

LLIÇONS DE LA HISTÒRIA.

SIN

MALALTIES DE LA POBRESA

ERG

EN L'EUROPA MEDITERRÀNIA

IES

CONTEMPORÀNIA.







SINERGIES

MALALTIES DE LA POBRESA EN L'EUROPA MEDITERRÀNIA CONTEMPORÀNIA. LES LLIÇONS DE LA HISTÒRIA.

Comissariat: María Eugenia Galiana Sánchez

Equip de treball:

Grup Balmis- Universitat d'Alacant (ordre alfabètic): Inés Antón, Rosa Ballester Añón, Josep Bernabeu-Mestre, María Eugenia Galiana-Sánchez, Antonio García Belmar, Alba Martínez García, Rocío Martínez Zapata, María Tormo Santamaría, Eva María Trescastro López,

Grup SANHISOC- Universitat de València (ordre alfabètic): Josep Lluís Barona Vilar; Rafaela Domínguez Vilaplana; Ximo Gillén; Joan Lloret Pastor.

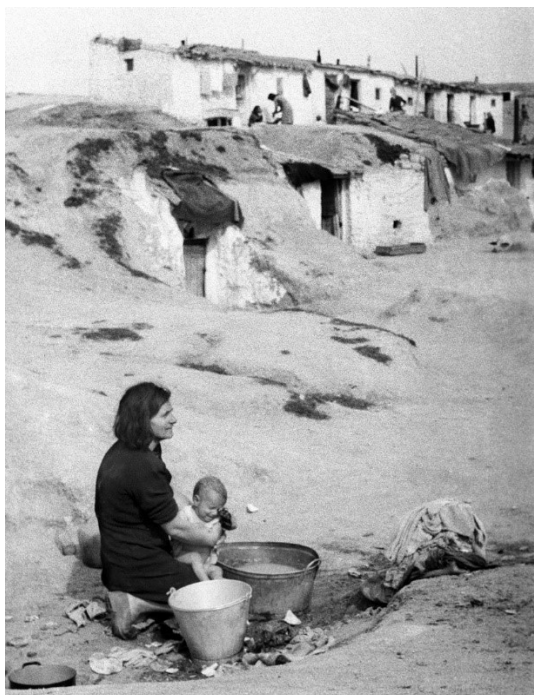
Grup Universitat de Sàsser: Lucia Pozzi (coordinadora)

Exposició desenvolupada en el marc del projecte coordinat «Catàstrofe sanitària i cooperació internacional en temps de crisi: Europa 1918-1945» (referència: HAR2017-82366-C2) i els subprojectes «Alerta sanitària i ajuda alimentària internacional» (referència: HAR2017-82366-C2-1-P) i «Passat i present en el control de les malalties de la pobresa desateses: l'exemple històric de l'Europa mediterrània i la cooperació sanitària internacional» (referència: HAR2017-82366-C2-2-P), del Ministeri de Ciència, Innovació i Universitats. Hi col·laboren: Grup Balmis d'Investigació en Història de la Ciència, Cures en Salut i Alimentació, Grup d'Investigació SANHISOC (Sanitat, Història i Societat), Càtedra Emilio Balaguer de Bioètica, Història de la Medicina i Medicina Social, Institut Universitari d'Investigació d'Estudis de Gènere (IUIEG) i Xarxa NISALdes (Nivells de vida, salut, nutrició i desigualtat)

Traducció al valencià a càrrec de Joan Jordi Coderch Peidro (Servei de Llengües de la Universitat d'Alacant).

OBJETIU: LA SALUT

Un escenari catastròfic. Espanya i Itàlia en el període d'entreguerres.



L'erradicació de les malalties infeccioses d'etiologia social, també denominades malalties de la misèria i la pobresa, va contribuir al procés de modernització sanitària que van experimentar les poblacions de l'Europa mediterrània al llarg de la primera meitat del segle XX. En controlar els factors de risc que estaven darrere d'aquestes patologies, no sols va disminuir el seu impacte en termes de morbimortalitat, sinó que van millorar les deficientes condicions de vida i de salut que explicaven la incidència d'aquestes. L'exposició tracta com va tenir lloc aquest procés i en quina mesura, el que va passar en països com Espanya i Itàlia, particularment durant el

període d'entreguerres, pot ajudar a reduir la prevalença que continuen mostrant en els països en vies de desenvolupament, patologies infeccioses associades a la pobresa, que tenen la condició d'evitables i que van ser erradicades en els països més desenvolupats, amb un protagonisme destacat de la cooperació internacional.

