

BERCEO	137	25-33	Logroño	1999
--------	-----	-------	---------	------

ESTADOS DE SALUD Y DESCENSO DE LA MORTALIDAD: UN ESPACIO PARA LA INTERDISCIPLINARIEDAD

Josep Bernabeu Mestre*

RESUMEN

Tras exponer las principales características del debate sobre las causas o factores que explican el descenso de la mortalidad que acompañó la transición demográfica de la población europea occidental, el trabajo propone introducir en dicho debate, el concepto de estado de salud como categoría de análisis, al mismo tiempo que justifica su validez para abordar la variedad de factores que encierra la transición de la mortalidad. Por último, a título de ejemplo, se abordan algunos de los recursos heurísticos que pueden ayudar a analizar, con perspectiva diacrónica, dichos estados de salud: las topografías médicas, los estudios de geografía médica y las memorias de salud pública.

Palabras clave: transición sanitaria, estados de salud.

Le travail expose, en premier lieu, les principales caractéristiques du débat sur les causes ou facteurs qui expliquent la baisse de la mortalité qu'accompagna la transition démographique de la population européenne occidentale. En deuxième lieu, ce travail propose introduire dans ce débat, le concept d'état de santé comme catégorie d'analyse et justifie sa validité pour pouvoir aborder la variété de facteurs qui déterminent la transition de la mortalité. En dernier lieu, ce travail aborde aussi, à titre d'exemple, quelques ressources heuristiques qui peuvent aider à faire une analyse diachronique des états de santé: les topographies médicales, les études de géographie médicale et les mémoires de santé publique.

Mots clefs: transition sanitaire, états de santé.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas hemos asistido a un intenso debate sobre las razones o factores que explican el descenso de la mortalidad que acompañó la

* Departament de Salut Pública. Universitat d'Alacant

transición demográfica de la población europeo-occidental¹. Aunque finalmente se ha impuesto la posición de quienes defienden la existencia de múltiples modelos en la transición sanitaria y en la reducción de la mortalidad, buena parte de las discusiones se han centrado en la búsqueda de lo que más de un autor ha denominado la variable crítica de dicho descenso.

De hecho, a estas alturas de la polémica, parecer existir un cierto consenso sobre la complejidad del fenómeno y la inoportunidad de plantear explicaciones simplistas o "simplificadoras" del descenso de la mortalidad. Por utilizar una terminología matemática, nos encontraríamos ante una variable dependiente de una compleja ecuación que incluiría factores de índole científico-médica, social, económica, cultural y geográfica, entre otros.

En este contexto, la reflexión que vamos a desarrollar a continuación, pretende profundizar en el concepto de "estado de salud" y mostrar su utilidad como categoría de análisis para explicar, en el marco de la transición sanitaria (Robles, Bernabeu, García Benavides, 1996), el descenso de la mortalidad. Su aplicación puede ayudar a superar muchas de las dicotomías y controversias suscitadas: nutrición frente a salud pública, niveles de vida frente a organización social, o niveles de renta frente a avances científicos (Vallin, 1988).

2. A MODO DE PRÓLOGO

El año 1991 apareció, editada por Roger S. Schofield, David Reher y Alain Bideau, la monografía colectiva *The Decline of Mortality in Europe* (Oxford University Press). El libro recogía buena parte de las ponencias que se debatieron en 1988 en el Seminario que, bajo el título "El papel de la medicina en el descenso de la mortalidad", organizó, en la ciudad francesa de Annecy, la Comisión de Demografía Histórica de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.

