la hipertensión y el accidente cerebrovascular, determinados tipos de cáncer, la diabetes de tipo 2, colecistopatías, la dislipidemia, la artrosis y la gota, y las neumopatías, incluida la apnea del sueño. La obesidad es el factor de riesgo modificable más importante de la diabetes de tipo 2. Además, las personas con obesidad experimentan a menudo problemas de salud mental junto con diferentes grados de limitaciones funcionales, es decir, discapacidades relacionadas con la obesidad y sufren sesgos, prejuicios y discriminación social. La obesidad tiene una serie de impulsores y determinantes fundamentales. Entre ellos cabe mencionar la genética, la biología, el acceso a la atención de salud, la salud mental, la alimentación, los factores socioculturales, la economía, el medio ambiente y los intereses comerciales”¹⁰.

En este punto quiero retomar lo que mencionaron las autoras: que “los aparatos para estudios médicos sólo son aptos para personas delgadas.” un ejemplo de estudio solicitado es un tomógrafo que soporta hasta 160 o 220 kg y el resonador magnético que tiene una carga máxima de 170 kg existen otros de hasta 300 kg. Pero analicemos un poco más porque la mayoría de las instituciones tienen en su mayoría el de menos capacidad, una es el costo de los equipos (es más barato) y la otra el peso promedio de la población. Considerando el peso promedio de la población está por debajo de ser obesos, y teniendo presente un artículo publicado por el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA), Facultad de Ciencias Médicas, CONICET, Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Investigaciones en Nutrición Humana (CenINH), Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba titulado “Epidemia de obesidad: evidencia actual, desafíos y direcciones futuras” menciona un dato estadístico de la obesidad en Argentina (2018, p 285), “la prevalencia de obesidad obtenida por medición en mayores de 18 años (en

¹⁰ Documento de debate de la OMS. “Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas.” versión de 19 de agosto del 2021.

localidades de 5000 o más habitantes), fue de 32.4% (33.4% en mujeres y 31.4% en varones).” La prevalencia hubieran cambiado si además tomaban en cuenta la clasificación del grado de obesidad según criterio de SEEDO, obesidad de tipo I. Tipo II, tipo III (mórbida) y tipo IV (extrema), para saber realmente que número de población tiene obesidad mórbida, con ese dato se pueden programar campañas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Leyes de Argentina para erradicar la discriminación

En Argentina la Constitución Nacional¹¹ menciona en el artículo 42 como deben ser tratadas las personas que viven en el territorio nacional “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, **a la protección de su salud**, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones **de trato equitativo y digno**”.

La Constitución Nacional hace mención a trato equitativo y digno, para ellos es necesario erradicar cualquier tipo de discriminación para lo cual, además existen dos leyes para erradicar la discriminación, ellas son: ley N° 23.592 de actos discriminatorios, y la ley 27521 de un sistema único normalizado de identificación de talles de indumentaria.

La ley n. 23.592 de actos discriminatorios específica en el artículo 1° cuales serían considerados actos discriminatorios

“Quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidas en la Constitución Nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto

¹¹ Constitución Nacional Argentina <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Argentina/Leyes/constitucion.pdf>.

discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionado.

A los efectos del presente artículo se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos”¹².

La ley n. 27521 de sistema único normalizado de identificación de talles de indumentaria, hace hincapié en talles según medidas corporales de la población argentina según estudios antropométricos realizados:

“Artículo 1º- Objeto. El objeto de la presente ley es establecer un “Sistema Único Normalizado de Identificación de Talles de Indumentaria” (SUNITI), correspondiente a medidas corporales estandarizadas, regularizado conforme la reglamentación específica que disponga la autoridad de aplicación, con destino a la fabricación, confección, comercialización o importación de indumentaria destinada a la población a partir de los doce (12) años de edad.

Art. 3º- a) Estudio Antropométrico: Investigación que permite relevar las medidas y proporciones de los ciudadanos, a fin de confeccionar con confiabilidad estadística, distribuciones de frecuencias de talles para cada grupo etario, por género y región, para poder conocer el porcentaje de personas incluidas dentro un rango de talles considerado”¹³.

Pero también en Argentina está vigente la ley 26.396 trastornos alimentarios que hace mención de la creación de un programa de prevención y control, para ello en el artículo 3º indica

¹² Ley N, 23.592

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23592-20465/actualizacion>.

¹³ Ley 27521 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27521-333533/texto>

“Créase el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, que tendrá por objeto: [...] Inciso 3. Sobre el derecho y promoción de la salud, y sobre los derechos del consumidor”¹⁴.

Desigualdad y perspectiva de género

Para que las mujeres y personas LGBTI no sufran discriminación, y evitar los problemas psicológicos que afectan su calidad de vida, se deben respetar todos los derechos como así también los tratos deben ser igualitarios, en relación a la perspectiva de género y la igual de trato, considerando esto las Naciones Unidas publicaron:

“La igualdad de género está en el corazón mismo de los derechos humanos y los valores de las Naciones Unidas. La igualdad y la no discriminación son principios fundamentales de la Carta de las Naciones Unidas, adoptada por los líderes mundiales en 1945. Sin embargo, millones de mujeres y personas LGBTI en todo el mundo siguen sufriendo discriminación en el disfrute de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.”¹⁵

La Organización Panamericana de la salud en correspondencia a igualdad y las inequidades por razones de género aseveraron que:

“La *igualdad de género* en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la

¹⁴ Ley 26.396 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26396-144033/texto>

¹⁵Sobre la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres y personas LGBTI https://www.ohchr.org/en/women?gclid=Cj0KCQjw9MCnBhCYARIsAB1WQVXQFBXLaisx-qgvoGNCl_Nh5rtcF4ppsDu8-3l3VvEr5gYFmaqJc10aAtb-EALw_wcB

igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género”¹⁶.

Continuando con la discriminación y las consecuencias la Organización mundial de la salud en la publicación “Género y Salud una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud” afirmo que “Las mujeres sufren problemas de morbilidad y mortalidad prevenibles como consecuencia directa de la discriminación por razones de género”¹⁷.

En Argentina la desigualdad se la puede detectar en el trabajo doméstico y en el cuidado no remunerado:

“según la encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo (EAHU-INDEC, 2013) ellas realizan el 76% de las tareas domésticas no remuneradas. El 88,9% de las mujeres las realizan y dedican a este tipo de labores un promedio de 6,4 horas semanales. Mientras tanto, sólo el 57,9% de los varones participa en estos trabajos, a los que les dedican un promedio de 3,4 horas semanales”¹⁸.

