


MEDICINA & HISTORIA

Nº 2 - 2000 - CUARTA ÉPOCA



**"TO COOK OR NOT TO COOK":
COMIDA HOSPITALARIA
Y ALIMENTACIÓN CIENTÍFICA
DEL PACIENTE EN EL
PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX**

Fernando Salmón

Descripción: MICETAL (flutrimazol) es un antifúngico tópico del tipo imidazólico. Al igual que otros derivados imidazólicos, flutrimazol interfiere la síntesis del ergosterol mediante la inhibición de la actividad del enzima lanosterol-14 α -desmetilasa, lo que origina cambios en la membrana celular del hongo.

Composición: MICETAL Crema dérmica: Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de crema. Excipientes: alcohol bencilico, cetomacrogol 1000, alcohol cetoesarílico, monoestearato de glicerilo 40-50%, adipato de isopropilo, fosfato disódico anhidro, fosfato monosódico dihidrato, macrogol 400 y agua purificada c.s.p.

MICETAL Gel: Flutrimazol (DCI), 10 mg por g de gel. Excipientes: agua purificada, acrilato/estireno-20-metacrilato copolímero, hidróxido sódico, polisorbato 20, diazolidinil urea, caprilil/capril glucosidos al 60%, cocamidopropilbetaina, dimeticona propil pg betaina y perfume.

MICETAL Solución: Flutrimazol (DCI), 10 mg por ml de solución. Excipientes: octilododecanol, macrogol 400, etanol c.s.p.

Indicaciones terapéuticas: MICETAL Crema dérmica y Solución dérmica están indicados para el tratamiento tópico de las micosis superficiales de la piel, tales como la tiña en sus variedades de: *tiña pedis* (pie de atleta), *tiña cruris*, *tiña corporis*, *tiña faciei* et barbae y *tiña inguinalis*, causadas por *Trichophyton*, *Microsporum* y por el *Epidermophyton floccosum*. En el tratamiento de la candidiasis cutánea producida, principalmente, por levaduras del género *Candida*. También está indicado en el tratamiento de la pitiriasis versicolor.

MICETAL Gel está indicado para el tratamiento tópico de la pitiriasis capitis (caspa) y dermatitis seborreica.

Posología y forma de administración: MICETAL Crema dérmica debe aplicarse una vez al día tanto en adultos como en niños mayores de 10 años. La crema debe ser aplicada en cantidad suficiente para cubrir la extensión de la lesión y zonas adyacentes, favoreciendo su penetración a través de un ligero masaje. En lesiones de localización intertriginosa se aplicará una pequeña cantidad de la crema para evitar la maceración de la piel.

MICETAL Gel se aplicará 3 veces por semana durante un periodo de 4 semanas, tanto en adultos como en niños a partir de 10 años de edad. El gel debe ser aplicado en cantidad suficiente sobre el cuero cabelludo y áreas adyacentes mediante un suave masaje o fricción, dejándolo actuar de 3 a 5 minutos antes de aclarar con agua abundante. Si la mejoría clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado.

MICETAL Solución dérmica debe aplicarse una vez al día tanto en adultos como en niños mayores de 10 años. La solución debe ser aplicada en cantidad suficiente para cubrir la extensión de la lesión y zonas adyacentes en los pacientes diagnosticados de dermatofitosis y candidiasis cutánea, y en todo el tronco en los pacientes diagnosticados de pitiriasis versicolor. La duración del tratamiento, se trate de crema o de solución dérmica, depende del tipo de lesión o microorganismo infeccioso y de su localización. No obstante, ya en los primeros días de tratamiento con MICETAL crema o solución, se evidencia un alivio de los síntomas dérmicos. El periodo de tratamiento aconsejable a efectos de disminuir la posibilidad de recidivas es: *tiña pedis* (pie de atleta) y micosis interdigitales, 4 semanas; *tiña corporis*, 2 a 3 semanas; pitiriasis versicolor, 1 a 2 semanas; y en candidiasis cutáneas superficiales, 2 a 4 semanas. Si la mejoría clínica no es evidente después de 4 semanas de tratamiento, el diagnóstico debe ser reconsiderado. Se recomendará a los pacientes las habituales medidas higiénicas para evitar fuentes de infección o reinfección.

Contraindicaciones: MICETAL está contraindicado en sujetos que presenten antecedentes de hipersensibilidad a otros antifúngicos imidazólicos, o a cualquiera de los componentes de la forma farmacéutica empleada.

Advertencias: Sólo para uso externo. MICETAL no debe utilizarse por vía oftálmica ni aplicarse en áreas mucosas. Si una reacción dérmica sugiere sensibilización o irritación química por empleo de MICETAL, el tratamiento debe ser discontinuado y se instaurarán las medidas terapéuticas apropiadas. En el caso de MICETAL crema o solución, es necesaria la confirmación diagnóstica por examen directo (KOH) y/o cultivo para el correcto tratamiento de la dermatomycosis. No existen ensayos clínicos en crema, gel o solución, realizados con niños menores de 10 años.

Interacciones: No se han descrito interacciones.

Embarazo y lactancia: Los estudios en animales han mostrado que no existe evidencia de efectos mutagénicos o teratogénicos atribuibles a flutrimazol. No existe experiencia clínica con MICETAL en estudios controlados con mujeres embarazadas. MICETAL puede ser utilizado en el primer trimestre del embarazo sólo cuando el tratamiento sea considerado esencial para el bienestar de la paciente. Se desconoce si MICETAL es excretado por la leche materna, por lo que debe utilizarse con precaución durante el periodo de lactancia.

Reacciones adversas: Durante los ensayos clínicos la incidencia de reacciones adversas descritas más frecuentemente con MICETAL crema dérmica fueron: ligera quemazón, irritación, picor y eritema en la zona de aplicación. No hubo incidencia de reacciones adversas tras la utilización de MICETAL gel en los ensayos clínicos. No obstante, al igual que en otros preparados antifúngicos imidazólicos no puede descartarse la posible aparición, en algunos casos, de irritación o quemazón local tras las primeras aplicaciones. La incidencia de reacciones adversas con MICETAL solución dérmica durante los ensayos clínicos estuvo relacionada con la cantidad de producto aplicado. En los pacientes diagnosticados de pitiriasis versicolor, los cuales se aplicaron el producto en toda la extensión del tronco, hubo un 35% de reacciones adversas, siendo las más frecuentes: eritema y prurito los primeros días de aplicación del tratamiento. En cambio, en los pacientes diagnosticados de dermatofitosis y candidiasis cutánea, pacientes que se aplicaron el producto en la zona lesionada y adyacente, sólo presentaron un 5% de reacciones adversas, eritema y prurito en la zona de aplicación.

Sobredosificación: Dada la baja concentración de principio activo y su administración por vía tópica, es poco probable la posibilidad de una sobredosificación o intoxicación con MICETAL, por lo que no es previsible que se produzcan situaciones de riesgo vital en el paciente. No obstante, en caso de ingestión accidental de una cantidad apreciable, se instaurará el tratamiento sintomático apropiado.

Incompatibilidades: No se han descrito incompatibilidades.

Presentaciones y PVP: MICETAL Crema dérmica al 1%. Tubo de 30 gramos. PVP (IVA) 1.345- ptas; Tubo de 60 gramos. PVP (IVA) 2.448- ptas.

MICETAL Gel al 1%. Envase con 100 gramos. PVP (IVA) 1.345- ptas.

MICETAL Solución al 1%. Envase con 30 ml. PVP (IVA) 1.324- ptas.

Condiciones de prescripción y dispensación: Con receta médica. Financiable por la Seguridad Social.

J. Uriach & Cia, S.A. Degà Balm, 59 - 08026 Barcelona

ANTE UNA MICOSIS...

Micetal®

Flutrimazol



Grupo URIACH

www.uriach.com



**MEDICINA
&
HISTORIA**

Nº 2
2000
CUARTA ÉPOCA

**REVISTA DE
ESTUDIOS
HISTÓRICOS DE LAS
CIENCIAS MÉDICAS**

Centro de
Documentación
de Historia de la
Medicina de
J. URIACH & Cia., S.A.
Dega Bahí, 59-67
08026 Barcelona

Director:
Dr. Juan Uriach Marsal

Secretario de Redacción:
Dr. José Danón Bretos

Soporte Válido con la
Ref. SVR nº 479
Dep. legal:
B.2394299
ISSN: 0300-8169

MEDICINA & HISTORIA



***"TO COOK OR NOT TO COOK":
COMIDA HOSPITALARIA Y
ALIMENTACIÓN CIENTÍFICA
DEL PACIENTE EN EL
PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX***

Fernando Salmón

Universidad de Cantabria, Santander



En 1932, la revista de la American Hospital Association incluía entre sus páginas el siguiente anuncio: “La atención médica puede ser la mejor, el servicio de enfermería insuperable y el equipamiento el más moderno, pero lo que la mayoría de los pacientes recuerdan del hospital es la comida”¹.

Es interesante subrayar, que esto que la mayoría de los pacientes recuerdan, es lo que la mayoría de los historiadores de los hospitales suelen olvidar. Sin embargo, un recorrido por la escena hospitalaria norteamericana de los años 30 demostraría que el anunciante estaba en lo cierto.

La comida aparecía como un tema importante en la definición del hospital contemporáneo. En un periodo en el que la financiación hospitalaria se basaba, de modo creciente, en las contribuciones de las clases medias por pago de servicio, el descuento del cliente—por razón de catering o de alojamiento—no ayudaba en absoluto a la promoción del hospital entre esta clase social². La alimentación de pacientes y personal tenía además otras implicaciones para la economía hospitalaria, siendo un quebradero de cabeza para los administradores que veían cómo se consumía un tercio del presupuesto del hospital en ella³. La comida hospitalaria también protagonizó un importante papel en la política sexual en juego en la nueva institución. Era un asunto de mujeres y como tal, la principal mercancía con la que negociar en las estrategias que las mujeres desa-

rollaron para redefinir espacios de poder en la estructura material y conceptual del hospital moderno. Este nuevo concepto de hospital que fue materializándose en Norteamérica en los años de transición del siglo XIX al XX, tuvo un poderoso atractivo para los médicos españoles que, en 1929, tuvieron el encargo de organizar un

nuevo hospital en Santander. Este nuevo centro, la Casa de Salud Valdecilla, incluyó entre sus servicios un Departamento de Química donde se llevaron a cabo de modo regular estudios de nutrición sobre la comida consumida regularmente en el hospital. Isabel Torres (Cuenca, 1905), una mujer licenciada universitaria, estuvo a cargo de esta tarea y

¹ *The Modern Hospital*, 38, abril 1932, 133.

² VOGEL, M.J., “Managing medicine: creating a profession of hospital administration in the United States, 1895-1915”. En: L. Granshaw; R. Porter (eds.) *The hospital in history*. London: Routledge, 1989; Rosner, D. *A once charitable enterprise. Hospitals and health care in Brooklyn and New York, 1885-1915*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982, esp. pp. 62-94.

