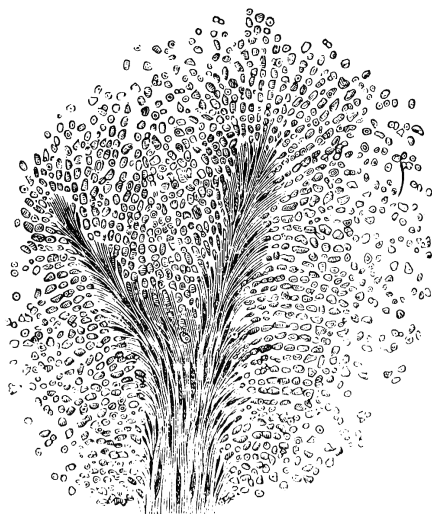


ENFERMEDADES OSCURECIDAS: UNA MIRADA DESDE EL MODELO DEL CÁNCER



José Martínez Pérez



Ediciones de la Universidad
de Castilla-La Mancha

**ENFERMEDADES OSCURECIDAS:
UNA MIRADA DESDE EL
MODELO DEL CÁNCER**



Universidad de
Castilla-La Mancha



José Martínez-Pérez

**ENFERMEDADES OSCURECIDAS:
UNA MIRADA DESDE EL
MODELO DEL CÁNCER**

Lección inaugural del solemne acto de apertura del Curso Académico
2021/2022 de la Universidad de Castilla-La Mancha

Parainfo Universitario del campus de Albacete (Edificio José Prat)
Albacete, 29 de septiembre de 2021



Ediciones de la Universidad
de Castilla-La Mancha

Cuenca, 2021

© de los textos: su autor.

© de la edición: Universidad de Castilla-La Mancha.

Edita: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Colección EDICIONES INSTITUCIONALES n.º 134.

Diseño de la sobrecubierta: Servicio de Publicaciones (UCLM).

Motivo de cubierta: R. L. Virchow, Die Cellularpathologie (1858):
el aforismo omnis cellula e cellula

I.S.B.N.: 978-84-9044-481-8

D.L.: CU 133-2021

D.O.I.: https://dx.doi.org/10.18239/ins_2021_134.00

Imprime: Gráficas Izquierdo, S.L.

Hecho en España (U.E.) - *Printed in Spain (U.E.)*.



Esta obra se encuentra bajo una licencia internacional
Creative Commons CC BY 4.0.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública
o transformación de esta obra no incluida en la licencia Creative
Commons CC BY 4.0 solo puede ser realizada con la autorización
expresa de los titulares, salvo excepción prevista por la ley. Puede Ud.
acceder al texto completo de la licencia en este enlace:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Enfermedades oscurecidas: una mirada desde el modelo del cáncer

José Martínez Pérez

Cátedrático de Universidad

Área de Historia de la Ciencia

Facultad de Medicina (Albacete)

Universidad de Castilla-La Mancha

Señor Rector Magnífico, Excmo. Señor Presidente de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Autoridades, miembros de esta Universidad, señoras y señores, amigas y amigos.

I

En el año 2016, la aparición de un ensayo titulado *La España vacía* supuso el acuñamiento de una forma de aludir a la despoblación que sufre buena parte del mundo rural dentro de nuestras fronteras¹. Con ese trabajo, Sergio del Molino dio impulso a un debate sobre los efectos del abandono de una

¹ Molino, Sergio del. *La España vacía. Viaje por un país que nunca fue*. Madrid: Turner, 2016.

buena parte de la geografía española, del que iba a emerger una nueva manera, que prefiero: “la España vaciada”. Considero que esta forma de denominarla capta mejor un aspecto esencial de la situación y nos conduce de inmediato a un rasgo fundamental de su identidad: el de representar un proceso. El abandono de amplias zonas del territorio español es un hecho constatable, pero es la consecuencia de la acción de una serie de factores —sociales, económicos, políticos, culturales...— que han operado para hacer que sus habitantes hayan decidido dejar sus lugares de origen para buscar bienestar en entornos diferentes. La España “vacía” representa, desde luego, un hecho, pero es la consecuencia de una serie de fuerzas, entre las que ocupan un lugar destacado las que son generadas por los propios seres humanos, que se han conjugado a lo largo de un marco temporal para conseguir ese efecto.

Esta consideración inicial me ha parecido que podía servir para introducir el tema de mi disertación. En lo que sigue, me ocuparé de considerar un fenómeno que afecta en algún momento a las enfermedades generando en torno a ellas una serie de consecuencias, casi siempre desfavorables, sobre el ejercicio de su control sanitario: el de su “oscurecimiento”. Al igual que en el caso de la “España vaciada”, el “oscurecimiento” de una enfermedad es también un proceso. En este sentido, que una enfermedad sea vea “oscurecida” representa un

hecho contingente. No es un rasgo de su esencia. No es una cualidad que le venga dada de por sí, constituyendo un ingrediente permanente o invariable de la misma, sino algo que simplemente puede sucederle en un momento dado dependiendo del modo en que determinadas fuerzas actúen sobre ella para provocar un cambio en el modo en que valoramos su relevancia para nuestro mantenimiento y bienestar a nivel individual y colectivo. Los efectos de esa transformación se dejarán sentir desde luego sobre la enfermedad en cuestión como consecuencia de la nueva forma de comportarnos respecto a ella, pero también, sobre la sociedad en la que ese proceso morboso actúa. Por ello, mi objetivo no es mostrar cómo determinadas enfermedades son “oscuras” por su naturaleza, por poseer un cuadro sintomático poco florido o un comportamiento más larvado sobre el organismo del paciente que dificultan la tarea de alcanzar un diagnóstico. Mi intención va a ser explorar el proceso que conduce a que una enfermedad vea reducido el interés y la preocupación con que es contemplada por un grupo humano, quedando así “oscurecida” con respecto a otras. En la ejecución de esta tarea procuraré también poner de manifiesto algunas de las consecuencias que pueden derivarse de esa metamorfosis, no solo para la enfermedad que la sufre, sino también, para el conjunto de la sociedad.

Al plantearme la forma de desarrollar la exposición me pareció oportuno centrarme en un caso concreto. Tomar como referencia una enfermedad me facilitaba la tarea de mostrar la forma en que determinadas fuerzas operan sobre ella contribuyendo a modificar su relevancia en un determinado momento y lugar. Seleccionar el cáncer como el proceso morboso sobre el que vertebrar mi exposición responde, lo confieso, a un interés personal y profesional —en este momento estamos trabajando en un proyecto que trata de esclarecer cómo fue y lo que representó para los españoles la lucha contra esa dolencia durante la España franquista—, pero también, a las circunstancias actuales. La presente pandemia está provocando que la justificada ansiedad provocada por la COVID-19 conduzca a que otras patologías, que acaparaban gran parte de nuestras preocupaciones hasta apenas hace un año y medio, se hayan visto “oscurecidas”. La acción avasalladora y terrible que está ejerciendo sobre nuestras vidas la expansión del SARS-CoV-2 puede provocar —mi impresión, de hecho, es que ya lo está haciendo—, que aquellos factores que ubicaban el cáncer entre las dolencias que lideran el *ranking* de las que atraen nuestra preocupación se puedan ver alterados y, por ello, que las posibilidades de combatirlo se vean también reducidas. Mi intervención desea funcionar así a modo de advertencia: la que tiene que ver con el temor de que buena parte de

los logros que hemos alcanzado en la lucha contra distintas patologías se puedan ver afectados negativamente por la acción de fuerzas que, como la actual crisis epidémica, sean capaces de ejercer un influjo negativo sobre ellas. Debemos evitar no solo que lo conseguido para poder mejorar nuestra capacidad de respuesta a ciertos procesos morbosos muy relevantes se vea comprometido, sino además, que se pongan en riesgo las tareas de avanzar en su comprensión y tratamiento. Por ello, la labor de interpretar adecuadamente el proceso por el que las enfermedades pueden verse “oscurecidas” implica considerar el modo en que diferentes factores operan para que un proceso morboso pueda adquirir una posición relevante entre nuestras preocupaciones; esto es, a incrementar su “visibilidad”. Ello permite tener un conjunto de indicadores que servirían para avisarnos de que un proceso morboso puede estar viendo comprometida su posición relevante en el conjunto de preocupaciones de los miembros de una sociedad.

