

SEMINARIO SOBRE "LA MEDICINA Y EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD"

Centre des Pensières, Lac d'Annecy (Francia),
22-25 de junio de 1988

Héctor Pérez-Brignoli

El Comité de Demografía Histórica de la IUSSP (International Union for the Scientific Study of Population) y la Fondation Marcel Mérieux organizaron un seminario sobre la medicina y el descenso de la mortalidad, con especial atención al período 1700-1914. Veinte ponentes invitados y varios comentaristas se dieron cita en el Centre des Pensières, perteneciente a la Fundación Mérieux, en las orillas del Lago de Annecy. Lo que sigue es un resumen de los principales temas que fueron objeto de discusión, y de las conclusiones más importantes.

El comité organizador, integrado por Roger Schofield, Alain Bideau y Marc Lebrun, había establecido el tema del seminario en función de su importancia intrínseca y también del estado actual de los estudios demográficos. La fecundidad durante la transición aparece hoy como un tema bastante bien conocido, mientras que no puede decirse lo mismo de la mortalidad. Se imponía, en consecuencia, no sólo una reevaluación del papel de la medicina, sino también una reconsideración de los factores culturales que inciden en los hábitos higiénicos, de las políticas de salud pública, del rol de la nutrición, y de la evolución misma de ciertas enfermedades. El seminario debería esclarecer el papel de estos factores en la primera fase de la transición, que puede circunscribirse aproximadamente al período 1700-1914.

1. Naturaleza del descenso de la mortalidad (1700-1914)

Hay por lo menos cuatro factores básicos que han intervenido en el descenso de la mortalidad:

- a) la mejora en las condiciones de vida;
- b) las mejoras en el control sanitario, la higiene y la salud pública;

c) los progresos de la medicina, tanto en el diagnóstico y el conocimiento de los mecanismos de transmisión de las enfermedades, como en la cura y prevención de las mismas;

d) los cambios biológicos, relativamente independientes de la intervención humana, y que afectan al equilibrio inmuno-parasitario.

Pero cuál es el peso relativo de cada uno y cómo interactúan entre ellos es algo que en gran parte desconocemos. Se han observado ciertas correlaciones, podemos especificar ciertos mecanismos o variaciones concomitantes, pero estamos lejos de poseer un verdadero modelo causal explicativo. Es más, tenemos todavía un conocimiento descriptivo muy imperfecto de un proceso particularmente complejo. Como indicó Christopher Wilson, comentarista de la sesión, parece que estamos en una situación similar a la del conocimiento del descenso de la fecundidad antes de los estudios de Princeton.

Los rasgos más generales del descenso de la mortalidad entre 1700 y 1914 fueron resumidos por Jacques Vallin. Con los datos disponibles (series sobre dos siglos para Francia, Inglaterra, Suecia, Finlandia y Noruega; series sobre el último cuarto del siglo XIX para Rusia, España, Italia y los Países Bajos), la imagen que es posible trazar está dominada por una gran diversidad, aunque los rasgos comunes observables sean la reducción primero, y desaparición después, de las crisis de mortalidad, y una baja tendencial de la mortalidad normal. La diversidad se refiere tanto al punto de partida de la transición (por ejemplo, fin del siglo XIX en Rusia, mediados del siglo XVIII en Francia) como a la baja tendencial del nivel normal de la mortalidad. Se reencuentra también en función de la edad y el sexo, aunque se observa una constante persistencia de diferencias en la estructura por edad de la mortalidad suficientes como para oponer un modelo mediterráneo a un modelo europeo nor-occidental.

Ir más allá de este cuadro general implica seleccionar problemas y marcos de observación mucho más específicos. A esto se dedicaron tanto la comunicación de Alfred Perrenoud como la mayor parte de las intervenciones.

Perrenoud se ocupó del papel de la atenuación de las crisis en el descenso de la mortalidad. Su conclusión, observando los siglos XVIII y XIX, fue que la baja tendencial de la mortalidad se debió menos a la atenuación y desaparición de las crisis que a un descenso en el régimen normal de la mortalidad. Esta idea no tuvo aceptación plena en la reunión, y lo mismo ocurrió con otra hipótesis sugerida por Perrenoud en cuanto a los efectos del clima: los retrocesos de la mortalidad observados a fines del siglo XVII y fines del siglo XVIII tendrían origen en el relativo enfriamiento que también se ha observado en esos mismos períodos, y que afectó no sólo a los humanos sino también a los microorganismos y a las poblaciones de insectos.