³ LEWINSKI-CORWIN, E.H. *The hospital situation in greater New York. Report of a survey of hospitals in New York City by the Public Health Committee of the New York Academy of Medicine*. New York: Putnam’s, 1924, pp. 112-13 y pp. 144-154; Goldwater, S.S. “Economic importance of the dietary department”, *Journal of the American Dietetic Association*, 1, junio 1925, 21.

*Una primera versión más extensa de este trabajo fue publicada en: SALMON, F. “...but the Patient Remembers the Food: A New Diet, a New Hospital in 1930s Spain”. En: H. Kamminga; A. Cunningham (eds.) *The Science and Culture of Nutrition, 1840-1940*. Amsterdam/Atlanta: Rodopi, 1995, pp. 259-287.



la Casa de Salud Valdecilla se presentaba en su publicidad como el único hospital español público que alimentaba a sus pacientes de un modo científico.

Este trabajo pretende analizar los múltiples significados de esta oferta en la escena hospitalaria internacional del primer tercio del siglo XX.

Las dietistas en la organización hospitalaria del primer tercio del siglo XX

En los años 30, en EEUU, y Canadá, un departamento de dietética bajo el control de una dietista se convirtió en uno de los rasgos distintivos de lo que los contemporáneos llamaron el hospital moderno. Numerosos factores influyeron en el planteamiento y desarrollo de este modelo de hospital originado en los EEUU, a finales del siglo XIX. Sin olvidar

diversos cambios epistemológicos –desarrollo de un nuevo modelo de medicina de clara influencia germánica– y sociales –industrialización–, uno de los elementos que ayudaron a perfilar esta peculiar oferta fue la Asociación Hospitalaria Americana (AHA). Fundada en 1899 de la mano de personal hospitalario no sanitario, se planteó como un foro de discusión donde el hospital –como espacio material y organización social–, y no sólo la medicina que se hacía dentro, era lo importante³.

Los planteamientos de la Asociación conectaban con el marco ideológico del taylorismo y adornaban sus propuestas con las palabras clave de eficacia y modernidad. No sólo la industria fue objeto de este acercamiento, la medicina y concretamente la que era practicada en el hospital, fue una candidata ideal para aplicar estos supuestos. ¿Dónde mejor podría darse el mar-

daje de las dos racionalidades –la industrial y la científica–, que en la mejora de la eficacia hospitalaria?

En el foro de la Asociación se discutieron multitud de problemas, desde los que tenían que ver con nuevas formas de relación médico-enfermo tras la introducción del trabajo en equipo, a aquellos que tenían relación con las distintas opciones de financiación hospitalaria. Se contempló asimismo la negociación de nuevas profesiones: el administrador o gerente de hospitales, la dietista, los distintos trabajadores sociales (asistente social, enfermera visitadora), y se reconoció la importancia del papel de la enfermería en el nuevo hospital. Fueron abordados problemas arquitectónicos, desde las ventajas de los distintos diseños –hospital horizontal vs. vertical–, hasta el uso de nuevos materiales (hierro, cemento, cristal), pasando por los de mantenimiento general (cale-

Casa de Salud Valdecilla. A la izquierda del pabellón destinado a los Consultorios policlinicos en 1930.

³VOGEL, M.J. "Managing medicine: creating a profession of hospital administration in the United States, 1895-1915". En: L. Granshaw, R. Power (eds.) *The Hospital in History*. London/New York: Routledge, 1989. 243-260.

facción, ubicación de las cocinas, etc.). Llama la atención en estas discusiones la atención dedicada a cuestiones de alojamiento. Esta preocupación en el seno de la AHA se entiende si tenemos en cuenta que un motor fundamental en el desarrollo de este movimiento hospitalario fue lo que un historiador ha llamado "la revolución del paciente privado". Es decir, el cambio que significó el intento de incorporar las clases medias al hospital que tradicionalmente sólo atendía a los pobres⁵. Había una convicción entre los miembros de la AHA de que el hospital de pobres —público o mantenido por caridad privada— sólo podría sobrevivir si era capaz de crear una oferta atractiva para las clases medias que, pagando por acto de servicio médico y alojamiento, permitiera el mantenimiento de un modelo hospitalario que atendiera a una amplia franja social. El intento de trasladar estos criterios al contexto europeo no dejó de ser polémico. Europa, empobrecida tras la I Guerra Mundial, se debatía entre mantener la separación entre un hospital para pobres, basado en ayudas estatales o filantrópicas, y la atención de clases medias en sanatorios o clínicas privadas, y el nuevo modelo americano que insistía en plantear el hospital como un negocio donde las distintas clases sociales recibirían atención bajo el mismo techo, pero distinta en consonancia al pago realizado. En este modelo, las mujeres norteamericanas supieron atunar en un mismo discurso la retórica científica y económica, y usaron la comida para abrir nuevos espacios en los cuales pudiera subvertirse la jerarquía masculina estable-

cida alrededor de la cama del enfermo.

La revisión de la literatura hospitalaria norteamericana de los años 20 permite reconocer la flexibilidad de las distintas estrategias usadas por las dietistas hospitalarias en la definición de su nueva profesión. La estandarización y delimitación de un espacio profesional propio alcanza un punto importante con la presentación pública de la American Dietetic Association (ADA) en 1917⁶. En 1921, la Asociación Hospitalaria Americana reconocía una sección dietética⁷ y, en 1925, el boletín de la Asociación Dietética de Chicago pasaba a ser el órgano de expresión de la ADA, recibiendo el nombre de *Journal of the American Dietetic Association* (JADA).

En los años 30, el control profesional de la dietista estaba en manos de la Asociación y una triple función definía idealmente las actividades de las dietistas hospitalarias: una labor administrativa sobre el servicio general de comidas, una labor terapéutica con dietas científicamente diseñadas según las necesidades de cada paciente y una labor educativa sobre dietética y nutrición dirigida a las estudiantes de enfermería, dietética y medicina⁸.

Sin duda, la estandarización de la formación científica de las dietistas, ayudó a asegurar una mejor consideración de sus servicios en el mundo hospitalario. De hecho, la creciente complejidad de la ciencia de la nutrición y sus usos terapéuticos fueron una parte importante en la retórica usada por las dietistas para justificar su presencia en el hospital⁹. Sin embargo, el control sobre la compra de alimentos, su preparación y su

distribución, fueron los elementos que jugaron una baza más importante a la hora de evaluar su labor¹⁰. La discusión sobre los problemas de alimentación de los pacientes no se hacía, en la mayoría de los casos, en términos nutricionales, sino en la manera en cómo la comida debía de ser servida —problemas de temperatura, presentación atractiva...—. La tensión entre las prioridades científicas o de catering de la profesión, apareció a menudo en los debates de la ADA, debates que un editorial de la JADA resumía en 1932 como el dilema del "To cook or not to cook"¹¹. Hablando de un modo muy general y salvando importantes diferencias geográficas y de tamaño del hospital, en los años de entreguerras, se pueden reconocer tres localizaciones hospitalarias distintas desde donde las dietistas desarrollaron distintas estrategias para negociar su profesión en el mundo del hospital: la cocina dietética, la cocina general y la oficina administrativa. En los años 30, cuando las dietistas trazan un recuento de su propia historia, ven en estos tres espacios una secuencia temporal indicativa de una línea de progreso en sus aspiraciones: la dietista se había trasladado de la mesa de la cocina, a la mesa de un despacho¹². Sin embargo, dada la enorme variedad de hospitales, las distintas alianzas establecidas para asegurar la presencia de la dietista en el hospital son enormes. Rena Eckman, del Hospital de la Universidad de Michigan, lo decía muy claro: "el papel de las dietistas ha sido adaptabilidad o muerte"¹³.

Con esta reserva en mente, voy a comentar brevemente estos tres escenarios:

⁵ ROSENBERG, Ch. *The care of strangers. The rise of America's hospital system*. New York: Basic Books, 1987.

⁶ La presidenta de la Asociación, Katherine Mitchell, destacaba en 1936 la trascendencia que tuvo para la definición profesional de la dietista la creación de la Asociación, ver Mitchell, K. 'President's Address', *Journal of the American Dietetic Association*, 12, noviembre 1936, 293-305. Las cifras de asociadas da idea del rápido crecimiento de la profesión, de 59 miembros en 1917-18 a 3.200 en 1936, ver BOLLER, A.F. 'President's address', *The Journal of the American Dietetic Association*, 5, diciembre 1929, 175 y MITCHELL, 'President', 294.

⁷ PETERSON, M. 'Report of the Dietetics section of the American Hospital Association', *The Modern Hospital*, 17, noviembre 1921, 432. Walsh, W.H. 'The professional standing of the dietitian in the hospital', *Journal of the American Dietetic Association*, 1, diciembre 1925, 103-105.

⁸ HARRINGTON, M.M. 'A hospital dietitian reviews progress in her field', *The Modern Hospital*, 45, 1935, 90.

⁹ DE GARMO BRYAN, M. 'Progress in approved courses for student dietitians', *Journal of the American Dietetic Association*, 9, enero 1934, 377-381.

¹⁰ Hay muchos ejemplos en la literatura profesional donde las dietistas explican abiertamente que, en el práctica cotidiana hospitalaria, son sus habilidades en la cocina y no sus conocimientos científicos los que garantizan sus puestos de trabajo, ver, por ejemplo, CRAWFORD, U.M. 'Some problems of the dietary departments of Southern hospitals', *The Modern Hospital*, 23, septiembre 1924, 257-258.

¹¹ FANNING, M.M. 'The satisfied patient. A product of the dietitians art', *The Modern Hospital*, 34, marzo 1930, 134-38; 'Satisfying the patient' (Editorial), *The Modern Hospital*, 34, abril 1930, 101. 'To cook or not to cook' (Editorial), *Journal of the American Dietetic Association*, 8, 1932, 175-176.

¹² ECK, E.M. 'Administrative problems of a hospital food department', *Hospitals*, 10, (1936), 71-77.

¹³ ECKMAN, R.S. 'The dietitian as an asset to the hospital', *The Modern Hospital*, 17, octubre 1921, 360.

