



LA SALUT DELS IL·LICITANS FA 100 ANYS

Emilio MARTÍNEZ MARCO, Ajuntament d'Elx
Modesta SALAZAR AGULLÓ, U. Cardenal Herrera, (Elx)

INTRODUCCIÓ

Fa dos anys l'IECBV va organitzar diversos actes per a commemorar el centenari de les mobilitzacions socials realitzades a Elx amb motiu de la vaga de 1903 i vàrem ser honorats amb la invitació que ens feren per a parlar sobre aquest tema en l'entorn de la taula rodona: «Cultura, economia i salut a Elx fa cent anys». Presentem ara un treball més complet en el qual fem reflexions conceptuals i afegim dades de com vivien, emmalaltien i morien fa un segle els il·licitans. El treball s'estructura en tres parts. En la primera analitzem els canvis que el concepte de salut i la seua protecció començaven a tenir, precisament en aqueix moment històric, en el marc d'una incipient Seguretat Social i que, posteriorment, han estat decisius per a configurar el benestar dels espanyols; en la segona, hem cregut important incloure també dades epidemiològiques i antropomètriques que contribueixen a aclarir les diferències entre el que ara som i el que fórem ara fa un segle. En tercer lloc mostrem dades sobre les causes més freqüents de malaltia i mort (morbidity i mortalitat) en aquell entorn. Destaca l'origen infeccios com el més freqüent, front a una situació actual radicalment diferent, ja que, avui dia, a la nostra comarca, la causa degenerativa (càncer, malalties cardiovasculars, demències...) és la més freqüent.

1. EVOLUCIÓ DELS CONCEPTES SALUT I SEGURETAT SOCIAL

El concepte salut ha patit variacions al llarg dels anys. En 1948 l'OMS la defineix en sentit positiu, és a dir, considera «salut un estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència de malaltia o mal»¹.

Actualment es fa servir el terme salut fent-lo extensible a d'altres camps, tanmateix el 1903, fa poc mes de cent anys, no es parlava de salut, sinó que es parlava de malaltia. No existia com coneixem ara la prevenció de la salut, ni tan sols la profilaxi. La qüestió fonamental era tractar la malaltia i sobreviure a ella.

¹ R. PINEAULT, i C. DAVELUY., *La Planificaci3n Sanitaria. Conceptos. M3todes. Estrategias*, Masson, Madrid, 1987, p.1-4.

En aquesta època les dones que es dediquen a la cura són, d'una banda, les religioses que presten la seua atenció sota el principi de la *caritat* i, d'altra banda, les considerades *de mala vida*; que, a canvi del seu treball amb malalts contagiosos, pobres, etc., rebien llit i menjar. A la llar la dona presta la cura bàsica per al manteniment de la vida, la reproducció i assistència als malalts de manera natural; mares, germanes, ties, nebodes es fan càrrec de manera conjunta dels més desvalguts. Així, les persones sanes, col·laboren en la conservació de la salut, la vida i el benestar i prevenen la malaltia; a les persones malaltes les atenen en les seues necessitats bàsiques, ajuden a eliminar molèsties, afavoreixen el procés d'adaptació i ajuden a mantenir la motivació per a la recuperació de la salut i arriben, si cal, a ajudar a morir dignament. Tanmateix, no és fins ben entrat el segle xx quan comença la preparació de les infermeres sota el model de Nittingale.

La infermera professional realitza aqueixes activitats de manera organitzada i utilitza coneixements de les ciències físiques, biològiques, sociològiques, ciències de la conducta, etc. A Espanya, el segle xx marca l'inici del procés de professionalització. La Llei d'Instrucció Pública de 1857 ja menciona els títols de practicant, infermera i matrona; tot i que el nom d'infermera ha estat aplicat des d'antic a les persones dedicades a la cura, fonamentalment les religioses. El Dr. Federico Rubio y Galí va posar en marxa la primera escola de formació d'infermeres a Madrid l'any 1895, sota el nom de Santa Isabel d'Hongria.

1.3. COM ERA EL MODEL ASSISTENCIAL D'AQUESTA ÈPOCA? QUIN ÉS EL NIVELL D'ASSEGURANÇA SOCIAL?

Per explicar-ho cal fer esment de dades més recents. La Constitució Espanyola de 1978 diferencia en l'article 43 el dret a la protecció de la salut i en el 41 el dret a la Seguretat Social. És a dir, dins d'allò que tradicionalment s'ha nomenat Seguretat Social, amb majúscules, i que ha sigut la base de la societat del benestar, es diferencia la protecció de la salut dels drets econòmics a percebre com a conseqüència de les cotitzacions laborals a la Seguretat Social.