He de señalar, que pretendo alejar esta lección del tono de un tratado. He preferido adoptar una aproximación de corte más ensayístico. Como ha hecho notar Fernando Savater, en el tratado el autor se expresa con la confianza y seguridad que le proporciona el hecho de pensar que está transmitiendo un saber sobradamente contrastado. Por el contrario, el ensayo tendría como característica representar un texto abierto. Posee por ello el aire de

un tanteo experimental. De este modo, a diferencia de quien compone un tratado, que se dirige a sus lectores como discípulos, el ensayista lo hace considerándoles compañeros a quienes, aun consciente de su falta de acabamiento, presenta las reflexiones y conclusiones que le han sido sugeridas por sus lecturas sobre un tema, e incluso sus incipientes hallazgos respecto a éste². En su mente subyace así la posibilidad de poder estimular con su trabajo el siempre enriquecedor ejercicio que, para la tarea de generar conocimiento, representa el diálogo constructivo, el intercambio de opiniones y el debate sereno alrededor de un asunto.

El ensayo representa pues un cauce valioso, aunque en ocasiones desdeñado, para ayudarnos a avanzar y mejorar nuestra manera de estar en el mundo. Se comporta, en efecto, como una herramienta muy ajustada para que la Universidad sea capaz de cumplir con esa función que, inquieto sin duda por la posibilidad de que se desvaneciera, reivindicaba Francisco Tomás y Valiente para ella. En su lección inaugural del curso 1992-93 de la Universidad Autónoma de Madrid, el tristemente desaparecido Catedrático de Historia del Derecho se refirió en los siguientes términos a la tarea de la institución universitaria:

² Savater, Fernando. "El ensayo como género". En: Max Weber, *El político y el científico*, 7-10. Barcelona: Círculo de lectores, 1999, pp. 7-8.

“[...] en alguna institución debe tener cabida, protección y estímulo el estudio de aquello que es en apariencia inútil, el afán de conocer por conocer, de repensar lo pensado, de satisfacer la curiosidad sin preocupaciones utilitarias, de investigar lo que al investigador le interesa averiguar aunque no pueda responder a la alicorta pregunta de para qué. Esa institución es la Universidad, donde la libertad del estudio y del saber desligado de urgencias prácticas debe ser no ya tolerada como un lujo, sino cultivada y fomentada como una de las más puras y enriquecedoras manifestaciones del espíritu humano.”³

Por sus características, el ensayo representa un exponente significativo de esta labor que caracteriza y se debe atribuir a la Universidad. Espero que esta disertación, elaborada como respuesta al honor que me concedió el Sr. Rector cuando me propuso impartirla, pueda representar siquiera una pequeña aportación a las muchas contribuciones que, para cumplir con esa tarea que Tomás y Valiente recordaba que representa unos de los rasgos más relevantes de la Universidad, doy por sentado que se llevarán a cabo en esta de Castilla-La Mancha a lo largo del curso académico que hoy inauguramos.

³ Tomás y Valiente, Francisco. *Algunas reflexiones sobre la Universidad, la Historia y el Estado*. Lección inaugural impartida en el curso 1993-94 por el profesor Francisco Tomás y Valiente. *Encuentros multidisciplinares, nº 64 (enero-abril)*. http://www.encuentros-multidisciplinares.org/revista-64/francisco_tomas_y_valiente.pdf. (Consulta: 18/08/2021)

II

El cáncer, ese término con el que nos referimos a un conjunto de enfermedades que tienen en común una serie de rasgos anatómicos, fisiológicos y clínicos, se muestra como un modelo adecuado para explorar la forma en que una entidad morbosa adquiere en un momento notoriedad para un grupo humano y de qué manera puede llegarla a ver “oscurecida”. De manera creciente desde hace más de cien años se ha venido instalando en la vida de los ciudadanos de los países llamados desarrollados como uno de los elementos más relevantes del conjunto de sus preocupaciones. Ello no se debe únicamente al evidente temor que origina por sus altas tasas de morbimortalidad —con aproximadamente 18,1 millones de casos nuevos en el mundo en el año 2018, y alrededor de 9,6 millones de muertes relacionadas con tumores en ese mismo año⁴—, sino también, por el modo en que, como trataré de mostrar a continuación, por razones políticas, científicas, sociales y culturales ha conseguido ir generando en los Estados occidentales una elevada conciencia colectiva acerca de su importancia. La “temida enfermedad”⁵ ha llegado a constituirse en

⁴ *Las cifras del cáncer en España 2020*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2020; pp. 6, 17.

⁵ Patterson, James T. *The Dread Disease. Cancer and Modern American Culture*. Cambridge (Massachusetts)-London: Harvard University Press, 1987.

una metáfora del destino de esa sociedad industrial y urbana que, además de ser considerada un factor de exacerbación del cáncer, parece comportarse de manera similar a él, al crecer de manera implacable y con enorme capacidad de destrucción sobre las poblaciones de las que se nutre⁶. Por lo demás, en ese ascenso hacia una posición jerárquica relevante en el panorama de nuestras preocupaciones, el cáncer se ha comportado a su vez como una patología que ha contribuido al oscurecimiento de otras.

Existe consenso sobre que es posible constatar en la Antigüedad la presencia de procesos morbosos con rasgos próximos a los que ahora atribuimos al cáncer. Aunque no soy partidario de la práctica del diagnóstico retrospectivo, por la inseguridad de las conclusiones que se alcanzan y porque puede trasladar una idea inapropiada sobre los objetivos de la Historia de la Medicina, mencionaré ahora dos testimonios que han llevado a abonar la idea de que la enfermedad cancerosa era conocida por el hombre desde antiguo y contemplada con la preocupación que despierta una enfermedad grave. En el papiro Edwin Smith —un tratado quirúrgico redactado entre el año 3.000 y 2.500 antes de

⁶ Cantor, David. "Cancer". En: W.F. Bynum y Roy Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol 1, 537-559. London-New York: Routledge, 1993; p. 558

nuestra era⁷— se describe lo que ha sido interpretado como un cáncer de mama:

“Si examinas un hombre que tiene tumores protuberantes en su pecho (y) encuentras que [la hinchazón] se ha extendido sobre su pecho sobre esos tumores, (y) les encuentras muy fríos, sin haber en absoluto fiebre en ellos cuando tu mano le toca; no hay granulación, no forma fluido, no genera secreciones de fluido, y son protuberantes a tu mano, deberías decir en relación con ello: ‘uno que tiene tumores protuberantes. Una dolencia que yo enfrentaré.’”⁸

Las dudas sobre si esta descripción de una enfermedad responde a una forma de cáncer se extienden también a otro célebre caso referido por Heródoto (484-424 a. C.), en que el padre de la historiografía narra como el médico Democedes de Crotona —“de los de su época, el mejor que había en el ejercicio de su profesión”⁹— fue llamado por el rey Darío de Persia para que le tratara de una lesión en el pie que

⁷ Breasted, James Henry. “Foreword”. En: *The Edwin Smith Papyrus. Published in facsimile and Hieroglyphic transliteration with translation and commentary in two volumes by James Henry Breasted*, vol. 1, XIII-XX. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press, 1930; p. XIII.