Otro tema de discusión se relacionó con las crisis de subsistencias. Dupâquier insistió en distinguir las grandes mortalidades debidas a las epidemias de las crisis de subsistencias, cuyo efecto demográfico operaba a través de la nupcialidad y la natalidad. Perrenoud fue escéptico en cuanto al efecto de estas crisis de subsisten-

cias sobre la mortalidad y consideró que, como factor explicativo, han sido sobrevaloradas.

Livi-Bacci recordó el análisis de Ronald Lee sobre las consecuencias de la crisis de 1708-1709 en Francia e Inglaterra. El efecto de los precios sobre la mortalidad sólo se percibe en el caso francés. Es posible que esto tenga que ver con un mejor abastecimiento de las ciudades. En todo caso es difícil establecer generalizaciones.

El diferencial urbano-rural ocupó también un lugar importante en la discusión, porque ilustra muy bien el tema de las grandes variaciones observables en el nivel de la mortalidad antes y durante el descenso. Wilson aportó datos sobre Inglaterra entre 1811 y 1911 para mostrar dichas variaciones de acuerdo a la urbanización. En todo este período Londres mostró una esperanza de vida por debajo del promedio nacional de Inglaterra y Gales, y lo mismo ocurrió en las ciudades grandes (de más de 100.000 habitantes) e intermedias (entre 10.000 y 100.000 habitantes). En las áreas rurales se observó, en cambio, el fenómeno contrario. Sólo a finales del siglo XIX y comienzos del XX dicho diferencial desaparece. Es obvio que en procesos de industrialización y urbanización más tardíos la situación puede ser diferente debido sobre todo a las medidas estatales de control sanitario, pero en este último caso ya estamos en la época de la Primera Guerra Mundial, o aún después.

La diversidad que se observa en los países europeos en cuanto a las variaciones en el nivel de la mortalidad antes de la transición, puede deberse también, como observó Jacques Vallin, a la imperfección de los datos. En todo caso resulta difícil, si no imposible, separar este efecto del de la variación real en los contextos climáticos, culturales y socio-económicos. Las series inglesas, reconstruidas por Wrigley y Schofield, muestran sobre todo en los siglos XVI y XVII, una mortalidad aparentemente demasiado baja. Hay sin embargo, como lo demostró Wilson, argumentos en favor de la consistencia de estas series. Pérez-Brignoli presentó estimaciones de la esperanza de vida al nacimiento en Costa Rica, durante el período 1770-1950, obtenidas a partir de la "Inverse Projection" y series vitales agregadas. La experiencia allí, en un medio geográfico subtropical montañoso, y relativamente aislado, tiene interés comparativo: los primeros cien años (1770-1870) se caracterizan por fluctuaciones relativamente fuertes en la mortalidad, con un nivel promedio en la esperanza de vida relativamente elevado (entre 35 y 40 años); luego se produce una atenuación considerable de las crisis de mortalidad pero la esperanza de vida promedio desciende, debido sobre todo a la colonización de las regiones costeras, situadas en el trópico húmedo; después de 1920 se produce la "transición" moderna en la mortalidad, con un aumento continuo en la esperanza de vida.

2. Viejas y nuevas enfermedades

Hay dos enfoques posibles para el estudio de las causas de muerte. La perspectiva demográfica, basada en la observación estadística agregada, quedó bien

ejemplificada por la ponencia de Graziella Caselli. Otro enfoque posible es el estudio de casos, centrado en una epidemia o enfermedad específica, y a él se atuvieron las demás ponencias discutidas en esta sesión. Los debates no dejaron de mostrar lo útil de la complementariedad entre ambas perspectivas.

Caselli se ocupó de los cambios en la estructura de la mortalidad por causas durante la transición. Utilizó como base datos ingleses para el período 1871-1951, italianos (1881-1951) y noruegos (1910-1951). Hay similitudes en los tres casos al comienzo: las enfermedades infecciosas causan alrededor del 30% de los decesos, un 15% puede atribuirse a bronquitis, neumonía y gripe, mientras que las enfermedades del aparato circulatorio originan un 10%. Pero hay también impactos patológicos diferenciales: las enfermedades intestinales afectan mucho más en Italia que en Inglaterra, mientras que lo contrario ocurre con la tuberculosis del aparato respiratorio. Otros contrastes tienen que ver con la estructura de la mortalidad por edad. En Italia se observa una sobremortalidad infantil y juvenil, mientras que en Inglaterra la mortalidad es mayor que en Italia en las edades adultas y ancianas. Estos efectos diferenciales por edad se observan en casi todas las causas de muerte. Su explicación reside, naturalmente, en la diferencia del contexto socio-económico en ambos países. El rol mayor en todo el proceso de descenso puede atribuirse a las enfermedades infecciosas; ello conduce naturalmente a una progresión relativa de las enfermedades degenerativas crónicas. En la estructura por edades el cambio mayor se produce en el descenso de la mortalidad infantil y juvenil con el subsecuente aumento del peso de la mortalidad en las edades elevadas.