Situació epidemiològica

En el període d'entreguerres, societats com l'espanyola o la italiana, van ser equiparades a organismes malalts i degenerats, que requerien tractament adequat i regeneració. La situació es descrivia com a catastròfica. La fam i la desnutrició, la mortalitat maternoinfantil, el paludisme, la tuberculosi, la lepra, el tracoma... i un llarg etcètera de problemes de salut, van ser qualificats pels higienistes com a «intolerables socials» i atribuïts a l'impacte de la industrialització a les ciutats i a les condicions deficientes del medi en l'entorn rural. Es tractava en els dos casos d'una situació sanitària que responia a les lamentables condicions de vida i treball que suportava la població i requeria una resolució urgent. A totes aquestes circumstàncies se sumaven les deficiències en matèria d'assistència sociosanitària i l'escàs desenvolupament aconseguit per la salut pública, com també la presència d'importants desigualtats socioeconòmiques i territorials.

Resposta institucional

L'eix que va guiar la resposta institucional al problema sanitari a l'Europa mediterrània va ser la importància atribuïda als determinants socials dels problemes de salut i malaltia. Les patologies de naturalesa infecciosa que dominaven el panorama epidemiològic van adquirir la condició d'evitables, en estar associades a la pobresa i a la síndrome de privació social que patia la població afectada. La resposta institucional, guiada pels pressupostos de la medicina social, la salut comunitària i les directrius dels organismes sanitaris internacionals, es va concretar en la posada en marxa de campanyes sanitàries i en la creació de centres d'higiene i dispensaris, conformats per equips interdisciplinaris de professionals sanitaris. La promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària, al costat del desenvolupament de les mesures de vigilància epidemiològica i de sanejament del medi, es van convertir en estratègies fonamentals de l'acció sociosanitària.



© Cópia digital Biblioteca Pavelló de la República

Investigadors i investigadores: Josep Bernabeu, María Eugenia Galiana i Lucia Pozzi.

PROBLEMA: LA FAM I LA MALNUTRICIÓ

L'expressió biològica de la desigualtat social

Des de l'Antiguitat, les crisis de fam i malnutrició van ser un factor important de mortalitat i estabilització poblacional. Durant la primera meitat del segle XX, la Gran Guerra (1914-1918), la Segona Guerra Mundial i, en el nostre cas, la Guerra d'Espanya, juntament amb la Gran Depressió dels anys 1930 van provocar una profunda crisi alimentària i nutricional a tot el món que va afectar a tots els sectors de la població, però especialment als xiquets i els aturats. Més enllà de malalties de carència específiques com la pel·lagra, l'escorbut, el beriberi, el cretinisme, les neuritis i altres formes d'avitaminosis, la fam, al costat de la pobresa, van adquirir la condició de determinants d'una àmplia varietat de malalties infeccioses. Al començament del segle XX les elits van prendre consciència que el problema alimentari representava un fre per al desenvolupament social i van assumir la necessitat de desenvolupar polítiques nutricionals.

La fam i la nutrició van adquirir una nova significació històrica al començament del segle XX. Una nutrició deficient afebleix el sistema immunitari i predisposa a la infecció. Les investigacions sobre fisiologia de la nutrició es van interessar per definir la dieta òptima i la dieta mínima i es van definir les malalties de carència i la malnutrició. Era urgent intervenir en els grups de risc com els xiquets, les embarassades i els lactants, els ancians, els aturats, els malalts i els soldats. La producció i la distribució d'aliments va plantejar reptes addicionals ja que des de la industrialització de productes com la llet, el xocolata, l'oli o el sucre obligava a controlar la qualitat, regular-ne la producció, vigilar frauds i adulteracions i l'ús d'additius, colorants i conservants per a salvaguardar la qualitat i la salut pública. El problema de la fam va adquirir dimensió política els anys 1940 i començaments dels 1950 i va crear una profunda preocupació internacional. Els instituts de reformes socials i d'alimentació van fer enquestes sobre la dieta i la salut. Organismes internacionals com la Comissió Tècnica de Nutrició del Comitè d'Higiene de la Societat de Nacions i l'Institut Internacional d'Agricultura, predecessor de la FAO, van coordinar-hi iniciatives. En el cas d'Espanya es van crear gotes de llet, cantines escolars, un Departament d'Higiene de l'Alimentació a l'Escola Nacional de Sanitat i l'Institut Nacional d'Higiene de l'Alimentació.