Volviendo al temas de la obesidad y la discriminación, como señalé en el subtítulo anterior la prevalencia de obesidad de los adultos es mayor en las mujeres y aumentan según el nivel socio-económico: es de esta manera la

¹⁶ OPS.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.

¹⁷Organización mundial de la salud “GÉNERO Y SALUD una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud”.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5701/Genero-y-salud-manualFinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹⁸ Las brechas de género en la Argentina. Estado de situación y desafíos. Dirección nacional de economía igualdad y género, p. 4.

prevalencia es “33.4% en mujeres y 31.4% en varones, disminuyendo la misma a medida que aumenta el nivel de instrucción o de ingresos”¹⁹.

Conclusiones finales

En el subtítulo “No a la gordofobia, pero tampoco romantizar la obesidad” expliqué a qué se hace referencia con diversidad corporal y relación de tipos de cuerpos y la salud. Trabajé en relación a la Diversidad Corporal según Contrera y Moreno. Hice mención que el concepto de salud y apariencia física fue cambiando en gran parte por los medios de comunicación. Explicué porque no opino como las autoras en relación al éxito en el caso de las mujeres. Y también que la obesidad es factor de muchas enfermedades. En relación a la discriminación tomé las palabras de Contrera y Moreno que manifestaron como afectan en la vida cotidiana. En relación la medicina las autoras hicieron un análisis desde su perspectiva, en ese punto dejé expreso que no estoy de acuerdo con romantizar la obesidad, porque científicamente está comprobado que la obesidad es factor de riesgo para muchas patologías. Explicué porque utilizan IMC, para clasificar las contextura física según la OMS y cuál es la lógica de los equipos en salud

En el siguiente subtítulo “Leyes de Argentina para erradicar la discriminación” señalé que la Constitución Nacional hace mención a trato equitativo y digno, para ellos es necesario erradicar cualquier tipo de discriminación por lo cual, existen dos leyes erradicar la discriminación, ellas son: ley N° 23.592 actos discriminatorios y la ley 27521 sistema único normalizado de identificación de talles de indumentaria. Pero también en Argentina está vigente la ley 26.396 de trastornos alimentarios que hace mención a la creación de un programa de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

En el último subtítulo “Desigualdad y perspectiva de género” dejé

¹⁹Sonia A. Pou, Julia M. Wirtz Baker, Laura R. Aballay *Epidemia de Obesidad: Evidencia Actual, Desafíos y Direcciones Futuras*”, I Medicina, Buenos Aires, 2023: p. 285.

expreso que para que las mujeres y personas LGBTI no sufran discriminación, y evitar los problemas psicológicos que afectan su calidad de vida, se deben respetar todos los derechos. Como así también los tratos deben ser igualitarios, en relación a la perspectiva de género. Y lo que dicen la organización panamericana de la salud y a la organización mundial de la salud.

Para ir terminando creo necesario hacer mención de la ley 26.396 de trastornos alimentarios específicamente el artículo 3º que hace hincapié en la necesidad de la creación de un Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, con varios objetivos, pero en esta instancia quiero desatacar el inciso 3.

“Sobre el derecho y promoción de la salud, y sobre los derechos del consumidor:

- b) Disminuir la morbilidad asociada con estas enfermedades;
- c) Formular normas para la evaluación y control contra los trastornos alimentarios;
- d) Propender al desarrollo de actividades de investigación;
- e) Promover, especialmente entre los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables;
- f) Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades;
- g) Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de los trastornos alimentarios [...]”²⁰.

También quiero resaltar las palabras de Rodríguez que destaca la mirada de cuidado, derechos y costos

²⁰ Ley 26.396; <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26396-144033/texto>.

“La consideración del cuidado como una dimensión central de los sistemas de protección social constituye un debate que comienza a darse en la región de la mano de la consideración del cuidado como una cuestión de derechos. Esto conduce sin dudas a la discusión sobre las restricciones fiscales. Al respecto, es importante señalar la necesidad de discutir acerca de los costos de implementación de servicios de cuidado, en contraposición a los costos (económicos y sociales) de no hacerlo”²¹.

Para finalizar y analizando el escrito para que la salud sea un derecho de todos, respetando la Constitución Nacional el art 42 y la ley 23. 661, es necesario un cambio de políticas públicas e inversión en infraestructura, insumos y equipamiento para garantizar el acceso a la salud de las personas que tienen obesidad y necesitar realizarse estudios en tomógrafo o el resonador magnético. Cabe destacar que no se deben olvidar los valores humanos fundamentales como el respeto y la empatía.

²¹ Corina Rodríguez Enríquez, “La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?”, *Revista CEPAL* 106, abril 2012, p. 35.

Apostilla a un curioso informe preconizando al Fernet Branca como laxante

*Abel Luis Agüero
Nicolás Alonso*

El propósito del presente artículo consiste en comentar un breve informe publicado por el entonces Prof. Suplente de Clínica Médica Dr. Julio Méndez en los *Anales del Círculo Médico Argentino* en el año 1894, propiciando al Fernet Branca como eficaz medicación contra el estreñimiento intestinal.

Si solamente se tratara de dar noticia de esa breve comunicación originada por Méndez es probable que el tema fuera anodino, pero no lo será si el mismo sirve de excusa para tratar de comprender el ambiente universitario de la época, la creación de órganos como el Círculo Médico Argentino o el Centro de Estudiantes de Medicina, sus relaciones con las autoridades de la Universidad y las corrientes de opinión de estudiantes y profesores que deseaban cambios curriculares desde mucho antes de la Reforma Universitaria. Subsidiariamente se podrá hacer algún comentario acerca de las publicaciones que se originaron por parte de los estudiantes y médicos jóvenes en los Anales del Centro de Estudiantes de Medicina y del Círculo Médico Argentino.

Explicitados los propósitos quedan entonces por enumerar los actores sociales que tendrán parte en el relato, los cuales serían: los estudiantes y su publicación (los Anales), el protagonista Julio Méndez, la Universidad y la Academia de Medicina en su papel rector de la Facultad homónima, y el Fernet Branca.