⁸ *The Edwin Smith Papyrus. Published in facsimile and Hieroglyphic transliteration with translation and commentary in two volumes by James Henry Breasted*, vol. 1. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press, 1930; pp. 404-405. La traducción, sobre la versión en inglés de Bearsted, es mía.

⁹ Heródoto. *Historia. Libros III-IV*. Madrid: Gredos, 1979; III-125.

no había podido ser curada por sus médicos personales. Habiendo salido airoso de un encargo tan comprometido, Democedes, que había adquirido ante el rey el rango de “persona importante”, recibió otro que no lo era menos. Cuenta Heródoto que:

“A Atosa, hija de Ciro y esposa de Darío, le salió en el pecho un tumor, que, en su evolución, reventó y fue extendiéndose. Mientras fue de poca monta, ella, como es natural, lo ocultó y, por pudor, no se lo dijo a nadie; pero, cuando se vio en grave estado, mandó llamar a Democedes y se lo mostró. Él entonces le aseguró que le devolvería la salud.”¹⁰

Más allá de las dudas que se han vertido sobre si la dolencia que afectaba a Atosa era un cáncer tal y como lo entendemos hoy —dudas que emergen, entre otras cosas, del hecho de que Heródoto manifiesta que Democedes consiguió curar a la paciente¹¹—, este fragmento permite poner de manifiesto algo que me interesa destacar: la tardanza en producirse la consulta al médico. No solo se debe ésta a la evolución insidiosa del proceso morboso, sino también, y quizás especialmente, a factores culturales: Atosa ocultó su enfermedad por vergüenza, por un prejuicio moral. Emerge así un rasgo del cáncer que lo ha caracterizado durante siglos. Al igual que ocurre con otras patologías, se cierne sobre ella un tupido

¹⁰ Heródoto, III-133.

¹¹ Heródoto, III-134.

velo de origen cultural que contribuye a que su presencia quede escondida en ese espacio restringido representado por la propia experiencia del paciente, por la relación médico-enfermo y, todo lo más, por la familia. Habrá que esperar al siglo veinte para que la gente deje de morir de una “larga y penosa enfermedad”, y lo haga abiertamente de cáncer.

Aunque estos ejemplos sugieren que el cáncer ha formado parte de la existencia de los seres humanos desde tiempos muy remotos, y de que era un proceso morboso conocido por los médicos, esa idea encuentra apoyo más sólido en ciertos pasajes del *Corpus Hippocraticum*. Se trata de un conjunto de cincuenta y tres tratados compuestos en su mayoría en los siglos v y iv a. C., aunque algunos parecen haber sido elaborados en etapas muy posteriores, que se vincularon a la figura de Hipócrates de Cos (c. 450-370). Descartada la atribución de ese conjunto de textos a la pluma de un solo autor —se ha planteado incluso la imposibilidad de atribuir alguno de ellos al propio Hipócrates—, existe consenso en considerar a esa colección de trabajos como la expresión más conspicua de la presencia en la Antigüedad de una medicina racional, alejada del pensamiento mágico religioso, y constituida como un saber técnico fundado sobre el conocimiento científico de la naturaleza¹². A pesar de la diver-

¹² Laín, Pedro. *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza, 1982; p. 19.

sidad que se aprecia en ellos, que afecta incluso a sus planteamientos metodológicos y conceptuales, lo que permite establecer la existencia de diferentes “escuelas médicas” en su elaboración, muestran un modo sistemático y coherente de interpretar la enfermedad, y de actuar para prevenirla y tratarla, que ha conducido a que consideremos ese conjunto de textos como el germen de la medicina occidental. Eso es tanto como decir que algunos de los factores más destacados que intervienen para dotar a una enfermedad de un determinado grado de visibilidad aparecen condicionados por la manera en que en el *Corpus Hippocraticum* se dio cuerpo a un modelo de pensar y practicar la medicina que se proyectó sobre la forma en que se ha venido abordando el fenómeno del cáncer.

Los términos *karkínos* (cangrejo, o *cancer* en latín) y su derivado *karkínoma*, aparecen respectivamente en siete y en dos tratados de la colección hipocrática¹³, siendo empleados como sinónimos en el marco de la descripción de procesos caracterizados por tres signos, no necesariamente presentes en todos los casos: tumor, induración y ulceración. Se ha supuesto que esos vocablos tratarían de establecer una analogía con diferentes manifestaciones clínicas descritas —crecimiento

¹³ Simón, Rafael. “El concepto de cáncer en el *Corpus Hippocraticum* según las voces *karkínos* y *karkínoma*”. *Medicina & Historia*, Cuarta época (2), 2002, 1-13; p. 4

en forma de prolongaciones partiendo de un bulto central, dureza al tacto como la de un caparazón o capacidad de agarrarse con firmeza a la presa— que podrían llevar a relacionarlo con ese crustáceo¹⁴. Pero, más allá de la introducción del término cáncer para referirse a una determinada entidad clínica que se trata de acotar, me interesa destacar que en el *Corpus Hippocraticum* están presentes una serie de elementos que se comportan como factores condicionantes del modo en que una enfermedad puede ser percibida por parte de una sociedad. Para mostrarlo, creo oportuno utilizar como referente una de las descripciones contenida en uno de los tratados del *Corpus*, el denominado *Sobre las enfermedades de las mujeres II*. En él se expone que, bajo determinadas condiciones del organismo, fundamentalmente por alteraciones anatómicas, se produciría una obstrucción en “el camino de la menstruación”. Como consecuencia, el líquido menstrual se enviaría hacia los pechos de la mujer, que se pondrían “pesados”, y tras un determinado tiempo, si no se corrige la obstrucción:

“El vientre se inflama y las mujeres que desconocen lo que les pasa, creen que están embarazadas, pues hasta los siete u ocho meses tienen los mismos síntomas que las que lo están. (...) Pero una vez que ha transcurrido este período de tiempo, los pechos

¹⁴ Simón, p. 10.

se contraen (...). En los pechos se producen tumora-
ciones duras, unas más grandes, otras más pequeñas;
no supuran, pero continuamente se vuelven más
duras. Luego de ellas surgen cánceres que no se ven.
Poco antes del momento en que se van a producir
los cánceres, (...) si se le ofrece más de comer a la
enferma, rehúsa cogerlo. Los pezones están resecos,
todo el cuerpo adelgaza (...). Así pues, cuando
hayan llegado a este punto, ya no se pueden curar las
enfermas, sino que mueren a consecuencia de estos
trastornos. Si son tratadas antes de llegar a esto y
aparecen las reglas, sanan.”¹⁵

El cáncer se nos muestra aquí como el estadio
avanzado de un proceso patológico de desarrollo
insidioso y de difícil diagnóstico precoz. Su aparición
supone un signo fatal de que la enfermedad ha
alcanzado ese punto crítico que el médico señala
como aquel en que su capacidad para devolver la
salud ha quedado sobrepasada. Esto supone que el
cáncer representaba una patología susceptible de
ser incluida entre aquellas que podían conducir a
los médicos hipocráticos a cumplir con una de las
máximas que regían su ética en la relación con el
paciente¹⁶, y que en uno de los tratado hipocráticos,
al definir la Medicina, se expresaba así: “apartar
por completo los padecimientos de los que están

¹⁵ Sobre las enfermedades de las mujeres II. En: *Tratados Hipocráticos IV*, 197-290. Madrid: Gredos, 1988; 133.