En una sugerente introducción, Schofield y Reher, al preguntarse por las razones que explican el descenso de la mortalidad, atribúan la interpretación "clásica" del fenómeno al salubrista Thomas McKeown. Este último autor, publicó en la década de los años setenta una interesante monografía sobre *El crecimiento moderno de la población* (Antoni Bosch, Barcelona, 1976). En la misma se ocupaba de analizar los factores que explican el descenso de la mortalidad. McKeown, profesor de medicina social, ya se había introducido con anterioridad en el campo de la historia de la medicina. En esta última disciplina aportó sugerentes esquemas de reflexión sobre demografía y epidemiología histórica (*Medical issues in historical demography*,

¹ El concepto de transición demográfica se puede resumir como el proceso de transformación del comportamiento de las poblaciones en el terreno de la fecundidad y la mortalidad que aparece ligado al crecimiento económico contemporáneo, al mismo tiempo que describe el paso desde tasas elevadas de mortalidad y fecundidad propias de las sociedades pre-industriales (tasas en torno a 40 y 50 por mil, respectivamente, y esperanzas de vida al nacer que no superaban los 30 años) a tasas bajas, características de las sociedades modernas (en torno al 10 por mil en ambos casos y esperanzas de vida al nacer superiores a 70 años).

1971). Sin embargo, sería su incursión en la historia de la población lo que le proporcionaría un mayor impacto. Sus propuestas, en particular el desarrollo de la denominada hipótesis alimentaria, vendrían a modificar, de forma sustancial, el panorama historiográfico tradicional y relegaban a un segundo plano el papel que en la reducción de la mortalidad se había venido otorgando a los avances científico-médicos y a la salud pública.

La insistencia de Thomas McKeown en la importancia prioritaria de la nutrición y su condición de factor clave para explicar el descenso de la mortalidad, se oponía a una larga y consolidada tradición de historiadores sociales y de la medicina que habían defendido como factores explicativos a las mejoras en salud pública e higiene. Estos autores otorgaban un papel clave a la organización de una eficaz defensa contra la enfermedad y a la prestación de servicios básicos en materia de salud.

Entre quienes con mayor clarividencia han defendido la hipótesis "sanitarista" hay que destacar a Samuel Preston (1972, 1975, 1985). A partir de datos relativos al siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, este autor considera que las mejoras en los niveles de renta, en la nutrición y en otros indicadores del nivel de vida no podrían explicar más allá del 25% del incremento de la esperanza de vida que acompañó el descenso de la mortalidad. Conviene recordar, en este sentido, que McKeown basó buena parte de sus argumentaciones en datos británicos del siglo XVIII y primera mitad del XIX, un momento histórico donde resulta complicado argumentar a favor de medidas higiénicas y de salud pública (Szreter, 1988).

En cualquier caso, las propuestas de Thomas McKeown tuvieron, entre los estudiosos de la población, una recepción entusiasta y, como se ha señalado por más de un autor, hasta cierto punto acrítica. Sería a partir de la década de los ochenta cuando empezaron a plantearse documentadas argumentaciones que cuestionaban tales propuestas. De forma particular, hay que mencionar los trabajos del profesor Massimo Livi Bacci.

Este último autor publicaba en 1987 su conocida monografía sobre *Población y alimentación. Ensayo sobre la historia demográfica europea* (Ariel, Barcelona, 1988). Livi Bacci cuestionaba la relación causal directa y casi única que, a propósito de la hipótesis alimentaria de McKeown, parecía haberse establecido entre alimentación y mortalidad. Quizás, para ser más objetivos, habría que matizar que en realidad Massimo Livi Bacci más que negar de raíz los planteamientos que encerraba la hipótesis de McKeown, buscaba suscitar el debate en un campo en el que parecía que todo estaba ya dicho. De hecho, no cuestionaba de forma absoluta el papel de la alimentación sobre los niveles de mortalidad, más bien cuestionaba la condición de factor único o más importante. Para Thomas McKeown, el crecimiento moderno de la población, desde mediados del siglo XVIII habría sido la consecuencia de la reducción de la mortalidad que habría provocado la mejora en la alimentación. Aunque sin olvidar la influencia de otros factores como las mejoras en la higiene pública y privada o un mayor control de los alimentos y de sus condiciones de preparación y/o conservación.

