

Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX

ROSA MARÍA MEDINA DOMÉNECH (*)
ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA (*)

SUMARIO

1.—Profesión y especialización: principales rasgos sociológicos. 2.—Delimitación de mercado y especialización incipiente. 2.1.—La contribución de la campaña contra la mortalidad infantil a la consolidación de la Pediatría. 2.2.—La contribución de la lucha anticancerosa a la formación de la especialidad de Radioterapia. 3.—Tecnología y negociación: fundamentación del monopolio.

RESUMEN

En este trabajo analizamos la confluencia de dos procesos que caracterizaron la medicina española del primer tercio de este siglo. El especialismo médico encontró en las campañas sanitarias una fórmula para fortalecer sus intereses profesionales, contribuyendo a definir la demanda de determinados servicios médicos y a consolidar institucionalmente las nuevas áreas médicas, avalando su carácter científico. Por su parte las luchas sanitarias, en gran medida, orientaron sus propuestas bajo el peso del especialismo. Analizamos dos casos históricos, el de la lucha contra la mortalidad infantil —en relación con la Pediatría— y la lucha contra el cáncer, estudiando su contribución a la creación de un mercado para los nuevos especialistas, el papel desempeñado por la tecnología y los procesos de negociación con otras ramas médicas para garantizar la posesión del monopolio terapéutico.

Fecha de aceptación: 31 de enero de 1994

(*) Departamento de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Avda. de Madrid, 11, 18012 Granada (España).

DYNAMIS

Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. Vol. 14, 1994, pp. 77-94.

ISSN: 0211-9536

1. PROFESIÓN Y ESPECIALIZACIÓN: PRINCIPALES RASGOS SOCIOLOGICOS

Nuestro enfoque resalta el papel de la economía en el mercado laboral, alejándose de aquellas concepciones que defienden el origen de las especialidades como algo consustancial al desarrollo de los conocimientos o como la evolución, cada vez más compleja de una ocupación (1). Las especialidades ofertarían mercancías claramente distinguibles y organizarían un mercado donde distribuir unos servicios sobre los que reclamar monopolio (2).

A diferencia de la profesión médica, las especialidades habrían de legitimarse no sólo frente a la sociedad sino dentro de la misma medicina, en un proceso dirigido por los propios profesionales, con los consiguientes conflictos de competición por la apropiación del monopolio. Rosen (3) ya destacó que la especialización, en sus inicios, resulta un fenómeno relativamente independiente de las demandas y necesidades de los usuarios. La demanda no sería una respuesta a necesidades medidas objetivamente sino fruto de una «transformación social de las necesidades» (4) y en la que resultaría decisiva la participación del grupo profesional interesado.

Un aspecto relevante, dentro de este marco conceptual, es advertir la manera en que se define la mercancía ofertada. Frente a aquellas concepciones que plantean como primera tarea profesionalizadora la adquisición de un cuerpo de conocimientos (5), otros autores (6) han sugerido que la definición de la mercancía se produciría previamente al desarrollo de la base cognoscitiva, pues para su elaboración y transmisión controlada resulta condición previa la organización de los trabajadores que prestan servi-

(1) GRITZER, G.; ARLUKE, A. (eds.). *The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980*, Berkeley, University of California Press, pp. XI-XXII.
 HALPERN, Sidney A. (1988). *American Pediatrics. The Social Dynamics of Professionalism, 1880-1980*, Berkeley, University of California Press.

(2) WEBER, M. (1978). *Economy and Society*, Berkeley, University of California Press, vol 1.

(3) ROSEN, G. (1944). *The specialization in Medicine with particular reference to ophthalmology*, New York, reprint Arno Press and The New York Times, 1972.

(4) HOFUSS, D. (1986). Health Professionals: The Origins of Species. *Social Science and Medicine*, 22, 201-9 (p. 205).

(5) LARSON, M. S. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*, Berkeley, University of California Press.

(6) GRITZER; ARLUKE (1985), *op. cit.* en nota 1.

cios similares y el reconocimiento, por los consumidores, de la viabilidad del producto.

A continuación pretendemos mostrar que la propia dinámica desencadenada por las campañas sanitarias facilitó el proceso de formación de ciertas especialidades médicas, en relación con la constitución del mercado, la definición de la mercancía y el proceso de negociación intraprofesional en la delimitación del monopolio. Usaremos los casos históricos de la lucha contra la mortalidad infantil (respecto de la Pediatría/Puericultura) y la lucha contra el cáncer (respecto de la Radioterapia).

2. DELIMITACIÓN DE MERCADO Y ESPECIALIZACIÓN INCIPIENTE

Un rasgo que llama la atención en el abordaje sociohistórico de las campañas sanitarias de comienzos de siglo es la coincidencia de su aparición en terrenos profesionales todavía poco consolidados, poco definidos o de muy reciente definición, lo cual equivale a decir mercados médicos inexistentes o indefinidos y concepciones disciplinares incipientes. Por este motivo, resulta muy clara la relación entre la dimensión mercantil y la propiamente científica en el nacimiento de la especialidad de que se trate, como podemos observar en los ejemplos históricos que siguen.

2.1. *La contribución de la campaña contra la mortalidad infantil a la consolidación de la Pediatría*

El estado actual de la historiografía plantea que, para que los niños, y, en particular, los lactantes, se hicieran visibles para la medicina, tuvieron que coincidir una intensa preocupación social (de índole poblacionista) por el problema de la mortalidad infantil —lo que condujo a la aparición de centros (dispensarios, hospitales) para asistencia de niños en Inglaterra y en Francia a lo largo del siglo XVIII— y una elaboración técnica que permitió el reconocimiento de enfermedades fuera del ámbito del diálogo con el médico, acercamiento científico-natural que se inició con la doctrina anatomoclínica. Carecemos, sin embargo, de estudios que tengan en cuenta la dimensión mercantil en los orígenes de la Pediatría.