El dret a la protecció de la salut, es completa amb el que disposa la Llei General de Sanitat de 1986. La protecció de la salut, amb el gran capítol de l'assistència sanitària inclòs, es financia actualment pels impostos, via pressupostos de l'Estat; i és un gran redistribuïdor de la riquesa (qui té més diners, aporta més i sol tenir menys problemes de salut i el ciutadà que menys aporta via impostos, habitualment, té més problemes de salut i utilitza més els serveis de salut). Si no existira aquest model, la població amb menys recursos tindria molts problemes per accedir a les prestacions sanitàries i això, sense cap dubte, empitjoraria les seues condicions de salut, tal com ocorre en els models sanitaris ultraliberals.





La Constitució Espanyola arreplega també en el títol VIII una realitat, la de l'Estat Autonòmic. Tots els aspectes relacionats amb l'atenció sanitària estan descentralitzats, mentre que la gestió econòmica de les pensions és estatal. La prestació d'ajudes econòmiques per la jubilació o incapacitat, en algun dels seus graus, és gestionada per l'Institut Nacional de la Seguretat Social. Fa uns mesos es va celebrar un referèndum sobre el Tractat pel qual s'estableix una Constitució per a Europa, que arreplega en diversos articles referències al concepte de salut i, concretament, l'article II-95, titulat *Protecció de la salut específica* diu

Tota persona té dret a accedir a la *prevenció* sanitària i a beneficiar-se de l'*atenció sanitària* en les condicions establertes per les legislacions i pràctiques nacionals. En definir-se i executar-se totes les polítiques i accions de la Unió es garantirà un nivell elevat de protecció de la salut humana.

Si el que s'ha expressat anteriorment afecta a la nostra vida actual, i fins i tot a la futura, amb l'aprovació de la Constitució Europea, el més cert és que la vida social al llarg del segle XIX i començaments del XX, es caracteritzarà pel que els tractadistes de Seguretat Social anomenen l'*acceptació del risc* com a màxima del Règim Liberal, que comportà la liberalització de les iniciatives individuals. El nou estil de vida al voltant de la industrialització comporta un augment dels riscos i naix la necessitat d'assegurar-los. Risc que pot ser definit com un esdeveniment no desitjat com la malaltia o la mort. I la pregunta és: com es protegeix l'individu davant els riscos?

Bàsicament el risc, a començament del segle XX, pot ser protegit per l'*assistència social* basada en el concepte de caritat cristiana i que construeix un instrument jurídic de remei de la indigència, de la necessitat extrema. També es pot assegurar el risc amb la *previsió privada*, és a dir, mitjançant l'estalvi o la concertació d'una pòlissa d'assegurança. Finalment, existeix també la *previsió social*.

Les primeres institucions de remei de necessitats mitjançant associacions d'auxili mutu i de tipus professional, sempre de tipus privat, foren les *sure-dries* i *hetairies* gregues i els *collegia* romans. L'arribada del cristianisme augmenta l'activitat de l'assistència privada mitjançant la caritat. En l'Edat Mitjana subsisteixen les associacions d'ajuda mútua tant professional (els gremis) com la religiosa (les confraries). La relació senyor-vassall que caracteritza la vida feudal comporta la desaparició de la inseguretat davant el risc: tot depèn del senyor, fins i tot el risc d'emmalaltir o de morir. L'adveniment de l'Edat Moderna comporta el manteniment de les associacions mutuais de socors tant gremials com religioses (ara denominades germandats de socors, mutualisme o monts de pietat). Curiosament l'abolició del règim de servitud feudal comporta la inseguretat econòmica de l'alliberat. En aquesta llibertat del ciutadà es troba el germen de la denominada Qüestió Social. Apareix recessió social, misèria, indigència i els autors espanyols inspirats en principis cristians (Lluís Vives, Pérez de Herrera...) propugnen la protecció dels

indigents mitjançant l'almoïna oficial pública. Naix la Beneficència Pública que ha estat coberta fins fa molt poc pels hospitals de les diputacions i els serveis municipals de socors.