En los grandes hospitales¹⁴, con una mayor especialización de funciones, las dietistas normalmente estaban a cargo de la cocina dietética. Este servicio, sin embargo, fue criticado por entender que no era más que una forma eufemística de denominar a la cocina de los pacientes privados. Era de hecho normal, que las comidas se sirvieran, no de acuerdo con las necesidades nutricionales de los pacientes sino de acuerdo a las cuatro clases sociales que se distinguían en el hospital: pacientes privados, médicos y enfermeras, pacientes de beneficencia o asegurados y empleados subalternos¹⁵. El recurso a la dietista para que organizase la alimentación de pacientes con necesidades especiales –diabéticos, postgastrectomizados, etc.– tampoco ofrecía un espacio para poner en práctica su formación científica y, en general, su actividad se reducía a llevar a cabo las órdenes del médico. Ordenes que, según un estudio realizado en 1923 por Effie Raitt, directora del departamento de Home Economics de la Universidad de Washington, respondían a cuatro patrones distintos: a) el médico indicaba los alimentos y las cantidades que el paciente debía de consumir y la dietista se limitaba a realizar un menú con estos materiales, b) la orden venía dada en forma de cantidades de los componentes básicos de los alimentos –gramos de carbohidratos, grasas, proteínas etc.–, c) el médico prescribía dietas específicas preestablecidas –dieta blanda, líquida, sin sal...–, y d) el médico simplemente indicaba su diagnóstico a la dietista y ésta establecía la dieta. Esta última opción era con diferencia la menos frecuente, siendo

la más común la de las dietas específicas¹⁶.

Con dificultades para poner en práctica su formación científica en la cocina dietética, las dietistas buscaron nuevos espacios que justificasen su presencia en el hospital. Y así, las puertas de la cocina dietética se abrieron a las de la cocina general.

Todas las imágenes que se usaron para apoyar este cambio, hablan del hospital como de una empresa –como unos grandes almacenes, como un banco o como una fábrica– y retratan a la dietista como la mujer que, con una planificación científica de las comidas, va a ser capaz de garantizar la satisfacción del cliente y del personal, además de ser capaz de conseguir un beneficio para la economía hospitalaria, cocinando más barato y reduciendo el despilfarro en las sobras¹⁷. Para la dietista su presencia en la cocina general significaba una mayor responsabilidad y control en la organización hospitalaria. En la distribución espacial del poder, las dietistas buscaron las ventajas y el reconocimiento que suponía un despacho. Desde la cocina general, insistieron en que su tarea sólo podría ser realizada adecuadamente si la dietista como directora del departamento de nutrición, tuviera poder para controlar todos los aspectos de intendencia, desde la compra de provisiones hasta la gestión de la eliminación de las basuras.

La naturaleza doméstica de estas actividades –compra y almacenamiento de las provisiones, planificación de las comidas, preparación y servicio de las mismas...– que una década antes había caracterizado a la dietista hospitalaria como una figura materna

en un ambiente similar a un hogar, era ahora, en los años 20, el espacio reclamado por las dietistas como un espacio de poder real en una organización hospitalaria de tipo empresarial¹⁸.

Este panorama diverso que acabamos de ver, no tuvo paralelo en la escena hospitalaria europea del momento. Además de las distintas expectativas profesionales de las mujeres europeas y norteamericanas, otros factores que tienen que ver con la distinta función social y base económica del hospital americano y europeo, ayudarían a entender esta diferencia. El modelo hospitalario americano concebido cada vez más como un negocio, contrastaba con el hospital europeo como hospital general basado en financiación pública o filantrópica, lo que hacía que los temas de alojamiento y atención al paciente tuvieran planteamientos completamente distintos. Una imagen general de estas diferencias puede obtenerse de las discusiones en los distintos congresos de la Asociación Internacional de Hospitales (AIH) o de las páginas de *Nosokomeion*, su órgano de expresión.

La AIH en su reunión de Viena en 1931, reconocía la necesidad de que un hospital general contase con un departamento de dietética y establecía un comité permanente de estudio sobre dietética hospitalaria en el seno de la asociación. Sin embargo, esto no significó que los miembros de la AIH (fundamentalmente los europeos) estuvieran de acuerdo en admitir la necesidad de un departamento de dietética que cumpliera una triple función –administrativa, terapéutica y docente– con una dietista a su cabeza. Lo

¹⁴ Siglo las cifras manejadas por la Asociación Internacional de Hospitales en los años 30, que consideraba hospitales pequeños a aquellos que estaban por debajo de 300 camas, ver ALTER, W. "Editorial", *Nosokomeion*, v/1, 1934, 3-5

¹⁵ ECKMAN, R.S. "Dietary routine in the Massachusetts General Hospital", *The Modern Hospital*, 4, abril 1915, 231

¹⁶ RAITT, E.I. "A survey of the status of the hospital dietitian", *The Modern Hospital*, 21, diciembre 1923, 630 y 632

¹⁷ HARMAN, M.A. "What is the dietitian's status?", *The Modern Hospital*, 36, enero 1931, 138-140

¹⁸ GILLAM, S.M. "Organizing and managing a dietary department. A study", *The Modern Hospital*, 32, marzo 1929, 140-144; "Furthering hospital advancement" (Editorial), *Journal of the American Dietetic Association*, 9, marzo 1934, 494-498

que en realidad se buscaba era el reconocimiento de la ciencia de la nutrición y su valor terapéutico en la práctica hospitalaria. Y como herramienta terapéutica, los médicos intentaron justificar la monopolización de su uso. El control de la dieta significaba recuperar una presencia mayor en la administración del hospital—presencia que estaba siendo minimizada por los administradores de hospital— puesto que no se trataba de controlar vitaminas o calorías, sino todos los aspectos de la alimentación hospitalaria, incluidos los económicos¹⁹. No es extraño que el comité de la AIH tomase este rumbo, si pensamos que estaba compuesto por dieciséis médicos (representantes europeos y un argentino) y sólo por una mujer dietista (la representante de EEUU)²⁰.

Sin embargo, en 1933 en la reunión de Bélgica, el comité de dietética de la AIH dejaba claro la necesidad de que todo hospital contase con los servicios de una dietista. ¿Qué papel cumpliría esta dietista?

Como sucedía con las resoluciones que tomaba cada comité, éstas eran publicadas en la revista de la Asociación en cinco idiomas. Aunque en teoría se trataba del mismo texto publicado originalmente en alemán y cuatro traducciones, las diferencias entre la versión inglesa y las no inglesas sobre la autoridad de dietistas y médicos en el servicio de dietética son sorprendentes. En las versiones alemana, francesa, italiana y castellana, se incluía la recomendación de que la preparación de las comidas y su distribución estuvieran a cargo de una dietista bajo supervisión médica, lo que en la versión inglesa

se traducía como: “para esta función las personas mejor preparadas son las dietistas con un conocimiento especializado y asumiendo una responsabilidad médica”. La reivindicación de las dietistas americanas para igualar el estatus de la dietoterapia con otro tipo de terapias como la terapéutica física o farmacológica también aparecía recogida en la versión inglesa afirmando que, por esta razón, las dietistas debían de formar parte del personal médico. Por el contrario, el original alemán o las otras traducciones afirmaban que aunque la dietista debía de ser la principal figura en el departamento dietético, ella debía de ser parte del personal auxiliar²¹.

Marmitas de vapor y la construcción de una nueva cultura hospitalaria en España

España no fue una excepción en el panorama europeo, y la dietista estaba ausente de la escena hospitalaria. Como se denunciaba repetidamente, en el hospital público español, el problema de la alimentación científica del paciente era su alimentación a secas²². En los años de entreguerras, el hospital público español era el hospital benéfico que se mantenía con financiación estatal o donaciones, completamente alejado de las experiencias vitales de las clases medias. La idea de conseguir una financiación mixta, con la creciente atracción de pacientes privados que dominaba el panorama americano y comenzaba a discutirse en Europa²³, permanecía alejada de la organización hospitalaria española,

con una excepción significativa: la Casa de Salud Valdecilla de Santander (CSV).

Las especiales circunstancias que llevaron a la creación de este hospital, también promovieron un acercamiento novedoso a la alimentación hospitalaria. El análisis de los alimentos consumidos en la CSV formó parte de una nueva visión del hospital y del intento de crear una nueva cultura hospitalaria en España.

El proyecto de la CSV comienza en 1927 en los últimos años de la dictadura de Primo de Rivera, siendo el sucesor de una serie de intentos previos llevados a cabo por la Diputación Provincial de Santander y benefactores privados para crear un nuevo hospital provincial siguiendo las directrices del modelo tradicional del hospital de beneficencia. Sin embargo, todos los intentos fueron fallidos hasta que la Diputación decide pedir ayuda económica a Ramón Pelayo (1850-1932), primer marqués de Valdecilla. Ramón Pelayo era un rico y popular filántropo, que ya había financiado distintas obras fundamentalmente relacionadas con el mundo de la cultura y la educación. Había hecho su fortuna en Cuba y sus relaciones comerciales con EEUU le habían expuesto a una diferente cultura filantrópica. Sus actividades filantrópicas en España le habían reportado, un marquesado, la amistad de la familia real y la del dictador, y un gran apoyo popular. Aprovechándose del interés que la Diputación tenía en llevar a cabo el proyecto, lo que en realidad hizo Ramón Pelayo, fue apropiárselo y cambiarlo radicalmente.

En abril de 1928, Ramón Pelayo nombró a Wences-

¹⁹ VON SÖÖS, A. “VII. Die Krankenkost. Leitsätze”, *Nosohomeion*, iv/2, 1933, 414-417

²⁰ La dietista era Kate Daum del University Hospital de Iowa. “VII. Die Krankenkost. Alimentazione. Alimentation. Dietetics. Alimentation”, *Nosohomeion*, iv/2, 1933, 177.

²¹ VON SÖÖS, A. “VII. Die Krankenkost. Leitsätze”, *Nosohomeion*, iv/2, 1933, 414-417

²² Ver, por ejemplo, MARAÑÓN, G. “Los hospitales de Alemania”. En: Marañón, G. *Obras Completas*. Madrid: Espasa-Calpe, 2ª ed. 1976, vol. iv, pp. 37-38 (el artículo es originalmente de 1920); Idem, “El problema de los hospitales”. En: *ibidem*, p. 39; PRATS FREIXINET, M. “Beneficencia Hospitalaria en Barcelona”, *Anales del hospital de la santa Cruz y san Pablo*, 2, 1928, 168-175; PUIG I ALFONSO, F. “El Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona”, *Bios*, 9, 1929, 378-390; “La base económica del hospital clínico” (Editorial), *Revista Médica de Barcelona*, 23, 1935, 201-203 y 297-298

²³ Ver, por ejemplo, la salutación de René Sand al 2º Congreso Internacional de Hospitales (Viena, 1931). SAND, R. “The Vienna congress and the international collaboration between hospitals”, *Nosohomeion*, supl. number, 1931, 19-23



lao López Albo (1889-1944), un conocido neuropsiquiatra, organizador y director del nuevo hospital. López Albo, un socialista que creía en el poder de la ciencia como una herramienta de cambio social, vio en la organización del hospital la oportunidad de poner en práctica el ideal de una organización social más justa. Quería cambiar la concepción del hospital de beneficencia y detrás de este intento, subyacía el deseo de cambiar las estructuras sociales mantenidas por la Dictadura. La CSV en el programa de López Albo se comprometía a cumplir cuatro funciones: atención a pacientes de todas las clases sociales, docencia a médicos internos y enfermeras, investigación y labor preventiva. Irónicamente este concepto de hospital, que en la prensa republicana era promovido como una herramienta de justicia social, estaba diseñado sobre el modelo del