Investigadors i investigadores: Josep Lluís Barona, Ximo Guillén, Alba Martínez, María Tormo i Eva M. Trescastro.

GÈNERE. LES DONES I LES CURES

Des de l'antiguitat, les dones han prestat cures de salut en l'àmbit familiar, allunyades dels espais públics. La cura dels xiquets i l'ajuda en els parts en són exemples destacats. Les cures representen un conjunt d'actes que tenen com a finalitat mantenir la vida, ajudar l'altre a créixer i perpetuar els grups. A més, les dones sempre han sigut les protagonistes de la reproducció. La majoria d'elles paria sola o acompanyada d'altres dones de la família o la comunitat. Aquests coneixements empírics estan en l'origen de les professions de comare i infermera, que han sigut clau en la millora dels nivells de salut de la població al llarg de la història, com també la incorporació progressiva de les dones a la professió mèdica.

Investigadora: María Eugenia Galiana

Mortalitat materna i salut reproductiva



Al llarg del segle XX, l'evolució de la mortalitat materna i la salut reproductiva va ser coherent amb la transició demogràfica i epidemiològica a Espanya, amb una reducció significativa de la mortalitat i morbiditat en tots els grups de població. Aquest descens es va produir abans que als països del seu entorn i d'una manera més progressiva. És difícil conèixer la magnitud real del problema per les deficiències dels sistemes de registre i les modificacions en la classificació de les causes de mort, a causa de la difusió de sabers científics, els canvis en els criteris diagnòstics, evolució de les classificacions, o els canvis en la consideració social de determinats grups com a dones i mares. Els factors determinants de la mortalitat materna i de la salut reproductiva van estar relacionats amb les condicions de vida de les dones, el nombre de fills i les pràctiques de seguiment de l'embaràs i atenció al part.

El descens de la mortalitat materna va discórrer paral·lel a la reducció del nombre de parts per dona, i va estar relacionat amb la incorporació al món laboral, la creació de dispositius i programes d'atenció a les mares (Serveis de Maternologia), la posada en marxa de l'Assegurança Obligatòria de Maternitat i la formació universitària experta primerenca de les matrones, totes elles dones. La nova especialitat d'Obstetrícia i Ginecologia va significar un canvi qualitatiu quant a la consideració científica del cos de les dones i no sols des de la condició com a mares. S'hi van tractar patologies com el càncer uterí i es van incorporar tècniques de la nova cirurgia. En obstetrícia, la millora va estar relacionada amb la defensa

del part natural davant de l'abús del fòrceps, l'anestèsia obstètrica, l'estudi sistemàtic de les estretors pelvianes i les noves tècniques de cesària.

Mortalitat infantil i salut dels xiquets i les xiquetes

Al llarg del segle XX la mortalitat infantil va tenir un descens significatiu. Si l'any 1915 la taxa de mortalitat en el primer any de vida era de 150 xiquets/xiquetes morts per cada 1.000 nascuts o nascudes vius, a la fi de la dècada de 1940, aquestes xifres havien descendit fins a un 75 per 1.000. El progressiu declivi de les defuncions sol es va frenar durant l'epidèmia gripal de 1918 i la Guerra Civil. A partir d'aquest moment, va començar un descens a penes interromput malgrat els anys de postguerra. Aquestes morts s'atribuïen a causes infeccioses, problemes nutricionals i complicacions



durant el naixement i les primeres setmanes de vida. Entre les causes infeccioses, les diarrees i enteritis eren les més prevalents juntament amb la pigota o la pallola. Entre les no infeccioses la malnutrició, les anomalies congènites i els traumatismes en el part mostraven una major incidència. Darrere d'aquestes causes es trobaven les deplorables condicions de vida, l'amuntegament, els habitatges insalubres i l'escassetat d'aliments.