La pregunta que sigue se refiere, naturalmente, al efecto eventual de la clasificación de las enfermedades sobre las conclusiones del análisis agregado. Jacques Vallin, en base a una amplia experiencia sobre los datos franceses del siglo XX, indicó que el problema afecta sobre todo en el largo plazo, debido a que hay cambios en la clasificación por el avance médico en el conocimiento de las enfermedades mismas y también como efecto derivado de la precisión en el diagnóstico. Así por ejemplo, en Francia, de acuerdo a la clasificación original, las muertes por enfermedades cardíacas aumentan hasta 1950; aplicando una reclasificación cuidadosa dicho incremento deja de observarse. Pero no cree que trabajos como el de Caselli, que tratan de aspectos muy amplios, sufran grandes modificaciones en sus conclusiones si se reclasifican las enfermedades.

Todo esto es válido, por supuesto, para la época estadística, y supone cierta certeza en el diagnóstico de las enfermedades. Antes de esa época la situación es muchísimo más compleja. Biraben recordó los intentos de clasificación de las enfermedades efectuados en el siglo XVIII y subrayó también la existencia de una clasificación popular de las mismas. Por ahora, el camino más fructífero para penetrar en la época preestadística parece ser, como lo indicó Livi-Bacci, el estudio de enfermedades específicas. A esto, justamente, se dedicaron las demás ponencias de la sesión.

La tuberculosis y la pelagra, estudiadas por Puranen y Carpenter, respectivamente, ejemplifican una situación en la cual las condiciones de vida, incluyendo hábitos higiénicos y tipo de alimentación, resultan fundamentales para explicar la

letalidad. La peste (ponencia de Mollaret) y el cólera (ponencia de Bourdelais), en cambio, muestran una notoria independencia de esas circunstancias. La peste es una enfermedad de los roedores que tiene una letalidad muy alta en los seres humanos; su difusión tiene que ver, estrechamente, con el control de las poblaciones de ratas. En ese sentido, las medidas de cuarentena y control sanitario tuvieron un efecto importantísimo; el mecanismo de contagio fue esclarecido recién a finales del siglo XIX, mientras que la peste había desaparecido de Europa desde 1720.

Las pandemias de cólera en la Europa del siglo XIX ilustran otro aspecto de mucho interés: cómo la ideología y el poder político influyen en las medidas frente a la epidemia, independientemente del saber médico. Los municipios de Hamburgo no deseaban entorpecer la prosperidad comercial de la ciudad con una reglamentación sanitaria restrictiva: la ideología liberal se oponía así a un eventual "poder médico". La conducta de los magistrados permaneció de hecho constante durante todo el siglo XIX: no declaran los primeros casos de la epidemia y sólo informan cuando la progresión de la misma no puede ocultarse. Aún en 1892, durante la quinta pandemia, cuando no queda más remedio que aceptar las recomendaciones sanitarias de Koch, el Senado de Hamburgo sigue las directivas muy tarde y con poco entusiasmo. La epidemia se extiende y cobra, por supuesto, muchas vidas. El ejemplo es bueno para mostrar cómo la aceptación de una teoría médica está fuertemente influenciada por intereses económicos y culturales.

Las discusiones incluyeron también el tema de la letalidad de las enfermedades a lo largo del tiempo. Aunque existe información fragmentaria para algunas enfermedades como la peste, el cólera y el tifus, se subrayó también el peligro de sesgo de observación del fenómeno en el curso de una epidemia.

3. El rol de la nutrición

La nutrición afecta la mortalidad en dos aspectos. Por una parte, puede aumentar la resistencia orgánica a una enfermedad, y por otra, puede contribuir a mejorar las posibilidades de recuperación. Las investigaciones actuales, basadas en gran parte en la experiencia del Tercer Mundo, revelan que la nutrición es muy importante sólo en ciertas enfermedades. Pero es un factor que está casi siempre mezclado con otros, relativos a las condiciones de vida, el estado sanitario, etc. Y es a menudo muy difícil efectuar una separación completa de todos estos factores. Estos temas fueron presentados en la ponencia de Peter Lunn, y subrayados por George Alter, comentarista de la sesión.