En el Año XVII de su creación (1894), Tomo XVII de los *Anales del Círculo Médico Argentino* se publicó un breve informe del Dr. Julio Méndez, profesor suplente de clínica médica del Hospital San Roque intitulado

Tratamiento de la constipación por el Fernet Branca. Dada la claridad con la que está redactado el mismo será transcrito en su parte medular para tener una apreciación clara de lo que el autor deseaba transmitir. Comienza así:

“Desde hace algunos meses ordeno como laxativo el Fernet Branca en mi clientela y en mi servicio del hospital. El primer caso en que me lo sugirió como tal, fue un enfermo en el que combatía la constipación por los medios habituales y que habiendo hecho voluntariamente uso del fernet como simple aperitivo, notó la regularización de su vientre.

Para convencerme de ello, suprimí todos los remedios ordenados, y aconsejé a continuación el aperitivo, obteniendo a continuación defecación abundante.

Desde entonces lo he usado en todos los casos en los que hay constipación por paresia intestinal o consecutiva a digestiones estomacales retardadas o alteradas como es lo general.

Así por ejemplo en lo que acompaña a la gastritis crónica con o sin dilatación, al cáncer, a la úlcera de estómago, a la retención fecal completa o incompleta, etc.

En los casos de úlcera de estómago no he considerado prudente administrarle por boca, y he recurrido a la administración por el recto...en forma de una pequeña enema en parte iguales de fernet y agua o leche.

La dosis habitual es de unos cincuenta gramos media hora antes de la comida, la cual se toma pura o mezclada con agua o soda...”

Luego dedica un par de frases más acerca de la dosis y otros detalles técnicos y finaliza la comunicación.

Como puede apreciarse no se trata de una real comunicación científica si no de una simple descripción de un hecho empírico, al que no se intenta explicar en su mecanismo de acción. Realizada además en un idioma tan coloquial que hasta se emplea la palabra “remedio” (que puede referirse a un fármaco o a otra cosa como poner un paño de agua fría en la frente) a la más

adecuada de “medicación” que es más específica. O sea es un consejo empírico de un profesional avezado hacia los estudiantes más jóvenes.

Este breve artículo introduce al primero de los actores sociales que se deben mencionar: los estudiantes y sus órganos de periodismo universitario.

Después de Caseros, la urgencia de contar con médicos en Buenos Aires hizo que el gobernador Vicente López y Planes reinaugurara por decreto del año 1852 a la Facultad correspondiente antes que a la Universidad. Separación que duró hasta 1874, año en el cual Medicina se reincorporó a la UBA¹. En 1885 se sancionó la ley 1597 (llamada Ley Avellaneda por su autor) que regulaba el gobierno de la Universidad. Por imperio de la misma la Facultad de Medicina quedaba sujeta al gobierno de la Academia de Medicina, corporación endogámica que elegía a sus propios miembros vitalicios muchos de los cuales no eran profesores universitarios².

En un ambiente donde las nuevas ideas del positivismo se mezclaban con los resabios de conceptos coloniales, no podían no producirse desacuerdos. En 1871 la comunidad universitaria se vio sacudida por el suicidio de un estudiante de derecho luego de ser reprobado en un examen, con la secuela de protestas por el caso ignoradas por las autoridades³. Poco después ingresaron José María Ramos Mejía en Medicina y un hermano suyo en Derecho.

¹ Alfredo G. Kohn Loncarica y Ael L. Agüero, “El contexto médico”, Hugo E. Biagini, (Coord.) *El Movimiento Positivista Argentino*, Buenos Aires. Universidad de Belgrano 1965: 119-140.

² Abel Luis Agüero, “La Facultad de Medicina de 1881 a 1945” en Pablo Buchbinder, (compilador del tomo 2) *Historia de la Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires. EUDEBA, 2022: 85-100.

³ Los siguientes acontecimientos pueden consultarse en: Marcial I. Quiroga *La Academia de Medicina de Buenos Aires*. Buenos Aires. 1972; Mariano Bargeró, *Estudiantes, protestas y reformas en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA*. Buenos Aires. Centro avanzado de estudios de la UBA. Noviembre de 1977; Abelk L. Agüero, ob. cit. Y en numerosos otros actores.

El descontento estudiantil se había propagado a Medicina y, siendo un revoltoso alumno de primer año aparecieron hirientes artículos en la prensa de 1873 contra los procederes de la Facultad firmados por el “Licenciado Cabra”, que pronto se supo era Ramos Mejía, lo cual le costó que en 1874 se le negara la inscripción en segundo año en un intento de expulsión.

Todo ello resultó en que los estudiantes crearan en 1875 el *Círculo Médico Argentino*, tal vez pretensioso nombre para quienes aún no eran profesionales, que impulsó la creación de su biblioteca, las conferencias públicas, y fundó su propia revista científica. Ellos fueron los *Anales del Círculo Médico Argentino*, creados en 1877 bajo la dirección de Ramos Mejía, en los cuales se publicó el artículo de Julio Méndez.

Pero no pararon allí los incidentes, en 1904 hubo nuevos disturbios en Derecho y al año siguiente los estudiantes pidieron la formación de cátedras libres que no fueron concedidas.

En Medicina la Academia instaló un sistema de calificaciones que los estudiantes consideraron que los perjudicaba, y se negó el adelantamiento de los exámenes de Anatomía Patológica que en caso contrario, se verían pospuestos por el viaje del titular a Europa en aquellos tiempos de transporte lento y estadías largas. Pero el escándalo estalló cuando, a la muerte del Prof. Chávez, la Academia no elevó en la terna al Poder Ejecutivo el nombre de Julio Méndez. Un popular y querido profesor con amplios antecedentes para cubrir el cargo en Clínica Médica, al mismo tiempo que era capaz de divulgar observaciones sencillas para los jóvenes estudiosos como su comunicación sobre el Fernet.

Pese a haber en el país estado de sitio, en octubre de 1905 hubo huelga de estudiantes por ese motivo y la Academia clausuró la Facultad. Pero no solamente era ésta la opinión de los estudiantes. Numerosos profesores solicitaron la anulación de la terna elevada y por ello fueron separados de sus cargos entre otros: Méndez, Naón, Justo, Repetto, Texo, Avelino Gutiérrez, y Corbellini.

La falta de acuerdos y la prolongada huelga provocaron en 1907 la renuncia del decano Lagleyze y su reemplazo por el Prof. del Arca, quien propuso una serie de reformas tampoco aceptadas y tras las cuales también renunció.

El nuevo decano fue entonces Eliseo Cantón, al tiempo que el Poder Ejecutivo dispuso independientemente de las partes un nuevo estatuto para la Facultad, tras lo cual se abrieron las mesas de examen y se reanudó la actividad docente.

