

LECCIONES DE LA HISTORIA.

SIN

ENFERMEDADES DE LA POBREZA

ERG

EN LA EUROPA MEDITERRÁNEA

IAS

CONTEMPORÁNEA.







SINERGIAS

ENFERMEDADES DE LA POBREZA EN LA EUROPA MEDITERRÁNEA CONTEMPORÁNEA. LAS LECCIONES DE LA HISTORIA.

Comisariado: María Eugenia Galiana Sánchez.

Equipo de trabajo:

Grupo Balmis- Universidad de Alicante (orden alfabético): 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.

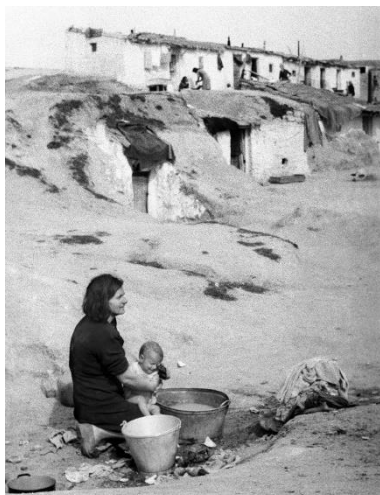
Grupo SANHISOC- Universidad de Valencia (orden alfabético): Josep Lluís Barona Vilar; Rafaela Domínguez Vilaplana; Ximo Guillem; Joan Lloret Pastor.

Grupo Universidad de Sassari: Lucia Pozzi (coordinadora).

Exposición desarrollada en el marco del proyecto coordinado “Catástrofe sanitaria y cooperación internacional en tiempo de crisis: Europa 1918-1945” (referencia: HAR2017-82366-C2), del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades y los subproyectos “Alerta sanitaria y ayuda alimentaria internacional” (referencia (HAR2017-82366-c2-1-P) y “Pasado y presente en el control de las enfermedades de la pobreza desatendidas: el ejemplo histórico de la Europa mediterránea y la cooperación sanitaria internacional” (referencia: HAR2017-82366-C2-2-P). Colaboran: Grupo Balmis de Investigación en Historia de la Ciencia, Cuidados en Salud y Alimentación, Grupo de Investigación SANHISOC (Sanidad, Historia y Sociedad), Cátedra Emilio Balaguer de Bioética, Historia de la Medicina y Medicina Social y Red NISALdes (Niveles de Vida, Salud, Nutrición y Desigualdad).

OBJETIVO: LA SALUD

Un escenario catastrófico. España e Italia en el período de entreguerras



La erradicación de las enfermedades infecciosas de etiología social, también denominadas enfermedades de la miseria y la pobreza, contribuyó al proceso de modernización sanitaria que experimentaron las poblaciones de la Europa mediterránea a lo largo de la primera mitad del siglo XX. Al controlar los factores de riesgo que estaban detrás de estas patologías, no sólo disminuyó su impacto en términos de morbimortalidad, sino que mejoraron las deficientes condiciones de vida y de salud que explicaban su incidencia. La exposición aborda cómo tuvo lugar dicho proceso y en qué medida, lo ocurrido

en países como España e Italia, particularmente durante el período de entreguerras, puede ayudar a reducir la prevalencia que siguen mostrando en los países en vías de desarrollo, patologías infecciosas asociadas a la pobreza, que tienen la condición de evitables y que fueron erradicadas en los países más desarrollados, con un destacado protagonismo de la cooperación internacional.