La Qüestió Social sorgeix en el s. XIX quan coincideixen tres circumstàncies:

- La revolució industrial amb la potenciació del capitalisme, el problema sociològic de la mà d'obra excendent i la substitució pel maquinisme.
- El liberalisme econòmic (Adam Smith i Ricardo) que propugnen la no-intervenció de l'Estat en les relacions socials.
- El liberalisme polític de la Revolució Francesa que es cristal·litza en la fórmula *laissez faire, laissez passer*, és a dir, l'Estat adopta un paper merament regulador, prima la llibertat individual i se suprimeixen, fins i tot, organitzacions sindicals que poden restar llibertats.

Aquesta situació converteix el treballador en proletari (del llatí *proletarius*, que s'aplicava a qui no posseïa béns i tan sols estava inclòs en les llistes veïnals per la seua persona i prole) aquell que viu en condicions infrahumanes, és mà d'obra barata, hi ha gran desocupació, l'Estat intervé i els treballadors tenen dificultats per a reunir-se. Així, el s.XIX acaba en un vertader *procés cap a la misèria*. La reacció es produeix amb el desenvolupament de les idees marxistes i socialistes.

A Elx es pot reconèixer aquest procés gràcies al treball publicat recentment per la Dra. Henrike Fesefeldt⁶. Hi detalla l'organització sindical del col·lectiu d'espardenyers. El 1885 es va fundar el Círculo Obrero Ilicitano de socors mutus que era una societat interclassista composta per treballadors i empresaris amb la finalitat de proporcionar ajuda i seguretat econòmica als socis amb problemes de salut. Això és, qualsevol membre del cercle que tinguera problemes de salut (ell o algú de la seua família), podria disposar d'ajuda econòmica per a pagar les despeses derivades del seu problema.

Apartados como estamos de todo pensamiento político y enemigos de ciertas inconvenientes luchas, solo aspiramos a que la clase obrera ilicitana, sin distinción de oficios, se una en fuerte haz por el fraternal sentimiento del socorro mutuo y continúe nuestra asociación, como hasta el día, enjugando las lágrimas del desvalido y procurando mejor asistencia del enfermo" ("Círculo Obrero Ilicitano de socorros mutuos a sus queridos paisanos y hermanos de trabajo."⁷

També es van crear societats o caixes de resistència en diferents moments històrics al voltant del final del segle XIX i començament del XX. El 1899 es creà la de costurers, el 1900 la de teixidors, el 1901 la d'entatxadors i filadors i el 1903 la societat obrera *El Despertar Femenino*. El 1903 la Federació Local d'Elx, fundada dos anys abans, i que reunia set societats obreres, s'integrà en la Unió General de Treballadors.



⁶ Henrike FESEFELDT, «Organització Obrera i Política Sindical dels Espardenyers al País Valencià (1900-1923)», en LA RELLA, 15, (2002).

⁷ Arxiu Municipal d'Elx (AME), Elx, Tresor Històric II (AMETH II), 23-5-1989, p. 620



Paradoxalment un conflicte bèl·lic és el que comporta el naixement i el desenvolupament del primer sistema modern de previsió social. L'Estat intervé en el moment que necessita l'ajuda dels obrers per a resoldre el conflicte francoprusià. El canceller de Ferro, Bismarck, instaurà a partir del 1883 un conjunt de segurs socials en l'Alemanya Imperial.

1.4. DESENVOLUPAMENT DE LA LEGISLACIÓ SANITÀRIA EN AQUESTA ÈPOCA

Tal com figura al preàmbul de la Llei General de Sanitat aprovada el 1986:

es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

El primer assaig de la legislació sanitària va ser un projecte *non nato* de codi sanitari de 1822. L'aprovació de la llei de 28 de novembre de 1855, generà la Direcció General de Sanitat, que va ser reformada 50 anys després pel reial decret de 12 de gener de 1904, que aprovà la Instrucció General de Sanitat, norma que tan sols modificà molt lleugerament el dispositiu de l'organització pública al servei de la sanitat, ja que les responsabilitats de l'administració pública es limitaven a atendre aquells problemes sanitaris que poden afectar la col·lectivitat considerada com a conjunt; li competia —per tant— desenvolupar l'acció preventiva. La funció assistencial —el problema de l'atenció a la salut individual i, per tant, l'atenció a la malaltia— quedà al marge, no sols en la nostra època d'estudi de començaments del segle xx, sinó que aquesta situació romandrà així fins a mitjans d'aquest segle. Per tant, en 1903 existeix un dispositiu anomenat Direcció General de Sanitat que pot atendre els problemes de salut pública col·lectiva dels ciutadans de la comarca, però en cas de malaltia individual, cada ciutadà —cada família— ha de solucionar-lo amb el seu estalvi; és a dir, amb el seu esforç. La desatenció pública comporta que apareguen al llarg del segle xx sistemes que donaran respostes fragmentades a diversos problemes de salut; i així, s'atendran de manera descoordinada malalties de particular transcendència social, com la tuberculosi, o les malalties mentals, entre d'altres.