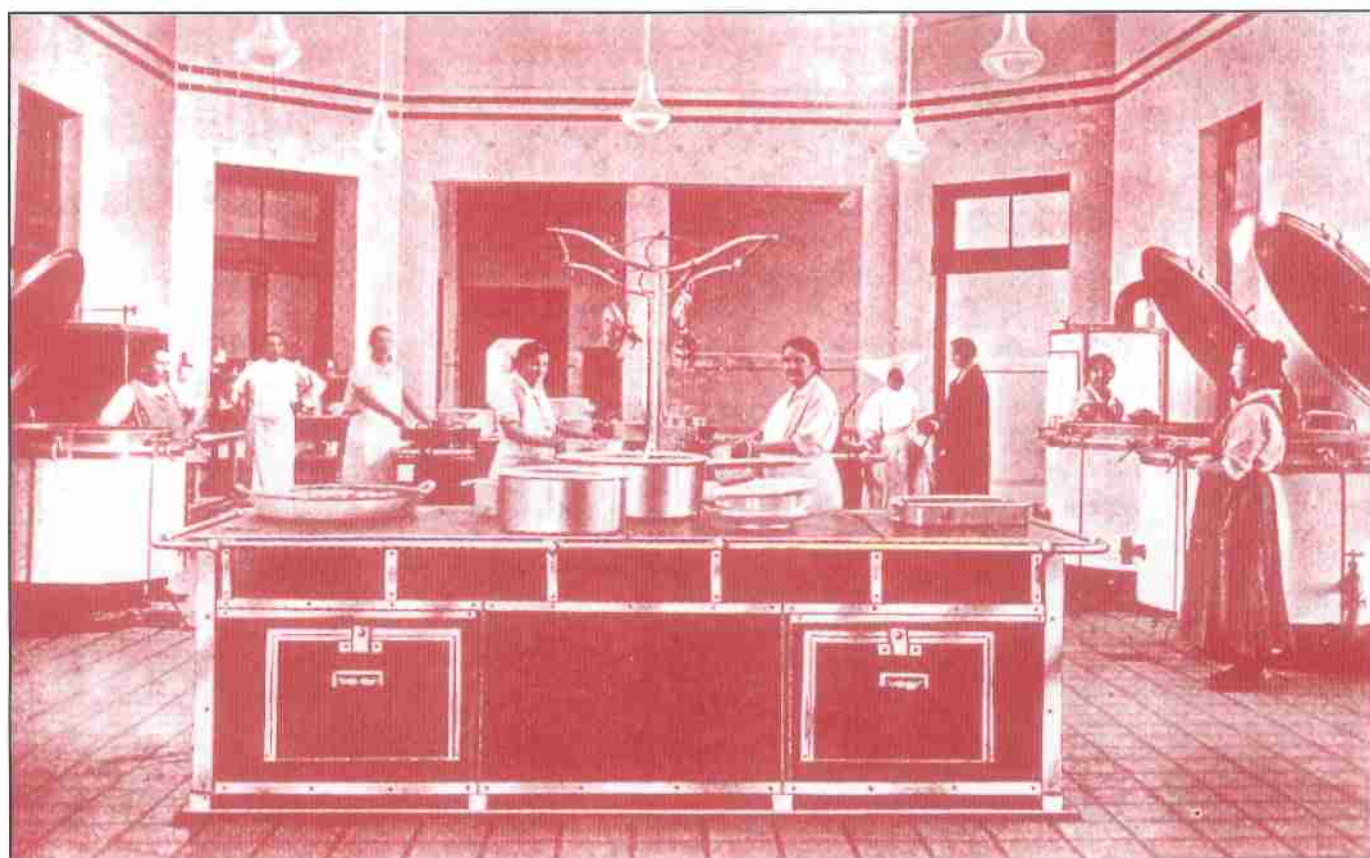
nuevo hospital norteamericano donde las diferencias sociales estaban fuertemente presentes. De hecho, las distintas descripciones de la CSV parecían una traducción de las páginas de *The Modern Hospital*. Solo en este contexto puede entenderse por qué y cómo la CSV adoptó un programa de análisis de alimentos en un país donde la queja habitual era la falta de comida en los hospitales públicos²⁴. En la CSV, la comida tuvo un significado doble y complementario. Por un lado, un buen servicio de comidas era necesario para promover un nuevo concepto de hospital –Casa de Salud– que siendo mixto –público y privado– pretendía financiarse con las aportaciones de este último sector. Por otro lado, el análisis de alimentos como objeto de investigación del departamento de Química, apoyaba la imagen de una organización hospitalaria diseñada científicamente

hasta en sus últimos detalles.

En la publicidad de la CSV, las novedades referentes al alojamiento y servicio de los pacientes tuvieron la misma proyección que las novedades de la organización médicoquirúrgica, en el intento de romper con el estigma asilar de los hospitales de beneficencia. Sin distinguir qué función cumplían en el hospital, los distintos elementos de la infraestructura material –desde el equipo de rayos X a la olla de vapor industrial– eran presentados con los mismos adjetivos de modernos, científicos y eficaces. Calificativos intercambiables que, de hecho, convertían en sinónimos a los distintos objetos y espacios que constituían el entramado narrativo de la CSV. Narrativa que apareció gráficamente expuesta en el folleto promocional que la CSV publica en 1932, tres años después de abrir sus puertas. El folleto dirigido

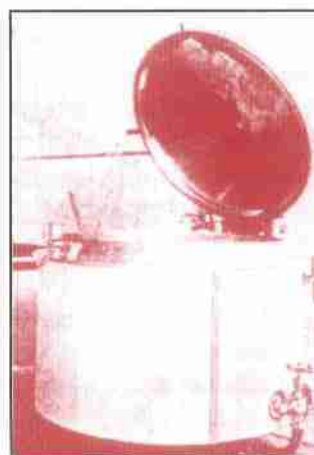
Casa de Salud Valdecilla. Imagen parcial tomada desde una de las galerías en 1930.

²⁴ SALMON, E.; GARCÍA BALLESTER, L.; ARRIZABALAGA, J. *La Casa de Salud Valdecilla. Origen y antecedentes. La introducción del hospital contemporáneo en España*. Santander: Universidad de Cantabria, 1990.



al visitante o al “arquitecto, médico o ingeniero”, era la respuesta a las campañas de descrédito lanzadas contra la CSV por los médicos locales que veían en ella un rival importante para su práctica privada. La defensa de la CSV tuvo como eje, la presentación y promoción del hospital como un poderoso icono de racionalidad y modernidad. La fuerza del mensaje estaba basada, más en fotografías de la institución que en estadísticas clínicas o en hallazgos científicos. Las imágenes de las instalaciones de los quirófanos o del laboratorio de bacteriología jugaron el mismo papel que las fotografías del sistema de calefacción central, que los lavabos o que las escupideras higiénicas de las salas de espera. No podía faltar la imagen de una cocina resplandeciente, una moderna marmita de vapor y las instalaciones de la panadería²⁵. Esta presentación recogía la fórmula

la empleada por los comerciales contemporáneos dedicados al floreciente negocio de las instalaciones hospitalarias, donde el diseño de los utensilios de cocina y su presentación iconográfica reproducían las modas de diseño y presentación del instrumental de laboratorio y terapéutico²⁶. El diseño científico de la cocina del hospital destacaba como un poderoso agente publicitario. La fotografía del pabellón de cocinas, el plano y la descripción de los aparatos contenidos en él fueron reproducidos en los periódicos locales y revistas médicas. El pabellón fue presentado como el lugar donde todas las exigencias de la moderna dietética pudieran llevarse a cabo. Caracterizada como higiénica y racional, por el arquitecto responsable de su diseño, la cocina fue descrita en el mismo tono y en las mismas páginas donde cada jefe



Cocina central. Casa de Salud Valdecilla.

Marmita de vapor.

de departamento describía su respectivo servicio clínico²⁷.

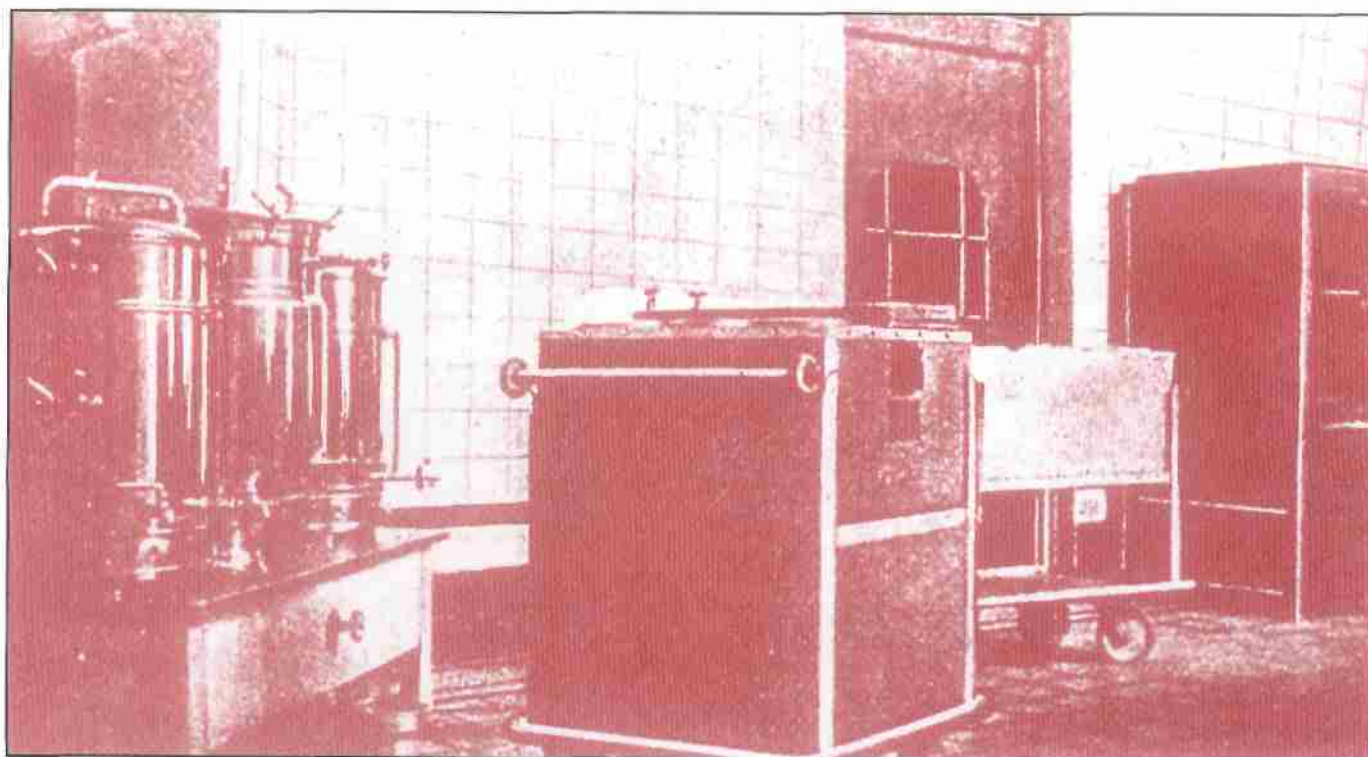
Política sexual y análisis de alimentos en la Casa de Salud Valdecilla