Por su parte, Livi Bacci, que admite la influencia a corto plazo de la carestía alimentaria sobre la mortalidad, niega que exista tal relación a largo plazo o que resulte,

al menos, verificable. Habría, por tanto, poca o nula correspondencia entre los niveles de alimentación y mortalidad. Además, la hipótesis alimentaria no habría tenido en cuenta la capacidad de adaptación del ser humano a situaciones de estrés nutritivo. Capacidad de adaptación, sigue afirmando Livi Bacci, que permitiría relativizar el antagonismo entre penuria alimentaria y supervivencia. Tales argumentaciones venían a desmontar parte del andamiaje que sustentaba a la hipótesis formulada por McKeown. Este último autor, había concluido, por eliminación de otros factores (ni mejoras médicas, ni cambios en los agentes patógenos), que únicamente la mejora de la alimentación podía justificar el descenso de la mortalidad. Rechazada la hipótesis alimentaria, son diversas las preguntas que cabe plantear. Entre otras: ¿qué proponemos a cambio? ¿por qué descendió la virulencia de tantas enfermedades de manera simultánea? ¿cómo se explica el crecimiento moderno de la población a partir del siglo XVIII?.

McKeown formuló una hipótesis global para explicar el descenso de la mortalidad, por el contrario sus detractores no han acabado de plantear una alternativa. Esta última sería una de las limitaciones de estudios como el de Livi Bacci. Por el contrario, entre sus virtudes podemos destacar su llamada a mostrar actitudes críticas frente a hipótesis que se caracterizan por mostrar una excesiva simplificación. Como el mismo afirma: los mecanismos que unen demografía y alimentación resultan bastante ambiguos y las simplificaciones no favorecen la claridad. Las diferencias de mortalidad que mostraban las poblaciones en el pasado tendrían su explicación en una pluralidad de factores. Lo biológico y lo social se encuentran y concuerdan en combinaciones y con efectos sólo en parte reconocibles. Los factores ambientales y de comportamiento predominarían sobre los nutricionales. Para Livi Bacci, el debate sobre el descenso de la mortalidad precisa de la participación de especialistas procedentes de diversos campos y áreas de conocimiento.

Es precisamente en la línea argumental planteada por este último autor, la de debatir el descenso de la mortalidad en un escenario de pluridisciplinariedad, donde puede tener sentido la incorporación de una categoría de análisis como la que representa el concepto de estado de salud de la población.

3. UN ESPACIO PARA LA INTERDISCIPLINARIEDAD: EL ESTADO DE SALUD DE LAS POBLACIONES

Como recoge Rafael Huertas (1998: 153-156) el concepto de estado de salud tiene su origen en la interrelación que existe entre lo biológico y lo social. Cuando hablamos del estado de salud de una población determinada, nos estamos refiriendo al nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres respecto a su salud. En todo momento nos estaríamos moviendo dentro del sistema hombre-sociedad-naturaleza.

Los estados de salud estarían determinados, en cada momento histórico considerado, por la organización socioeconómica imperante. Dicha organización, al

definir los modos de producción y, por tanto, la estructura social y el sistema político-jurídico, caracterizaría no sólo las diferentes condiciones sociales de vida o las distintas formas de actividad vital del hombre, sino también el impacto de esta actividad sobre las condiciones naturales y ambientales y los distintos sistemas de asistencia médica y de salud pública. De esta forma, la biología de cada individuo se vería influida o mediatizada al menos por tres grupos de factores: por su modo y condiciones de vida, esto es, por su pertenencia a una determinada clase social; por las condiciones del medio natural; y por la mayor o menor eficacia del sistema sanitario. Como mantiene el mismo Huertas (1998: 152), así considerados, la salud y la enfermedad no serían hechos inevitables que dependen, exclusivamente, de nuestra biología, sino que estarían influidos por una serie de factores ambientales (naturales y sociales) que acabarían determinando el equilibrio o desequilibrio entre salud y enfermedad. Este enfoque "ecológico", sigue afirmando Huertas, permite entender la salud como un equilibrio dinámico, resultado de una suma de tres factores: el potencial genético del individuo; la capacidad de adaptación del hombre y la población a su ambiente; y los riesgos y peligros para la salud en el ambiente físico y social.