Igual que va passar amb la mortalitat general, el descens de la mortalitat infantil va ser degut a millores estructurals, com l'articulació del sistema sanitari, el descens de la natalitat, els avanços en matèria legislativa per a la protecció a la infància, les iniciatives benèfiques i pedagògiques i la millora general de les condicions de vida i l'alimentació. Paral·lelament, va ser crucial la implementació de polítiques sanitàries que es van concretar en la campanya de lluita contra la mortalitat infantil, a través d'activitats de divulgació, de vacunacions massives, de vigilància de l'entorn i de millora de la higiene i l'alimentació infantil. Aquestes activitats es van desenvolupar des dels nous dispositius sanitaris creats a aquest efecte com els dispensaris, gotes de llet, departaments i escoles de puericultura, hospitals infantils, menjadors i cantines escolars. Els professionals encarregats d'aquestes accions (metges, infermeres, mestres o puericultors) van establir una col·laboració interdisciplinària sense precedents, el focus d'acció de les quals es va situar en les dones i les mares com a responsables de la salut infantil, acció que no va estar exempta d'una mirada androcèntrica i tutelada de la maternitat.

Investigadors i investigadores: Rosa Ballester, María Eugenia Galiana, Joan Lloret i Rocío Martínez.

LES MALALTIES INFECCIOSES: EL MEDI FÍSIC, SOCIAL I CULTURAL

Sindèmia

La problemàtica de les malalties infeccioses d'etiologia social, presents a l'Europa mediterrània de les primeres dècades del segle XX, va estar condicionada per la concurrència simultània que mostraven aquestes patologies. Aquesta circumstància, explicada, entre altres factors, pels contextos de misèria i pobresa en els quals se solien desenvolupar, agreujava el pronòstic i la càrrega de malaltia de la població afectada, com també les conseqüències i l'impacte econòmic i social que solien mostrar.

Investigadors i investigadores: Josep Bernabeu i Maria Eugenia Galiana.

PALUDISME I BRUCEL·LOSI

Malalties transmeses per vectors en l'àmbit rural.



El paludisme i la brucel·losi, representen dues de les zoonosis que més prevalença mostraven a l'Europa mediterrània de la primera meitat del segle XX. A més, en el cas del primer, es tracta d'una de les patologies que més han marcat la història epidemiològica de països com Espanya i Itàlia, ja que a més de les conseqüències sanitàries, frenava el desenvolupament econòmic i social de les zones afectades. La seua difusió requeria d'unes condicions mediambientals específiques i de la presència dels vectors que asseguraren la transmissió de la malaltia als éssers humans, com ocorre amb els mosquits i el bestiar. Però eren els ambients rurals i els contextos de misèria i pobresa en què vivien molts dels seus pobladors, les dures condicions en les quals havien de desenvolupar les activitats agrícoles i ramaderes i la mobilitat dels jornalers, en el cas de la malària, els determinants que millor expliquen el desenvolupament d'aquestes dues infeccions.

L'impacte en el medi rural dels canvis econòmics, socials i culturals, juntament amb la intensitat de la intervenció sanitària i la millora de la seguretat alimentària, van ser els factors que més van contribuir a l'erradicació del paludisme i la brucel·losi. Des d'administracions sanitàries com l'espanyola, es van dur a terme campanyes i programes d'intervenció que van comptar en molts casos amb l'assessorament d'organismes internacionals i institucions filantròpiques com la Fundació Rockefeller. La filosofia que va guiar totes aquestes actuacions va ser la d'intervenir tant sobre el medi físic com el social, on radicaven els factors

associats que explicaven la gravetat i la persistència de les dues zoonosis, com ocorria amb les deficiències en els habitatges i en les infraestructures més bàsiques com les relacionades amb el cycle d'aigua. A les mesures de sanejament del medi i la lluita antivectorial, s'unien l'educació i la divulgació sanitària o la profilaxi amb quinina, en el cas del paludisme.

Investigadors i investigadores: Rosa Ballester i Josep Bernabeu.