A partir de 1876 comenzó en España el establecimiento de puestos especializados, con la fundación privada del Hospital del Niño Jesús en

Madrid (7), el cual, acuciado por carencias económicas, fue absorbido por la Beneficencia pública en 1889. Entre 1892 y 1910 se abrieron otros centros parecidos, en su mayor parte sustentados por la beneficencia privada, en Barcelona (Hospital del Niño Dios, en Gracia, y Hospital de Niños Pobres), Baleares, Tenerife, Zaragoza y Teruel, por lo menos (8). Los hospitales benéficos públicos adscritos como Clínicos a las Facultades de Medicina también se dotaron de salas de niños desde mediados de los años ochenta del siglo XIX. Consultas ambulatorias se establecieron en centros benéfico-docentes a partir de la etapa de libertad de enseñanza, aunque su continuidad no estuvo garantizada hasta decenios después, desapareciendo en razón de los cambios de profesorado. Si tomamos Granada como ejemplo, el catedrático de Obstetricia Antonio Gómez Torres (1836-1888) abrió el primer consultorio en 1869; Andrés Martínez Vargas (1861-1948) lo mantuvo en su breve paso por dicha Facultad (1888-92), pero sólo desde 1907 pervivió sin interrupción, dirigido por el catedrático de Oftalmología Rafael García-Duarte González (1865-1938) y, más adelante, por su hijo Rafael García-Duarte Salcedo (1894-1936), como catedrático de Pediatría.

La Medicina de los niños salió a la calle con intensidad en los comienzos del siglo veinte, en España desde 1902, mediante el movimiento médico-social que se articuló en torno a la disminución de la mortalidad infantil (9). Su motivación expresa, como la del resto de las campañas

-
- (7) ASOCIACIÓN Nacional para la fundación y sostenimiento de hospitales de niños, bajo la protección de S.A.R. la Serenísima Princesa de Asturias. Estatutos, (1876). *Revista de Beneficencia, Sanidad y Establecimientos Penales*, 1 (8), 113-114; 123-125.
- (8) LÓPEZ NÚÑEZ, A. (1908). *La Protección a la Infancia en España. Congreso Nacional de Educación Protectora de la Infancia abandonada, viciosa y delincuente*, Madrid, Imp. E. Arias [reimp. *Los inicios de la protección social a la infancia en España*, Madrid, Editorial Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 1992], pp. 169-175 y noticias en la revista *Pro-Infantia*, publicación oficial del Consejo Superior de Protección a la Infancia, en 1910 (volumen 2).
- (9) DWORK, D. (1987). *War is good for babies and other young children. A history of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898-1918*, London, Tavistock; MECKEL, R. A. (1990). *American public health reform and the prevention of infant mortality 1850-1929*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press. ROLLET-ECHALIER, C. (1990). *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIème République*. Paris, PUF/INED. FILDES, V.; MARKS, L.; MARLAND, H. (eds.) (1992). *Women and children first. International maternal and infant welfare 1870-1945*, London, Routledge. COOTER, R. (ed.) (1992) *In the name of the child. Health and Welfare, 1880-1940*, London, Routledge. Sobre

médico-sociales (10), unía la argumentación poblacionista (el baldón demográfico que la elevada mortandad de lactantes colgaba sobre España en el contexto europeo) (11) con la preocupación moral (problemas de la lactancia mercenaria o el trabajo materno fuera del hogar) y el afán filantrópico o reformista. Su desarrollo se basó en la diseminación de unos centros de nuevo tipo, las Gotas de Leche/Consultorios para Lactantes, encaminados a cubrir un triple objetivo: vigilancia médica del crecimiento infantil, acción divulgadora de la higiene y suplemento de la alimentación de los niños en caso de ser necesario. La vigilancia médica también implicaba una atención a la detección precoz de enfermedad (12). Los principales recursos empleados eran la visita y pesado periódicos de todos los niños menores de dos años, el consejo médico directo o, más adelante, las clases de maternología, y el suministro de leche esterilizada. La consolidación de sus objetivos se mantenía con una gran atención a su dimensión educativa. Por ejemplo, durante la etapa republicana, y dentro de los servicios estatales de sanidad, la labor de los Centros puericultores se entendió prioritaria en el aspecto de instrucción popular, como «centros que eduquen y adiestren al público» (esto es, a las madres), y para lo cual pedían que por ellos «debe desfilar todo lactante sano» (13).

Todas las funciones que hemos señalado, salvo la manipulación de la

España, puede verse: RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1985). Aspectos sociales de la Pediatría española anterior a la guerra civil, 1936-39. In: J. L. Peset (ed.), *La Ciencia moderna y el nuevo mundo*, Madrid, C.S.I.C., pp. 443-460. RODRÍGUEZ OCAÑA; ORTIZ GÓMEZ, T.; GARCÍA-DUARTE ROS, O. (1985). Los consultorios de lactantes y gotas de leche en España, *Jano*, 29 (n.º 663-H), 1066-1072; RODRÍGUEZ OCAÑA (1993). La infancia ante la enfermedad y la muerte. En: J. M. Borrás (ed.), *Un siglo en la historia de la infancia en España (1834-1936)*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales (en prensa).

- (10) Cf. RODRÍGUEZ OCAÑA, E.; MOLERO MESA, J. (1993). La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: MONTIEL, L. (coord.) *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense, pp. 133-148.
- (11) Véase la Proclama del Primer Congreso Español de Pediatría, a celebrar en Palma de Mallorca en 1914, firmada por Andrés Martínez Vargas en *Gaceta Médica Catalana*, 37 (1), 71-73.
- (12) GARCÍA QUINTANA, S. (1914). *La protección a la maternidad y a la primera infancia en Barcelona*, Barcelona, F. Alés, p. 30.
- (13) HERRERA RUBIO (1935). Factores que hay que considerar en la lucha contra la mortalidad infantil. *Pediatría y Puericultura*, 3, 95-102 (pp. 96-97).

leche, corrían, inicialmente, a cargo de los médicos pues la enfermería de puericultura se organizó más tardíamente (apertura de la Escuela Nacional en 1926).