Roderick Floud resumió las investigaciones actuales sobre la evolución del estado nutricional en Europa y Estados Unidos. La estatura es el indicador más corrientemente utilizado, y en los últimos años se ha hecho un extenso uso de diversas fuentes, sobre todo de tipo militar, que permiten reconstruir series para largos períodos. El aumento continuo en la talla es perceptible con claridad desde el siglo XVIII y se observa también una tendencia histórica a la disminución en el diferen-

cial por clases o grupos socio-económicos. Ahora bien, el estado nutricional no se reduce al consumo de alimentos (como fue la idea simplista de McKeown) y comprende también factores ambientales, e incluso la incidencia de enfermedades sobre todo durante la niñez y la juventud. Por esto mismo tampoco es fácil precisar todos los elementos que modifican el estado nutricional. En cuanto a la incidencia sobre la mortalidad hay que decir que se ha observado una asociación inversa entre la altura y la mortalidad, aunque carecemos todavía de un modelo causal que vincule en forma precisa ambas variables.

La discusión se orientó principalmente hacia dos aspectos. La talla constituye un buen indicador del estado nutricional pero también depende de factores genéticos; y las fuentes que permiten reconstruir las series históricas pueden estar sujetas a sesgos de selectividad. Es posible, por otra parte, como señaló Livi-Bacci, que la correlación entre altura y mortalidad sea una asociación espúrea, y que la verdadera correlación ocurra entre la mortalidad, un mejor ambiente y mejores condiciones socioeconómicas.

Los cambios en los hábitos alimenticios completaron el debate, y subrayaron una vez más la importancia de los factores de tipo cultural. La pelagra, estudiada en la sesión anterior, era un ejemplo de una enfermedad asociada estrechamente a deficiencias nutricionales provocadas por el elevado consumo de maíz cocinado sin la adición de cal, como era (y es) usual entre los indios americanos. La mortalidad infantil, por otra parte, fluctúa considerablemente según ciertas prácticas alimenticias: amamantamiento maternal o por nodrizas, edad del destete, y tipo de alimentación después del destete. El pasaje, durante el siglo XVIII, de un predominio de carnes hervidas y caldos a una mayor presencia de carnes asadas, parece haber sido un factor de cierta importancia. El tema requiere, en todo caso, de investigaciones más amplias.

4. Evolución de los comportamientos y las condiciones de existencia

El tema básico de esta sesión fue la influencia de los modos de vida sobre la mortalidad. Las condiciones de la vivienda y el alojamiento (ponencia de John Burnett) y la vestimenta (ponencia de Negley Harte) han tenido, consideradas en sí mismas, poca o ninguna influencia sobre la evolución de la mortalidad. El cambio en los hábitos higiénicos, y en particular en la limpieza personal, tuvo en cambio una importancia notoria, y fue, en muchos casos, facilitado por las variaciones en la vestimenta y el alojamiento. Así ocurrió, por ejemplo, con la difusión de las telas de algodón durante la revolución industrial, lo cual facilitó el lavado y sacado de las ropas. Los hábitos culturales y las actitudes han jugado en todo caso un papel primordial.

Biraben apuntó el ejemplo de las reacciones provocadas por la difusión de la sífilis a fines del siglo XVI: las creencias sobre su modo de transmisión hicieron

abandonar baños y letrinas, lo cual condujo, por supuesto, a que el período siguiente fuera el siglo de oro de la suciedad. Livi-Bacci recordó otro ejemplo de singular interés. En las comunidades judías europeas del siglo XIX la mortalidad infantil era menor que entre los católicos y protestantes; aunque en los ghettos la ecología era poco favorable, una mayor educación y cierta tradición médica parecen suficientes como para explicar el diferencial.

Otras intervenciones llamaron la atención sobre las modas, el rol de las mujeres, el cuidado de los enfermos, la educación de los niños, y los sentimientos sobre el cuerpo. La ponencia de Ludmilla Jordanova retomó, en parte, estos temas y los insertó en un marco más ambicioso: el de la cultura de la salud. Pero como recordó Landers, se requiere todavía una definición más rigurosa de los factores culturales en la explicación demográfica; de otro modo nos arriesgamos a convertirlos en una especie de "residuo".