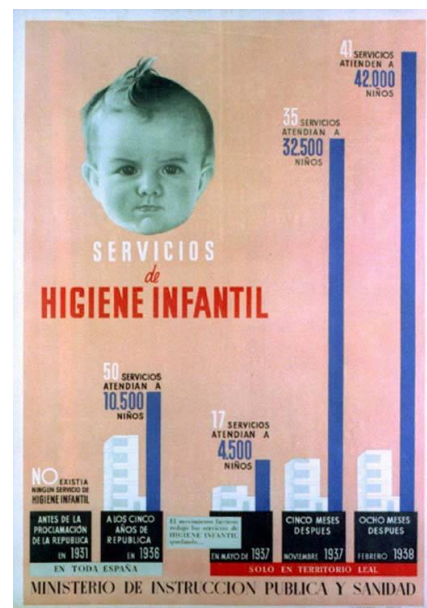
Situación epidemiológica

En el periodo de entreguerras, sociedades como la española o la italiana, fueron equiparadas a organismos enfermos y degenerados, que precisaban tratamiento adecuado y regeneración. La situación se describía como catastrófica. El hambre y la desnutrición, la mortalidad materno-infantil, el paludismo, la tuberculosis, la lepra, el tracoma, ... y un largo etcétera de problemas de salud, fueron calificados por los higienistas como “intolerables sociales” y atribuidos al impacto de la industrialización en las ciudades y a las deficientes condiciones del medio en el entorno rural. Se trataba en ambos casos de una situación sanitaria que respondía a las lamentables condiciones de vida y trabajo que soportaba la población y requería una urgente resolución. A todas estas circunstancias se sumaban las deficiencias en materia de asistencia socio-sanitaria y el escaso desarrollo alcanzado por la salud pública, así como la presencia de importantes desigualdades socioeconómicas y territoriales.

Respuesta institucional

El eje que guio la respuesta institucional al problema sanitario en la Europa mediterránea fue la importancia atribuida a los determinantes sociales de los problemas de salud y enfermedad. Las patologías de naturaleza infecciosa que dominaban el panorama epidemiológico adquirieron la condición de evitables, al estar asociadas a la pobreza y al síndrome de privación social que padecía la población afectada. La respuesta institucional, guiada por los presupuestos de la medicina social, la salud comunitaria y las directrices de los organismos sanitarios internacionales, se concretó en la puesta en marcha de campañas sanitarias y en la creación de centros de higiene y dispensarios, conformados por equipos

interdisciplinarios de profesionales sanitarios. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria, junto al desarrollo de las medidas de vigilancia epidemiológica y de saneamiento del medio, se convirtieron en estrategias fundamentales de la acción socio-sanitaria.



Investigadores/as: Josep Bernabeu, María Eugenia Galiana y Lucia Pozzi.

PROBLEMA: EL HAMBRE Y LA MALNUTRICIÓN

La expresión biológica de la desigualdad social

Desde la Antigüedad, las crisis de hambre y malnutrición fueron un importante factor de mortalidad y estabilización poblacional. Durante la primera mitad del siglo XX, la Gran Guerra (1914-1918), la Segunda Guerra Mundial y, en nuestro caso, la Guerra de España, junto con la Gran Depresión de los años 1930 provocaron una profunda crisis alimentaria y nutricional en todo el mundo afectando a todos los sectores de la población, pero especialmente a los niños y los desempleados. Más allá de enfermedades carenciales específicas como la pelagra, el escorbuto, el beriberi, el cretinismo, las neuritis y otras formas de avitaminosis, el hambre, junto a la pobreza, adquirieron la condición de determinantes de una amplia variedad de enfermedades infecciosas. A comienzos del siglo XX las élites tomaron conciencia de que el problema alimentario representaba un freno para el desarrollo social y asumieron la necesidad de desarrollar políticas nutricionales.

El hambre y la nutrición adquirieron nueva significación histórica a comienzos del siglo XX. Una nutrición deficiente debilita el sistema inmunitario y predispone a la infección. Las investigaciones sobre fisiología de la nutrición se interesó por definir la dieta óptima y la dieta mínima y se definieron las enfermedades carenciales y la malnutrición.

Era urgente intervenir en los grupos de riesgo como niños, embarazadas y lactantes, ancianos, desempleados, enfermos y soldados. La producción y distribución de alimentos planteó retos adicionales ya que desde la industrialización de leche, chocolate, aceite o azúcar obligaba a controlar la calidad, regular la producción, vigilar fraudes y adulteraciones y el uso de aditivos, colorantes y conservantes para salvaguardar la calidad y la salud pública. El problema del hambre adquirió dimensión política en los años 1940 y comienzos de los 1950 creando una profunda preocupación internacional. Los institutos de reformas sociales y de alimentación realizaron encuestas sobre la dieta y la salud. Organismos internacionales como la Comisión técnica de nutrición del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones y el Instituto Internacional de Agricultura, predecesor de la FAO, coordinaron iniciativas. En el caso de España se crearon gotas de leche, cantinas escolares, un Departamento de Higiene de la Alimentación en La Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto Nacional de Higiene de la Alimentación.



