

Patrice PINELL (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris, Editions Métailié, 365 pp. ISBN: 2-86424-132-3.

El análisis de las campañas sanitarias ha generado una abundante y valiosa literatura aunque, hasta la fecha, el foco de interés se había centrado en las llamadas enfermedades epidémicas. El texto que reseñamos aporta la novedad de abordar una enfermedad cuyo efecto en los índices de mortalidad de los países desarrollados se ha ido incrementando a medida que las enfermedades infecciosas han dejado de ser un problema sanitario de primer orden. El tema cobra aún mayor interés dada la carencia de trabajos que aporten una visión integradora de la campaña anticancerosa.

El objetivo general del libro aborda el papel de la lucha anticancerosa como «vector esencial en la transformación del campo médico», permitiéndonos conocer el papel protector del estado en materias de salud (proceso histórico de larga duración), así como la vinculación entre las asociaciones benéficas y los intereses de los nuevos especialistas.

El autor destaca la convergencia de las líneas de acción emprendidas en diversos países (construcción de centros de tratamiento especializados, investigación etiológica, educación popular, programas de diagnóstico precoz, lucha contra el charlatanismo, etc.), residiendo las particularidades nacionales en los orígenes y dinámica de la lucha. Sin embargo, a falta de un estudio comparado internacional y dadas las diferencias que presenta Francia con el caso español creemos que tal afirmación es en cierta medida prematura y superficial.

La obra se encuentra estructurada en diez capítulos cuya división excesiva en epígrafes no siempre orientan la lectura. Ocho de ellos están dedicados al proceso de constitución de la cancerología médica y los dos últimos a las transformaciones sociales derivadas de su constitución.

Una peculiaridad destacable en el caso francés es la importancia que, en el desarrollo de la cancerología, tuvo la primera guerra mundial. Por primera vez el cáncer es objeto de atención por parte de los poderes públicos creándose tres centros anticancerosos militares, en un contexto de preocupación poblacionista y atención a los combatientes. El detonante bélico transformó las fronteras y jerarquías existentes entre los grupos médicos y permitió el ejercicio a una nueva generación de médicos. Estos factores facilitaron la puesta en marcha de una práctica en colaboración que combinaba cirugía y radioterapia. Bajo el mismo impulso se creó la *Ligue contre le cancer* (LCC) en 1918, a iniciativa de Sonia Fabre (discípula de Marie Curie). La procedencia de sus fundadores supuso un encuentro decisivo entre el mundo clínico, la medicina social y la experimental, decisivo puesto que la colaboración cirugía-radioterapia (clínicos y no clínicos) no hubiera

sido posible ni perdurable sin la intervención de higienistas y filántropos en el marco de un proyecto político. La asociación filantrópica optó por una función política y social (definir una política sanitaria en materia de cáncer) sin entrar en colisión con los fines de la *Association française pour l'étude du cancer* (1906), enmarcados en una tarea científica.

El proceso institucional de la lucha tuvo tres momentos decisivos que son desarrollados en los capítulos centrales. En la primera mitad de la década de los 20 coexistieron modelos institucionales distintos tanto en la vinculación entre clínica e investigación, como en las relaciones entre cirujanos y radioterapeutas. Hacia la segunda mitad de esta década, el plan de actuación diseñado por el presidente de la *Comission du cancer* (1922), Bergonié, proponía la puesta en marcha de una red regional de establecimientos con equipamiento terapéutico adecuado. Estos se limitarían a la atención de pacientes pobres curables, optando por un modelo organizativo de cooperación entre especialistas. Sin embargo, la explosión de demandas de centros anticancerosos, fomentadas por las ligas locales y los municipios, hizo peligrar la viabilidad económica del proyecto y la posibilidad de controlar la posición de privilegio que ocupaba la radioterapia. Finalmente, una solución salomónica permitió la existencia de un doble sistema, local y estatal. La red estatal se limitaría a la atención de pacientes procedentes de los servicios quirúrgicos ordinarios y estaría dirigido por radioterapeutas. El programa institucional no estuvo exento de polémica entre los agentes implicados. Sorprende, sin embargo, que el esquema interpretativo no se haya enriquecido con las recientes aportaciones socio-históricas sobre el monopolio y extensión del mercado médico, decantándose por un marco más funcionalista (mantenimiento de la estabilidad del sistema).