¹⁶ Laín, Pedro. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza, 1983, p. 99.

enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y el no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina.”¹⁷

Ese abandono del tratamiento del paciente cuando la enfermedad se había apoderado inexorablemente de él, se recomendaba también como forma de actuación para el caso concreto del cáncer. En *Aforismos*, uno de los tratados del *Corpus* que se ha atribuido al propio Hipócrates, se aconsejaba a los médicos conducirse del siguiente modo: “A cuantos tienen cáncer oculto [—nos dice el autor—] es mejor no tratarlos. Pues, si se les pone tratamiento mueren rápidamente, y en cambio, cuando no se les pone, viven mucho tiempo”¹⁸. Esta renuncia a tratar la enfermedad bajo determinadas circunstancias, que se puede relacionar con otro de sus principios morales —el de “favorecer y no perjudicar” a los pacientes¹⁹—, creo que es susceptible de ser interpretada como un indicador de que, en cierto modo, en ese momento para los médicos hipocráticos la enfermedad dejaba de existir. Sus obligaciones para con el paciente cesaban. Podía hacer recomendaciones para aliviar a la persona incurable de aquellos padeci-

¹⁷ Sobre la ciencia médica. En: *Tratados Hipocráticos I*, 109-134. Madrid: Gredos, 1983; 3.

¹⁸ Aforismos. En: *Tratados Hipocráticos I*, 211-297. Madrid: Gredos, 1983; sección 6, aforismo 38.

¹⁹ Laín, 1983, p. 98.

mientos que, como el dolor, pudieran afligirla, pero la sociedad no podía exigirle que continuara tratándolo por la vana esperanza de conseguir su curación. De esta manera, con ese comportamiento se contribuía a ensombrecer la enfermedad en un grupo humano afectado por determinadas patologías cuyo diagnóstico implicaba, al menos si se realizaba en un estadio tardío del proceso morboso, un pronóstico fatal. Al reducir las posibilidades de que existiera algo así como un “paciente canceroso”, la probabilidad de socializar este conjunto de enfermedades quedaba disminuida. De este modo, el cáncer, cuya frecuencia por lo demás no parece que fuera muy alta, veía reforzada su posición como un problema más de carácter individual, que comunitario.

Pero la decisión del médico de alejarse del paciente cuando estimaba que la enfermedad alcanzaba el punto en que no era viable su tratamiento contribuía también a oscurecer el cáncer de otro modo. Al reducir con ese comportamiento las posibilidades de estudiar un proceso morboso, el médico estaba actuando negativamente sobre un factor que habría de resultar fundamental para que el cáncer empezara a perder en el siglo XIX su condición de enfermedad “oscurecida”. Parece oportuno, por tanto, aludir, siquiera *grosso modo*, a la manera en que hasta ese momento los médicos concibieron la enfermedad y al modo en que, más concretamente, el conocimiento sobre el cáncer se vio afectado por ello.

III

Durante más de veinte siglos el cáncer fue concebido por la medicina occidental de acuerdo con las ideas generadas en la Antigüedad acerca de la enfermedad. Ello condujo a que se percibiera como una expresión de la pérdida de ese equilibrio que, al menos desde la obra de Alcmeón de Crotona (finales del siglo VI y mediados del V a. C.), representaba para los griegos el estado de salud. Aunque los médicos hipocráticos no coincidían a la hora de señalar qué era aquello que se podía desequilibrar y, por tanto, dar lugar a la aparición de una patología, en muchos de los tratados hipocráticos se atribuyó ese papel a lo que denominaron como “humores”. El término “humor”, una palabra que se remonta a aquella —*khymós*— con que los griegos designaban cualquier jugo o fluido²⁰, iba a servir para designar el concepto sobre el que se construyó una teoría sobre la salud y la enfermedad de enorme trascendencia. La teoría humoral concebía el organismo como una “mezcla” —*krasis*— de humores, e interpretaba la enfermedad como el resultado de la *dyscrasia* —“mala mezcla”— de los mismos²¹. En la concepción hipocrática el humor vendría caracterizado no

²⁰ Nutton, Vivian. “Humoralism”. En: W.F. Bynum y Roy Porter (eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol I, 281-291. London-New York: Routledge, 1993; p. 283

²¹ Laín, 1982, pp. 134, 192-4.

solo por esa capacidad para combinarse entre sí, sino también, por dos rasgos que tendrán mucha relevancia en relación con la cuestión de la visibilidad del cáncer: por representar sustancias biológicas elementales, esto es, que no se descompondrían en otras más simples; y por su fluidez²². Los autores del *Corpus* no se mostraron unánimes a la hora de designar y de establecer el número de estos humores. Se debe a Galeno de Pérgamo (129 - c. 200 a. C.) la síntesis más acabada de las opiniones formuladas hasta entonces, y que iba a ser la que perduraría. Existirían cuatro humores, que quedarían designados como: sangre, bilis, flema y bilis negra. En este marco teórico, el cáncer iba a ser interpretado como un exceso de bilis negra. Galeno, que introdujo el término *ογκος* —*onkos* (masa, bulto)— para referirse a ese amplio abanico de desórdenes (inflamaciones, fístulas y edemas, entre otros) que constituirían los tumores²³, clasificó el cáncer entre ellos. Consideró también que se podía formar de dos modos diferentes: el primero sería debido a la acción de un flujo de bilis negra que provocaría la aparición de un “escirro”, un tumor duro que era capaz de transformarse en cáncer; el segundo, que tenía frecuente expresión en los pechos de las mujeres, estaría producido por la acción de un flujo

²² Laín, 1982, p. 147.

²³ Simón, p. 8.

de bilis negra sin mezclar con sangre que originaría la aparición inmediata del cáncer²⁴.

La explicación sobre la naturaleza de la enfermedad cancerosa que ofrecía el “humoralismo” se veía así arropada por un sistema lógico bien concebido. Como ha hecho notar Nutton, una vez que se aceptaban sus premisas resultaba difícil negar sus conclusiones. Eso favorecía que resultara atractivo a los médicos, ya que les permitía tratar y prevenir la enfermedad bajo un modelo teórico racional y coherente. Además, les proporcionaba una aparente certeza de que estaban operando en el marco de un sistema de práctica clínica eficaz. Los fracasos se podían atribuir, bien a una mala actuación de los médicos, bien a un inadecuado seguimiento por los pacientes de las recomendaciones que les habían sido dadas, pero el sistema parecía incuestionable²⁵. Aunque estas características ayudan a entender por qué los médicos mostraron resistencia a abandonar un modelo teórico que, en su forma galénica, se iba a convertir en la filosofía médica dominante hasta el siglo XIX, no se debe pensar que su resquebrajamiento comenzó en esa centuria. Ya con anterioridad los médicos dieron muestras de su desconfianza hacia el humoralismo impulsados por los hallazgos que se fueron realizando desde el

²⁴ Cantor, p. 540.

²⁵ Nutton, pp. 288-290.

Renacimiento acerca del conocimiento científico del cuerpo humano, y por la necesidad de mejorar su capacidad para resolver los problemas de salud y enfermedad. Nuevos sistemas que se presentaron como alternativas, suponían de hecho una suerte de acomodación de nuevas teorías con el humoralismo. Dos de los que propugnaron algunas de las más destacadas —Paracelso (1493-1541) y Jean Baptista van Helmont (1579-1644)— rechazaban la concepción de la enfermedad como un desequilibrio humoral, pero argumentaban que era el resultado del exceso o deficiencia de determinados fluidos. La bilis negra cedió así su protagonismo como material productor de los tumores, pero lo hizo solo en beneficio de diversos ácidos y fermentos a los que se les atribuyó ese papel²⁶. Hubo que esperar a finales del siglo XVIII y mediados del XIX para alejar completamente el cáncer del humoralismo a través de la emergencia y el desarrollo de teorías que explicaban la estructura corporal en términos sólidos y que favorecían el desarrollo de nociones en las que la formación de la enfermedad se interpretaba como algo localizado en un punto determinado de la anatomía humana.