Investigadores/as: Josep Barona, Ximo Guillen, Alba Martínez, María Tormo y Eva M^a Trescastro.

GÉNERO. LAS MUJERES Y LOS CUIDADOS

Desde la Antigüedad, las mujeres han prestado cuidados de salud en el ámbito familiar, alejadas de los espacios públicos. El cuidado de los niños y la ayuda en los partos son ejemplos destacados. Los cuidados representan un conjunto de actos que tienen como finalidad mantener la vida, ayudando al otro a crecer y perpetuando los grupos. Además, las mujeres siempre han sido las protagonistas de la reproducción. La mayoría de ellas paría sola o acompañada de otras mujeres de la familia o la comunidad. Estos conocimientos empíricos están en el origen de las profesiones de comadrona y enfermera, que han sido clave en la mejora de los niveles de salud de la población a lo largo de la historia, al igual que la incorporación progresiva de las mujeres a la profesión médica.

Investigadora: María Eugenia Galiana.

Mortalidad materna y salud reproductiva



A lo largo del siglo XX, la evolución de la mortalidad materna y la salud reproductiva fue coherente con la transición demográfica y epidemiológica en España, con una reducción significativa de la mortalidad y morbilidad en todos los grupos de población. Este descenso se produjo antes que en los países de su entorno y de un modo más progresivo. Es difícil conocer la magnitud real del problema por las deficiencias de los sistemas de registro y las modificaciones en la clasificación de las causas de muerte, debido a la difusión de saberes científicos, los cambios en los criterios diagnósticos, evolución de las clasificaciones, o los cambios en la consideración social de determinados grupos como mujeres y madres. Los factores determinantes de la mortalidad materna y de la salud reproductiva estuvieron relacionados con las condiciones de vida de las mujeres, el número de hijos y las prácticas de seguimiento del embarazo y atención al parto.

El descenso de la mortalidad materna discurrió paralelo a la reducción del número de partos por mujer, relacionado con su incorporación al mundo laboral, la creación de dispositivos y programas de atención a las madres (Servicios de Maternología), la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Maternidad y la formación universitaria experta temprana de las matronas, todas ellas mujeres. La nueva especialidad de Obstetricia y Ginecología significó un cambio cualitativo en cuanto a la consideración científica del cuerpo de las mujeres y no

solo desde su condición como madres. Se abordaron patologías como el cáncer uterino y se incorporaron técnicas de la nueva cirugía. En obstetricia, la mejora estuvo relacionada con la defensa del parto natural frente al abusivo uso del fórceps, la anestesia obstétrica, el estudio sistemático de las estrecheces pelvianas y las nuevas técnicas de cesárea.

Mortalidad infantil y salud de los niños y niñas

A lo largo del siglo XX la mortalidad infantil tuvo un descenso significativo. Si en 1915 la tasa de mortalidad en el primer año de vida era de 150 niños y niñas fallecidos por cada 1000 nacidos/as vivos, a finales de la década de 1940, estas cifras habían descendido hasta un 75 por 1000. El progresivo declive de las defunciones solo se frenó durante la epidemia gripal de 1918 y la guerra civil. A partir de ese momento, comenzó un descenso apenas interrumpido a pesar de los años de postguerra. Estas muertes se atribuían a causas infecciosas, problemas nutricionales y



y complicaciones durante el nacimiento y las primeras semanas de vida. Entre las causas infecciosas, las diarreas y enteritis eran las más prevalentes junto a la viruela o el sarampión. Entre las no infecciosas la malnutrición, las anomalías congénitas y los traumatismos en el parto mostraban una mayor incidencia. Detrás de estas causas se encontraban las deplorables condiciones de vida, el hacinamiento, las viviendas insalubres y la escasez de alimentos.