Ahora bien, desde un punto de vista metodológico, ¿cómo podemos abordar todo este conjunto de factores? Las aportaciones de la demografía y la epidemiología históricas permiten una primera aproximación al amplio abanico de factores que intervienen en el modo de vivir, enfermar y morir de los individuos y las colectividades. Sin embargo, para un análisis adecuado de dichos factores resulta necesario recurrir a los conceptos, los métodos y las técnicas que nos proporcionan otras ciencias sociales como la historia social de la medicina, la antropología de la salud, la historia económica y la historia social. Frente a las informaciones de carácter cuantitativo que nos ofrecen la demografía y la epidemiología, estas otras disciplinas pueden resultar de interés para valorar indicadores cualitativos, y en definitiva, el conjunto de elementos culturales, higiénicos, sanitarios y socioeconómicos que configuran los modos y las condiciones de vida (Robles, Pozzi, 1997: 186-196; Perdiguero, Bernabeu, 1998).

Así mismo, dentro de este enfoque, resulta necesario el análisis de los sistemas de salud, entendiendo éstos como el conjunto de actividades que en cada sociedad se han puesto en marcha para intervenir sobre el proceso salud-enfermedad. Sistemas de salud que a su vez resultan de la interrelación de varios subsistemas: sanitario, social, económico, cultural, etc. Subsistemas que acaban definiendo, entre otras circunstancias, la mayor o menor eficacia de los modelos de prevención y curación de la enfermedad y de protección a la salud, como también la equidad -o las desigualdades- en el acceso a los servicios sanitarios (Bernabeu, 1998).

Conviene insistir en el hecho de que todos estos factores que acabamos de mencionar y que representan los determinantes de los estados de salud de las poblaciones, no deben ser analizados, como ya se ha indicado, de manera estática o ahistórica. La propia sucesión de las diferentes formas de organización social exige considerar a la salud de las poblaciones dentro de la lógica del proceso histórico, única forma de comprender de una manera dialéctica y dinámica la relación existente entre la salud de los individuos y de las colectividades y la sociedad de la que forman parte.

Se trata de ofrecer un marco conceptual que acoja la variedad de factores que encierra la transición de la mortalidad: nutrición, niveles de vida, salud pública e higiene. Pero también, tal como recogen Schofield y Reher (1994), directa o indirectamente asociados con ellos, las condiciones de vida, la actividad económica, la urbanización, la educación, la etiología de antiguas y nuevas enfermedades, los profesionales de la salud y la ciencia médica, las madres, los cuidados prestados a la infancia, los políticos, los planificadores y reformadores, o el clima y el medio ambiente.

En los estudios de demografía y epidemiología históricas corremos el riesgo de dejar olvidado tras la maraña de datos empíricos y operaciones estadísticas, el papel del medio social como factor determinante, en nuestro caso, del estado de salud de las poblaciones. Como recordaba Henry Sigerist, uno de los referentes en la configuración de la historia social de la medicina: las enfermedades padecidas por una determinada colectividad están condicionadas por su forma de vivir, es decir, por la forma como esa colectividad vive, se alimenta, se viste o se comporta. Para poder entender de qué forma la enfermedad afectó a los hombres a lo largo de la historia, hay que integrar este problema en la vida económica, social, cultural y política en que ese hombre se encontrase inmerso (Huertas, 1994: 15-16).

4. FUENTES PARA EL ESTUDIO HISTÓRICO DE LOS ESTADOS DE SALUD

Aunque existe una gran variedad de recursos heurísticos que nos pueden ayudar a analizar, con perspectiva diacrónica, una categoría de análisis como la que proponemos (Barona, Mico, 1996; Bernabeu, Esplugues, Robles, 1997), en esta ocasión centraremos nuestra atención en el género de las topografías médicas y los estudios de geografía médica que se publicaron entre el siglo XVIII y las primeras décadas del siglo XX. (Bernabeu, Bujosa, Hernández, 1999). Es decir, durante los años clave de las transiciones demográficas y sanitarias que vivieron la mayoría de las poblaciones europeas.