Hay que tener en cuenta que los cambios operados en Europa impulsaron desde el Renacimiento la práctica de autopsias. La incipiente separación entre Iglesia y Estado, y la creciente demanda a los médicos

²⁶ Cantor, p. 540-541.

por parte de los tribunales de actuar como peritos, representaron factores que favorecieron la posibilidad de mejorar el conocimiento de la estructura anatómica del cuerpo humano tanto en su estado normal, como en el patológico. Las alteraciones estructurales que se encontraban en el cadáver fueron adquiriendo relevancia de manera creciente para los médicos: de ser un mero hallazgo casual en el cadáver, pasaron a convertirse en la clave para el diagnóstico²⁷. A mediados del siglo XVIII la lesión anatómica había adquirido ya, como lo prueba el trabajo de Giambattista Morgagni (1682-1771), la condición de representar aquello que permitía al médico establecer el tipo de enfermedad que había afectado a un paciente hasta conducirlo a la muerte, y poseer una guía para clasificar los procesos morbosos²⁸. Representaba así un elemento que merecía ser estudiado en sí mismo. A través de la Anatomía Patológica, los médicos empezaban a abandonar una idea del cáncer como una enfermedad de las partes superficiales del organismo. Se mostraba ahora como un proceso patológico que también podía afectar a las vísceras, lo que incrementaba su visibilidad, y que podía y debía ser estudiado anatómo-patológicamente para conocer adecuadamente su naturaleza.

²⁷ Laín, Pedro. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*. Madrid: Salvat, 1961; 146-192.

²⁸ Laín, 1961, p. 226.

La lesión anatómica brindaba también a los médicos la posibilidad de mejorar su autoridad como sanadores, al ayudarles a contrarrestar las críticas sobre el contenido excesivamente especulativo de su saber. Se contemplaba como una manera de acabar con las chanzas que se formulaban desde la Antigüedad a su capacidad para resolver los problemas de salud y enfermedad. Escribiendo en fechas anteriores a aquellas en que lo hiciera Galeno, el poeta Marcial (40-104), haciendo gala de su exquisita ironía, dejaba ya una prueba de esos ataques al escribir lo siguiente en uno de sus impagables *Epigramas*: “Diaulo era cirujano, ahora ejerce como enterrador/ A su manera empezó a ser médico.”²⁹ La necesidad de contrarrestar invectivas de este tipo empezó a ser sentida por los médicos como una exigencia inexorable a finales del siglo XVIII, cuando la Ilustración había hecho de la Ciencia Moderna un referente fundamental para guiar el progreso de los Estados y mejorar las posibilidades de proporcionar felicidad a los ciudadanos.

En ese sentido, la lesión anatómica fue identificada por Marie-François-Xavier Bichat (1771-1802) como un medio idóneo para dotar de un mayor grado de objetividad a la actividad clínica, por lo que postuló la conveniencia de hacer de ella el fundamento para la descripción de las enferme-

²⁹ Marcial. *Epigramas*. Madrid: Cátedra, 2019; libro I, epigrama 30.

dades y el centro sobre el que ordenar los síntomas. Ello suponía lanzar un desafío importante a los médicos: se hacía preciso establecer un diagnóstico de la lesión que afectaba al paciente mientras estaba vivo. Técnicas como la palpación y la auscultación se desarrollaron para conseguirlo, proporcionando al clínico herramientas que, como el estetoscopio, le ofrecían la posibilidad de “ver” la alteración anatómica que alteraba la salud de un enfermo. Se desarrolló así entre los médicos una “mentalidad anatomoclínica”, en la que, considerando la lesión anatómica como aquello que determina la enfermedad, y su elemento básico y central, se iba a mostrar como el eje sobre el que debía gravitar la actividad de quienes tenían como misión diagnosticar y resolver las dolencias corporales³⁰.

Bichat realizó también una aportación que se iba a mostrar muy relevante para transformar la manera de concebir la naturaleza de los procesos morbosos: el concepto de tejido. Para el médico francés, éste representaría la unidad básica de la vida y, tras muchas pruebas experimentales, Bichat estableció la existencia de veintiuno en el cuerpo humano. El cáncer se ubicaría, según postulaba, en el que denominó tejido “celular”. De este modo, Bichat daba un paso muy relevante para el abandono definitivo del “humoralismo” en la interpretación del

³⁰ Laín, 1961, pp. 227-259.

cáncer, al explicarlo desde una teoría que contemplaba la estructura corporal en términos de sólidos, no de fluidos, y que favorecía el desarrollo de nociones sobre la formación de la enfermedad como algo localizado en las estructuras anatómicas³¹.

Esta línea de pensamiento experimentó un impulso notable en el marco de la teoría celular. Bichat creía que las células eran poco más que poros dentro del tejido celular, pero la existencia hacia 1930 de microscopios relativamente libres de las formas más importantes de aberración óptica —la cromática y la esférica—, iba a permitir superar esa noción y conferir a la célula un lugar más destacado en relación con la anatomía, la fisiología y la patología de los seres vivos. Hacia 1838-1839, Mathias Schleiden (1804-1981) y Theodor Schwann (1810-1858) iban a conferir a la célula dos atributos significativos: el de representar la unidad estructural de los seres vivos; y el de poseer una especie de marca distintiva en su composición sub-estructural, constituida por la presencia de un núcleo en cada célula³². Aunque la aceptación de esta teoría por los médicos no fue inmediata, la aplicación que hizo de ella Johannes Müller (1801-1858) al estudio de los tumores contribuyó a que la célula

³¹ Cantor, p. 541.

³² Maulitz, Russell C. "The Pathological Tradition". En: W.F. Bynum y Roy Porter (eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol 1, 169-191. London-New York: Routledge, 1993; pp. 179-180.

empezara a ser contemplada como un concepto valioso para el conocimiento de la enfermedad. La teoría celular convertía así al cáncer no solo en una de las primeras enfermedades que se estudiaban desde esa perspectiva, sino también, en un modelo valioso para la investigación básica en Medicina. El trabajo con tumores permitió a Rudolf Virchow (1821-1902) asentar el concepto de continuidad celular, el hecho de que toda célula procede de otra, y contribuir de manera decisiva a la incorporación de la teoría celular a la Anatomía Patológica. En su *Die Cellularpathologie* (1858) proporcionó una teoría general de la enfermedad de base celular en la que destacaban tres principios: el de localización (no habría enfermedades “generales” pues todo proceso morboso se hallaría anatómicamente localizado); el de lesión celular (para conocer lo que es elemental y fundamental de la enfermedad hay que recurrir al estudio de la célula); y el de peligro (la célula enferma representa un riesgo para las sanas)³³. El cáncer dejaba de ser una enfermedad “general”, como apoyaba la interpretación “humoralista” de este grupo de enfermedades, y se convertía en una patología cuyo punto de partida era “local”.

La relación sinérgica que se produjo entre la teoría celular y el cáncer permitió que el cono-

³³ Laín, Pedro. *Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea*. Madrid: Editorial Científico-Médica, 1963; p. 563.

cimiento de su naturaleza avanzara de manera notable. El esfuerzo investigador sirvió para que, a finales del siglo XIX, buena parte del esquema de la oncología de la siguiente centuria estuviera completado. Los verdaderos neoplasmas se distinguían de distintos procesos acompañados de tumefacción —como eran las lesiones inflamatorias, los quistes o los tubérculos— junto a los que se había clasificado durante dos milenios. De acuerdo con su naturaleza celular: se originaban en las células normales y en tejidos de los tipos correspondientes; retenían muchos de los rasgos de las estructuras en las que se originaban; y estaban compuestos por células que se multiplicaban por división mitótica. Los neoplasmas eran mantenidos en la mayor parte de los casos por un estroma formado por vasos sanguíneos y tejido, y se nutrían por la sangre del organismo en que asentaban. Podían ser “benignos” o “malignos”, siendo estos últimos los que mostraban capacidad para invadir los tejidos normales circundantes o de colonizarlos a distancia tras ser transportados por la sangre o la linfa (metástasis). Las neoplasias se clasificaban también de acuerdo con su derivación de las hojas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo)³⁴.