TUBERCULOSI

La malaltia de la pobresa i la desigualtat

Present des de l'Antiguitat, al començament del segle XX, la tuberculosi es va convertir en la principal malaltia social, fins a l'extrem de ser coneguda com la pesta blanca. També va rebre noms com a *escròfula* o *consumpció*. La seua elevada morbimortalitat va causar un fort impacte social, fet que, juntament amb el descens d'epidèmies de còlera, febre groga, pigota o



pesta, va marcar la transició des de grans catàstrofes epidèmiques al predomini d'infeccions endèmiques com la tuberculosi, la sífilis, el paludisme o la febre tifoide. Eren malalties associades a una industrialització en condicions de salubritat molt deficients. Relacionada amb la pobresa, l'alimentació deficiente, l'amuntegament, l'habitatge poc higiènic i els hàbits de vida insalubres; castigava especialment els districtes obrers de les àrees industrials, però també les classes mitjanes urbanes, i es va convertir en el major problema sanitari de la primera meitat del segle XX. La tuberculosi va ser també una icona del romanticisme.

La feblesa de la sanitat espanyola i de la italiana, va impulsar debats polítics com el que va propiciar el catedràtic valencià i diputat Francisco Moliner, amb una campanya basada en la construcció de sanatoris antituberculosos. No obstant això, la prevenció va ser modesta, amb dispensaris antituberculosos i normes d'higiene social com la prohibició d'escopir. També va haver-hi campanyes d'higienització d'escoles i habitatges obrers, inspeccions escolars, sanatoris infantils, colònies d'estiu per a millorar l'alimentació i la immunitat infantil. S'hi van crear associacions nacionals i internacionals de lluita contra la tuberculosi, es commemorava el dia de la flor per a recaptar-hi fons, i periòdicament es van celebrar congressos internacionals. La nova bacteriologia i les tècniques de serologia experimental van permetre al metge alemany Robert Koch identificar el *Mycobacterium tuberculosis*, bacil causant de la malaltia, i posar en marxa investigacions encaminades a aconseguir-hi una vacuna. Tant investigadors alemanys com l'Institut Pasteur, o el bacteriòleg Jaume Ferrán van fer experiments serològics i proves diagnòstiques. No obstant això, va ser

l'arribada dels antibiòtics a la fi dels anys 1940, la qual cosa va aportar eficàcia al tractament de la malaltia. Amb tot, la tuberculosi és avui un problema seriós als països més pobres d'Àfrica i Amèrica Llatina, i s'han desenvolupat resistències als antibiòtics tradicionals.

Investigadors i investigadores: Josep Lluís Barona i Rafaela Domínguez.

LEPRA

La etiologia social d'una malaltia estigmatitzada

Al llarg del segle XIX i les primeres dècades del segle XX, la lepra va aconseguir la condició de pandèmica en afectar diverses zones del planeta. En el cas d'Europa, el mal de Sant Llàtzer va estar present en zones importants del nord i nord-oest del continent, així com en l'àrea mediterrània, on es va manifestar amb virulència en diverses regions espanyoles i, de forma molt particular, en terres valencianes. En el cas espanyol, les deficiències que mostrava l'administració sanitària, van condicionar la localització i control efectiu dels casos. L'aïllament, mancat de condicions higièniques adequades i la segregació social es van convertir en les principals alternatives. L'abandonament i les deplorables condicions de vida que envoltaven el dia a dia de la majoria dels malalts, a més de suscitar les crítiques dels experts en salut pública, van convertir el col·lectiu en un objectiu de les activitats filantròpiques.

Abans del tractament amb la sulfona i altres antibiòtics, la reclusió dels malalts guiava la lluita contra la lepra. Juntament amb l'aïllament en establiments especialitzats o sales específiques d'hospitals, es va promoure la notificació obligatòria, amb la finalitat d'evitar l'aparició de nous focus. A Espanya, al costat dels intents oficials per a disposar d'una estadística fiable o estudiar els determinants epidemiològics, la Colònia-Sanatori Sant



Francesc de Borja de Fontilles (Alacant), inaugurada el 1909, es va convertir en la principal resposta institucional. Al marge del règim assistencial que comportava el seu caràcter confessional i filantròpic, el 1927 el Sanatori va passar a albergar un Institut de Leprologia finançat amb fons públics i va acollir, entre altres activitats, l'assaig de diversos protocols terapèutics. L'any 1932 va ser

intervingut per l'Estat. Després de la Guerra Civil va recuperar el caràcter privat, al mateix temps que les autoritats franquistes creaven l'any 1943 l'Institut Leprològic Nacional de Trillo (Guadalajara).

Investigadors i investigadores: Inés Antón, Josep Bernabeu i Antonio García Belmar.