Las topografías médicas primero, los estudios de geografía médica después, así como las memorias de salud pública que buscaban conocer la realidad sanitaria del entorno, representan, en momentos cronológicos diferentes, algunos de los principales instrumentos metodológicos que permiten al historiador reconocer los determinantes que condicionan los estados de salud de las poblaciones.

El testimonio que aparece recogido en la topografía médica de la ciudad valenciana de Alzira, redactada en 1917, aporta un ejemplo excepcional del interés heurístico que encierra este tipo de trabajos:

Por lo que consignado queda, conocemos cuáles son las causas productoras de las enfermedades y del contagio que engendra esos seres hambrientos, de cuerpos enjutos, de macilentos semblantes, y que si así se encuentran es por el excesivo trabajo, las malas condiciones de las viviendas, la insuficiente alimentación y el repulsivo vicio.

*Con la detención y acierto que pude he estudiado las causas morbosas, con el ánimo de, al difundir su conocimiento, entre mis paisanos y conocidos, ver pronto redimida esta tierra y regenerado mi país [...] festejar la inefable dicha de haber visto desaparecer de nuestra adorada tierra las palabras fatídicas: viruela, sarampión, cáncer, lepra, tuberculosis, **injusticia, hambre y miseria**, que fueron siempre engendradoras y productoras de la muerte y estigma vergonzoso de esta sociedad culta*

Las informaciones que nos aportan este tipo de fuentes, además de considerar la diversidad de factores que determinan las condiciones de salud y de enfermedad de la población, ilustran la pluralidad de situaciones y experiencias que acompañó el control y descenso de la mortalidad. Philip Hauser, en su conocida *Geografía Médica de la Península Ibérica* (1913), hablaba de una autonomía "morbígena" para las diferentes regiones y zonas de España y añadía a continuación, una relación de los principales factores que justificaban tales diferencias: unas veces por condiciones climatológicas, otras veces por condiciones económico-sociales, otras por costumbres especiales de vida y alimentación y otras por condiciones antihigiénicas, que difieren en cada zona, según el grado de cultura y según el mayor o menor bienestar de los habitantes.

La lectura y análisis de las fuentes que estamos comentando, además de aportar modelos de descripción territorial que ayudan a entender el estado de salud de las poblaciones (Prats, 1996; Urteaga, 1999), permiten constatar, desde la perspectiva de la higiene y la medicina social, el amplio abanico de soluciones que contribuyeron a superar los problemas de salud que afectaban a nuestros antepasados.

5. EPÍLOGO

A la luz de las reflexiones que hemos ido aportando, consideramos que el estado de salud de la población puede ser asumido y aplicado, como categoría de análisis, en la investigación que desarrollan la demografía y la epidemiología históricas. No se trata, como nos recuerda Rafael Huertas (1994:20), de realizar diagnósticos de salud con carácter retrospectivo, pero sí de intentar estudiar, dentro de los límites del propio trabajo historiográfico, los factores determinantes del estado de salud de las poblaciones --sus contenidos concretos-- en cada momento histórico.