Las aportaciones que los científicos venían realizando no solo servían para avanzar en el

³⁴ Cantor, p. 543.

conocimiento de la naturaleza del cáncer, sino que, a través de ello, incrementaban las expectativas de conseguir curarlo. Esa labor permitía, en efecto, concebir diferentes maneras de acometer su tratamiento. Se podía, por ejemplo, pensar en la posibilidad de diseñar fármacos capaces de destruir las células malignas dejando libres sanas, o de conseguir sustancias capaces de impedir su reproducción anormal. No obstante, la proyección terapéutica más inmediata de la nueva concepción de la naturaleza del cáncer la representaba la Cirugía. A diferencia del “humoralismo”, que interpretaba la producción del cáncer como el resultado de una alteración de los fluidos corporales, lo que limitaba que la intervención quirúrgica fuera contemplada como un procedimiento eficaz para su tratamiento, la teoría celular confería a la práctica quirúrgica un protagonismo notable. El cáncer dejaba de representar una entidad poco tangible. La autoridad del microscopio le confería ahora la identidad de una lesión anatómica. De este modo, la Cirugía, procediendo a su extirpación, se mostraba, como una alternativa terapéutica apta para conseguir devolver la salud al paciente, especialmente si se realizaba en los primeros estadios de formación del neoplasma. Dos factores favorecían la viabilidad de este planteamiento. Por un lado, los cirujanos habían ido adquiriendo, desde mediados del siglo XVIII cuando menos, una enorme habilidad en la

ejecución de sus intervenciones, que ejecutaban cada vez con mayor rapidez y precisión. Por otro, algunas relevantes innovaciones, como la mejora en las técnicas de hemostasia, la incorporación de la anestesia o el mejor control de la infección, les estaba permitiendo mejorar la supervivencia —tanto intra, como postoperatoria— del paciente.

A finales del siglo XIX, el cáncer se había convertido de este modo en una enfermedad de moda entre los médicos. Pero que incrementara su visibilidad entre ellos no supuso que se instalara de inmediato como una de las preocupaciones principales de los ciudadanos occidentales. Aunque los avances que se realizaban en cuanto a su conocimiento científico y tratamiento contribuían a incrementar su visibilidad, a finales del siglo XIX el cáncer continuaba todavía siendo ensombrecido por la acción de otros factores que, como la guerra, las crisis de subsistencias o las epidemias, suponían para los europeos amenazas más terribles que lo que él podía representar. De hecho, otra aportación que se estaba realizando desde la Medicina —la constitución de la teoría bacteriana de la enfermedad— iba a contribuir de manera notable a “oscurecerlo”.

En efecto, la teoría bacteriana no solo representaba un modo de interpretar las enfermedades infectocontagiosas, sino que estaba dando ya muestras de su eficacia para combatir sus terribles efectos a

nivel individual y social³⁵. Aunque aún estuviera tratando de ganarse el favor general de los médicos, había conquistado muy rápidamente el aprecio de los políticos y de los ciudadanos. En Francia, Louis Pasteur (1822-1895) ganó un enorme prestigio social al haber logrado salvar la ganadería lanar y la industria de la seda con sus vacunas contra el carbunco y contra la enfermedad del gusano de seda, que se vio incrementado con la exitosa aplicación sobre los seres humanos de la vacuna antirrábica. Los “cazadores de microbios” adquirieron enorme popularidad y se confiaba en ellos para prevenir y curar un tipo de procesos morbosos que, con la tuberculosis al frente, lideraban el *ranking* de visibilidad social y cultural de las enfermedades. Los Gobiernos, como ocurrió significativamente en el caso de los de Francia y Alemania, competían por ser los primeros en poder airear que habían conseguido encontrar el germen responsable de producir enfermedades de tanto peso en el imaginario colectivo como la propia tuberculosis, la peste, el tifus o el cólera. Buena parte de los recursos destinados a la investigación se derivaron así a estimular el desarrollo de la Microbiología lo que permitió crear instituciones establecer instituciones dedicadas a

³⁵ Pelling, Margaret. “Contagion/Germ Theory/Specificity”. En: W.F. Bynum y Roy Porter (eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol 1, 309-334. London-New York: Routledge, 1993; pp. 326-330.

ello. La teoría bacteriana se convirtió de este modo en uno de los factores fundamentales para que la Medicina se situara en lo que se ha denominado su “Edad de Oro”, que se extendió hasta bien entrado el siglo xx, y que permitió a los que la cultivaban alcanzar su más alto grado de reconocimiento y prestigio sociales³⁶. En este sentido, puede decirse que, aunque fuera de manera indirecta, la teoría microbiana iba a facilitar, como veremos a continuación, que el juego entre la visibilidad y la oscuridad de una enfermedad se decantara en el caso del cáncer a favor de la primera. La autoridad de los médicos se veía reforzada y sus propuestas para resolver los problemas de salud y enfermedad iban a recibir una mejor aceptación entre los ciudadanos y a gozar de un mayor eco social.

IV

Trazar el proceso de negociación social que condujo a que el cáncer se convirtiera en un foco de creciente preocupación en los países occidentales más desarrollados implica considerar la manera en que una serie de fuerzas de diferente origen —científico,

³⁶ Brandt, Allan M. y Gardner, Martha. “The Golden Age of Medicine?”. En: Roger Cooter y John Pickstone (eds.): *Medicine in the Twentieth Century*, 21-37. Amsterdam: Harwood, 2000, pp. 21-22.

social, cultural, político, económico...—, operando de manera conjunta y retroalimentándose positivamente entre sí, se conjugaron para hacerlo perder su condición de enfermedad “oscurecida”. La construcción de lo que podríamos denominar como el “cáncer actual” ha sido el resultado, en efecto, de una serie de factores que actuaron, y lo siguen haciendo, como moduladores de su visibilidad social. En ese sentido, la luz que arrojaba la investigación científica sobre el conocimiento de su naturaleza, y la manera en que eso iba a incidir sobre sus posibilidades de tratamiento, representó un elemento relevante para ello. No obstante, la intensidad de su brillo y la amplitud de su proyección habrían sido insuficientes para transformar la percepción social del cáncer si otros agentes no hubieran contribuido a procurarlo.

Para empezar, a comienzos del siglo xx el cáncer iba a dejar de ser contemplado como una enfermedad excepcional. Las aportaciones científicas empezaron a expresarse en un discurso público que le confería una dimensión “social”. Las encuestas epidemiológicas que se venían realizando en Alemania y en los países anglosajones contribuían a avalar una idea que iba a ir tomando consistencia poco a poco: que el cáncer, por su notable incidencia, suponía una amenaza para la sociedad³⁷. Las estadísticas repre-

³⁷ Pinell, Patrice. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Métailié, 1992, p. 9.

sentaban una herramienta muy útil para poner de manifiesto, con la presunción de objetividad que se les atribuía, la existencia del llamado “peligro canceroso”³⁸. Tras la Primera Guerra Mundial, se empezaron a adoptar medidas políticas para tratar de controlar lo que se consideraba una nueva plaga. La época de la lucha contra el cáncer se iniciaba, y lo iba a hacer con una medida significativa: la Sociedad de Naciones creó en 1925 una Comisión del Cáncer para tratar de coordinar los esfuerzos de los diferentes Gobiernos. Además, empezaron a surgir por todo el mundo las ligas de lucha anticancerosa —la española apareció en 1924—, que decidieron agruparse en 1934 en una Unión Internacional de la que formaban parte treinta y cuatro países. En vísperas de la Segunda Guerra Mundial el cáncer estaba a punto de convertirse, si es que no lo era ya, en el proceso morboso que más preocupaba socialmente. Las dos enfermedades que ocupaban esa posición en las cuatro primeras décadas del siglo xx —la tuberculosis y la sífilis— estaban cediendo su puesto privilegiado, y lo hacían en gran medida por el efecto de ensombrecimiento que la fuerte visibilidad del cáncer ejercía sobre otras patologías³⁹.