A su vez, con el transcurso del tiempo, los estudiantes más antiguos se fueron recibiendo y se empezaron a notar diferencias con los no egresados. Ello llevó a que en 1900 estos últimos se escindieran, hasta que al reunificarse la publicación pasó a llamarse “Anales del Centro de Estudiantes de Medicina y del Círculo Médico Argentino”.

Otra importante pieza de este relato la constituye la biografía del Profesor Méndez.

Julio Méndez (Córdoba 1858-Buenos Aires 1947) realizó su bachillerato en el famoso Colegio Monserrat de su ciudad, y estudió medicina en Buenos Aires doctorándose en 1884 con una tesis titulada *Esclerodermia lesión trófica*. Ya recibido inició un viaje de perfeccionamiento a Europa que duró cinco años visitando servicios e institutos como los de Virchow, Koch y Pasteur. Regresado a Buenos Aires fue jefe de Sala de Clínica Médica del Hospital San Roque en 1889 y durante unos años en horario vespertino director del laboratorio bacteriológico de la Asistencia Pública. En ese laboratorio creó el primer suero antidiftérico argentino, que resultó más potente que el de Behring en Alemania o el de Roux en Francia, además de una vacuna anticarbuncosa realizada en un laboratorio privado.

En 1903 fue designado profesor titular de Higiene, cátedra a la que renunció por los sucesos ya comentados de 1905. Fue presidente de la Asociación Médica Argentina (1923-13) y fundador y primer presidente de la sociedad Argentina de Patología Infecciosa y Epidemiología, y profesor

suplente de Clínica Médica. Fue además reconocido como profesor honorario en numerosas universidades y designado Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, cargo al que renunció en 1918 por oponerse a tomar examen de ingreso a la misma.

En su práctica privada propuso el consumo de un reconstituyente de su invención, el “aceite Méndez”, que consideraba eficaz en numerosas patologías. Falleció en 1947.

El último personaje de este relato resulta ser el conocido Fernet Branca, creado por el boticario Branca en Milán en 1845 como eupéptico y aperitivo, siendo la empresa propiedad aún de sus descendientes. Su fórmula secreta se sabe que contiene componentes de 27 hierbas, y su difusión es internacional. Es una bebida popular en nuestro medio al punto que se calcula que el 77% de la producción del aperitivo se consume en la Argentina. A su vez la palabra “fernet” se supone una derivación del dialecto lombardo que significaría algo así como “hierro pulido”.

*

Autores

Prof. Dr. Abel Luis Agüero

- Director del Instituto de Historia de la Medicina. Facultad de Ciencias Médicas.
UBA.

Dr. Nicolás Alonso

- Museo Central de la Facultad de Ciencias Médicas UBA.

**Aparatos médicos exhibidos en el Museo Central
de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de Buenos Aires.**

*Abel Luis Agüero
Nicolás Alonso
Iris Mabel Chiesa
Luis Ignacio Brusco*

Presentación

El propósito de este artículo es el de iniciar una serie de escritos acerca del material exhibido en el Museo Central de la Facultad de Ciencias Médicas (UBA), creado por una reciente resolución del Decanato de esta casa de estudios.

Comienza la serie con la descripción de un aparato que significó un aporte a la técnica quirúrgica universal realizado por el Prof. Enrique Finochietto. El invento del separador costal de su nombre es actualmente utilizado en forma corriente por los cirujanos torácicos de todo el mundo.

Para mejor comprensión del problema para los legos, se agregan algunas reflexiones acerca de la evolución de la cirugía hasta llegar al año del invento del separador costal.

**Enrique Finochietto (13/3/1881- 17/2/1948):
breve reseña biográfica**

Uno de los grandes hitos de la cirugía argentina y universal corresponde a la labor de la escuela quirúrgica desarrollada por los hermanos Enrique y Ricardo Finochietto. Escuela que por su importancia universal podría

compararse con otras también producto de la creación de dos hermanos, como las de los Hunter o de los hermanos Mayo.

Nació Enrique, el mayor de ellos, en el humilde hogar de dos inmigrantes genoveses arribados a nuestra patria, como tantos otros, en busca de mejor vida, en 1881. El generoso impulso a la educación de los gobiernos la Argentina de aquellos tiempos, y el empeño de sus padres permitió que este muchacho pudiera cursar sus estudios primarios en la escuela Nicolás Avellaneda y los secundarios con los jesuitas del colegio del Salvador. Afirma Uriburu citado por Federico Pégola¹ que era un buen estudiante pero tal vez no el mejor. Sin embargo cabe destacar que terminó prontamente sus estudios secundarios para ingresar a la Facultad de Medicina a los 16 años.

Su vocación quirúrgica se manifestó rápidamente pues fue disector de anatomía bajo la conducción de un maestro como Alejandro Posadas fallecido prematuramente. Respecto de esta enseñanza de Posadas circula una anécdota de transmisión oral que marca el ojo del maestro y la precocidad de los discípulos: se dice que Posadas al hacerse cargo de su servicio de cirugía comentó que podía llevarlo adelante con la colaboración de tres miembros del practicantado: Enrique Finochietto, Pedro Chutro, y José Arce.

Terminados sus estudios presentó su tesis de doctorado (en aquel momento obligatoria) en 1904, “Pie bot varo equino congénito” apadrinada por el Prof. Manuel Blancas y editada por la librería e imprenta de A. Etchepareborda². Ya en ese escrito se nota la habilidad de Finochietto para el dibujo. Aparte de las radiografías que en fotos acompañan al texto existen claras ilustraciones dibujadas por el autor. Afición ésta que lo llevará, en 1912, a estudiar dibujo técnico para demostrar sus ideas.

¹ Federico Pégola, Federico. *Historia de la Medicina Argentina*. Buenos Aires EUDEBA 2012.

² Marcial R. Candiota, *Bibliografía doctoral de la Universidad de Buenos Aires y catálogo de las tesis en su primer centenario (1821-1920)*, Buenos Aires, Talleres gráficos del Ministerio de Agricultura de la Nación.1920.

Ya recibido ingresó como médico interno en el Hospital Rawson hasta 1906 en que, como era corriente en esos años, partió a Europa en viaje de perfeccionamiento por dos años.

En 1914 obtiene por concurso el puesto de Profesor Suplente de Cirugía. Vuelto a la Argentina se declaró la Primera Guerra Mundial y en 1915 un grupo de argentinos residentes en Francia tuvieron la idea de colaborar organizando en París un Hospital Argentino para los soldados víctimas de la guerra. Apoyados por Marcelo T. de Alvear encargado de la legación de nuestro país se formó una comisión que encontró un edificio apropiado y que propuso, a instancias de Pedro Chutro, a Enrique Finochietto, como jefe de cirugía, cargo que aceptó. Su labor fue tan exitosa que al finalizar la guerra el gabinete francés le otorgó la Legión de Honor y pidió al gobierno argentino que extendiese la licencia del mismo hasta que finalizara de operar a un grupo de pacientes complejos³.