1.5. DESENVOLUPAMENT DEL MODEL DE SEGURETAT SOCIAL

A l'Estat Espanyol, seguint el model alemany, el Ministre de Governació, Eduardo Dato, aprovà la primera Llei d'Accidents de Treball en la indústria el 30 de març de 1900. El 27 de febrer de 1908 es crea

l'Institut Nacional de Previsió (INP) que gestionà la Seguretat Social al llarg del segle fins al final dels anys 70, època en la que es va dividir en l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS), l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD) i l'Institut Nacional dels Serveis Socials (INSERSO).



2. CARACTERÍSTIQUES DE LA SALUT

2.1. POBLACIÓ

En primer lloc analitzarem les dades de població. L'any 1877 hi havia censats a Elx 19.636 habitants i l'any 1900 la població ascendia a 27.308 habitants. Entre 1850 i 1990 el percentatge de població europea que habita en poblacions superiors a 10.000 habitants passa del 16,7 % al 29 %. En el terme municipal d'Elx hi ha més de 10.000 cap a la meitat del segle XVIII i el nucli urbà supera aquesta xifra cap al 1860.⁸ A la taula 1 es poden observar les dades de la població espanyola separades per gèneres des del 1787 a l'actualitat; així com les poblacions totals de la província d'Alacant i d'Elx.

| Anys | Homes | Dones | Total Espanya | Total. prov. d'Alacant | Total Elx |
|-------------------|------------|------------|---------------|------------------------|----------------|
| 1787 | 5.190.448 | 5.202.468 | 10.392.916 | | |
| 1797 | 5.220.299 | 5.320.922 | 10.535.975 | | |
| 1857 | 7.663.541 | 7.790.973 | 15.454.514 | | |
| 1860 | 7.740.842 | 7.904.230 | 15.645.072 | | |
| 1877 | 8.125.862 | 8.496.313 | 16.622.175 | | |
| 1887 | 8.601.333 | 8.948.275 | 17.549.608 | | 19.636 |
| 1897 | 8.779.240 | 9.329.370 | 18.108.610 | | |
| 1900 | 9.087.821 | 9.530.265 | 18.618.086 | 470.149 | 27.308 |
| 1910 | 9.725.024 | 10.270.662 | 19.995.686 | 497.616 | 30.511 |
| 1920 | 10.373.382 | 11.016.460 | 21.389.842 | 512.186 | 33.167 |
| 1930 | 11.565.805 | 12.111.986 | 23.677.794 | 545.838 | 38.013 |
| 1940 | 12.491.274 | 13.524.633 | 26.015.907 | 607.562 | 46.596 |
| 1950 | 13.469.684 | 14.507.071 | 27.976.755 | 634.065 | 55.877 |
| 1960 | 14.810.135 | 15.718.404 | 30.528.539 | 711.942 | 73.320 |
| 1970 | 16.641.956 | 17.399.033 | 34.040.989 | 920.105 | 122.663 |
| 1981 | 14.491.742 | 19.191.626 | 37683.362 | 1.148.597 | 162.873 |
| 1991 | 19.036.446 | 19.835.822 | 38.872.268 | 1.334.545 | 187.596 |
| 2001 | 20.165.514 | 20.951.328 | 41.116.842 | 1.490.265 | 198.190 |
| 2004 ¹ | 21.285.247 | 21.912.437 | 43.197.684 | 1.657.040 | 209.439 |

Taula 1. Font INE (www-inc.es/inebase)¹ Padró Municipal. Elaboració pròpia.

⁸ Begoña, SAN MIGUEL DEL HOYO, «Vells i nous Immigrants a Elx», LA REL·LA, 15, (2002).