En la apertura de la CSV, el 24 de octubre de 1929, José Puyal, jefe del departamento de Química, anunciaba que su departamento planeaba tener un laboratorio para

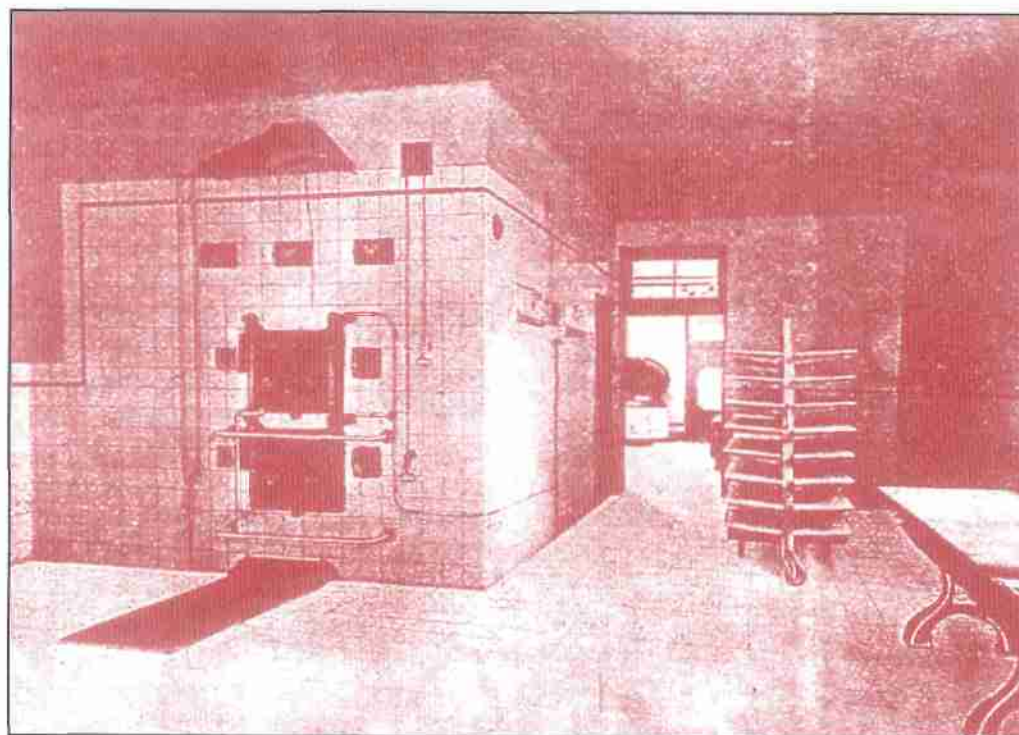
²⁵ Casa de Salud Valdecilla. Santander: Aldus, c. 1932, pp. 24-27.

²⁶ M. Schäerer S.A., *The construction of modern hospitals and their equipment. Technical and practical manual for doctors, architects, engineers, technicians, staff of administration, students and practitioners*. Berne: Buhler & Werder, 1935.

²⁷ El Diario Montañés, 24 octubre 1929, p. 8 y.16



Detalle de la cocina.



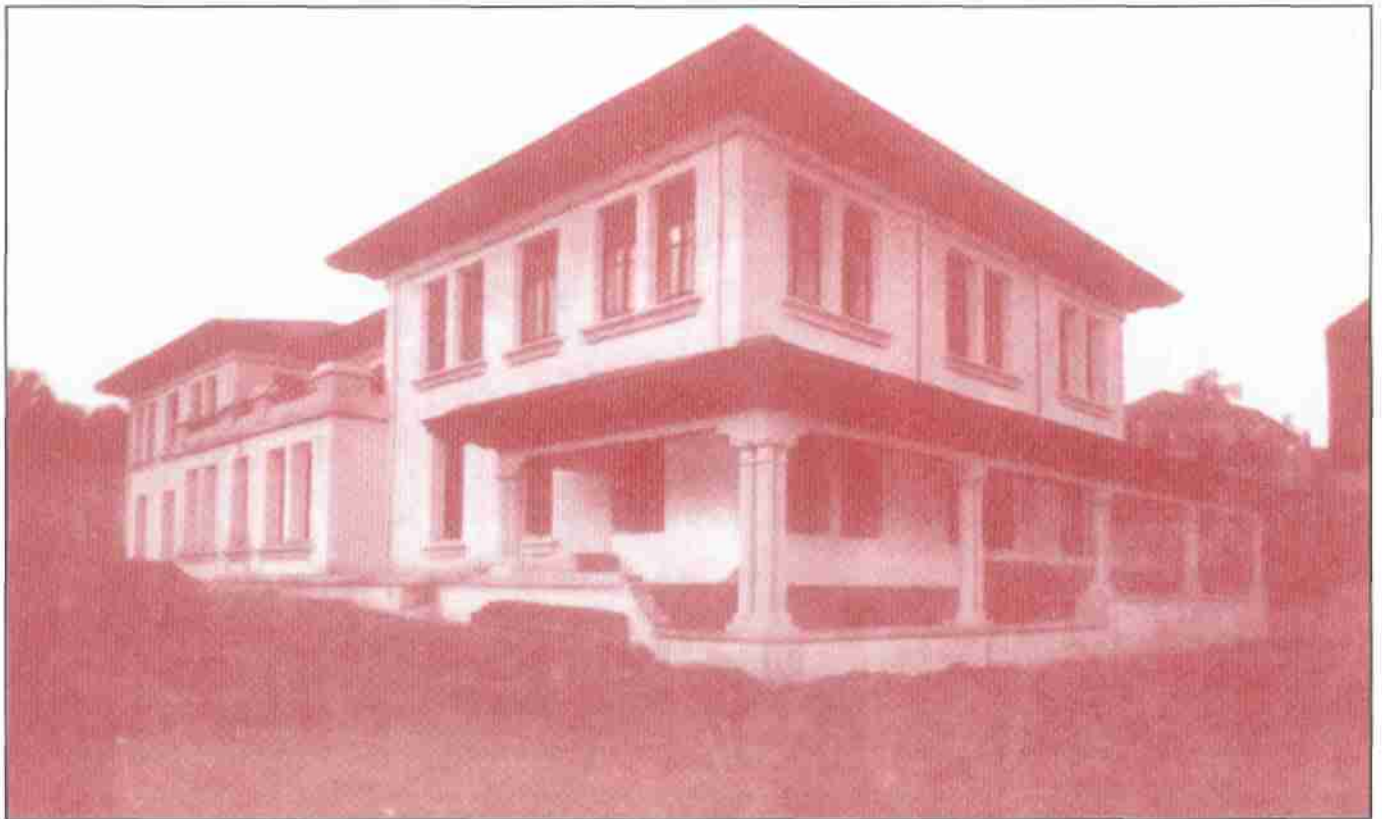
Panadería.

análisis de alimentos localizado en el pabellón de Farmacia. El análisis incluiría el control sanitario de la comida consumida en el hospital y un análisis de distintos productos para establecer su valor dietético estándar para poder alimentar a los pacientes de un modo científico. La singularidad de este acercamiento

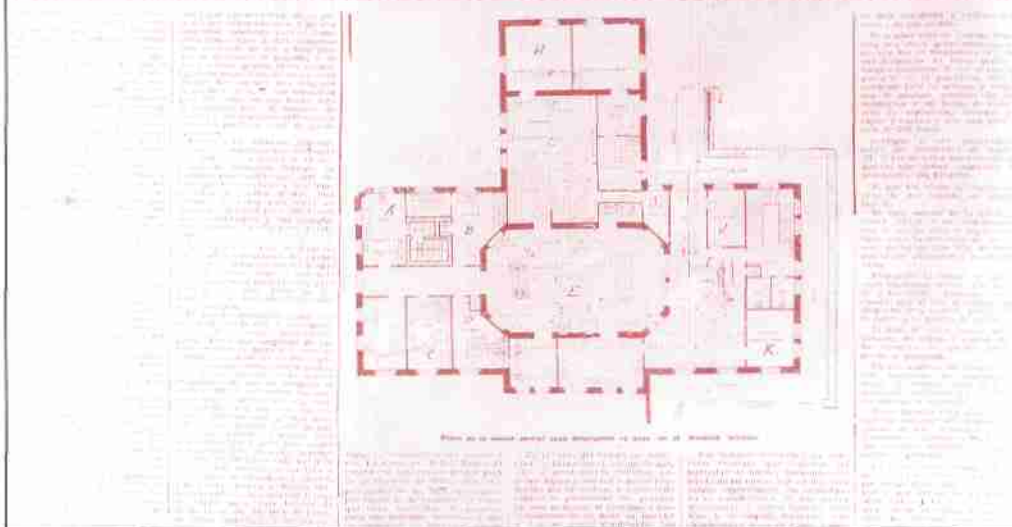
en los hospitales públicos españoles fue destacada por la prensa profesional²⁸. El proyecto no aspiraba a abrir nuevos caminos a la profesionalización de las mujeres como sucedía en los hospitales canadienses y estadounidenses, ni a promover la especialización de matronas o enfermeras como estaba teniendo

lugar en algunos hospitales europeos. De hecho, la figura de la dietista no fue tenida en cuenta en la planificación original de la CSV, aunque en 1932, su primer director López Albo en su Planteamiento y organización de un hospital moderno, se hacía eco de las directrices contemporáneas que recomendaban

²⁸ PUYAL, J. "Servicios químicos", *El Diario Montañés*, 24 octubre 1929, 13.



Los servicios de cocina en la “Casa de Salud Valdecilla”.



Pabellón de cocina. “Posee la instalación más perfecta para proveer todas las exigencias de la dietética moderna”.

Plano y descripción de la cocina de la CSV tal como fue presentado a la prensa por el arquitecto Gonzalo Bringas.

la inclusión de estas profesionales en el organigrama hospitalario²⁹. Sin embargo, en 1929, una enfermera sin una formación especializada estaba al frente de la cocina dietética, ocupándose un cocinero de la cocina general³⁰. Pero, aunque el análisis de alimentos no tuvo en la CSV nada que ver con la apertura de nuevas oportunidades

profesionales para las mujeres, sí tuvo que ver con la división sexual del trabajo que condicionó las actividades de las mujeres en el nuevo hospital. Uno de los rasgos característicos de la CSV que mayor repercusión tuvo en el panorama sanitario español, fue la oferta de un programa de especialización en medicina

para postgraduados. El perfil científico de los que serían encargados de impartir esta formación –los jefes de cada servicio– (formación de postgrado en el extranjero becados por distintas instituciones, Fundación del Amo, Rockefeller y Junta para Ampliación de Estudios, media de edad de 35 años) y una financiación muy generosa de biblio-

²⁹ LÓPEZ ALBO, W. *Planteamiento y organización de un hospital moderno*. San Sebastián: Nueva Editorial, 1932, p. 20.