A su regreso se desempeñó nuevamente en el Hospital Rawson donde tuvo asiento su famoso servicio del Pabellón IX donde junto a su hermano desarrollarían su escuela.

Es aquí cuando corresponde una breve digresión acerca de los problemas que había enfrentado la cirugía desde los tiempos modernos. El primero fue el de la adquisición de un conocimiento científico para mejorar el desempeño de los toscos barberos cirujanos. Era indispensable para ello que tuvieran dominio de la anatomía y nociones de clínica quirúrgica. Esta meta se logró en la época de los hermanos William y John Hunter, en la primera mitad del siglo XVIII. Así entonces se describieron vías de abordaje a órganos y otras novedades, que hicieron del cirujano lo que se denominó un “artesano anatomista”.

³ Soledad Gil, “Hospital argentino en París. Médicos argentinos en la 1° Guerra Mundial”, Buenos Aires *La Nación*, Revista Lugares.17/05/2021.

Ya en el siglo siguiente se encontraron otros avances imprescindibles. La escuela microbiana, encabezada por Pasteur y Koch, enfrentó a las infecciones con la asepsia y la antisepsia. En tanto que el dolor pudo paliarse con el uso del éter en la década de 1840.

Iniciado el siglo XX restaba aún terminar con el último de los graves obstáculos que debían abordar los cirujanos. El mismo consistía en la reposición de la sangre y los electrolitos perdidos en algunas enfermedades y seguramente en el acto quirúrgico. Si bien se conocían los grupos sanguíneos y se hacían rudimentarias transfusiones de brazo del sano al enfermo, se carecía de un método seguro para almacenar y transfundir la sangre necesaria. En 1914 el argentino Luis Agote descubrió su método de la sangre citratada que solucionó el problema. Es de destacar que Agote se negó a patentar su método y, por el contrario informó a los países enfrentados en la Primera Guerra⁴.

Es en esa época que Finochietto, retornado de Europa comienza a sentar las bases de su escuela en el Hospital Rawson de Buenos Aires. Cabe entonces preguntarse ¿qué precisaba en ese momento la cirugía una vez que ya podía desempeñarse sin temor a los grandes problemas ya vencidos?

El cirujano de ese entonces ya no operaba en medio de los gritos del paciente, no temía abordar alguna parte del cuerpo por miedo a las infecciones, y podía reponer la sangre perdida en una hemorragia, pero necesitaba reglar sus maniobras quirúrgicas y poseer el instrumental adecuado para llevarlas a cabo. Es en ese aspecto que la escuela de Finochietto logró renombre mundial por sus innovaciones, a las que aportaron numerosos discípulos encabezados por su hermano Ricardo que fue el gran divulgador de la misma.

Además de reglar los pasos de las intervenciones ellos fueron los inventores de numerosos instrumentos que tuvieron difusión mundial. En una

⁴ Abel L. Agüero y Alicia Damiani, “Luis Agote y su aporte a la ciencia universal. Buenos Aires, *Revista Argentina de Salud Pública* 10, N. 38 2019: 43-46.

muy incompleta enumeración se pueden mencionar: el frontolux de pantalla de cartulina para no quemar la frente de los ayudantes al juntarse las cabezas, el porta agujas, la pinza de doble utilidad, el aspirador quirúrgico, las valvas de Finochietto, la mesa quirúrgica móvil, el banco para operar sentado, y su famoso separador costal sobre el que se darán los detalles.

Además del instrumental fueron especificados todos los pasos de las maniobras quirúrgicas. En el caso de la cirugía torácica (por ejemplo) se destaca la “incisión paradójal” así llamada porque la toracotomía se efectuaba a la inversa de la forma habitual. En resumen, que basta ver cómo el cirujano coloca los campos quirúrgicos o realiza las primeras manobras de una intervención para identificar a un finochiettista.

Enrique sin embargo tenía un serio problema, regresó de Francia con una enfermedad venérea incurable en la época. Eso limitaba su posición social en cuanto no podría casarse según la moral de los tiempos. Sí tuvo entonces una activa vida de relaciones con literatos y músicos. Entre ellos Gerchunof, Rogelio Yrurtia y muchos otros sin olvidarse de los artistas populares como Gardel y Julio de Caro, quien le dedicó el tango Buen Amigo retribuyendo una generosa operación hecha a la esposa de un miembro de su orquesta⁵.

Al avanzar su enfermedad Finochietto renunció a la cátedra en 1933 y la Facultad la otorgó el título de profesor honorario. Falleció semiparalizado el 17 de febrero de 1948.

El separador costal de Finochietto: se expone en el Museo Central de la Facultad un auténtico modelo de separador costal de Finochietto realizado por el artesano Battisti quien era el encargado habitual de tornear las piezas que diseñaban Enrique y Ricardo. La utilidad buscada con el mismo era la de separar las costillas para obtener un campo visual aceptable para la

⁵ Lui Alposta, *El lunfardo y el tango en la medicina*, Buenos Aires, Torres Agüero Editor. 1986; Donato A. Depalma, *Tango y Medicina*, Buenos Aires, Kollor Press, 2008.

intervención. En efecto, la cirugía torácica tiene como una de sus primeras dificultades el hecho de que para llegar a la pleura o los pulmones hay que sortear la barrera representada por las costillas. Ello significa que se debe optar por una de varias soluciones: o se separan las costillas colocando un ayudante que usando dos valvas y haciendo fuerza sobre dos costillas separe la superior de la inferior, o se resecan una o varias costillas para hacer espacio, o la separación se hace en forma mecánica por medio de un instrumento.

Huelga decir que la separación manual obliga a colocar un esforzado ayudante que durante todo el tiempo quirúrgico debe mantener el espacio del campo operatorio pese al riesgo de cansancio que ello signifique. La resección costal puede dejar en algunos casos secuelas posteriores además de prolongar la cirugía que, antes de comenzar con el problema de fondo debe dedicarse a quitar los obstáculos de las costillas. Sin contar que cuando la toracoplastia no estuviese indicada, quedará un paciente que luego de intervenido tendrá una mecánica ventilatoria perturbada por la falta de alguna costilla.