La taxa bruta de natalitat (nombre proporcional de naixements en una població i en un temps determinat) en 1900 era de 35 per cada 1000 dones en edat de procrear. És l'exponent d'un règim de fecunditat¹¹ denominat *natural* producte de la no-existència de mètodes anticonceptius i d'un ferri control social de la natalitat fora del matrimoni. A finals del segle XIX la parella tenia el seu primer fill —per mitjana— cap a l'any i mig del matrimoni i posteriorment tenia 5 o 6 fills més, l'últim naixia quan la dona es trobava al voltant dels 40 anys d'edat.



| Any | Mortalitat per 1000 habitants |
|---------|-------------------------------|
| 1887 | 31 |
| 1900 | 28'5 |
| 1910-20 | 23 |
| 1930 | 17'2 |
| 2000 | 9 |

Font: INE. Elaboració pròpia.

La taxa de mortalitat (nombre de defuncions per cada 1000 habitants) també descendeix.

Tot i això és més interessant realitzar les anàlisis de la mortalitat infantil, —nombre de morts de xiquets i xiquetes menors d'un any d'edat per cada mil naixements— als 5 anys és molt important. Entre 1886 i 1892 moren 4,3 de cada 10 infants menors de 5 anys (a Itàlia 3,7 i a Anglaterra 2,4). Ahui dia la taxa de mortalitat infantil en menors d'un any és de 6 xiquets morts per cada 1.000 naixements. La lactància sol ser mercenària i els xiquets i xiquetes abandonats són arreglats per les beneficències.

2.4. RELACIÓ DE DEPENDÈNCIA (%) EN LA POBLACIÓ ESPANYOLA, 1900-2020

Com a conseqüència d'aquestes variacions en les taxes de natalitat i mortalitat es produeix una creixent dependència de les persones majors. Cada vegada és major el percentatge d'aquestes persones en la societat i per això preocupa, no sols l'augment de les necessitats que això comporta, sinó l'augment de les pensions. En el gràfic que segueix es posa de manifest el creixement de la dependència.

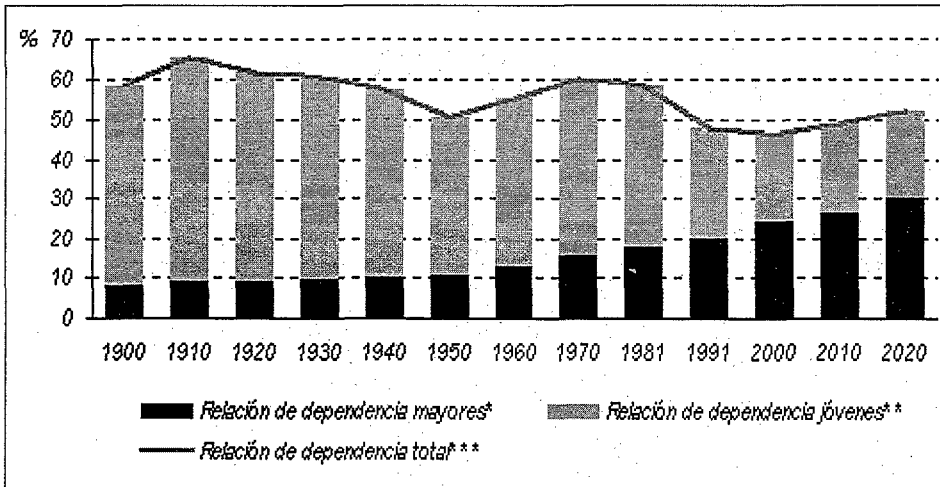
2.5. ESTATURA, SALUT I BENESTAR.

La dada de l'estatura evoluciona de forma cíclica al llarg de la història. No presenta una clara tendència alcista. Una hipòtesi sobre la causa del descens de l'estatura dels ciutadans és que constituïa un efecte de la industrialització (major treball en pitjors condicions).

¹¹ Es defineix la taxa global de fecunditat com el nombre mitjà de fills que té una dona al llarg de la seua vida fèrtil.



Aquesta anàlisi¹² es realitza en base a l'alçada de 127.310 ciutadans del sud-est de la Península Ibèrica, inclosos els joves d'Elx de l'època, que són tallats per a realitzar el servei militar (quintos) i que varen nèixer entre 1836 i 1913. D'aquest estudi es conclou que es produeix un descens de 0,8 cm. en la talla dels quintos que tenen 20 anys i varen nèixer entre 1838 i 1848. Aquest descens continua en 1,6 cm. en els que varen nèixer entre 1848 i 1860 i amb 1,1 cm. entre els que varen nèixer entre 1866 i 1876, passant de 161,6 a 160,5 cm. En el seu conjunt l'estatura mitjana



Font: elaboració pròpia a partir de dades del Anuario Estadístico de España, (anys 1900 a 1991), INE, 1992; i de Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de 1991 (anys 2000 a 2020), del mateix INE.