El suministro de leche esterilizada en biberones contradecía, no obstante, los argumentos de los pediatras, defensores a ultranza de la lactancia materna y para quienes la familiaridad con el biberón producía los mayores estragos (14). De hecho el recurso a la difusión del biberón por la campaña sanitaria requiere una interpretación más compleja, no solamente a la luz de las doctrinas científicas, sino en conexión con otra serie de argumentos de orden político general —en el más amplio sentido de la palabra—. Entre ellos debemos considerar el servicio benéfico como atracción para masas y estratos de población que, de otro modo, no habrían aceptado la nueva cultura médica. Un argumento que puede servir de confirmación *a posteriori* es la evidencia del abandono por los pediatras de las tareas puericultoras en manos de otros estratos sanitarios no médicos, auxiliares o enfermeras puericultoras, consumado en los años 50, una vez alcanzado el *status* de gestores de la enfermedad infantil.

El periodo de consolidación de la especialidad, que, de acuerdo con la gestación de sus supuestos científicos, Seidler no considera cerrado hasta 1923 (15), coincidió notoriamente con los grandes esfuerzos de popularización de la campaña que comentamos. Al mismo tiempo, hay que advertir el largo proceso de negociación intraprofesional que condujo a la segregación definitiva de la Pediatría desde el campo original de las «enfermedades de mujeres y niños».

En abril de 1911, se celebró en Madrid un Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, organizado por Sebastián Recaséns (1863-1933) y Eugenio Gutiérrez (1851-1914) y presidido por Miguel Angel

-
- (14) Son numerosos los testimonios en este sentido: BOROBIO DÍAZ, P. (1893). *La mortalidad de los niños en Zaragoza. Sus causas y sus remedios*, Zaragoza, C. Ariño y Zaragoza, Tip. E. Casañal, 1906; COLL Y BOFILL, J. (1900). *La mortalidad infantil en Barcelona. Sus causas y profilaxis*. (Memoria laureada por la Academia de Higiene de Cataluña en el concurso de 1899-1900), Barcelona, Imp. Suc. F. Sánchez, p. 54; COMBY, J. s.a. [1900] *Tratado de enfermedades de la infancia*, Barcelona, Salvat e Hijo, p. 19; MARFAN, A. B. (1926). *Clinique des maladies de la première enfance*, Paris, Masson et Cie, p. 47.
- (15) SEIDLER, E. (1974) El desarrollo de la Pediatría moderna. In: P. Laín Entralgo (ed.), *Historia Universal de la Medicina*, vol. 6, Barcelona, Salvat, pp. 203-215.

Fargas (1858-1915), donde se acordó crear una Asociación Nacional del mismo ámbito (16). La Sociedad de Pediatría de Madrid, presidida por Francisco Criado Aguilar (1850-1946), por las mismas fechas, defendía que los objetos de esta especialidad y los de Obstetricia y Ginecología estaban netamente diferenciados, confiando en «las instituciones de todo orden» como demostración activa de su existencia separada (17). El mismo año de 1911, comentando la celebración del (tercer) Congreso Internacional de *Protección a los niños de pecho (Gouttes de Lait)*, en Berlín, que simbolizaba la consagración internacional de la campaña, Enrique Suñer, uno de los delegados hispanos, resaltaba «la intervención casi exclusiva de los paidópatas en la alta dirección y organización de este Congreso, pues el único tocólogo que ha figurado en el Comité, Bumm, ha tenido mucho cuidado de exhibir como única representación la de Presidente de la Sanidad Imperial».

La campaña médico-social contra la mortalidad infantil, en efecto, proporcionó a los médicos de niños un medio para sustentar su carrera independiente, aunque, a corto plazo, su gestión dependió de la relación de fuerzas entre distintos sectores médicos y su vinculación política. Tal fue el caso con los servicios de financiación pública que organizaron los grandes ayuntamientos, como podemos observar en Madrid y Barcelona.

En la capital del Reino, la primera consulta municipal de niños enfermos fue asignada a Dionisio Gómez Herrero en 1892, y justificada por la experiencia ganada por este con anterioridad como médico de guardia en el hospital del Niño Jesús (18). El primer Reglamento de la Institución Municipal de Puericultura, tanto en su versión provisional, de finales de 1913, como definitiva (1915) (19), restringía de hecho sus puestos a los médicos con formación pediátrica, pues repartiéndose las plazas por concurso entre médicos de la Beneficencia, se valoraba la experiencia en atención infantil. Y ni a la disputa de la vacante sacada a concurso en 1919 ni a la de 1921, cuyos expedientes administrativos se conservan, concurre-

(16) Noticia recogida en *La Medicina de los Niños*, 12, 97-98.

(17) *DISCURSOS leídos en la... sesión inaugural de la Sociedad de Pediatría de Madrid...*(1913), Madrid, Imp. La Editora, p. 16.

(18) Expediente promovido a instancias de D. Dionisio Gómez Herrero... (1891), *Archivo Municipal de la Villa de Madrid*, 13-409-31 (en adelante, *AHV*).

(19) Expediente... bases para organizar la ampliación de la institución llamada Gota de Leche, *AHV*, 18-156-56. Expediente... proyecto de Reglamento... (1915), *AHV*, 22-27-6.

ron candidatas con *curricula* de obstetricia (20). Sólo en diciembre de 1932 se propuso, por el entonces Director de la I.M.P., Aurelio Romeo (1878-1939), un plan para crear una Consulta Prenatal en cada Dispensario, plan del que no nos consta su realización (21).