³⁰ La CSV publicó en 1934 un *manual de enfermería* donde dedicaba un capítulo a la alimentación del paciente. Allí quedaba claro que la alimentación del paciente era una labor de enfermería bajo estricta supervisión médica. USANDIZAGA, M. *et al.*, *Manual de la enfermera*. San Sebastián: Librería Internacional, 1934, p. 295-299.

teca y laboratorios, sin duda atrajo a las jóvenes y a los jóvenes licenciados que aspiraban a especializarse en un programa de dos años, que combinaba trabajo asistencial e investigador³¹. Desgraciadamente, la destrucción sistemática de casi todo el archivo de la CSV, no nos permite saber quienes fueron los que lo solicitaron y cuántas mujeres había entre los candidatos. Pero, de los datos sobre personal que ofrece la revista del hospital, se puede ver que en el primer año de funcionamiento (1930), de 70 asociados médicos y estudiantes de postgrado (internos y externos), solo había una mujer: Isabel Torres³².

Aunque en los estatutos de la CSV no había ningún párrafo que impidiera activamente a una mujer ser parte del personal científico de plantilla o formar parte de la formación de especialización de postgrado; los hechos demuestran que en la práctica sí fue impedido³³. Aparte de Isabel Torres, como estudiante de postgrado, sólo una mujer con una licenciatura universitaria, María Teresa Junquera, formaba parte del personal médico de la CSV. Pero Junquera, que tenía una licenciatura en medicina y era, además, enfermera, fue contratada de acuerdo a su titulación más baja como subdirectora de la Escuela de Enfermeras.

Cuando Isabel Torres solicitó su incorporación al programa de especialización de la CSV, era una joven licenciada en farmacia³⁴. Su perfil biográfico muestra las características sociales e intelectuales típicas de las biografías de la mayoría de los miembros del personal científico de la CSV: la plasmación del programa de la Institución Libre de Enseñan-

za y de la Junta para Ampliación de Estudios que pretendían la regeneración del país con la formación de una élite intelectual que pudiera colocar a España en las corrientes científicas y culturales internacionales. Durante sus cinco años de formación universitaria en la Universidad Central, Torres perteneció a la minoría que viviendo en la Residencia de Señoritas disfrutó de una alternativa a la vida universitaria española, aquella basada en el sistema tutorial de Oxbridge³⁵. Formada en un esquema igualitario en el cual la investigación científica no era tratada como una experiencia ajena a las aspiraciones de las mujeres³⁶, Torres decidió continuar su formación en investigación cuando acabó su licenciatura en 1928.

En parte por razones familiares, en parte por el atractivo que la CSV ejerció sobre jóvenes investigadores, Torres decidió solicitar su incorporación como alumna interna en el servicio de Química de la CSV. Con su curriculum logró la aceptación en el hospital; sin embargo, su sexo condicionó su adscripción a la CSV y la naturaleza de su proyecto de investigación. En la lista de personal incluida en los Anales de la Casa de Salud Valdecilla, su nombre aparece en el Departamento de Química pero sin especificar su cargo³⁷. En el libro de actas de la CSV aparece registrada como farmacéutica sin salario³⁸. Y para hacer el cuadro todavía más confuso, en marzo de 1930 fue nombrada médico externo de guardia. Aunque Torres había sido admitida como alumna interna, finalmente fue recolocada en este grupo. Para el organigrama de la CSV fue más fácil

que una farmacéutica usase un título diseñado para que postgraduados médicos ayudasen en las tareas clínicas; que una mujer usase el teóricamente no sexuado título de interno³⁹. Aunque parece que no había un espacio claro para mujeres con una formación universitaria en la organización científica del hospital, las mujeres fueron estimuladas a formar parte de los laboratorios como personal auxiliar⁴⁰. Así, en 1932, el jefe del servicio de Química propuso un programa de dos años de formación como técnicas de laboratorio, dirigido especialmente a mujeres⁴¹.

La misma política sexual que llevó a esta anómala colocación de Torres en el hospital, también definió el análisis de alimentos como el objeto de su investigación. Sin tener en cuenta sus propios intereses en investigación, Torres era una mujer y la comida, un asunto de mujeres. Otros factores condicionaron también su proyecto investigador, como son las deficiencias inherentes en la puesta en marcha de un nuevo laboratorio. Pero, no hay que olvidar que Torres era la única mujer y la única persona de su departamento trabajando en análisis de alimentos. Bajo la dirección de José Puyal, jefe del servicio, Torres comenzó a analizar el valor nutricional de la comida consumida en el hospital. El objetivo era proveer al médico de una herramienta que pudiera ser usada para establecer una dieta apropiada para los pacientes tanto dentro como fuera del hospital. El estudio se justificaba por la necesidad de contar con estos datos sobre productos españoles, puesto que las tablas que se manejaban estaban basadas en estudios

³¹ SALMON, op. cit. en nota 24, pp. 214-254. Ver el número monográfico dedicado a la CSV y al Instituto médico de post-graduados en *Gaceta Médica Española*, 4, febrero 1930.

³² "Personal Médico", *Anales de la Casa de Salud Valdecilla*, 1, 1930, 7-9.

³³ "Estatutos de la Casa de Salud Valdecilla. Instituto Médico de Postgraduados", Archivo Notarial de Santoña (Cantabria), 10 de noviembre de 1929 y 28 de noviembre de 1930. No hay referencia al sexo del personal médico o al de los estudiantes de postgrado en ninguna de las dos versiones de los Estatutos.

³⁴ El curso 1923-24 realizó el curso preparatorio en ciencias en la Universidad de Zaragoza. Entre 1924/25 y 1928/29 obtuvo la licenciatura en Farmacia en la Universidad Complutense de Madrid. Isabel Torres Salas, *Expediente Académico*. Archivo Histórico Universitario. Universidad Complutense. Madrid.

³⁵ Para una visión general, se puede consultar, PÉREZ-VILLANUEVA, L. *La Residencia de Señoritas. Grupos universitario y de señoritas*. Madrid, 1910-1936. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 1990.

³⁶ Sobre las actividades del laboratorio de química de la Residencia, ver DE ZULUETA, C.; MORENO, A. *Ni convento ni college. La Residencia de Señoritas*. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes. CSIC, 1993, 170-175. Ver también, MAGALLÓN, C. *Pioneras españolas en las ciencias. Las mujeres del Instituto Nacional de Física y Química*. Madrid: CSIC, 1998. Este trabajo no hace referencia a Isabel Torres como residente, pero sí como becada de la JAE (p. 155) y socia de la Sociedad Española de Física y Química (p. 339).

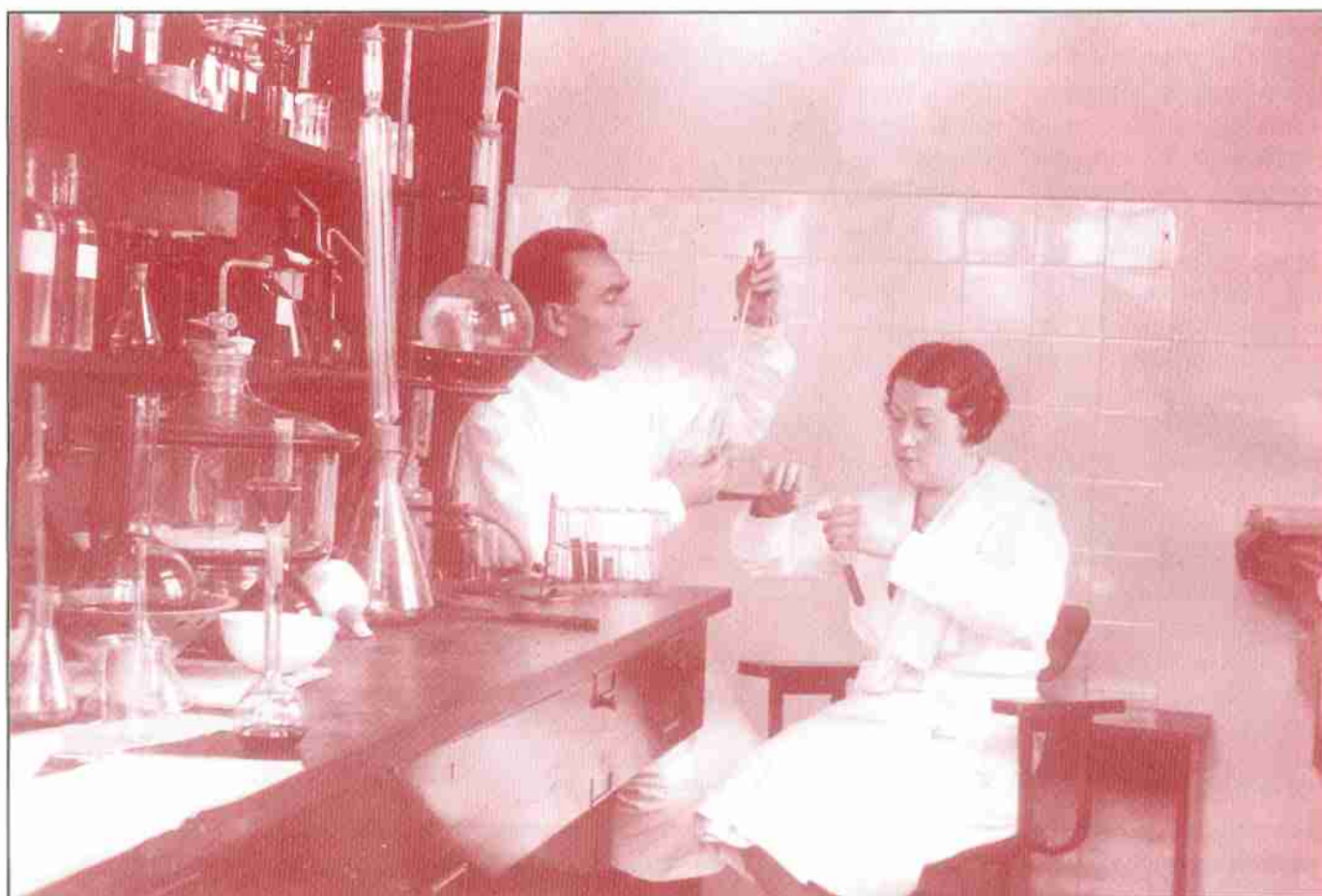
³⁷ "Personal Médico", *Anales de la Casa de Salud Valdecilla*, 1, 1930, 9.

³⁸ *Libro de Actas de la Casa de Salud Valdecilla*, reunión de 27 de marzo de 1930, 69.

³⁹ *Ibidem*, 70-71.