La ponencia de Michael Haines abordó el tema de las condiciones de trabajo sobre la mortalidad. Con datos relativos a Inglaterra (segunda mitad del siglo XIX) y los Estados Unidos (siglo XX) pudo establecer la importancia del tipo de ocupación sobre la mortalidad, aunque el efecto aparece combinado con el de otros factores, como la urbanización y el grado de industrialización. De hecho, no es fácil separar el efecto específico de la ocupación.

5. Intervenciones médicas a nivel individual e institucional

Esta sesión y la siguiente estuvieron dedicadas al papel de la medicina en el descenso de la mortalidad. La ponencia de Stephen Kunitz y los comentarios de Josep Bernabeu Mestre sirvieron para situar las prácticas médicas en un contexto social apropiado.

Hay por lo menos dos aspectos que vale la pena señalar: el saber médico moderno sólo acaba de constituirse con la "revolución" de Pasteur, a finales del siglo XIX; el efecto práctico dependió no sólo de la evolución científica sino también de factores políticos, socioeconómicos e ideológicos. En los métodos de cura coexisten, se superponen e interpenetran tres sectores diferentes: el folk, de la medicina popular; el entorno doméstico-familiar, en el que la madre juega un papel importante; y el de la medicina oficial. La ponencia de Stephen Kunitz trató incluso de establecer los determinantes sociales en el papel atribuido a la medicina en las diferentes explicaciones sobre el descenso de la mortalidad.

Las demás ponencias de la sesión se ocuparon de aspectos más específicos. El trabajo de Pierre Darmon se ocupó de la difusión de la vacunación contra la viruela durante el siglo XIX, un proceso exitoso en el largo plazo, pero lento y a menudo con retrocesos en la corta duración. Oivind Larsen estudió los efectos de la hospitalización, relativamente pobres durante el período estudiado. Marie-France Morel analizó con detalle los cuidados del niño entre 1750 y 1914. El cambio fue inmenso, y se operó tanto a través de las prácticas de crianza y alimentación, cuanto en

las medidas de higiene y cuidado médico. Todo esto incidió sin duda sobre la mortalidad infantil, pero los efectos fueron más bien indirectos. El debate se orientó hacia algunos temas específicos como la virulencia e incidencia por edad de la viruela, y el efecto de los cuidados de los niños sobre la mortalidad. Salieron a relucir también, y no podía ser de otra manera, aspectos de tipo más general. George Alter sugirió que quizá muchos de los cambios presentados podrían verse como una acumulación gradual de pequeños pasos (lavado de manos, aislamiento de enfermos en hospitales, etc.) insignificantes en sí mismos pero importantísimos por su efecto acumulado. Es claro, en todo caso, que existe una interacción muy fuerte entre casi todos los factores presentados, y que es realmente difícil separarlos. Las explicaciones por cambios en la cultura o la mentalidad son insuficientes, y sólo pueden aceptarse con un carácter exploratorio. Lo que interesa especificar, en último término, son los cambios de conducta.

6. Intervenciones médicas que afectaron al medio ambiente

Biraben relató con cierto detalle los descubrimientos de Pasteur, en las décadas de 1860 y 1870, sobre la "pasteurización" y la asepsia, y cómo la higiene sufrió así una verdadera revolución. La ponencia de Jean-Pierre Goubert se ocupó del agua potable durante el siglo XIX, enfatizando las diferentes fases del problema: a) análisis químico del agua; b) consciencia de la polución y "crisis del agua" en las grandes ciudades; c) soluciones a la contaminación, con la intervención de los poderes públicos.

El trabajo de Robert Woods planteó el problema de la higiene y la salud pública en el contexto urbano de finales del siglo XIX, pero encontró que era imposible, con los datos disponibles, separar los diversos factores intervinientes a lo largo del tiempo, y establecer su incidencia precisa sobre la mortalidad.

El debate subrayó algunos temas importantes y sugirió muchas direcciones para la investigación futura. Entre ellos cabe mencionar la distinción entre lo público y lo privado, y las esferas de acción (a menudo conflictivas) de los poderes locales, regionales y nacionales en el ejercicio de la función pública. El tratamiento de los desechos (basura y cloacas) fue otro aspecto importantísimo en los avances de la salud y la higiene. La comparación detallada de diferentes ambientes urbanos, más allá de lo ya muy conocido sobre Londres y París, y la exploración a fondo de las fuentes militares relativas a la salud y las condiciones de vida en los cuarteles podrían arrojar luz nueva sobre muchos de los temas debatidos.