En Barcelona, en cambio, la dirección del proceso de creación de servicios médicos puericultores correspondió a profesionales tocólogos, al menos hasta los años veinte. En efecto, el 14 de agosto de 1903 entraba en funcionamiento en la capital catalana la Casa de Lactancia, dirigida por Macaya, en el Dispensario municipal de la calle Sepúlveda (en pleno distrito 6.º) (22) para proporcionar leche esterilizada a las madres pobres que no podían lactar a sus hijos. A comienzos de 1908 se le añadió un Consultorio para niños de pecho, dirigido por Isidro Calvet Nava (muerto en 1911) y un Consultorio para embarazadas pobres, a cargo de Agustí Farriols (1858-1925) (23), en un local de la calle Valldoncellas. En 1913 se trasladó a su sede definitiva, un edificio nuevo en la calle de las Corts, y enseguida pasó a estar dirigida por Enrique Robledo y Negrini (1859-1919) (24). En 1918, la Casa Municipal de Lactancia se convirtió en Instituto de Puericultura de Barcelona, bajo la dirección de Farriols (25). Tanto Macaya como Farriols y Robledo tenían formación de tocólogos y puestos en la plantilla de Beneficencia en su calidad de tales; los dos últimos compartieron la dirección de la Casa de Lactancia con la de Maternidad.

-
- (20) Expte. a virtud de acuerdo de la Comisión 5.ª... (1919), *AHV*, 22-28-11 y Expte. relativo a recurso interpuesto por D. Santiago Cavengt (1921), *AHV*, 27-80-2.
- (21) Expte. ... consulta prenatal (1932), *AHV*, 29-416-85.
- (22) ULECIA y CARDONA, R. (1912). Consultation für Brustkinder und Gouttes de Lait. In: A. Keller; Ch.J.Kumblér (eds.) *Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten*, vol.1, Berlin, Springer, p. 839.
- (23) MASÓ BARRAQUER, M. (1916). La Casa de Lactancia y Puericultura del Ayuntamiento de Barcelona (Valdoncella 20). *Gaceta Médica Catalana*, 39/1, 417-422, indica que esta dependencia se inauguró en abril de 1907, lo que no concuerda con el testimonio de CALVET NAVA, I. (1908). Casa municipal de Lactancia. Relación de servicios prestados. *Gaceta Médica Catalana*, 31/2, 161-163, ni con GARCÍA QUINTANA, S. (1914), *op. cit.* en nota 14.
- (24) ROBLEDO (1917). *Memoria resumen de los servicios prestados en la Casa Municipal de Lactancia durante el año 1916*, Barcelona, Talleres Gráficos Bores. CALBET, J.; CORBELLÀ J. (1983). *Diccionari biogràfic de metges catalans*, vol. 3, Barcelona, Fundació Salvador Vives Casajuana y Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona.
- (25) Junta de Protección a la Infancia de Barcelona (1918). *Pro-Infantia*, 15, 265.

Cabe la hipótesis razonable de considerar esta distinta relación de sendos ayuntamientos con la especialidad pediátrica de acuerdo con la presión social generada por el cuerpo de especialistas naciente. Parece que en Madrid los paidópatas gozaban del apoyo real y de la nobleza, a partir del centro hospitalario modelo allí fundado. Recordemos que el art. 2.º de los Estatutos de la Asociación nacional creadora del Hospital madrileño del Niño Jesús, afirmaba que de sus clínicas se obtendría con el tiempo «una respetable clase de médicos especialistas» (26). Esta protección, sin duda instrumentada a través de alguno de los mecanismos clientelares dentro del juego de élites que configuraba el gobierno municipal, les permitió acceder con prontitud al escalafón de Beneficencia y hacerse fuertes en él. En cambio, en Barcelona, la posición de la figura dominante del panorama pediátrico catalán, el catedrático Andrés Martínez Vargas (1861-1948), era políticamente opuesta a la dominante en unos consistorios de cariz crecientemente regionalista o nacionalista; fundó una efímera «Asociación Española de Pediatría», compuesta por él y sus subordinados, alumnos y discípulos, de la que la revista *La medicina de los niños* actuaba como portavoz. Tampoco podemos olvidar que en la capital catalana no existieron centros hospitalarios de especialización pediátrica fuera del hospital clínico; incluso el panorama benéfico privado estuvo dominado por los especialistas en enfermedades de mujeres y niños, como fue el caso del cubano Francisco Vidal Solares (1854-1922) y su Dispensario (1890), luego Hospital de Niños Pobres (1892 en adelante), cuyas cifras de actividad se recogían en la revista *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, fundada en Barcelona en 1887 y que se mantuvo hasta 1922 (27).

La fundación de la Escuela Nacional de Puericultura (R.D. de 23 de mayo de 1923, ley de noviembre de 1925; primer curso oficial en octubre de 1926) marcó el hito decisivo en el proceso de segregación de ambas especialidades, que se completó con la contratación de médicos pediatras-puericultores por la Sanidad pública durante la República, para atender los Servicios de Higiene infantil. Simultáneamente, los tocólogos recibieron su propia parcela de reconocimiento, con la institución del Seguro de Maternidad (D. de 26 de mayo y Ley de 10 de septiembre de 1931) (28).

(26) ASOCIACIÓN nacional... (1876), *op. cit.* en nota 7.

(27) También su paralela madrileña, *Anales de Obstetricia, Ginecopatía y Pediatría* adoptó ese nombre compuesto en su última etapa, 1881-99, después de haber sido fundada como *Anales de la Sociedad ginecológica española* en 1875.