Así pues, salvo alguna contraindicación particular, la separación instrumental sería la más conveniente, y el separador de Finochietto es uno de los de primera elección entre los modelos ideados. Su inventor, o sea el mismo Finochietto, lo dio a conocer por medio de un artículo publicado en *La Prensa Médica Argentina*.

El aparato está compuesto de tres piezas. Dos de ellas son laterales, orientadas una para cada lado y que son curvas para coincidir con la curvatura del tórax puesto el paciente de costado. Cada pieza tiene en su borde interno un repliegue en forma de valva para enganchar las costillas superior e inferior donde será aplicada. A su vez estas piezas laterales corren en su extremo inferior por una cremallera a manija, donde una vez colocadas se deslizan hasta llegar a la separación deseada, retirando luego del campo quirúrgico la manija.

El riesgo de que las valvas resbalen (cosa que podía pasar con otros instrumentos ideados para el mismo fin), fue subsanado. Ambas ramas

laterales antes de llegar a las valvas tienen orificios (están fenestradas) los cuales tienen una utilidad. Al aplicar las ramas laterales sobre el tórax con cierta fuerza, penetran en las mismas pequeños trozos de piel y tejido celular que colaboran en tener sujetas las ramas en su posición. Además la cremallera está diseñada para no volver atrás.

Conclusión

El separador costal de Finochietto pese a los muchos años transcurridos desde su invención, sigue siendo un instrumento de uso común en la cirugía torácica. Inclusive su popularidad es tal que ha llegado a los cinematógrafos. En 1970 se filmó la comedia MASH en los Estados Unidos, y en una fugaz escena aparece un modelo del mismo usado en una cirugía.

En resumen: se ha dado a conocer una de las valiosas piezas de la colección permanente del Museo Central de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA., al mismo tiempo que se ha realizado una evocación de la escuela de los hermanos Finochietto, orgullo de la medicina argentina.

Autores

Prof. Dr. Abel Luis Agüero

- Director del Instituto de Historia de la Medicina. Departamento de Humanidades Médicas. Facultad de Ciencias Médicas. UBA

Dr. Nicolás Alonso,

- Encargado del Museo Central de Facultad de Ciencias Médicas. UBA.

Dra. Iris Mabel Chiesa

- Departamento de Humanidades Médicas. Facultad de Ciencias Médicas UBA.

Prof. Dr. Luis Ignacio Brusco. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Buenos Aires.



El separador costal

**La Sociedad de Latinoamericana
de Historia de las Ciencias y la Tecnología
y el Dr. Juan José Saldaña**

Celina A. Lértora Mendoza

Agradezco la invitación para exponer mis recuerdos y mis ideas. Deseo aclarar que mi contacto personal con el Dr. Saldaña ha sido muy acotado, solamente en a la Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología desde su fundación hasta los años 2001-2022. A diferencia de muchos de los que participan, no he sido amiga personal suya, ni colaboradora, ni miembro de equipos de investigación o proyectos dirigidos o apoyados por él, ni tampoco autora de trabajos en libros colectivos organizados o coordinados por él. Mi relación se limitó a las actividades relativas a la Sociedad.

Este sesgo y este cierto distanciamiento con el resto de su trayectoria me permite, sin embargo, una mirada tal vez más matizada y realista acerca de dicha Sociedad.

Con respecto a su nacimiento, el Dr. Arboleda se ha referido al grupo de Bucarest y a la Declaración de los Siete; todos consideramos que es el origen motivacional de la Sociedad.

Quisiera referirme brevemente al marco situacional existente en 1982.

1. Por parte de la historia de la ciencia había dos líneas de interés que constituyeron como el humus de la Sociedad. La primera es el proyecto de estudiar el proceso de mundialización de la ciencia, que por la parte hispánica se orientó a los procesos de transmisión hacia América colonial. El Consejo Superior de Investigaciones de España puso muchos recursos y recursos humanos para este proyecto, que involucró a investigadores latinoamericanos. La segunda línea, específicamente española, fueron los estudios relativos al

Descubrimientos y colonización de América. Durante el decenio anterior a 1992 hubo numerosos trabajos, propuestas, encuentros y publicaciones donde participamos muchos investigadores latinoamericanos. Habíamos empezado a conocernos y sobre todo a ver la posibilidad de estudios comparativos o conjuntos

2. Por parte de la historia general estuvo el gran proyecto español relativo al Quinto Centenario. Hubo una decisión política, de política científica (y no sólo de ella) de involucrar activa y masivamente a historiadores latinoamericanos; otras instituciones como la UNESCO o la OEA hicieron sus propios proyectos incluyéndonos. La participación de historiadores latinoamericanos de historia general y local americana en proyectos internacionales creció exponencialmente en la década de los 80

3. En tercer lugar está el desarrollo de la archivística latinoamericana conforme a un modelo general propiciado por la OEA a través del Centro Interamericano de Desarrollo de Archivos y la Escuela de Archiveros, que florecía especialmente en esos años. Los archivos nacionales generales de nuestros países tomaron un mismo formato, de modo que se hizo más fácil consensuar algunos aspectos que se comenzaron a ver en forma comparativa.

Por todo ello, había un humus adecuado y un espacio vacío en el tema, cosa que Saldaña vio y tuvo la certera intuición de asumirla y llevarla a la práctica.

*

A pesar de estos buenos augurios y su humus, la Sociedad tuvo un hándicap inicial

He participado activamente de la Sociedad y la apoyé calurosamente desde sus inicios, pero siempre tuve un reparo que Saldaña conocía porque en primer lugar se lo dije a él. En mi concepto, la Sociedad no se constituyó con una estructura adecuada para su continuidad. Se dijo ayer que hoy a la Sociedad la llamaríamos Red. No fue esa la idea de Saldaña ni de los que lo secundaron.

La idea fue una Sociedad al estilo de la Sociedad Internacional de Historia de la Ciencia. Yo siempre pensé que a finales del siglo XX ese era un modelo obsoleto, decimonónico, que podía servir para instituciones largamente consolidadas, pero no para nosotros. La Sociedad nunca llegó a tener una forma estructural legalmente constituida, pero tampoco se constituyó como Red ni como Grupo Consolidado, que son las dos categorías de asociación académica que hoy funcionan mejor. De allí también sus dificultades para obtener fondos y las suspicacias que despertaban todos los manejos económicos, suspicacias que hicieron daño a la credibilidad de la conducción. Esto puedo decirlo porque fui testigo presencial e incluso como miembro de la Directiva más de una vez intenté poner paños fríos a estos cuestionamientos, acerca de los cuales, para decir verdad, nunca llegué a tener una opinión personal, y en la duda prefería abstenerme.