Al igual que sucedió con la mortalidad general, el descenso de la mortalidad infantil se debió a mejoras estructurales, como la articulación del sistema sanitario, el descenso de la natalidad, los avances en materia legislativa para la protección a la infancia, las iniciativas benéficas y pedagógicas y la mejora general de las condiciones de vida y alimentación. Paralelamente, fue crucial la implementación de políticas sanitarias que se concretaron en la campaña de lucha contra la mortalidad infantil, a través de actividades de divulgación, de vacunaciones masivas, de vigilancia del entorno y de mejora de la higiene y la alimentación infantil. Estas actividades se desarrollaron desde los nuevos dispositivos sanitarios creados al efecto como dispensarios, gotas de leche, departamentos y escuelas de puericultura, hospitales infantiles, comedores y cantinas escolares. Los profesionales encargados de estas acciones (médicos, enfermeras, maestras o puericultores) establecieron una colaboración interdisciplinar sin precedentes, cuyo foco de acción se situó en las mujeres y madres como responsables de la salud infantil, acción que no estuvo exenta de una mirada androcéntrica y tutelada de la maternidad.

Investigadores/as: Rosa Ballester, María Eugenia Galiana, Joan Lloret y Rocío Martínez.

LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS: EL MEDIO FÍSICO, SOCIAL Y CULTURAL

Sindemia

La problemática de las enfermedades infecciosas de etiología social, presentes en la Europa mediterránea de las primeras décadas del siglo XX, estuvo condicionada por la concurrencia simultánea que mostraban dichas patologías. Estas sinergias, explicadas, entre otros factores, por los contextos de miseria y pobreza en los que se solían desarrollar, agravaba el pronóstico y la carga de enfermedad de la población afectada, así como las consecuencias y el impacto económico y social que solían mostrar.

Investigador: Josep Bernabeu

PALUDISMO Y BRUCELOSIS

Enfermedades transmitidas por vectores en el ámbito rural



El paludismo y la brucelosis, representan dos de las zoonosis que mayor prevalencia mostraban en la Europa mediterránea de la primera mitad del siglo XX. Además, en el caso del primero, se trata de una de las patologías que más han marcado la historia epidemiológica de países como España e Italia, ya que además de las consecuencias sanitarias, frenaba el desarrollo económico y social de las zonas afectadas. Su difusión requería de unas condiciones medioambientales específicas y de la presencia de los vectores que asegurasen la transmisión de la enfermedad a los seres humanos, tal como ocurre con los mosquitos y el ganado. Pero eran los ambientes rurales y los contextos de miseria y pobreza en los que vivían muchos de sus pobladores,

las duras condiciones en las que tenían que desarrollar sus actividades agrícolas y ganaderas y la movilidad de los jornaleros, en el caso de la malaria, los determinantes que mejor explican el desarrollo de ambas infecciones.

El impacto en el medio rural de los cambios económicos, sociales y culturales, junto a la intensidad de la intervención sanitaria y la mejora de la seguridad alimentaria, fueron los factores que más contribuyeron a la erradicación del paludismo y la brucelosis. Desde administraciones sanitarias como la española, se llevaron a cabo campañas y programas de intervención que contaron en muchos casos con el asesoramiento de organismos internacionales e instituciones filantrópicas como la Fundación Rockefeller. La filosofía que guio todas estas actuaciones fue la de intervenir tanto sobre el medio físico como el social, donde radicaban los factores asociados que explicaban la gravedad y la persistencia de

ambas zoonosis, tal como ocurría con las deficiencias en las viviendas y en las infraestructuras más básicas como las relacionadas con el ciclo de agua. A las medidas de saneamiento del medio y la lucha antivectorial, se sumaban la educación y la divulgación sanitaria o la profilaxis con quinina, en el caso del paludismo.

Investigadores/as: Rosa Ballester, Josep Bernabeu.