(28) Cf. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1990). La asistencia médica colectiva en España,

2.2. *La contribución de la lucha anticancerosa a la formación de la especialidad de Radioterapia*

La percepción del cáncer como problema médico-social encuentra en España (29) su antecedente más remoto en 1864, durante la celebración del Congreso Español de Medicina (30). El acuerdo allí alcanzado de crear una comisión de estudio del cáncer, compuesta básicamente por cirujanos, inauguró una etapa caracterizada por la necesidad de establecer una valoración nacional del problema canceroso, el protagonismo quirúrgico en la terapéutica y la adopción de medidas a remolque de las propuestas de ámbito internacional. Dicho protagonismo determinó, en la primera década del siglo, las bases fundamentales que perfilaron la lucha, sobre todo en países tales como Alemania y Austria (31). En efecto, la preocu-

hasta 1936. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales (Colección Informes, Serie Bienestar Social y Asuntos Sociales), pp. 321-361.

- (29) MEDINA DOMÉNECH, R. M. (1993). *Estrategias profesionalizadoras en el origen de una especialidad médica. El caso de la Radioterapia Española (1895-1936)*, Granada, Universidad, Tesis Doctoral (disponible en microfichas). Los trabajos de LLOMBART RODRÍGUEZ, A. (1943). *El problema del cáncer en España. (Medicina Social)*, Madrid, Imprenta Soler, Publicaciones de la Delegación Nacional de Sanidad y CONILL, V. (1956). *La lucha contra el cáncer en Cataluña. I.a primera época... Conferencia ...*, Madrid, José Luis Cosano, carecen de un mínimo rigor histórico. Como bibliografía internacional de interés, véanse: PINELL, P. (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France*, Paris, Éditions Métaillié; DARMON, P. (1986). *Le cancer: prise de conscience collective et genèse d'une grand peur. Histoire Economie Société*, 54, 591-609; SCHAFFER, P. (1987). *Les cancers dans la société: fréquence, étiologie et prévention. In: COLLANGE, J. F. (ed.), Cancer et Société. Les conditions socio-culturelles de la santé et de la maladie*, Strasbourg, Ass. de Publications près les Universités de Strasbourg; MURPHY, C. S. (1986). *A history of Radiotherapy to 1950. Cancer and Radiotherapy in Britain 1850-1950*, Manchester, University, Ph. D. thesis; PATTERSON, J. T. (1987). *The dread disease. Cancer and modern american culture*, Cambridge Mass., Harvard University Press; LEDERER, S. E. (1988). *A cultural history of cancer. Med. Humanit. Rev.*, 2, 65-8; SONTAG, S. (1981). *La enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, Muchnick.
- (30) *ACTAS de las sesiones del Congreso Médico Español (1864)*, Madrid, Imp. José M. Duçazcal.
- (31) POBLACIÓN SÁNCHEZ, C. (1909). *La lucha contra el cáncer de útero. Elementos que deben servir de base para la formación de una estadística de curaciones. Medios conducentes al aumento de la curabilidad*. Fondos de la J.A.E. Archivo de la Biblioteca Central del C.S.I.C., D-70, p. 48.

pación mostrada en proclamas y discursos por los médicos españoles sólo quedó reflejada en la distribución del cuestionario propuesto en la I Conferencia Mundial contra el Cáncer (1910) (32) y en las propuestas del ginecólogo Villa, durante el II Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría (1911), para elaborar una estrategia de lucha contra el cáncer de útero, que tampoco fueron más allá (33).

La justificación de las campañas en todos los casos hizo hincapié en la dimensión catastrófica de la situación para la colectividad nacional, dimensión subrayada por el carácter de *evitable* que el discurso médico otorgaba a las condiciones morbosas determinantes de la situación. Se alcanzó la caracterización del cáncer como problema social a partir del incremento de su incidencia, el impacto de la enfermedad en edades productivas de la vida, la carencia de medios asistenciales, agravada por factores demográficos, y el recurso a la significación moral de la enfermedad (horror y repulsión) que encontró sustento científico en las teorías etiológicas del momento.

Los logros institucionales alcanzados hasta la primera década de este siglo, tales como la creación de una Comisión de Estudio del Cáncer (1864) y del Comité Central para el Estudio del Cáncer (1909), transformado, en el mismo año de su creación, en Asociación Nacional de la Lucha contra el Cáncer, apenas tuvieron un correlato factual (34). La incorporación de los remedios radioactivos a las propuestas de lucha se produjo a lo largo del segundo decenio del siglo (35) y tuvieron su reflejo institucional a partir de 1924 con la creación de la Liga Española de la Lucha contra el Cáncer.

Los conocimientos sobre el cáncer impartidos en las Facultades de Medicina estuvieron dispersos en los contenidos de diversas asignaturas y, paralelamente, algunas cátedras de Terapéutica incorporaron a sus ense-

(32) *Revista Médica Española. Boletín de Higiene y Salubridad*, 1, 1910, 92-94; *El Siglo Médico*, 57, 1910, 173; *Revista de Medicina y Cirugía*, 24, 1910, 257-260.

(33) VILLA, I. (1911). La lucha contra el cáncer de útero. In: *Actas del II Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*. Madrid, Casa Vidal, pp. 577-581 (p. 578); *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 91, 463.

(34) La Asociación española se adhirió a la Asociación Internacional, *Internationale Zentral-komitee für Krebsforschung und Krebsbekämpfung*, en 1910.

(35) PULIDO FERNÁNDEZ, A. (1915). Estado actual de la radioterapia contra el cáncer en el extranjero. *El Siglo Médico*, 62, 162-185 (p. 162).