La sociedad llegó a realizar cinco congresos que fueron financiados por las instituciones locales que los acogieron como sedes: La Habana (1985), San Pablo (1988), México (1992), Cali (1994) y Río de Janeiro (1998). Como se ve, no tuvieron una periodicidad estable, se fueron haciendo a medida que se daban las condiciones.

El sexto, cuya Comisión Ejecutiva integré junto con Carlos Galles y Alfredo Kohn Loncarica, terminó cancelándose cuatro meses antes de su realización, en 2002. Galles, que fue el promotor local pues se iba a realizar en su Universidad en Rosario, seguramente podría decir más. Lo que yo puedo decir es que, más allá de la problemática económica argentina (que transitaba momentos caóticos) había otros problemas referidos a la disciplina misma y a su desarrollo en Argentina. Concretamente, el grupo que promovía el congreso desde su representatividad en el área, el Grupo Argentino de Historia de la Ciencia, para entonces prácticamente había dejado de existir. Nunca logró aunar a todos los que se interesaban por la disciplina, y tampoco tuvo luego una institución sucesora que lograra aunar a los investigadores argentinos. La historia de la ciencia en Argentina está dispersa y cada vez más débil, siguiendo un proceso que es común a toda la región y a Europa y EEUU.

No soplan buenos vientos para la historia de la ciencia latinoamericana como tampoco la europea. Desde los acuerdos de Bolonia el área está notoriamente desfinanciada. Los repositorios documentales (bibliotecas, museos y archivos) se están reconvirtiendo en lugares de actos culturales, didácticos para niños y adolescentes y con poca atención a mejorar sus fondos o a la atención de investigadores. Esto lo dijeron investigadores de Argentina, Brasil, México y Portugal, con ejemplificaciones concretas, en el Quinto Congreso Milenio de Memoria de 2020-2021. Algo que no se preveía en el 2000.

En el último Congreso Internacional de Historia de la ciencia, en Río de Janeiro, Brasil, 2018, esto fue notorio; las delegaciones asiáticas, sobre todo chinas, coparon casi todas las reuniones, y la participación latinoamericana fue increíblemente minoritaria y dispersa.

*

De todos modos, el proyecto de la Sociedad Latinoamericana tuvo ecos importantes, y eso es muy positivo. Se formaron algunas sociedades nacionales (con no mucho empuje) pero sobre todo, se formaron redes y grupos consolidados. Pienso en redes como la Red de Intercambios para la Historia y la Epistemología de las Ciencias Químicas y Biológicas, idea de la Dra. Patricia Aceves de México, que fundamos en Lisboa con el apoyo de la Dra. Ana Luisa Janeira y con Ana Goldfarb, Marcia Ferraz (Brasil) y Ana Huertas (México). Todas mujeres, pero luego hubo varones, claro. Esta Red publicó un dossier de siete libros de colaboraciones, realizó diversos encuentros el último de los cuales fue precisamente un Simposio en el Congreso Internacional de Río, que logró reunir a muchos de los fundadores o sus discípulos, veinticinco años después de su fundación. Algo similar puede decirse de Ecoepisteme, Red sobre epistemología de las ciencias ambientales, desde 2006, o la Red de Política Científica desde Latinoamericana, desde 2008, que tienen un fuerte contenido histórico, sobre todo de historia reciente con métodos muy actuales (historia oral, microhistoria, etc.) y que realizan un Simposio internacional y publican un libro todos los años. Son ecos de

aquellas lejanas propuestas que me permito mencionar porque participo en ellos, pero hay otros. Como Grupo consolidado formado en alguna medida por miembros de la primera Sociedad Latinoamericana, puedo mencionar el proyecto Geonaturalia, “Geografía e Historia Natural, hacia una historia comparada”, que organizamos la Dra. Luz Fernanda Azuela y yo con el apoyo del IPGH, que publicó seis libros en los cuales participaron las secciones nacionales del IPGH de siete países, de 2007 a 2014). En el prólogo al primer libro, la Dra. Azuela y yo pasamos revista a una serie de proyectos españoles y latinoamericanos que intentaron y lograron avanzar hacia una historia de la ciencia comparada de nuestros países. Es un largo camino.

*

Al hablar del Dr. Saldaña y sus aportes, con todo realismo hay que reconocer un hecho: el Dr. Saldaña fue una personalidad controvertida y sigue siéndolo. Hay muchos historiadores de la ciencia muy importantes que se alejaron de él en no muy buenos términos, y debo mencionar por lo menos a Patricia Aceves, Ana Huerta, Ana Goldfarb, Marcia Ferraz, Carlos Viesca y un largo etc. Las razones han tenido que ver, en mi concepto, con una divergencia seria en la forma de gestionar las actividades internacionales o mexicanas más que en divergencias teóricas acerca del modo de abordaje de proyectos investigativos, tema en que el Dr. Saldaña siempre fue muy flexible.

Voy a mencionar solo dos hechos porque fui partícipe, ambos durante el Congreso Internacional de 2001

El primero fue la cancelación del Simposio de la Red que coordina Patricia Aceves, y que había presentado un proyecto con más de treinta participantes. El Dr. Saldaña, que era organizador, decidió disolver el Simposio tal como había sido presentado, dejando sólo siete u ocho y el resto lo colocó en mesas temáticas. Obviamente no estuvimos de acuerdo porque esa dispersión hacía perder el hilo de la propuesta, y por más que tratamos de lograr una revisión de esa decisión, no lo logramos. La situación escaló, la Dra. Aceves retiró el Simposio y dejamos nuestra participación en el congreso. El Dr. Viesca, logró

en 24 h la cesión del Palacio de la Minería, donde se hizo el Simposio exitosamente. El choque fue inevitable y de hecho todo ese grupo se alejó de la Sociedad Latinoamericana. Y además, otros investigadores y profesores criticaron esta decisión de Saldaña, hasta el punto que varios historiadores se retiraron de la Asociación Mexicana de Historia de la Ciencia y fundaron otra, a cuya formación me invitaron. He agradecido esa deferencia, pero en realidad nunca pude aportar a ninguna de las dos, porque mis aportes se canalizaron más bien en otras áreas e instituciones, como el grupo de Historia de la Universidad de la UNAM y el grupo de historia de la ciencia de la UAM-Xochimilco, institución de la cual fue Rectora la Dra. Aceves, antes de dedicarse a la política (llegó a ser diputada y alcaldesa de Tlalpan), Han pasado los años y sigo pensando que a veces una decisión puntual desafortunada tiene consecuencias imprevisibles, en este caso fue claro el debilitamiento de la Sociedad luego de ese Congreso.