⁴⁰ Dos técnicas alemanas, Ruth Greiser y Hede Bufeid, fueron contratadas como técnicas de laboratorio. *Libro de Actas de la Casa de Salud Valdecilla*, reunión de 27 de marzo de 1930, 66.

⁴¹ PUYAL, J. "Escuela de enfermeras ayudantes de laboratorio. Plan de estudios". Copia mecanografiada. Archivo de la Fundación Valdecilla (Santander).



extranjeros –Joslin, Atwater, Rondoni, ...– y los valores nutricionales de los distintos alimentos variaban debido a diferencias locales.

Isabel Torres no tuvo ningún interés intelectual en el tema y justificó su trabajo por su utilidad práctica para la clínica. Las palabras que abrían su tesis dejan muy claro su desencanto: “En lugar apartado de todo centro de pura investigación farmacéutica, donde no disponemos de la bibliografía necesaria para llevar a feliz término un trabajo que pueda aportar algún interés para el progreso de la ciencia, forzosamente hemos de recurrir, para justificar nuestra aspiración de presentar la Memoria de Doctorado, a un trabajo que pueda representar un interés práctico”⁴².

Pero la investigación de Torres, sí que era de gran interés para el hospital. La nueva alimenta-

ción de los pacientes, apoyada en el marco científico derivado de los datos de Torres, supuso un punto de ruptura con la forma de manejo habitual de la alimentación en los hospitales de beneficencia. Y la CSV lo utilizó de modo decidido en la creación de su peculiar imagen. Es muy significativo que mientras que los hospitales públicos incluían en sus memoranda anuales información sobre la comida consumida entre sus datos administrativos, en la CSV, las referencias a la comida aparecían en la información dada por el laboratorio de química sobre sus actividades científicas.

Lo que en el hospital público era expresado en kilogramos, en un acercamiento racional o económico, en la CSV se expresaba en forma de carbohidratos, grasa, proteínas o calorías⁴³. Los resultados de

los análisis de Torres no sólo fueron dados publicidad en la revista del hospital, sino en una de las revistas médicas de mayor tirada en ese momento, *Gaceta Médica Española*, donde fue publicada su tesis en distintas partes entre 1933 y 1935. Los datos de su investigación además de servir en la construcción de una nueva imagen del hospital que la CSV estaba empeñada en promover, fueron incorporados en la rutina de comidas del hospital y en la formación de médicos y enfermeras. La investigación sobre nutrición no fue la causa de la desilusión de Torres, sino el hecho de que el proyecto no permitía más que una labor de trabajo mecánico sin ningún atractivo intelectual. De hecho, durante su tesis, ella había mostrado claramente su interés por la investigación en el campo de las vitaminas, y

Isabel Torres con el médico interno J. Castellano en el laboratorio del servicio de Química de la CSV, c. 1930. Fotografía de la colección personal de Isabel Torres, a quien agradezco el haberme permitido su reproducción

⁴² TORRES, I. “Contribución al estudio de la composición química de los alimentos españoles (I)”, *Gaceta Médica Española*, 7, 1933, 531-532. La tesis doctoral de Isabel Torres (*Contribución al estudio de la composición química de los alimentos españoles*, Madrid: copia mecanografiada, Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, Madrid, 1932) fue publicada en forma de artículos en *Gaceta Médica Española* entre 1933 y 1935 (vols. 7, 8 y 9). Las citas corresponden a los artículos publicados.

⁴³ “Laboratorio de Química. Análisis de alimentos (efectuados por Isabel Torres)”, *Anales de la Casa de Salud Valdecilla*, 1, 1930, 45-46. Comparar estas tablas expresadas en datos nutricionales con las meramente económicas ofrecidas, por ejemplo, por el *Hospital de la Santa Cruz y San Pablo* (Barcelona), ver *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*, 2, 1928, 98.

Laboratorio de Química

Jefe: J. Puyal

ANÁLISIS CLÍNICOS EFECTUADOS DURANTE EL AÑO 1930

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Orina	48	63	105	95	114	101	120	154	233	300	226	123
Sangre	0	14	60	59	60	68	60	88	89	116	104	78
Curva de glucemia	0	9	7	8	6	11	6	12	12	18	6	12
Curva de cloremia	0	0	0	1	2	6	0	0	1	4	1	9
Jugo gástrico	0	1	2	1	0	1	2	7	0	23	23	40
Líquido céfaloraquídeo	0	2	3	5	1	2	0	2	0	53	0	1
Líquido ascítico	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	2
Linfá	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Espútos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Exudado de eczema	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Líquido de derrame pleural	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Líquido de sondaje duodenal	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Uroselectan	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0
Heces	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Constante de Amhard	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	12	6
Total	48	90	179	170	183	190	188	268	339	525	375	272
Analisis de Globulinas en sangre	101											
Suma total	2.827											
Total general	2.928											

ANÁLISIS DE ALIMENTOS

(EFECTUADOS POR ISABEL TORRES)

		Hidrógeno de oxidación en %	Proteínas %	Grasa %	Agua %
Pan	5 Oct. 30	57,5	7,00		
	8 " "		8,34		
Panecillo	19 Nov. 30	62,0	6,5		24,8
Harinas	Harina de trigo 3 Dic. 30	84,0	10,31		
	Manzanas	12,5			
Frutas	Uvas	16,0			
	Plátanos	19			
	Zanahorias	8,6			
	Lentejas	54			
	Judía blanca	58			
	Garbanzo	57			
Legumbres	Repollo	5			
	"	6,5			
	Lombarda	4,2	2,73		
	Coliflor	5,2	1,90		
	Pimiento	1,80			
	Cardo	5,2	2,10		
	Nabos	7			
	Cebollas	6			
Hulbas	Puerros	6,5			
Cereales	Arroz	76			
	Arroz hervido	37			
Tubérculos	Patatas	25			
Chocolate	"	23,2			
	"	24			24,69
	Merluza		14	2,39	
Pescados	Perlas		8,75	2,009	
	Sardina		19,8		
	De vaca (hola)		22,75	10,125	
Carnes	"		23,7	10	
	De cerdo (pierna)		18,62		29

se quejaba de no haber podido desarrollar este aspecto en su trabajo⁴⁴. En 1933, obtuvo una beca postdoctoral para trabajar sobre la estructura de las vitaminas en el Instituto de Patología Médica de Madrid con José Collazo⁴⁵. Con Collazo ya había colaborado en los cursos de verano que organizaba la CSV para postgraduados sobre métodos de análisis de vitaminas y sobre el metabolismo de carbohidratos y lípidos⁴⁶. En 1934 solicitó a la Junta de Ampliación de Estudios una beca de un año, para seguir su investigación sobre vitaminas en Heidelberg aunque, una vez obtenida, decidió trabajar con el grupo de O. Meyerhof sobre el metabolismo intermedio de los carbohidratos⁴⁷. Con un informe muy favorable de Marañón a la Junta obtuvo la renovación de su beca por un año más⁴⁸. Y en 1936 estaba en Munich

trabajando con H. Dyckerhoff sobre la estructura química de la vitamina K⁴⁹. La situación de Torres parecía ahora muy alejada de aquella que describía en 1932 en el prefacio de su tesis. Torres había decidido desarrollar su carrera, no ganando control sobre el espacio doméstico—la comida—en el hospital, como muchas mujeres americanas habían hecho, sino que había utilizado su investigación en análisis de alimentos como un peldaño con el que obtener un título de doctora y una buena formación en técnicas de laboratorio con el objetivo claro de desarrollar otro tipo de proyecto científico. Desde Alemania, sus informes a la Junta están repletos de entusiasmo acerca de su investigación. Ella ya no era una técnica de laboratorio aplicando ciencia, sino una Fraulein Doktor creando ciencia.

Su nuevo estatus no duró mucho. El plan de Torres de aceptar la oferta de Marañón de regresar a Madrid en 1937 con un puesto de investigadora en el Hospital General, fue desbaratado con el comienzo de la guerra civil. Cuando volvió en 1939, sus colegas y maestros estaban en el exilio y no hubo posibilidad de un puesto de investigación. Desde entonces hasta su jubilación se ganó la vida como directora de un modesto laboratorio de una farmacia de Santander.

Epílogo

Aunque los datos de la investigación de Isabel Torres fueron incorporados a la rutina de las comidas de la CSV, su nombre había desaparecido de la historia del hospital. En este sentido, había sufrido

Análisis del Laboratorio de Química. Anales de la Casa de Salud Valdeccilla, 1930.

⁴⁴ TORRES, I, op. cit. en nota 42, 533

⁴⁵ Carta de 31 de enero de 1933 de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias. Dirección General de Sanidad, donde se comunica oficialmente la concesión de una beca para trabajar sobre "el problema de las vitaminas" en el Instituto de Patología Médica del prof. Marañón bajo la dirección de J.A. Collazo. Archivo de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas. Residencia de Estudiantes. CSIC. Madrid (en adelante, Archivo JAE).

⁴⁶ Casa de Salud Valdeccilla. Cursos de Verano. 1933, p. 22. Certificado de E. Díaz García, director de la CSV confirmando la colaboración de Torres en los cursos de verano. Archivo JAE. Madrid.

⁴⁷ Carta de solicitud dirigida al presidente de la JAE el 3 de febrero de 1934. Archivo JAE. Madrid.

⁴⁸ Carta (1 de noviembre 1935) de Gregorio Marañón a Gortázar Espada, secretario de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas. Archivo JAE. Madrid.

⁴⁹ Carta de Isabel Torres informando de su actividad a la JAE (10 de mayo de 1936). Archivo JAE. Madrid.

München 10-V-1936
 Okmstrasse 15^{II}.-

El mes de abril he trabajado con el Prof. Dyckerhoff - del Instituto Patológico de la Universidad - quien me ha propuesto un tema sobre estudio de las propiedades, constitución química y en general de todas las características de la nueva Vitamina de la coagulación K, de cuya preparación, así como del efecto que su carencia ejerce en los pollos, según el modo de obrar de Dam, me ocupo actualmente.

Isabel Torres Salas.

el mismo destino que el de aquellas dietistas americanas que construyeron su disciplina en los años veinte enfatizando las ventajas económicas de su catering científico. Sus actividades también han sido eliminadas de la historia de la dietética hospitalaria. El discurso científico nutricional que en los años veinte sólo era un aspecto de la retórica manejada por las dietistas en el desarrollo de su profesión, ocupó toda la memoria de la profesión en los años sesenta. En 1967, en la celebración del 50 aniversario del Journal of the American Dietetic Association, las dietistas hospitalarias se presentaron como parte de una tradición en la cual

Reproducción de dos de los informes que Isabel Torres enviaba regularmente a la Junta para Ampliación de Estudios.

(München, 10.5.1936) "El mes de abril he trabajado con el prof. Dyckerhoff -del Instituto Patológico de la Universidad- quien me ha propuesto un tema sobre estudio de las propiedades, constitución química y en general de todas las características de la nueva Vitamina de la coagulación K, de cuya preparación, así como del efecto que su carencia ejerce en los pollos, según el modo de obrar de Dam, me ocupo actualmente. Isabel Torres Salas".