ñanzas las nuevas esperanzas terapéuticas de las radiaciones (36). Su integración definitiva en los programas docentes fue impulsada, en gran medida, por el desarrollo de la campaña sanitaria. En 1920 se creó la cátedra de Electrología y Radiología en la Facultad madrileña mediada por el impulso personal de Calatayud Costa (1880-1931). Sin embargo la nueva situación docente no se hizo extensiva al resto del territorio español. Aunque se sucedieron los cursos específicos sobre radiología y radioterapia, estos últimos con frecuencia inscritos en las asignaturas de Dermatología y Ginecología, hasta 1932 no se incorporó la asignatura de Terapéutica Física, en sexto curso, a los *currícula*. La iniciativa partió de la Universidad Autónoma de Barcelona, proponiéndose su extensión, en 1936, al resto de las facultades. Cabe también destacar la labor docente desarrollada en el Pabellón del Cáncer del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo creado bajo el patrocinio benéfico en la década de los 30 (37).

La radioterapia, como propuesta terapéutica y foco de especialización médica, se consolidó gracias a la lucha sanitaria. Para su ratificación científica era esencial la elaboración de una estadística que avalase los buenos resultados obtenidos; por ello, la campaña de educación popular estuvo orientada hacia una clara medicalización de la prevención anticancerosa, con objeto de incrementar la demanda hospitalaria procedente del público y, especialmente, de otros profesionales de la medicina.

El elevado coste de las instalaciones, la necesidad de experimentar en un gran número de pacientes y la docilidad de los pacientes pobres (38)

(36) La incorporación más precoz de la que tenemos noticia data de 1909, año en el que el catedrático de Terapéutica de Barcelona, Carulla Riera, agregó a la asignatura contenidos de electrología y radiología. *Therapia*, 1, 1909, 4.

(37) *Anales del HSCSP*, 4, 1930, 389; *Revista Médica de Barcelona*, 8, 1932, 322-324; *Annals de l'HSCSP*, 9, 1935, 244-246.

(38) Existen notorios testimonios médicos que señalan el difícil seguimiento y la resistencia a someterse a ciertas técnicas de los pacientes que acudían a las consultas privadas. Así: «Únicamente deploramos que por estar formado el mayor contingente de nuestros enfermos por individuos pertenecientes a la clientela privada, no nos ha sido posible seguir rigurosamente, en todos los casos, el curso del tratamiento, con frecuencia interrumpido con ausencias, ocupaciones particulares, etc. (...) Nos fue posible verificar algunos ensayos en un caso de epiteloma de frente, pero este estudio no pudo completarse por no prestarse a ello el enfermo (...)». COMAS, C.; PRIÓ, A. (1903). Consideraciones generales sobre roentgenterapia. *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, 29 (7), 346-358 (pp. 347 y 352). «El cliente rico huye de la

hizo de los centros benéficos el lugar ideal para la implantación de los nuevos recursos. El análisis de la actividad asistencial llevada a cabo en diversos centros, refleja que el concepto de demanda asistencial jugó un papel decisivo en el proceso de negociación para la adquisición de infraestructura, aunque su percepción fue sobrevalorada por el personal facultativo. Así, en la Sección Roentgen del Servicio de Cancerología del Hospital de San Pablo el número de pacientes tratados en el periodo 1932-1934 descendió en más de un centenar respecto al periodo 1927-1930, mientras que en la Sección de Radiumterapia las cifras de tratados con radium permanecieron prácticamente estables entre 1927 y 1932, apreciándose un descenso en 1934, sin que tampoco se advierta un crecimiento en el dominio de la práctica privada. En el Gabinete Radiológico de la Facultad de Medicina de Granada, tuvo mayor peso el uso diagnóstico de las radiaciones que el terapéutico, de modo que el número de las radiografías y radioscopias se multiplicó por 15 en 1930-31 respecto de 1921-23, mientras que las sesiones de radioterapia descendieron a la mitad. Tampoco se incrementó la asistencia en el Instituto Nacional del Cáncer de Madrid durante el bienio 1929-1930, único periodo del que se dispone de información, con disminución de la media mensual de pacientes ingresados de 133 a 116, mientras que la de pacientes tratados descendió en el segundo año de actividad, en especial a expensas de la radiumterapia.

Las diversas asociaciones que constituyeron el entramado institucional y financiador de la campaña anticancerosa sirvieron para dotar los establecimientos hospitalarios con el instrumental necesario para la puesta en marcha de la terapéutica radioactiva. En Cataluña, en 1913, impulsada por Fargas Roca y Carulla, se fundó la Asociación Benéfica Radio-Barcelona, que tenía por único objetivo la adquisición de radio (39). El elevado coste del metal, que hacía imposible su adquisición por particulares, la necesi-

electricidad, el pobre la soporta, porque suele buscarla gratuita y sólo pierde el tiempo que su enfermedad le concede generalmente (...) No sería difícil encauzarle por el buen camino si se enviara al especialista la legión de enfermos que pueden sacar provecho innegable y rápido de esta clase de tratamiento, y esto lo prueba el que acepta gustoso las largas aplicaciones de radio y que hasta solicita la aplicación diagnóstica y terapéutica de los rayos X.» ARTEAGA, A. (1917). Al Dr. Calatayud, de Madrid. *Revista Española de Electrología y Radiología Médica*, 6, 47-49 (p. 47).

- (39) ESQUERDO, A. (1917-1918). Resultados de la aplicación del Radium en el cáncer del útero, en enfermos del HSC, durante doce meses. *Anales de la R.A.M.C. de Barcelona*, 63-67 (p. 63).

dad de validar el nuevo remedio con experiencia clínica y su carácter *benéfico-social*, que dotaría a todas las clases sociales de los beneficios de los nuevos procedimientos, eran el marco de justificación en el que nacía la asociación. La agrupación estuvo promovida por profesores de la Facultad de Medicina, médicos y algunos particulares barceloneses (40). Dos días al mes se ofrecía el radium al Hospital Clínico, la Casa de la Caridad y a los Hospitales de la Santa Cruz y del Sagrado Corazón, el tiempo restante se alquilaba, con ciertas restricciones, a los médicos que lo solicitaban. Como el ginecólogo Esquerdo (1853-1921) señalaba, la difusión del radium no encontraba su obstáculo en una falta de audacia médica sino en la carencia del remedio o de enfermos para su aplicación. Los pacientes pobres podrían cumplir las funciones de sujetos experimentales con los que avalar una práctica sistemática alejada del curanderismo, uno de los enemigos de la práctica científico-médica tradicional (41). De esta forma, la Asociación propició el lanzamiento de un arma terapéutica que permitía atraer al dominio médico una patología frecuente y a unos pacientes que no eran proclives al socorro médico.