TUBERCULOSIS

La enfermedad de la pobreza y la desigualdad

Presente desde la Antigüedad, a comienzos del siglo XX, la tuberculosis se convirtió en la principal enfermedad social, hasta el extremo de ser conocida como la *peste blanca*. También recibió nombres como *escrófula* o *consunción*. Su elevada morbimortalidad causó fuerte impacto social, lo que, junto al descenso de epidemias de cólera, fiebre amarilla, viruela o peste, marcó



la transición desde grandes catástrofes epidémicas al predominio de infecciones endémicas como la tuberculosis, la sífilis, el paludismo o la fiebre tifoidea. Eran enfermedades asociadas a una industrialización en condiciones de salubridad muy deficientes. Asociada a la pobreza, la alimentación deficiente, el hacinamiento, la vivienda poco higiénica y los hábitos de vida insalubres; castigaba especialmente a los distritos obreros de las áreas industriales, pero también a las clases medias urbanas, convirtiéndose en el mayor problema sanitario de la primera mitad del siglo XX. La tuberculosis fue también un icono del romanticismo.

La debilidad de la sanidad española y de la italiana, impulsó debates políticos como el que propició el catedrático valenciano y diputado Francisco Moliner, con una campaña basada en la construcción de sanatorios antituberculosos. Sin embargo, la prevención fue modesta, con dispensarios antituberculosos y normas de higiene social como la prohibición de escupir. También hubo campañas de higienización de escuelas y viviendas obreras, inspecciones escolares, sanatorios infantiles, colonias de verano para mejorar la alimentación y la inmunidad infantil. Se crearon asociaciones nacionales e internacionales de lucha contra la tuberculosis, conmemorándose el día de la flor para recaudar fondos, y periódicamente se celebraron congresos internacionales.

La nueva bacteriología y las técnicas de serología experimental permitieron al médico alemán Robert Koch identificar el *mycobacterium tuberculosis*, bacilo causante de la

enfermedad, y poner en marcha investigaciones encaminadas a lograr una vacuna. Tanto investigadores alemanes como el Instituto Pasteur, o el bacteriólogo Jaime Ferrán realizaron experimentos serológicos y pruebas diagnósticas. No obstante, fue la llegada de los antibióticos a finales de los años 1940, lo que aportó eficacia al tratamiento de la enfermedad. Con todo, la tuberculosis es hoy un problema serio en los países más pobres de África y América Latina, y se han desarrollado resistencias a los antibióticos tradicionales.

Investigadores: Josep Barona, Rafaela Domínguez.

LEPRA

La etiología social de una enfermedad estigmatizada

A lo largo del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, la lepra alcanzó la condición de pandémica al afectar a diversas zonas del planeta. En el caso de Europa, el mal de Santo Lázaro estuvo presente en zonas importantes del norte y noroeste del continente, así como en el área mediterránea, donde se manifestó con virulencia en varias regiones españolas y, de forma muy particular, en tierras valencianas. En el caso español, las deficiencias que mostraba la administración sanitaria, condicionaron la localización y control efectivo de los casos. El aislamiento, carente de condiciones higiénicas adecuadas y la segregación social se convirtieron en las principales alternativas. El abandono y las deplorables condiciones de vida que rodeaban el día a día de la mayoría de los enfermos, además de suscitar las críticas de los expertos en salud pública, convirtieron al colectivo en un objetivo de las actividades filantrópicas.



Antes del tratamiento con la sulfona y otros antibióticos, la reclusión de los enfermos guiaba la lucha contra la lepra. Junto al aislamiento en establecimientos especializados o salas específicas de hospitales, se promovió la notificación obligatoria, con el fin de evitar la aparición de nuevos focos. En España, junto a los intentos oficiales para disponer de una estadística fiable o estudiar los determinantes epidemiológicos, la Colonia-Sanatorio San Francisco de Borja de Fontilles (Alicante), inaugurada en 1909, se convirtió en la principal respuesta institucional. Al margen del régimen asistencial que conllevaba su carácter confesional y filantrópico, en 1927 el Sanatorio pasó a albergar un Instituto de Leprología financiado con fondos públicos y acogió, entre otras actividades, el ensayo de diversos protocolos terapéuticos. En 1932 fue intervenida por el Estado. Tras la guerra civil recuperó su carácter

privado, al mismo tiempo que las autoridades franquistas creaban en 1943 el Instituto Leprológico Nacional de Trillo (Guadalajara).

Investigadores/as: Inés Antón, Josep Bernabeu y Antonio García.