Notes:

* Relació de depend. majors = (Població de 65 o més anys/ Població entre 15 i 64 anys) x 100.

** Relació de dependència joves = (Població de 0-14 anys/ Població entre 15 i 64 anys) x 100.

*** Relació de dependència Total = Població de 0 -14 anys + Població de 65 i més anys / Població entre 15 i 64 anys) x 100.

dels espanyols descendeix 2 cm. entre 1830 i 1870. L'alçada comença a augmentar en els que varen nèixer entre 1865 i 1885 (1,2 cm.) i entre 1886 i 1903 (1,3 cm.). L'alçada mitjana en el període 1858-62 és de 161,2 cm. i en el període 1881-85 marca 162,5 cm.

També es pot apreciar el descens de l'alçada dels ciutadans per les mesures per a constituir les quintes i concretament amb les exclusions per no donar la talla. En 1838 el percentatge d'exclusos es del 4,18 % i passa a ser del 10,42 en 1865, mentre que a nivell estatal el percentatge d'exclusos en 1838 és de 7,23 % i del 15,55 en 1865.

¹² José Miguel MARTÍNEZ CARRIÓN, *Estatura, Salud y Bienestar en las Primeras Etapas del Crecimiento Español. Una Perspectiva Comparada de los Niveles de Vida*, Asociación de Historia Económica, documento de trabajo de la AHE núm. 0201, Madrid, 2001.

3. LA REALITAT D'EMMALALTIR EN 1900¹³

A començament del segle xx el principal problema sanitari a l'Estat Espanyol i, per extensió al Baix Vinalopó, són les malalties infeccioses i es combatien mitjançant la higiene que començava a tenir una dimensió internacional. La Conferència Sanitària Internacional de París de 1852, va ser la primera reunió que va conscienciar la societat incidint en la idea de la prevenció front al contagi de les malalties infeccioses, diferenciant al metge *de visita* que s'ocupa del malalt, del metge *higienista*, que s'ocupa del sa i que s'interessa pel *sanejament de les ciutats* o del concepte d'extremar les precaucions en les sales d'hospitalització, potabilització d'aigües i higiene dels aliments, entre d'altres.

Cent anys després, d'una banda els països subdesenvolupats continuen els problemes derivats del dèficit alimentari i aquells altres derivats del contagi infeccios, amb especial incidència de la Síndrome de la Immuno-Deficiència Adquirida que des dels anys 80 constitueix un flagell que minva la població en molts d'aquests països sense mitjans econòmics; d'altra banda als països industrialitzats predominen les malalties degeneratives. A començaments del segle xx, tan sols el progrés de la sanitat, la millora de l'alimentació i l'habitatge, la vacunació preventiva i l'aparició dels antibiòtics permetrà que comencen a minvar moltes malalties: tuberculosi, febre tifoide, pneumònia, verola, poliomièlitis, còlera, escarlatina, diftèria, tifus exantemàtic, malalties venèries. Sols la grip, molt letal el 1918, cobra periòdicament el caràcter pandèmic. És a dir, existeix una relació directa entre l'aparició de la malaltia, la seua virulència i la pobresa.

Ens trobem en una època en què el rol social del metge experimenta un canvi fonamental: la societat espera del metge la curació de la malaltia, la seua prevenció i que pose de manifest el seu saber científic. El metge amplia les seues possibilitats preventives. A Europa, el doctor Harvey Cushing escrivia el 1913: «*el doctor Lliura, del carrer del Tractament, ha estat substituït pel doctor Unça, del carrer de la Prevenció* ». Tot i això, a l'Estat Espanyol, i per tant a Elx, aquest canvi tardarà encara anys a produir-se.