La Liga catalana contra el cáncer y la española, asociaciones surgidas al socaire de la campaña en 1924, también plantearon como objetivos prioritarios la obtención de fondos para el suministro de material radioactivo y la financiación de grandes centros oncológicos (42). En efecto, la Liga española fue un armazón básico en el funcionamiento del Instituto Nacional del Cáncer (1922) y la Liga catalana, fusionada con el Patronato Pro-Hospital Asilo de Cancerosos, contribuyó de forma decisiva a la financiación de Pabellón de Cáncer del HSCSP (1930). A pesar de que la mayor presión asistencial provenía de pacientes incurables, el impulso profesionalizador alejó a ambos centros de la tradición asilar enmarcándolos en un modelo hospitalario medicalizado (43).

(40) ASOCIACIÓN Benéfica Radio-Barcelona (1915). Estatutos. *Therapia*, 7, 697-704.

(41) ESQUERDO (1917-18), *op. cit.* en nota 39, p. 63.

(42) CONILL (1956), *op. cit.* en nota 29, pp. 1-2; *Liga Española de la Lucha Contra el Cáncer. Proyecto de organización que sus fundadores someten a la asamblea que se celebrará el día 8 de marzo de 1924* (1924), Madrid, Sucursal de R. Velasco, p. 6; PETIT FREIXAS, J. M. (1928). La campaña contra el cáncer. Carta abierta. La historia de mi alcancía. *Revista Médica de Barcelona*, 15, 2.

(43) MEDINA DOMÉNECH, R. M. (1994). Nacimiento e institucionalización del ejercicio especializado de la radioterapia en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. *Medicina e Historia*, n.º 53 (Tercera época).

3. *TECNOLOGÍA Y NEGOCIACIÓN: FUNDAMENTACIÓN DEL MONOPOLIO*

Otro aspecto que llama nuestra atención es el papel desempeñado por la tecnología, a la vez en el desarrollo de las campañas y en la formación de la especialidad, en particular en el caso de la Radioterapia. El uso frecuente en el discurso médico del recurso retórico al *imperativo tecnológico* legitimó la idea de progreso (44), algo que queda patente al analizar los mecanismos propagandísticos de las nuevas instituciones de prevención infantil. En el caso de los consultorios de lactantes, las fotografías y dibujos de los dispositivos de almacenamiento, esterilización y reparto de leche, calderas metálicas, estufas, llenadoras y otros instrumentos que funcionaban de forma semiautomática, eran empleados como reclamo de modernidad y de progreso, prueba tautológica de su eficacia. En el caso de la lucha contra el cáncer, además, las nuevas tecnologías, promesas terapéuticas manejadas por expertos, ayudarían a racionalizar la crisis sanitaria desencadenada por el fracaso terapéutico.

La reciente literatura sociológica ha intentado esbozar un punto de vista sincrético de la idea de estructura planteándola como un logro y una limitación del esfuerzo humano, ligando de esta forma instituciones y acción. En este marco Barley (45) ha planteado que las tecnologías médicas (entendidas como objetos sociales) ocasionarían diferentes estructuras organizativas laborales (46) (entendidas como procesos, no como entidades) alterando los roles institucionales y los patrones de interacción entre médicos y otras profesiones asociadas. Desde esta óptica adquieren gran relevancia los procesos históricos en los que están inmersas las tecnologías

(44) Sobre el papel del proceso científico-técnico en la legitimación del poder político al ocultar las formas de dominio invocando la necesidad racional de sometimiento al aparato técnico puede verse HABERMAS, J. (1989). *Ciencia y técnica como «ideología»*, Madrid, Ed. Tecnos S.A.

(45) Barley recoge las teorías del orden negociado y el estructuracionismo. BARLEY, S.R. (1986). Technology as an occasion of structuring: Evidence from observations of CT scanners and social order of Radiology Departments. *Administrative Science Quarterly*, 31, 78-108.

(46) Denise Couture también estudia el impacto de los cambios tecnológicos en el trabajo profesional, aunque centrando la atención en su utilización en el trabajo cotidiano. COUTURE, D. (1988). Technologies médicales et status des corps professionnels dans le division du travail socio-sanitaire. *Sociologie et Sociétés*, 20 (2), 77-89.

a la hora de influir en la organización del trabajo. En efecto, una misma tecnología puede ocasionar dinámicas similares y sin embargo alcanzar diferentes resultados estructurales. Veamos el proceso en el caso concreto de los inicios de la radioterapia en España.

La atracción de los nuevos servicios anticancerosos se basó en un empleo propagandístico de sus recursos tecnológicos; pero no sólo en dirección al público. La retórica persuasiva del discurso médico utilizó la confianza en la tecnología radiológica como un argumento esencial en el proceso de fundamentación científica y en la caracterización del monopolio terapéutico. Precisamente era la complicación técnica lo que hacía de la roentgenología una «rama médica bien deslindada» cuyo manejo sólo debía recaer en manos de especialistas (47).

Ahora bien, la delimitación del terreno de la especialidad se produjo en el seno del campo de competencias médicas, por lo que necesitó de un dilatado proceso de negociación entre distintos segmentos profesionales, con avatares diferentes en función de las peculiaridades locales. Esta negociación tuvo su escollo principal en la resistencia de cirujanos, dermatólogos y ginecólogos, principalmente, a ceder su patrimonio terapéutico, percibiéndose la incorporación de las radiaciones como amenaza para la integridad de dichas especialidades.