³⁸ Medina Doménech, Rosa María. *¿Curar el cáncer? Los orígenes de la radioterapia española en el primer tercio del siglo XX*. Granada: Universidad de Granada, 1996, p. 23.

³⁹ Pinell, p. 11.

Hay que destacar que la reacción social frente a este proceso morboso presentaba una novedad: se elevaba a la consideración de epidemia a una patología que no se podía manejar bajo las pautas clásicas de la Higiene. El estado de conocimientos que se tenía acerca del cáncer impedía la adopción de medidas preventivas. La única manera de combatirlo era a través del tratamiento⁴⁰. Fue precisamente en torno a las diferentes formas de acometer esa tarea donde se empezó a generar esa reacción emocional entre el miedo y la esperanza que suscita el cáncer y que tanto ha servido para incrementar su visibilidad⁴¹. Y es que el cáncer no atemoriza solo por su aspecto cuando se hace visible, por su comparación metafórica con un animal que no suelta la presa cuando la tiene en su poder, por su comportamiento traicionero o por su capacidad de provocar dolor y sufrimiento. El cáncer infunde también temor por las consecuencias que su tratamiento puede comportar. Esto último cobró auge a principios del siglo xx, cuando a la Cirugía radical se unió la terapia con radiaciones para empezar a construir el cáncer como una dolencia curable. Los médicos elaboraron y difundieron un discurso altamente persuasivo, aunque no bien asentado en términos científicos, que se dirigió a combatir la idea del miedo asociada

⁴⁰ *Ibidem.*

⁴¹ Cantor, p. 552.

a la enfermedad⁴². El impacto del descubrimiento en 1895 de los rayos X fue extraordinario, y su uso para tratar el cáncer, tanto los superficiales como los localizados más profundamente, no se hizo esperar. Los resultados iniciales de la roentgenterapia eran prometedores, pero muy pronto surgieron también temores ante los peligros que mostraba. Una serie de demandas a los médicos por mala praxis contribuyeron a incrementar la publicidad del nuevo recurso terapéutico y a incrementar la visibilidad del cáncer entre la población general. La preocupación por los riesgos de usar los rayos X no frenó su uso, ni el de otras radiaciones, con ese fin. En efecto, el empleo del radio —descubierto en 1898— se promocionaba, al igual que los rayos X, como una forma de evitar las deformidades que producía la cirugía. Su incorporación se demoró hasta la década de 1920 debido a las limitaciones para disponer del producto y a su elevado precio, pero sirvió para contribuir, junto a la incorporación de equipos cada vez más sofisticados para proceder a su aplicación sobre los pacientes, a que a mediados del siglo xx la terapia con radiaciones gozara de una posición consolidada como estrategia terapéutica frente al cáncer⁴³. A medida que avanzaba el siglo xx, la aparición de otros recursos para el abordaje terapéutico del cáncer

⁴² Medina Doménech, p. 17.

⁴³ Cantor, pp. 553-554.

—quimioterapia, inmunoterapia o la incorporación de moléculas cada vez más sofisticadas a través de la biotecnología— facilitaron que quienes cultivaban lo que acabaría denominándose Oncología pudieran incrementar la visibilidad de ese conjunto del procesos morbosos al hablar, si no de curación, sí al menos de “remisión” del cáncer.⁴⁴

De este modo, la lucha contra los tumores malignos exigía una labor compleja, cada vez más costosa y que planteaba la necesidad de un trabajo en equipo. Por eso, iba a actuar como un catalizador de cambios institucionales y en la práctica de la profesión médica que iban a servir para que el cáncer incrementara su visibilidad. Las políticas anticancerosas requerían lugares especializados, lo que actuaría como un motor de la transformación de los hospitales, y la aparición de médicos formados adecuadamente en el manejo de unas nuevas tecnologías, lo que ayudaba a fomentar también el desarrollo de la especialización en Medicina. El optimismo frente a las posibilidades de curar el cáncer, y la insistencia de las estadísticas en mostrar el incremento de su frecuencia, estimularon las iniciativas institucionales privadas y públicas. La crisis económica de 1929 supuso, sin embargo, un problema para su mantenimiento, sobre todo de las primeras, por

⁴⁴ Pinell, Patrice. “Cancer”. En: Roger Cooter y John Pickstone (eds.) *Medicine in the Twentieth Century*, 671-686. Amsterdam: Harwood, 2000, p. 683.

lo que la conveniencia de generar modelos de asistencia pública colectivizada iba a verse como una necesidad. El tratamiento del cáncer, sobre todo en Europa, iba a ser cada vez más una actividad que se soportaría en centros dependientes del Estado, lo que ayudaba a superar la discriminación en la atención a los pacientes con cáncer que representaba el hecho del coste creciente de la asistencia médica. De este modo, el cáncer se transformaba en cierto modo en una enfermedad compartida. La lucha contra él se inscribía en un plano en que un gran número de ciudadanos estaban destinando parte de su salario a procurar implementar las medidas adecuadas para garantizar que tuviesen unos cuidados y un tratamiento adecuados cuando perdieran su salud. El cáncer, por tanto, entraba así en un debate, el de la manera de repartir los recursos financieros del Estado, que representaba un estímulo para formar parte de las principales preocupaciones de los ciudadanos.

Si el tratamiento suponía la única vía factible para combatir la enfermedad, eso representaba también que el discurso médico sobre la curabilidad del cáncer se iba a estimular de otro modo. Para ser completamente eficaz, la aplicación de las medidas terapéuticas debía llevarse a cabo en sus estadios más tempranos. El diagnóstico precoz representaba así un objetivo a alcanzar si se quería luchar eficazmente contra el cáncer, y eso requería la

necesidad de buscar la colaboración de los pacientes potenciales; es decir, de todos los ciudadanos. Las campañas sanitarias representaban, por tanto, una forma de propaganda para convencer a la población de la curabilidad del cáncer y acabar con la idea bien anclada entre las personas de representar un proceso morboso mortal. Pero también, se perseguía con ellas buscar la colaboración de cada individuo en la tarea de lograr diagnosticar ese conjunto de enfermedades lo antes posible. Se trataba de desarrollar una tarea pedagógica, de educar a la población al objeto de generar en ella comportamientos y actitudes de alerta para detectar el cáncer cuando sus síntomas apenas se hacen evidentes. Ello representaba no solo incorporar el cáncer a la vida cotidiana de todas las personas, sino también incrementar la imagen de la lucha contra ese grupo de enfermedades como una tarea colectiva. En ese sentido, la intensa labor de propaganda encaminada a impulsar su detección precoz sirvió tanto para incrementar su visibilidad, como para intensificar el proceso que ha conducido a construir unas sociedades occidentales caracterizadas por estar fuertemente “medicalizadas”.