En la década de los 30 la desigual dotación de los centros anticancerosos estatales y, sobre todo, la restricción de la asistencia a pacientes pobres que dejaba desatendidas a las clases medias, cuestionó la vigencia del sistema y planteó la puesta en marcha de un proyecto reformista en el que el hospital se convertía en lugar de ejercicio de una medicina puntera, destinada a un público socialmente diversificado. La división ricos-pobres se mantenía bajo un triple modelo proteccionista (asistencia médica gratuita, seguros sociales y privados). De esta manera la reforma ocasionada por la introducción de tecnologías médicas muy costosas en el sistema sanitario público quedaba vinculada a un objetivo político: mantener el papel estabilizador del sistema desempeñado por las clases medias.

El capítulo que aborda la cuestión de los pacientes incurables, ofrece el interés de analizar la evolución operada en el concepto de incurabilidad más en relación con el proceso institucional de la lucha anticancerosa que con factores científicos. Planteada la experimentación en términos terapéuticos, desaparecieron los límites morales que habían impedido la conversión del incurable en objeto experimental. Sin embargo, la conversión de la radioterapia en disciplina

científica de rango similar a la cirugía, excluyó de nuevo a estos pacientes de los centros hospitalarios. En 1922 la *Ligue* declaró el derecho de los incurables a recibir los cuidados necesarios. La iniciativa partió del comité de damas visitadoras que cubrían una tarea de apoyo domiciliario. Pero la necesidad de aislar al paciente, justificada no en términos profilácticos sino por lo intolerable de su cercanía, necesitaba un modelo asistencial que combinara las tareas de hospital y asilo. La respuesta de los profesionales de la medicina no se produjo hasta la década de los 30, a pesar de la medicalización expansiva de otras cuestiones. El planteamiento de los médicos redefinió la incurabilidad (fase última de un proceso terapéutico, en la que el paciente necesitaba tratamientos paliativos) para revalorizar el hospicio. El binomio enfermedad operable=curable=local / inoperable=generalizada=incurable (centro terapéutico *versus* institución caritativa), que obedecía a la lógica del empirismo quirúrgico empezó a perder vigencia a medida que se consolidaron los usos paliativos de la radioterapia.

La vertiente educativa de la campaña se vincula, de igual forma, a los fines prerreseguidos por la Liga. Inicialmente se configuró la idea de cáncer como plaga social con objeto de implicar al estado en la campaña. Por otra parte el cáncer se planteó como el objeto central de la biología moderna y de cuya resolución surgiría el conocimiento de procesos vitales esenciales. De esta forma su importancia transcendía la cuestión de la incidencia, sirviendo de impulso a la investigación en biología experimental. Pero la asociación cáncer-progreso iría más allá al plantear los tratamientos anticancerosos como un vector de innovación tecnológica que inscribía la práctica médica en la era industrial, modificando profundamente la institución hospitalaria. Sin embargo, la tarea propagandística no obtuvo tanto éxito de cara al público, a pesar de ser esencial para dar coherencia y capacidad de convicción a una lucha que ligaba la curación al tratamiento precoz. El intento de educar al público de forma tal que se percibieran como signos de alarma manifestaciones hasta entonces anodinas, convirtiendo al paciente en un auxiliar del médico (*homo medicus*), resultó ineficaz, al menos para amplias capas de la población. La ineficacia es valorada por el autor a través del escaso impacto en los índices de mortalidad por cáncer que siguieron incrementándose entre 1917 y 1943, aproximación hasta cierto punto discutible. Quizá un acercamiento a la demanda real de servicios hubiera clarificado la hipótesis.

La adscripción del texto a la tradición sociológica explica en gran medida sus logros y limitaciones. Destaca la sugerente conjugación de factores sociales en la explicación de los acontecimientos y una hábil articulación sujeto-acción. Sin embargo, la escasa solidez heurística cuestiona, en ocasiones, las conclusiones extraídas.