Aunque otras patologías benignas contribuyeran a su configuración, fue en torno al cáncer donde se fue fraguando el programa terapéutico de la nueva especialidad radioterápica, ya que el alto índice de fracasos quirúrgicos lo convertía en terreno propicio para la investigación. De la alianza con la cirugía resultó, para la radioterapia, un papel subsidiario limitado inicialmente a los casos inoperables. Una vez que sus agentes dejaron de percibir las radiaciones como una amenaza para su monopolio terapéutico, comenzaron a extenderse las indicaciones adyuvantes y profilácticas.

Estos pactos alcanzaron resultados estructurales diferentes en los distintos establecimientos benéficos, a pesar de tratarse de la introducción de una misma tecnología, el instrumental radiológico. En el Hospital de la

(47) Testimonios en este sentido pueden encontrarse en: COMAS, C.; PRIÓ, A. (1903). Consideraciones generales sobre roentgenterapia. *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, 29 (7), 323-328 (p. 323); VILA ABADAL, L. (1933). Estat actual del tractament del càncer de la laringe. *Annals de l'Academia de Medicina de Barcelona*, 15, 75-82 (p. 75).

Santa Cruz y San Pablo, una reglamentación administrativa (1930), consiguió escindir, en función de las patologías, la utilización del remedio y así, mientras que en el Servicio Central de Radiología se practicaba el radiodiagnóstico y la roentgenterapia de afecciones benignas, al Pabellón del Cáncer se le asignaba la radium y roentgenterapia del cáncer. El surgimiento de la especialidad al amparo de los cirujanos en el centro barcelonés, contribuyó notablemente a su consolidación que, finalmente, culminó en la creación del Servicio de Cancerología pionero en el panorama hospitalario español.

En el Hospital Clínico de Barcelona, la radioterapia siguió otro procedimiento institucionalizador, incardinándose en la Cátedra de Terapéutica, mientras que en el gabinete radiológico de la Facultad de Medicina granadina se aglutinó la práctica de diversas técnicas, diagnósticas y terapéuticas, poco consolidadas (hidroterapia, electrología y radiología) en un dispositivo asistencial único (48). La práctica compartida de los remedios radioactivos (rayos X y radium) entre los servicios de radiología y ginecología no suscitaron en la Facultad granadina los enfrentamientos que, por ejemplo, ocurrieron en Madrid; allí, la igualdad jerárquica entre Calatayud, catedrático de Electrología y Radiología, y Recaséns, de Ginecología, convirtió la disputa en paradigma del enfrentamiento entre especialistas por la supremacía docente y clínica (49).

La extensión de la especialidad se sustentó, no sólo ni principalmente en negociar un terreno de práctica con otras especializaciones médicas, sino también, y de modo muy señalado, en la lucha contra el curanderismo. Podíamos interpretar que la especialidad adquiere solidez en tanto que es capaz de ampliar el mercado global médico. Esto resulta particularmente evidente en el caso de las campañas que comentamos, donde se debía disputar un terreno hasta entonces escasamente accesible a los médicos

(48) MEDINA DOMÉNECH, R. M.; ORTIZ DE ZÁRATE, J. C.; OLAGÜE DE ROS, G. (1992). El gabinete radiológico de la Facultad de Medicina de Granada: Un modelo para el estudio de la Historia de la Radioterapia española (1907-1936). *Asclepio*, 44, 31-70.

(49) CALATAYUD COSTA, C. (1922). *Al Consejo Universitario de Madrid. La actuación de los Sres. Decano y Director de Clínicas de la Facultad Central de Medicina en relación con la enseñanza oficial de la Electrología y Radiología Médicas*, Madrid, s.i. GARCÍA FERNÁNDEZ, M. (1922). Crónica de Radiología. La roentgenología como ciencia autónoma. *Progresos de la Clínica*, 22, 209-214.

(incurables y niños). Además, el alejamiento del curanderismo confirmaba el carácter científico de la práctica médica (50). Sirva como ejemplo la propuesta de Guilera (fallecido en 1969), responsable del Pabellón de Cáncer del Hospital de San Pablo, en 1933, al Departament de Sanitat de la Generalitat catalana. En efecto, la campaña sanitaria contra el cáncer debía incluir la lucha contra el curanderismo, planteando el reparto entre la población de folletos con lemas tales como «Desconfiad de los curanderos» y la necesidad de regulación legal (51), pues tales prácticas suponían, según los especialistas, un retraso en el diagnóstico realizado por el médico oficial y por ende la presentación de las enfermedades neoplásicas en estadios que hacían imposible mejorar las cifras de operabilidad (52), uno de los objetivos principales de la campaña anticancerosa.

No hay evidencias de que, a lo largo del proceso en el que se fueron asentando las bases de una especialidad que manejaba técnicas muy lesivas, surgiera algún movimiento de autorregulación que persiguiera otros fines que los centrados en la apropiación del remedio. Tampoco la campaña respondió a postulados asilares que abordaran el gran problema asistencial de los pacientes incurables.

(50) La utilización de algunos remedios, como la inoculación de cultivos erisipelatosos, acercaban la práctica médica a la de los curanderos, sin embargo las actuaciones médicas se justificaban bajo una supuesta intención paliativa. MORALES PÉREZ, A. (1908-1909). *El cáncer como plaga social. Discurso inaugural leído en la apertura del curso académico 1908-1909 ante el claustro de la Universidad de Barcelona*, Barcelona, Universidad, pp. 26-28.

(51) GUILERA MOLAS, L. G. (1933). Medicina social. La lluita anticancerosa a Catalunya. *Butlletí del Sindicat de Metges de Catalunya*, 14 (157), 4-6.

(52) *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*, 4, 1930, p. 88.