

remontándonos a sus problemas más básicos y fundamentales podremos atrapar sus posibilidades, obtener una identidad satisfactoria y cumplir con sus deberes comprensivos y terapéuticos. Sólo estando en condiciones de trazar su camino, podrá escapar a la coerción de una científicidad limitante que en ella se manifestaba ejemplarmente. Estar a la altura del problema es a lo que contribuye con claridad este libro. ■

Pablo Ramos Gorostiza, Hospital de La Princesa, Madrid

**Steven Jay Peitzman. Dropsy, dialysis, transplant. A short history of failing kidneys.** Baltimore: The John's Hopkins University Press; 2007, 213 p. ISBN 0801887348, € 24,95.

El relato describe, según el propio autor —nefrólogo e historiador—, el curso de la(s) enfermedad(es) renal(es), de su descubrimiento y conocimiento paulatino por parte de pacientes, médicos/as, políticos, gobiernos, medios de comunicación, fundaciones y corporaciones. Es un recorrido terminológico, de la perspectiva médica y del paciente, pero también del orden social, laboral y moral. El libro se dirige a un público variado. Responde a las inquietudes clínicas de los profesionales sanitarios, de mentes abiertas interesadas por procesos biológicos y fisiológicos o de «profanos» con afán de adquirir conocimientos técnicos sobre enfermedades del riñón: ofrece datos y denominaciones, tratamientos y diagnósticos, nombres de personalidades médicas, es decir, reconstruye la historia del conocimiento médico, de las técnicas y de la enfermedad. Al fin y al cabo, nos permite la comprensión de cómo las enfermedades renales empezaron por una simple retención de líquidos y acabaron con la realización de trasplantes de órganos. Pero el objetivo del autor no se detiene aquí. Peitzman elabora la historia de los/las pacientes, de los cambios en su visión o encuentro con la enfermedad y explica la incorporación progresiva de los actores sociales que configuran el mapa y conceptualización de las enfermedades renales. La(s) propia(s) enfermedad(es) adquiere(n) identidad propia, condiciona(n) las interacciones entre los demás sujetos implicados, el punto de vista clínico o la posición de las autoridades políticas.

El autor respeta en cada paso de su descripción los conceptos y términos propios de la época, contextualiza los procesos y acontecimientos, sin ánimo de traducirlos al lenguaje tecnológico contemporáneo. Sin embargo, al final de cada capítulo, incluye el apartado *A later perspective*, donde presenta una explicación científica actual de los contenidos descritos en el capítulo. La bibliografía se organiza por capítulos y recoge una variedad de fuentes: desde textos como el de Richard Bright publicado en el *Reports of Medical Cases* (1827) a libros y artículos actuales.

El volumen comienza con una explicación: ¿por qué escribir un libro sobre la historia de la(s) enfermedad(es) del riñón? La respuesta es tri-causal: por la incidencia actual (e histórica) de la enfermedad, para presentar cómo se define, categoriza, entiende y trata la enfermedad y, tercero, como símbolo de la medicina tecnológica representada por la diálisis y el trasplante. Nombrar estos tres objetivos no responde a la necesidad objetiva de justificar el libro, sino es, más bien, una forma de expresar a quiénes se dirige el texto y un modo de explicar, de manera concisa, que la medicina altamente tecnológica tiene un pasado, un curso y un por qué.

La primera variable que cambia a lo largo de esta historia es el término mismo de afección renal que pasó de ser una a múltiple. Los enfoques, tratamientos e investigación se hicieron más complejos y los/las pacientes más numerosos (por lo menos se visualizó más su existencia y participación o los costes que generaban). Sin embargo, en el curso de la enfermedad renal hacia las enfermedades renales, el autor nos ofrece comparaciones y paralelismos (tanto reales, como simbólicos), en un aparente juego temporal y sitúa la historia de la(s) enfermedad(es) renal(es) en una espiral, con grandes bucles ascendentes. La técnica no es sólo de estilo expositivo, sino un mensaje indirecto de cómo la historia tiene momentos que se repiten o que se viven e interpretan desde una perspectiva parecida.

La historia del la(s) enfermedad(s) renal(es) empieza en el siglo XVII, cuando están fechados los primeros documentos médicos escritos e ilustraciones representando enfermos/as con hidropesía. En el capítulo se incluye la imagen de una mujer alemana, dibujada en 1695, sentada en una silla y con el cuerpo visiblemente afectado por la hidropesía, una dolencia única a la que se enfrentaban los médicos como enfermedad (no como un cúmulo de síntomas) y descrita como parte del entorno natural. Los tratamientos eran de diuréticos, purgantes, vomitivos y sudoríferos y se aplicaba a menudo la paracentesis como técnica quirúrgica de eliminación del líquido acumulado en el vientre. Los/las enfermos/as se convertían en personas dependientes, con movilidad reducida, a menudo estaban postrados en una silla y, los que tenían posibilidades económicas, buscaban alivio en lugares con climas cálidos. La enfermedad se evidenciaba por la retención de líquidos tanto por los médicos como por el entorno social.