Los problemas de salud y episodios de enfermedad son considerados realidades biológicas cambiantes y sometidas a las circunstancias ambientales. O, lo que es lo mismo, fenómenos sociales condicionados -cuando no determinados- por estructuras socioeconómicas y patrones socioculturales concretos. Así considerados, e integrados en el marco de los estados de salud, el estudio y análisis de cómo se resolvieron y controlaron dichos problemas de salud y episodios de enfermedad, puede arrojar luz en el debate sobre las causas que provocaron el descenso de la mortalidad que acompañó la transición demográfica.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- ANÓNIMO (1917). *Topografía médica de Alzira* [Memoria manuscrita presentada con el seudónimo "vivo et scribo in aere romano" al premio "Iglesias González" que convocaba la Real Academia de Medicina de Madrid].
- BARONA VILAR, Josep Lluís; MICO NAVARRO, Joan (Coordinadors) (1996). *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- BERNABEU MESTRE, Josep (1998) "Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 16/2, p. 15-38.
- BERNABEU MESTRE, Josep; ESPLUGUES PELLICER, Xavier; ROBLES GONZÁLEZ, Elena (Coordinadors) (1997). *Higiene i salubritat en els municipis valencians (1813-1939)*. Benissa: Seminari d'Estudis sobre la Ciència/ Institut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta.
- BERNABEU MESTRE, Josep; BUJOSA HOMAR, Francesc; HERNANDEZ VIDAL, Josep M. (Coordinadors) (1999). *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis.
- HAUSER, Philip (1913). *Geografía médica de la Península Ibérica*. Madrid: Imp. Eduardo Arias. 3 vols.
- HUERTAS, Rafael (1994). *Organización sanitaria y crisis social en España. La discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas.
- HUERTAS, Rafael (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Madrid: El Viejo Topo/ Fundación de Investigaciones Marxistas".
- LIVI BACCI, Massimo (1988). *Población y alimentación. Ensayo sobre la historia demográfica de Europa*. Barcelona: Ariel.
- MCKEOWN, Thomas (1971). "Medical issues in historical demography". En: CLARKE, E. (ed) *Modern Methods in the History of Medicine*. London: The Anatole Press.
- MCKEOWN, Thomas (1976). *El crecimiento moderno de la población*. Barcelona: Antoni Bosch Editor.
- PERDIGUERO GIL, Enrique; BERNABEU MESTRE, Josep (1998). "El descenso de la mortalidad: la transición sanitaria y epidemiológica de la población valenciana". En: AAVV. *La población valenciana: pasado, presente y futuro*. Alicante: Institut Juan Gil-Albert, p. 33-58.
- PRATS, Llorenç (1996). "L'higienisme i les topografies mèdiques". En: *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*. Barcelona: Editorial Alta Fulla, p. 17-42.
- PRESTON, Samuel H. (1975). "The changing relation between mortality and economic development". *Population Studies*, 29, p. 231-248.

- PRESTON, Samuel H. (1985). "Resources, knowledge and child mortality". En: *Congres International de la Population*, Florence. Liège: Ordina Editions, p. 373-384.
- PRESTON, Samuel H; KEYFITZ, N.; SCHOEN, R. (1972). *Causes of death: life tables for national populations*. New York: Seminar Press.
- ROBLES GONZÁLEZ, Elena; BERNABEU MESTRE, Josep; GARCÍA BENAVIDES, Fernando (1996). "La transición sanitaria: una revisión conceptual". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 14/1, p. 117-144.
- ROBLES GONZÁLEZ, Elena; POZZI, Lucia (1997). "La mortalidad infantil en los años de la transición: una reflexión desde las experiencias italiana y española". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 15/1, p. 165-199.
- SCHOFIELD, Roger; REHER, David; BIDEAU, Alain (Eds) (1991). *The decline of Mortality in Europe*. Oxford: University Press.
- SCHOFIELD, Roger; REHER, David (1994). "El descenso de la mortalidad en Europa". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 12/1, p. 9-32.
- SZRETER, Simon (1988). "the importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a reinterpretation of the role of public health". *Social History of Medicine*, 1, p. 1-38.
- URTEAGA, Luís (1999). "Las topografías médicas como modelo de descripción territorial". En: BERNABEU MESTRE, Josep; BUJOSA HOMAR, Francesc; HERNANDEZ VIDAL, Josep M. (Coordinadors) (1999). *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis, p. 73-85.
- VALLIN, Jacques (1988) "Theorie(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine". *Dossiers et Recherches (Institut National d'Études Démographiques)*, 14, 44 p.