(München, 10.8.1936) "Seguimos el trabajo orientados en la nueva idea de que la falta de coagulación sea debida a una falta de protrombina en el plasma de los pollos en avitaminosis K habiéndose encontrado que una preparación de protrombina contiene Vitamina K.

Fundados en este hecho verificamos en un nuevo lote de pollos experiencias dirigidas en este sentido.

Isabel Torres Salas"
 Archivo de la JAE, Madrid

los nombres a reverenciar no eran los de aquellas mujeres que como dietistas hospitalarias habían hecho posible la existencia de la profesión, sino los nombres de los hombres del laboratorio como Claude Bernard o Justus Liebig²⁰.

De esta manera, el desarrollo de la dietética hospitalaria fue retrospectivamente entendida como un asunto de aplicación de ciencia básica, consecuencia natural del desarrollo de la ciencia de la nutrición.

²⁰ BEEUWKES, A.M. *Essays on the History of Nutrition and Dietetics*. Reprinted on the Occasion of the 50th Anniversary of the Founding in 1917 of the American Dietetic Association. Chicago: American Dietetic Association, 1967, 187-259.

München 10. Agosto 1936

Seguimos el trabajo orientado en la nueva idea de que la falta de coagulación sea debida a una falta de protrombina en el plasma de los follos en avitaminosis K habiéndose encontrado q una preparación de protrombina contiene Vitamina K.

Fundados en este hecho realizamos en un nuevo lote de follos experiencias dirigidas en este sentido.

Joabel Torres Salazar

NOTICIAS MEDICINA & HISTORIA

Relación de manuscritos ingresados en nuestra Biblioteca

Explicaciones de Anatomía. Tratado de sentidos internos, Laringe; Respiración; Circulación; Digestión y secreción. Compendio de la osteología de los huesos y de sus dependencias. Cuadernos de Amputaciones de Anatomía. Tratado de Tejidos y generalidades de Osteología. Primoroso compendio de la Miología. Principios s. XIX; 220 p.

FRAU ARMENDARIZ, Ramón. Cuadernos de la higiene. Barcelona, 1825. 7p., 573 p., 5 h.

GÓNGORA, Luis; RODRÍGUEZ MÉNDEZ, Rafael. *Caldas de Montbuy* 1878. *Conflicto con el Médico Director. Informe dado por los SS. ...* Barcelona, 2 de enero de 1879. Es copia. Olaldé. 33 h.

PAGÉS, Nareis. *Llibre de Comptes de... apotecar; Comensat lo any 1754; Calonge*. 327 f.

RIVES, José. *Tratado de afectos quirúrgicos explicados por el Dr... catedrático del Rl. Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid en el año 1803.*; 250 h

RABASSA, Francisco. *Institutionum Medicinalium. Tractatus Patologicus prima, et secundam partem pathologie exponens [sigue] Agustin Corts, Peritilis de Febribus tractatus, ejus nata, diffas. Ac causas continens et declarans juxta Htis et Gni. doctrimam elaboratus.* Segunda mitad s. XVIII, Universidad de Cervera; 107, 108 p.,

RODRÍGUEZ, Lázaro. *Memoria que presenta a la Junta provincial de Beneficencia D. ..., Director del hospital de Dementes de Valladolid. Año de 1867.* 10f., 12 lám, 35 f.

ROURA Y MATARÓ, Joan. *Primer llibra de comptes de ...Apothecari en la vila de la Bisbal. Comensat als 20 maig 1783.* 24 H., 214 FF, 1 H.

SALVÁ Y CAMPILLO, Francisco. *Desengaño de la Profesión Médica, injustamente sindicada en el Quaderno Intitulado, Preflexión sobre la epidemia qe. Reyna en Cadiz y de los medios de atajar una Peste.* Barcelona y Noviembre, 21 de 1800. 9 h.

SAN GERMÁN, Antonio. *Tratado de Tumores. Que enseña ... Catedrático del Real Colegio de Cirugía de Barcelona. Año 1804.* 24h., 400 p., 2h., 408 p., 3 h.

SANGERMÁN, Antonio. *Curso de operaciones explicado por Dn ... Catedrático del Real Colegio de Cirugía de Barcelona;* [ca. 1822]; 549 p., 5 h.

XXXI PREMIO URIACH DE HISTORIA DE LA MEDICINA

En 1970 iniciamos la experiencia de convocar un premio anual de Historia de la Medicina, en entonces "Premio Biohorm", que con la colaboración de todos a lo largo de treinta años ha llegado hasta hoy. Cabe recordar, como punto de partida, "La medicina en las novelas sociales y valencianas de Blasco Ibáñez" de Amparo Estellés García, publicado en el nº 2 de la segunda época de *Medicina e Historia*, al que siguió en 1971, "Aspectos sociales de la lucha contra la tuberculosis en la Valencia de entreguerras", de Francisco Bolumar Montrull. Tras ellos, una buena dosis de esperanza nos hizo creer que ya podíamos considerarlo como intitucionalizado, y a él han concurrido algunos de quienes constituyen una nueva generación de historiadores de la Medicina en España. Durante el periodo

de interrupción de la revista (1978-1984) se siguió publicando al margen de la misma: "La polémica de la sangría. Un capítulo de la Medicina española del siglo XVII", de Luis y Mercedes Sánchez-Granjel Santander (1978) y "La ética médica renacentista de los judeoconversos peninsulares", de Mariano Betés de Toto (1981) fueron los ganadores de aquella época.

El Jurado, en contadas ocasiones, queriendo mantener su nivel científico, consideró que debía declararlo desierto como ocurrió en 1979, 1980, 1984 y 1999. Ahora, a punto de finalizar el siglo, ha sido convocado de nuevo dando como plazo para la presentación de originales hasta el 15 de octubre próximo. La dotación es de 250.000 pesetas (1500 Euros) y las Bases aparecieron en el número anterior de *Medicina e Historia*.

XXXI PREMIO URIACH DE HISTORIA DE LA MEDICINA

En su deseo de impulsar los estudios sobre el pasado de las Ciencias Médicas, el Laboratorio «J. Uriach & Cía. S.A.» tiene instituido un Premio anual de ámbito internacional, para adjudicarlo al mejor estudio que a juicio de un Jurado designado al efecto, analice un tema de Historia de la Medicina.

Su concesión se adaptará a las siguientes

B A S E S

1. El XXXI Premio Uriach de Historia de la Medicina correspondiente a 2000 está dotado con 1.500 euros, pudiendo optar a él los historiadores de cualquier país.
2. Las monografías que opten al Premio deberán ser originales e inéditas, no siendo aceptadas aquellas que en el momento de la adjudicación hayan sido publicadas total o parcialmente, así como tampoco las presentadas a otros concursos.
3. Los trabajos que se presenten deberán estar escritos mediante programa Word o Word Perfect, a doble espacio, con máximo de 35 hojas Din A4 por una sola cara incluyendo en el texto bibliografía o referencias documentales, además de iconografía complementaria.
4. Los originales (una copia impresa y un disquette), redactados en lengua castellana, serán remitidos a este Laboratorio hasta el día 15 de octubre de 2000 bajo sistema de lema y plica, sin firma del autor o autores, cuya identificación, dirección y teléfono deberá figurar en un sobre cerrado, a su vez identificado con el mismo lema del trabajo original.
5. El XXXI Premio URIACH de Historia de la Medicina será otorgado por un Jurado cuyo fallo, que será inapelable, se hará público durante el mes de enero del 2001.
6. La monografía premiada quedará propiedad del Laboratorio «J. Uriach & Cía. S.A.» el cual, de acuerdo con las recomendaciones del Jurado, podrá publicarla en su revista «Medicina & Historia», en cuyo caso se podrá pedir al autor las correcciones necesarias con el fin de adaptarla a las características de dicha publicación.
7. Tras la adjudicación del Premio se abrirá la plica correspondiente al ganador, procediendo el secretario del Jurado a la destrucción de los originales no premiados.
8. La participación en el presente concurso implica la aceptación total de las Bases de esta convocatoria.

Barcelona, enero de 2000

Toda la correspondencia relacionada con esta Convocatoria deberá dirigirse a: Centro de Documentación de Historia de la Medicina, J. Uriach & Cía. S.A., calle Degà Bahí, 59, 08026 Barcelona, (España) (Fax: 934 560 639 - e-mail: mkt@uriach.com)



J. URIACH & C^{IA} S.A.



¿Lo mejor de mi vida?
Está por venir.

Preservar la prostaciclina puede suponer
preservar la vida. Antiagregante plaquetario sin riesgo hemorrágico.

Disgren
Trifusil



La vida continúa



ACCIÓN. El trifusil es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria inducida por agonistas como ADP, adrenalina y colágeno, que tiene una acusada actividad antifibrinolítica puesta de manifiesto en la experimentación farmacológica y clínica. La actividad antiagregante y antifibrinolítica del trifusil (DISGREN) constituye la base fisiológica de su eficacia en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas y de todos los procesos patológicos originados o que cursan con una hiperactividad de las plaquetas. **COMPOSICIÓN.** Cada cápsula contiene: Trifusil (DCL) 300 mg. **INDICACIONES.** Como antiagregante plaquetario. En la prevención y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas, o complicadas por trombosis. **POSOLÓGIA.** De 1 a 3 cápsulas diarias de DISGREN (300-900 mg) de Trifusil, administradas con preferencia durante o al final de las comidas. La pauta posológica recomendada es la siguiente: dosis preventiva, 2 cápsulas diarias; dosis de mantenimiento, 2 cápsulas diarias; situaciones de alto riesgo, 3 cápsulas al día. **CONTRAINDICACIONES.** Antecedentes de úlcera péptica o de hipersensibilidad a salicilatos. **PRECAUCIONES.** Aunque no existe evidencia de efectos teratogénicos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **INCOMPATIBILIDADES.** Deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes, ya que potencia su acción. El trifusil puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y ocasionar una reducción de la dosis de estos. **EFFECTOS SECUNDARIOS.** En personas hipersensibles pueden aparecer manifestaciones alérgicas, que ceden en general con la administración de un antihistamínico. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO.** En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer síntomas de excitación o de depresión del SNC, alteraciones del sistema cardiovascular y respiratorio y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. El tratamiento consiste en la administración de una suspensión acuosa de carbón activo, lavado de estómago por aspiración y lavado gástrico. Mantener el equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Financiable por la Seguridad Social. **T.L.O. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL TRATAMIENTO.** Entre 82 y 249 ptas/día. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA.** Cápsulas. Emisiones con 30 cápsulas, 2.450 ptas; con 50 cápsulas, 4.170 ptas. **J. URIACH & Cía, S.A.** Depa Balm 59, 08026 Barcelona


URIACH
http://www.uriach.es