Con el hallazgo de albúmina en la orina y la deformación del riñón, evidenciada por la autopsia, realizado por Richard Bright (1789-1858), la enfermedad renal (todavía una sola enfermedad) se enfocó desde el mecanismo pato-fisiológico y se distanció de su sentido social, fácil de reconocer, y se concentró en manos de los médicos el poder de convertir a las personas en enfermos/as y pacientes. La aportación de Bright determinó el cambio del nombre de la hidropesía, que pasó a ser a nivel formal «enfermedad de Bright» y a tratarse con bicarbonato sódico, laxantes y dieta alimenticia. Además, Bright identificó tres variantes de la ahora patología, lo que llevó a la configuración de dos corrientes de pensamiento: por un lado quienes creían que se trataba de tres enfermedades distintas (F. T. Von Frerichs) y, por otro, quienes las consideraban tres estados/variantes de una misma enfermedad (Rudolph Virchow, George Johnson o William

Osler). La investigación anatómo-patológica y fisiológica que se llevó a cabo sobre todo en Alemania e Inglaterra acabó formulando hacia principios del siglo XX un acuerdo acerca de la existencia de una forma aguda de la enfermedad de Bright, relacionada con enfermedades infecciosas previas, gota o exposición laboral al plomo.

Thomas Addis, en 1931, reconcilió el modelo estructural y funcional de conocimiento médico y usó el nivel de creatinina en sangre como indicador de la función renal. La conclusión de Addis fue que las nefronas de los riñones dañados tenían que compensar el trabajo de eliminar la urea producida por la ingesta de proteínas. El tratamiento propuesto fue básicamente una dieta pobre en proteínas, lo que situaba al propio enfermo como responsable de su evolución, protagonista de su enfermedad, conocedor de sus síntomas y familiarizado con su tratamiento (al igual que lo hacía la hidropesía en el siglo XVII). El propósito del control de la dieta, más allá de la superación o alivio de los síntomas, era la vuelta a una vida laboral activa como indicativo de mejoría.

La investigación médica del siglo XX siguió teniendo como escenario los países europeos, aunque Estados Unidos se unió con rapidez incorporando personal investigador de procedencia europea. El contexto de esta migración fue la reforma de la educación estadounidense (empezada en 1870) y la creación de fundaciones de investigación médica, gracias a la concentración de capital y a la colaboración entre investigadores procedentes de centros dispersos por la geografía estadounidense.

El acuerdo de los científicos sobre el diagnóstico y especificidad del fallo renal agudo, llevó a identificar un nuevo tipo de patología renal «aguda reversible», relacionada con la intoxicación con bicloruro mercurio (empleado como veneno en suicidios y abortos inducidos, sobre todo en la sociedad americana), el uso de fármacos antimicrobianos contra las neumonías o meningitis (sulfonamidas) o tras lesiones musculares provocadas por bombardeos durante la segunda guerra mundial. El síndrome del fallo renal agudo se convirtió en símbolo del horror de la guerra, pero aceleró la búsqueda de conocimientos médicos y llevó a la creación de la máquina de hemodiálisis (por Willem Kolff) y a su uso por primera vez en 1946 en Canadá y en 1948 en EEUU, curiosamente (¿o no?) en dos casos parecidos, de jóvenes mujeres, sin recursos económicos, cuyo fallo renal agudo se había producido tras un aborto auto-inducido con bicloruro mercurio.

Hacia 1950, ya se había definido la nefrología como especialidad médica, la técnica de hemodiálisis mejoró con el uso de nuevas máquinas de acero inoxidable y el tratamiento se organizó alrededor de unidades hospitalarias, con el apoyo de equipos multidisciplinarios de profesionales sanitarios. Se configuraba por tanto, el entramado institucional y organizativo de la especialidad.

La nomenclatura de las diversas enfermedades renales se aclaró una vez puesta en marcha la biopsia renal como técnica de diagnóstico exacto. Aunque las causas de las enfermedades renales no se especificaban, ponerle un nombre exacto a cada tipo de patología ayudó al paciente, en opinión del autor, al permitir adentrarse en los entresijos clínicos de su fallo renal y posicionarse en relación con los/las médicos/as. La

enfermedad se burocratizó inscribiéndose en las secciones 581 y 582 de la *Internacional Classification of Disease*, lo que configuró un marco legal para la gestión de facturas y costes derivados del tratamiento.

La hemodiálisis trascendió la intervención en el fallo renal agudo para aplicarse en el crónico cuando Belding Scribner evidenció la irreversibilidad de algunas patologías renales. Las unidades de hemodiálisis se multiplicaron aunque, en países como EE.UU., pese a contar con apoyo público, se financiaban en gran medida con fondos privados o a través de fundaciones en las que intervenían intereses económicos. Cuando la enfermedad renal crónica grave adoptó el rango de «enfermedad renal terminal» (1972, EEUU), los pacientes que la sufrían pudieron beneficiarse de adquirir una certificación del grado de discapacidad y se configuró un nuevo tipo de paciente, también profesionalizado (no sólo por ser especialista en su propia enfermedad sino, también, porque su ocupación suele ser su propia diálisis).