Podem comprovar aquestes diferències en les següents dades:

Un segle després, les malalties de tipus crònic degeneratiu són les principals causes de mort, destacant en primer lloc la malaltia cardiovascular que representa el 34 % del total de defuncions i, dins d'aquestes, les malalties isquèmiques del cor es mantenen com la primera causa



¹³ F. MONTALDO, *Las epidemias. Defensa Moderna, Social e Individual, contra las principales. Sucesores de Manuel Soler Editores, Barcelona, 1903.*



| Deu principals causes de mort a Espanya en 1900 | Taxes por 100.000 habitants |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Diarrees infantils | 246'1 |
| 2. Tuberculosi | 196'7 |
| 3. Pneumònies | 190'2 |
| 4. Apoplexies i reblaniment cerebral | 176'6 |
| 5. Diarrea i enteritis | 157'7 |
| 6. Malalties del cor | 148'8 |
| 7. Meningitis | 117 |
| 8. Grip | 72'3 |
| 9. Febres tifoides i paratifoides | 61'4 |
| 10. Malalties de la infància | 55'1 |

de mort. En segon lloc el tumors són responsables del 26,4 % de les defuncions. Entre els homes la principal causa de mort és la malaltia isquèmica del cor. La segona causa és el càncer de bronquis i pulmons que desplaça a les malalties cerebrovasculars. Per darrere se situa el càncer de pròstata. En les dones es manté com a primera causa de mort les malalties cerebrovasculars, seguides en importància per les malalties isquèmiques del cor. Atenent als tumors malignes en les dones, el càncer de mama és el més significatiu i li segueix en importància el càncer de colon.

Les principals causes de mort en l'actualitat són:

| Deu principals causes de mort a Espanya en 2002 | Taxes por 100.000 habitants |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Malaltia isquèmica crònica | 95'37 |
| 2. Malaltia cerebrovascular | 87.01 |
| 3. Insuficiència cardíaca | 45'96 |
| 4. Càncer de pulmó | 43'8 |
| 5. Malaltia crònica de vies respiratòries | 40'76 |
| 6. Demència | 26'56 |
| 7. Diabetis | 23'61 |
| 8. Càncer de colon | 22'09 |
| 9. Pneumònia | 19'05 |
| 10. Malaltia d'Alzheimer | 16'49 |

Font: INE, Defuncions segons causa de mort, nota de premsa, 23/12/04.

3.1. CLASSIFICACIÓ DE LES MALALTIES POPULARS O EPIDÈMIES

Les malalties que preocupen a la societat per quant suposen malaltia, pèrdua d'ingressos econòmics i, fins i tot, mort, són classificades de diferents maneres.



Quadre 1. Malalties infeccioses i contagioses (epidèmies), segons Proust¹⁴

| | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>i. Febres eruptives</p> | <p>Pigota o verola. Varicel·la (pigota cristal·lina (o borda). Escarlatina (Malaltia infecciosa i molt contagiosa que predomina en nens de 5 a 10 anys, causada per l'estreptococ betahemolític i la seua toxina). Pallola Xarampió (Malaltia infectivocontagiosa, de caràcter epidèmic estacional en la població infantil, que deixa immunitat duradora.), xarampió alemany o rubèola.</p> |
| <p>ii</p> | <p>Diftèria (Malaltia infectivocontagiosa aguda, epidèmica, produïda per <i>Corynebacterium diphtheriae</i>), Coqueluche, Galteres (Parotiditis), Grip (Malaltia infecciosa aguda i contagiosa, d'etiologia viral i començament sobtat, que causa febre, esgarrifança, mal de cap, astènia, miàlgies i símptomes d'afecció a les vies respiratòries. És anomenada també <i>influença</i>), Dengue (Infecció vírica benigna que produeix febre, dolors articulars i musculars i erupció pruriginosa a la cara, als braços i al pit), Malària (malaltia infecciosa endèmica produïda per protozous del gènere <i>Plasmodium</i> i transmesa a l'home per la picada del mosquit anòfeles infectat).</p> |
| <p>iii Malalties tífiques</p> | <p>Febre tifoide, Tifus exantemàtic, petequial, Tifus recurrent (tifoide biliosa), Febre de Malta, Disenteria, Meningitis cerebroespinal epidèmica. (Anquilostomasia dels miners?)</p> |
| <p>iv Malalties venèries</p> | <p>Sífilis (Malaltia infecciosa crònica, actualment endèmica, causada per <i>Treponema pallidum</i> i transmesa generalment per contagi sexual), Blenorragia (Malaltia infectivocontagiosa provocada pel bacteri <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonococ), generalment transmesa per contacte sexual i localitzada a l'aparell genital), Conjuntivitis contagioses, Febre puerperal, Tinya (Micosi cutània, especialment del cuir cabellut i dels teixits cornis (pèls, ungles), causada per dermatòfits, caracteritzada per la formació de taques cobertes d'escates, crostes, etc., i, sovint per la caiguda dels cabells)</p> |

¹⁴ A. PROUST, A. SETTER, i H. BOURGES, *Traité d'Hygiène*, Masson editor, Paris, 1902.