La segunda situación que quiero plantear es que, como he dicho, el Dr. Saldaña tiene admiradores y detractores, lo cual no es bueno cuando no se guardan los debidos equilibrios ni se analizan críticamente las versiones. Un caso palmario sucedió durante el congreso de 2001, a una de cuyas sesiones asistí para acompañar a una colega brasileña. Al final de la mesa expuso un historiador mexicano, cuyo nombre prefiero omitir, altamente crítico del Dr. Saldaña y con una lectura muy particular de los orígenes de la Sociedad. Dijo que el Dr. Saldaña había creado la Sociedad para lograr un reconocimiento que le permitiera apuntalar su falta de carrera académica en su Departamento en UNAM, inventando una especie de mito fundacional y que en eso habría sido ayudado por otras tres personas que en sus países estaban en igual situación: el Dr. Antonio Lafuente de España, la Dra. Hebe Vesuri de Venezuela y yo de Argentina. Y lo probaba mencionando una sesión en unas Jornadas de historia de la Ciencia en Florida, EEUU, donde habríamos presentado este “mito” en sendos trabajos. Por lo que hace a mí, el título que dijo de mi trabajo era exacto, pero no el contenido que le atribuía. Tuve que escuchar esa denostación a la carrera académica de los tres, sólo porque el ponente consideraba que éramos iguales a lo que el interpretaba de la carrera de Saldaña. Cuando terminó quise intervenir pero el coordinador, como había

llegado a término el horario, canceló las intervenciones. Me acerqué al investigador, me identifiqué y le dije, delante de los pocos que quedaban, que lo que dijo de mí era falso, que yo no asistí a esa reunión, aunque sí mandé el trabajo, que no decía lo que él afirmaba. Pero sobre todo cuestioné para los tres el infundio de que pretendíamos solo apuntalar carreras académicamente débiles. Le hice ver que ninguno de los tres necesitaba eso, que el Dr. Lafuente era investigador en el Consejo Superior y que tenía sus propios proyectos con España y Europa y al contrario, sólo por ayudarnos se había incorporado a la Sociedad. En cuanto a la Dra. Vesuri, le dije que ella tenía su carrera consolidada como socióloga de la ciencia en la Universidad Central de Venezuela y no necesitaba la Sociedad para promoverse. Y en cuanto a mí, le dije que soy medievalista, que mi incursión en la historia de la ciencia es predominantemente medieval y que como investigadora del Conicet tampoco necesito ninguna Sociedad para promover una carrera porque ya la tengo, como los tres. No me contestó y se fue. Luego supe, por noticias de otro investigador que conoció el hecho y le preguntó al ponente, que él le había hecho una entrevista a Saldaña y que lo dicho era producto de la misma. Naturalmente era imposible saber si este ponente decía o no la verdad, si había interpretado bien al entrevistado, o si fue una excusa para disimular su disgusto con Saldaña. Creo que el trabajo fue retirado, al menos nunca lo vi publicado en esos términos.

Con esto quiero decir, para cerrar, que nuestras ideas y proyectos pueden ser malinterpretados y de hecho a veces lo son, por lo cual es muy importante mantener los espacios de diálogo respetuoso de las diferencias y constructivo en sus objetivos.

* Trabajo leído en la I Jornada Internacional de Historia de la Ciencia y la Tecnología en América Latina, Juan José Saldaña González *In Memoriam*, realizada en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH) y Facultad de Filosofía y Letras de UNAM, organizadas por María de la Paz Ramos Lara (CEIICH-UNAM) y Luis Carlos Arboleda (Universidad del Valle, Colombia) los días 23 y 24 de marzo de 2023

NOTICIAS

Premio al Dr. Abel Luis Agüero

El Dr. Agüero recibió el Premio “Reconocimiento a la labor de puesta en valor del Museo Central de la Facultad de Ciencias Médicas”. Se trata de una nueva serie de premios que la Facultad entrega por diversas tareas que merezcan la recompensa, a criterio de las autoridades. La entrega tuvo lugar en el acto de Celebración en Conmemoración del Día del Médico, el 5 de diciembre pp. Hicieron uso de la palabra el Decano de la Facultad, Prof. D. Luis Ignacio Brusco, y la Directora Médica de CAEME, Dra. Susana Baldini. Además del Dr. Agüero, recibieron premios los Dres. Eduardo Adrián Pro (“Reconocimiento a la labor docente”), Marcelo Mello (“Compromiso Hospitalario”), Jorge De Aill (“Compromiso solidario con la salud”), Carlos Mangone (“Innovación Médica”), Pedro Tomás Fines (“Innovación académica”), Pedro Lylyk (“Reconocimiento a la excelencia y a la trayectoria”), Guillermo Lobo y Rubén Borrone (“Reconocimiento a la labor en divulgación médica”), y Edmundo González Collazo (“Reconocimiento a su labor en el marco de los actos conmemorativos del 50° aniversario de los graduados”).

Nueva publicación de historia de la ciencia colonial

Se trata del libro de Celina A. Lértora Mendoza, *Newton en el Río de la Plata. Sus teorías en la enseñanza colonial*, de la Editorial FEPAI, Buenos Aires, 2023, libro electrónico:

http://bibliotecafepai.fepai.org.ar/pages/areafilosofia_L.html. La obra aborda las características de la introducción de las teorías de la gravedad y de la luz y los colores en los cursos de Física (segundo año de Artes) conservados; se trata de ocho cursos manuscritos que abarcan el período de c. 1730 a 1810, de los profesores Benito Riva SJ, José Rufo SJ, Pantaleón Rivarola, Cayetano Rodríguez OFM, Elías del Carmen Pereyra OFM, Mariano Medrano, Diego Estanislao de Zavaleta y Fernando Braco OFM; corresponden a cátedras de la

Universidad de Córdoba y Colegio Montserrat, Convento Franciscano de Buenos Aires y Colegio Carolingio de Buenos Aires. De estos profesores se publica la traducción de las partes pertinentes de sus cursos, en transcripción del latín original, también obra de la autora. Además contiene una selección de textos de los ss. XVII y XVIII que fueron tomados como fuente principal, y bibliografías con datos de los autores conocidos y estudiados en aquella época, tanto en España como en el Río de La Plata.