Hacia los años ochenta, se incrementó, sin precedentes, el número de personas enfermas renales predominando en Norteamérica los pacientes afroamericanos de edad mediana. La enfermedad renal alcanzó el grado de epidemia y se propusieron criterios de igualdad en el acceso a los recursos terapéuticos emergiendo, al mismo tiempo, cuestiones morales, como por ejemplo, si eran «buenos pacientes» o su aceptación del hecho de estar conectados de por vida a la máquina de diálisis. En este punto, Peitzman reflexiona acerca de si la diálisis puede considerarse un fallo o un éxito y concluye que se trata de un entramado de interacciones y debates entre quienes padecen la enfermedad y los profesionales que los atienden.

Las contribuciones de Alexis Carrel, U. U. Voronoy, George Thorn, Murray o Roy Calne (entre muchos otros), posibilitaron el desarrollo de técnicas y fármacos inmunosupresores que permitieron poner en marcha los trasplantes renales. Una tecnología que, para el autor, permitió no sólo el mantenimiento de los/las pacientes, sino, también, su curación, la afirmación de la virtud de la medicina altamente tecnológica y el final de la enfermedad.

En la transición de los siglos XX al XXI, se está dando un enfoque preventivo a las enfermedades renales. Se ha retomado el interés por la dieta rica en proteínas (por ejemplo Barry Brenner ha mostrado que la «hiperfiltración» es el esfuerzo de las unidades celulares sanas del riñón para filtrar las sustancias nocivas, en la misma línea que lo hizo Addis en 1931), por la medicación contra la hipertensión y por frenar la «progresión» de la enfermedad. Las causas del daño renal no son prioritarias, son los factores de riesgo los que interesan ahora. En este siglo se ha abandonado el nombre de «fallo renal agudo» optándose por «enfermedad crónica del riñón», expresión más fácil de entender para los ciudadanos, al igual que lo era la enfermedad de Bright en su momento, según el autor. De la misma manera que Bright, los nefrólogos actuales alertan sobre la alta incidencia de enfermedades renales en la población, aunque hoy en día el objetivo de las políticas médicas es prevenir y detectar el fallo renal, de manera precoz. Pero, se pregunta el autor, ¿cómo se van a enfrentar los gobiernos a los

costes económicos de la asistencia? ¿Cómo se van a equilibrar los presupuestos entre la prevención y los tratamientos de la enfermedad avanzada? ¿Cómo considerar el valor de la detección precoz sin tener en cuenta los costes emocionales y económicos de declarar enfermos/as a millones de personas, sólo a través de una analítica sanguínea? ¿Cómo hacer que la industria farmacéutica contribuya con medicamentos y aparatos, sin influir en la práctica médica? ¿Cómo puede el personal sanitario adaptarse a las necesidades emocionales y asistenciales de quienes padecen la enfermedad, mientras persiste el marco epidemiológico de la enfermedad?

Al igual que al inicio del texto se anunciaban las razones por las que el pasado necesita ser explicado, el libro lanza nuevas preguntas sobre el futuro de las enfermedades del riñón. Seguramente, para responder y comprender las preguntas sobre el futuro, se tendría que completar la historia de las enfermedades renales, que Pietzman acaba a comienzos del siglo XXI, incorporando los procesos tecnológicos, las implicaciones culturales y sociales del proceso, sin descuidar el cambio en las interacciones humanas y en la identidad de donantes y trasplantados/as en diferentes contextos culturales. ■

Alina Danet, Escuela Andaluza de Salud Pública

Laurinda Abreu; Patrice Bourdelais; Teresa Ortiz-Gómez; Guillermo Palacios, eds. *Dynamics of health and welfare: texts and contexts. Dinámicas de salud y bienestar: textos y contextos*. Évora: Edições Colibri; CIDEHUS/UE–Centro Interdisciplinar de História, Culturas e Sociedades da Universidade de Évora; Alfa-Graph/Phoenix TN; 2007, 256 p. ISBN 978-972-772-773-5.

Las antologías de fuentes constituyen una herramienta de gran utilidad en el contexto de la enseñanza universitaria pre y postgraduada, que cuenta con cierta tradición dentro de las ciencias históricas. Desde hace décadas, las demandas docentes han estimulado el desarrollo de este género en el ámbito de historia de la medicina; no así en el caso de la salud pública cuya historia sólo muy recientemente se ha configurado como materia de creciente atención dentro de los estudios universitarios de postgrado.

*Dynamics of health and welfare: texts and contexts* constituye una selección antológica comentada de textos pasados y presentes sobre la salud pública y el bienestar social, y sus intersecciones con el género y con los procesos migratorios y urbanísticos, centrado en Europa y Latinoamérica. El material aparece agrupado en tres grandes campos temáticos, cada cual al cuidado de un equipo de editores específico: «Salud y bienestar» (Laurinda Abreu y Patrice Bourdelais, p. 13-100), «Perspectivas en género y salud» (Teresa Ortiz-Gómez y Denise Bernuzzi Sant'Anna, p. 101-173)