Pero si se estaba buscando la complicidad de los ciudadanos para la lucha contra el cáncer, su correlato más lógico iba a ser que reclamaran, especialmente los más directamente afectados, un lugar destacado en su gestión. La aparición de grupos de autoayuda ha representado así una plataforma

cuya influencia para incrementar la visibilidad del cáncer se ha mostrado más activa. Basta pensar en la Asociación Española contra el Cáncer, para percibir hasta qué punto la labor de estos colectivos ha servido como poco para: difundir la idea de la curabilidad de este conjunto de enfermedades; apoyar a los pacientes allí donde no alcanza el modo de organización social; presionar a las autoridades para mejorar la inversión; advertir del deterioro de determinados servicios asistenciales; o impulsar la investigación.

La oportunidad de seguir avanzando en su conocimiento ha contribuido también a que el cáncer perdiera a lo largo del siglo xx su lugar entre las enfermedades oscurecidas. La creación de centros dedicados específicamente a la investigación sobre este grupo de enfermedades fue temprana, lo que permitió impulsar una labor que ha servido para realizar aportaciones científicas —papel de los agentes infecciosos, acción de factores endógenos que mediaban la resistencia, teoría de la mutación somática, estudios sobre la inmunidad tumoral, hallazgo de los oncogenes...—, que han sido objeto de atención creciente por parte de los medios de comunicación. Ello sirvió para contribuir a generar la sensación de que la posibilidad de combatir el cáncer era cada vez mayor, favoreciendo que esa balanza intangible que controla el juego entre el miedo y la esperanza que el cáncer despierta en la

población, se inclinara hacia el lado de ésta. Por otra parte, la investigación en torno a los carcinógenos, y la publicidad generada en torno a ello, ha representado un factor fundamental para contrarrestar los factores que podrían contribuir a oscurecer el cáncer. Desde que Percivall Pott (1714-1788) identificara en 1755 el cáncer escrotal con el trabajo de los deshollinadores, la lista de sustancias susceptibles de generar patologías cancerosas no ha parado de crecer. Eso ha conducido al desarrollo de una perspectiva “mediambientalista” sobre ese grupo de enfermedades que ha suscitado la aparición de afilados y agrios debates. A un lado, se situaban quienes defendían esa posición teórica y manifestaban la necesidad de actuar preventivamente para evitar que la acción nociva de, valgan de ejemplo, las radiaciones nucleares, el consumo de tabaco o la exposición al amianto. Al otro, la de aquellos que sostenían que las causas del cáncer no se debían buscar en el entorno, sino en la susceptibilidad de los individuos a su acción. El ruido provocado por estas discusiones, que se llevaban a cabo muchas veces en el ámbito de los tribunales, y sobre las que gravitaban fuertes intereses económicos, ha servido de manera notable al crecimiento de la visibilidad del cáncer a lo largo del siglo xx⁴⁵.

⁴⁵ Cantor, pp. 556-558.

V

El cáncer había adquirido a finales del siglo xx una posición dominante entre las causas de preocupación social en los países desarrollados. Ni siquiera la epidemia de SIDA consiguió oscurecerla y desbancarla de esa posición. No obstante, como dije al principio, algunos factores han contribuido en lo que llevamos de siglo xxi a ponerla en peligro. Encontrar signos de que una enfermedad pueda estar siendo ensombrecida no es algo siempre negativo o indeseable. Sería bueno, por ejemplo, que la inquietud por una enfermedad se redujera a causa de un descenso en sus tasas de incidencia, o porque se haya encontrado un remedio eficaz, que curara rápido y sin dejar secuelas, ese conjunto de trastornos morbosos. Considero, no obstante, que los factores que aumentan la visibilidad de una enfermedad se comportan en general como fuerzas que incrementan nuestras posibilidades de combatirla. La reciente, y aún no superada, crisis económica ha operado como un agente que ha obligado a plantear cuál había de ser el modo más adecuado de distribuir los recursos. La financiación en investigación sufrió recortes, y el gasto sanitario se vio reducido también. Por otra parte, la abrumadora irrupción de la epidemia de COVID-19 ha hecho que esta enfermedad pasara a representar el motivo de mayor preocupación social entre nosotros. Las dificultades

para contrarrestar su avance han obligado a desplegar un esfuerzo financiero extraordinario y un cambio en nuestra organización social, que ha llevado a dejar en segundo plano otras amenazas. La nueva peste complica nuestro modo de vida, y hace que tengamos dificultades en mantener, por ejemplo, la manera en la que somos capaces de enfrentarnos con otras patologías. Por ello, si queremos reducir la capacidad de la pandemia actual para oscurecer el cáncer, debemos mantener operativos aquellos factores que contribuyen a incrementar la visibilidad de éste, y tratar de reducir aquellos que actúan incrementando la de la COVID-19, como ocurre cuando se produce un aumento del número de contagios. Se entienden mal por ello determinados argumentos que se emplean para oponerse a la opinión de los epidemiólogos sobre cómo evitar que siga creciendo la extensión y el impacto de la pandemia; que se invoque, por ejemplo, a la libertad para oponerse a las restricciones en los horarios de establecimientos de restauración o la celebración de reuniones de un cierto número de personas. Estoy con Heráclito cuando denunciaba, al menos así interpreto sus palabras, que se justificaran determinadas conductas con el pretexto de representar la expresión de ideas y creencias dotadas de un alto grado de legitimidad moral por un grupo humano. Heráclito lo exponía del siguiente modo al tomar como ejemplo el comportamiento que

mostraban quienes participaban en los rituales que se celebraban en honor del dios del vino: “Porque si no hicieran una procesión en honor de Dionisio actuarían muy vergonzosamente”. Además, identificando al dios del vino con el del infierno, dirigía de inmediato una contundente amenaza a quienes participaban en esas liturgias: “Pero Hades es lo mismo que Dionisio en cuyo honor enloquecen y deliran”⁴⁶. Espero que las frívolas invocaciones a la libertad para justificar comportamientos que dificultan el control de la epidemia no la irriten tanto como para que decida abandonarnos, y nos muestre así lo que supone realmente vivir sin ella.

Pero que la epidemia actual, y quienes dificultan con su forma de actuar las posibilidades de reducir su repercusión social, contribuyan a oscurecer el cáncer no representa en absoluto que este conjunto de enfermedades dejen de estar situadas como una espada de Damocles sobre nuestras cabezas. El cáncer tiene, al menos en este momento, sobrados atributos para recuperar su posición de privilegio entre las enfermedades capaces de provocar una honda preocupación social. La OMS daba una cifra, para el año 2020 de casi diez millones de fallecimientos debidos al cáncer⁴⁷; mientras que la gran estrella

⁴⁶ Heráclito. *Fragmentos*. Buenos Aires: Aguilar, 1977, fragmento 15.

⁴⁷ Cáncer. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer> [Consultado: 06/09/2021].

de las enfermedades actuales —la COVID-19— “solo” se ha cobrado hasta este momento algo más de cuatro millones y medio de personas⁴⁸. No hay que dudar por ello de que en, cuanto tenga oportunidad, el cáncer se comportará como esos grandes actores secundarios capaces de robar la escena al protagonista de la película. Conseguiré que, como lograba Thelma Ritter en *Vidas rebeldes*, tengamos que desviar hacia él nuestra mirada, aunque esté compartiendo el plano con la mismísima Marilyn Monroe. Debemos esforzarnos, por ello, en profundizar en esa tarea colectiva que representa procurar evitar que el cáncer se sitúe, si es que no lo está ya en estos momentos, en el grupo de enfermedades “oscurecidas”. Hemos de impedir que se debilite el trabajo colectivo que está permitiendo que sea posible decir que el cáncer, al menos en algunas de sus expresiones, es un proceso morboso con el que no solo se puede convivir razonablemente bien, sino que incluso se puede abandonar definitivamente su compañía y sobrevivir a su mortal potencial de manera definitiva.

Muchas gracias.

⁴⁸ COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU): <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [Consultado: 06/09/2021].



Universidad de
Castilla~La Mancha