TRACOMA

La ceguesa de la misèria i la pobresa

Les primeres dècades del segle XX, el tracoma, una infecció ocular que pot ocasionar ceguera, reunia la condició de pandèmica. L'Europa mediterrània era una de les regions més afectades, i mostrava, en el cas espanyol, una zona endèmica que s'estenia per tot el litoral mediterrani. Al desendreçament, agreujat per les deficiències del cicle de l'aigua, la ignorància, la fam i la subalimentació, la misèria i l'amuntegament en habitatges insalubres, s'unien altres determinants de naturalesa mediambiental. Entre aquests destacava, el clima sec, ventós, amb altes temperatures i d'intensitat lumínica alta, així com l'orografia i la composició geològica del sòl. La probabilitat de contraure el tracoma era major en el cas de les dones i estava associat a l'activitat reproductiva i els seus rols de gènere. El mateix ocorria amb els factors de naturalesa ocupacional, amb el denominat factor agregació, en presentar-se amb major freqüència en institucions col·lectives com escoles, exèrcit, etc., o amb la qüestió migratòria, per facilitar-ne la difusió.

Les mesures preventives van ser fonamentals per al tractament del repte sociosanitari que representava el tracoma. Al costat de la declaració obligatòria de la malaltia i l'elaboració d'estadístiques, es van dur a terme campanyes de sensibilització i propaganda sanitària per mitjà de fullets, cartells o xarrades radiofòniques i conferències divulgatives. Per a coordinar totes aquestes polítiques es va crear l'any 1927 el Servei Nacional Antitracomatós. Els dispensaris i els centres d'higiene van permetre implementar, d'una banda, mesures de vigilància epidemiològica, com ocorria amb la detecció precoç i la cerca i el control de casos. Per un altre, les d'intervenció comunitària, a través, sobretot, de les



infermeres de salut pública. A més d'actuar d'enllaç entre els centres d'higiene, les escoles i les famílies, les visitadores van desenvolupar activitats d'educació higienicosanitària i profilaxi per mitjà de la correcció de pràctiques de risc, millora de les condicions dels habitatges, de la higiene personal i familiar, etc.

Investigadors i investigadores: Josep Bernabeu i María Eugenia Galiana.

LA COOPERACIÓ SANITÀRIA INTERNACIONAL

Malalties en moviment



El pacte de la Societat de Nacions signat l'any 1919 després de la Primera Guerra Mundial, preveia prendre mesures per a prevenir i combatre les malalties a través d'un programa general de cooperació. En la consecució dels seus objectius van resultar decisives tant la progressiva institucionalització de la medicina preventiva com els avanços que es van donar en matèria d'educació i divulgació higiènica i sanitària. Les polítiques de salut que van impulsar organismes com el Comitè d'Higiene de la Societat de

Nacions en les dècades de 1920 i 1930, cercaven, entre altres objectius, acabar amb el cercle viciós de pobresa, misèria i malnutrició que envoltava les patologies infeccioses. El paper dels experts va ser clau per a crear un escenari social i polític adequat i millorar els nivells de salut i benestar. Les seues decisions es basaven en l'evidència científica, que va permetre desenvolupar una mirada de salut global més enllà dels interessos i les estratègies nacionals.

Investigadors i investigadores: Josep Bernabeu i María Eugènia Galiana.

LES LLIÇONS DE LA HISTÒRIA

One health

Societats com l'espanyola i la italiana van erradicar una sèrie de patologies infeccioses i problemes de salut d'etiologia social que frenaven el seu desenvolupament, a més de minvar l'estat de salut de les poblacions. Van ser les millores de les condicions de vida les que van augmentar la capacitat de resistència davant de les infeccions i van disminuir les possibilitats de contagi. Per contra, actualment, els anomenats països en desenvolupament han vist com es reduïen els seus nivells de mortalitat per l'impacte de les tecnologies sanitàries, però no han experimentat una millora en les seues condicions de vida en els termes en què ho van fer els països més desenvolupats. Un nombre creixent de persones escapen a la mort, i es converteixen en supervivents que conviuen amb la persistència de patologies que reuneixen la condició d'evitables, són expressió de la síndrome de dislocació social que acompanya la misèria i la pobresa i els impedeixen portar una vida digna i plenament productiva.



Investigadors i investigadores: Josep Bernabeu i María Eugenia Galiana.