TRACOMA

La ceguera de la miseria y la pobreza

En las primeras décadas del siglo XX, el tracoma, una infección ocular que puede ocasionar ceguera, reunía la condición de pandémica. La Europa mediterránea era una de las regiones más afectadas, mostrando, en el caso español, una zona endémica que se extendía por todo el litoral mediterráneo. Al desaseo, agravado por las deficiencias del ciclo del agua, la ignorancia, el hambre y la subalimentación, la miseria y el hacinamiento en viviendas insalubres, se sumaban otros determinantes de naturaleza medioambiental. Entre ellos destacaba, el clima seco, ventoso, con altas temperaturas y de intensidad lumínica alta, así como la orografía y la composición geológica del suelo. La probabilidad de contraer el tracoma era mayor en el caso de las mujeres y estaba asociado a su actividad reproductiva y sus roles de género. Lo mismo ocurría con los factores de naturaleza ocupacional, con el denominado factor agregación, al presentarse con mayor frecuencia en instituciones colectivas como escuelas, ejército, etc., o con la cuestión migratoria, por facilitar su difusión.

Las medidas preventivas resultaron fundamentales para el abordaje del reto socio-sanitario que representaba el tracoma. Junto a la declaración obligatoria de la enfermedad y la elaboración de estadísticas, se llevaron a cabo campañas de sensibilización y propaganda sanitaria por medio de folletos, carteles o charlas radiofónicas y conferencias divulgativas. Para coordinar todas estas políticas se creó en 1927 el Servicio Nacional Antitracomatoso. Los dispensarios y los centros de higiene permitieron implementar, por un lado, medidas de vigilancia epidemiológica, como ocurría con la detección



precoz y la búsqueda y control de casos. Por otro, las de intervención comunitaria, a través, sobre todo, de las enfermeras de salud pública. Además de actuar de enlace entre los centros de higiene, las escuelas y las familias, las visitadoras desarrollaron actividades de educación higiénico-sanitaria y profilaxis por medio de la corrección de prácticas de riesgo, mejora de las condiciones de las viviendas, de la higiene personal y familiar, etc.

Investigadores/as: Josep Bernabeu y María Eugenia Galiana.

LA COOPERACIÓN SANITARIA INTERNACIONAL

Enfermedades en movimiento



El pacto de la Sociedad de Naciones firmado en 1919 tras la Primera Guerra Mundial, preveía tomar medidas para prevenir y combatir las enfermedades a través de un programa general de cooperación. En la consecución de sus objetivos resultaron decisivas tanto la progresiva institucionalización de la medicina preventiva como los avances que se dieron en materia de educación y divulgación higiénica y sanitaria. Las políticas de salud que impulsaron organismos como el Comité de Higiene de la

Sociedad de Naciones en las décadas de 1920 y 1930, buscaban, entre otros objetivos, acabar con el círculo vicioso de pobreza, miseria y malnutrición que rodeaba las patologías infecciosas. El papel de los expertos resultó clave para crear un escenario social y político adecuado y mejorar los niveles de salud y bienestar. Sus decisiones se basaban en la evidencia científica, la cual permitió desarrollar una mirada de salud global más allá de los intereses y las estrategias nacionales.

Investigadores/as: Josep Bernabeu y María Eugenia Galiana.

LAS LECCIONES DE LA HISTORIA

One health

Sociedades como la española y la italiana erradicaron una serie de patologías infecciosas y problemas de salud de etiología social que frenaban su desarrollo, además de mermar el estado de salud de sus poblaciones. Fueron las mejoras de las condiciones de vida las que aumentaron la capacidad de resistencia frente a las infecciones y disminuyeron las posibilidades de contagio. Por el contrario, actualmente, los llamados países en desarrollo han visto cómo se reducían sus niveles de mortalidad por el impacto de las tecnologías sanitarias, pero no han experimentado una mejora en sus condiciones de vida en los términos en que lo hicieron los países más desarrollados. Un número creciente de personas escapan a la muerte, convirtiéndose en supervivientes que conviven con la persistencia de patologías que reúnen la condición de evitables, son expresión del síndrome de dislocación social que acompaña a la miseria y la pobreza y les impiden llevar una vida digna y plenamente productiva.



Investigadores/as: Josep Bernabeu y María Eugenia Galiana.