Es una de las afecciones que mejor demuestran la influencia decisiva que la higiene bien entendida y aplicada ejerce en la disminución y aun extinción de las enfermedades colectivas, llamadas populares o sociales.

Hi ha dos elements a tenir en compte en aquest cas. Des de molt antic, però sobretot des que Jenner en 1798 publicà la primera memòria sobre la vacuna, es coneix la possibilitat de prevenir la malaltia mitjançant la inoculació del germen atenuat. En l'expansió de la vacunació pels territoris espanyols d'ultramar tingué gran importància un alacantí, Balmis, que, precisament el 1803 protagonitzà la Reial Expedició Filantròpica de la Vacuna. Es va servir de vint-i-dos expòsits de A Corunya als que anà vacunant progressivament per a conservar activa la malaltia. A més del coneixement de la vacuna, cal destacar una qüestió que serveix per a la resta de les malalties infeccioses: no es disposa de legislació protectora. Existeix l'Institut de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII, encara que funciona millor el Servei Vacunològic de l'Exèrcit.

Febre tifoide

És una «malaltia de la brutícia» anomenada pels metges castellans «*tabardillo de las tripas*». També anomenada «*febre intestinal*» o tifus abdominal. Es caracteritza per inflamació i úlcera intestinal. El bacil d'Eberth es transmet per l'aliment i per l'aigua potable contaminada. Dura quatre setmanes. Entre els símptomes destaca la febre, taques en tòrax i abdomen. Complicacions: hemorràgies i perforacions intestinals. La manca de clavegueram afavoreix el contagi.

Diftèria

Afecta a xiquets de curta edat. A començaments del 1900 es parla d'aquesta malaltia amb característiques d'endèmiques, és a dir, amb «*tendència a romandre en les comarques on una vegada regnà*» i la «*llarga persistència del contagi*». A finals del segle XIX comença a tractar-se els xiquets malalts amb la serumteràpia antidiftèrica.

Tuberculosi

«La tuberculosis, en efecto, es hoy con mucho la enfermedad más generalizada y mortífera en los países civilizados: de cada cuatro defunciones que ocurren en las ciudades, de cada ocho en los campos, puede atribuirse una a la tisis, que sin embargo es la enfermedad más fácil de curar»

Fa 100 anys s'estudien com a via de contagi d'aquesta malaltia la inhalació, la ingestió, la inoculació cutània, l'herència i el contagi familiar.





| Quadre de defuncions ocorregudes en el quinquenni 1896 a 1900 | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|----------|-------|---------|
| | Verola | Febre tifoide | Diftèria | TBC | Sífilis |
| Defuncions en 1900 | 6497 Madrid 1262 (2,46 per mill) | 11426 Madrid 202 | 8489 | 36566 | 743 |

Estadístiques referides a 1900 segons l'Institut Geogràfic i Estadístic publicades en *Movimiento Anual de la Población de España (año 1900)*.

| Ciutat | Habitants Cens 1897 | Verola | Febre tifoide | Diftèria | TBC |
|------------|---------------------|-----------|---------------|----------|-----------|
| Madrid | 512150 | 2023 | 1437 | 665 | 8732 |
| Barcelona | 509589 | 1288 | 2583 | 1496 | 8845 |
| València | 204768 | 271 | 573 | 225 | 7838 |
| Sevilla | 146205 | 999 | 305 | 301 | 2702 |
| Valladolid | 68746 | 330 | 118 | 143 | 2597 |
| Elx | 27000 | 106 / 36 | 76 | 35/30 | 460/1033 |
| | 200000 | 785 / 265 | 562 | 222 | 3407/7651 |

BIBLIOGRAFIA

- AME, Elx, 23-5-1989, Arxiu Municipal d'Elx, Tresor Històric II (AMETH II), p. 620
- DA, *Selección Erna Lesky. Medicina Social. Estudios y Testimonios Históricos*, «Col·lección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública», Ministeri de Sanitat i Consum, Madrid, 1984. GUERRA, F., *Historia de la Medicina*, II v., Norma S.A., Madrid, 1985.
- DECLAUX, E., *L'Hygiène sociale*, Alcan editor, París, 1902.
- FESSEFELDT, Henrike, «Organització Obrera i Política Dindical dels Espardenyers al País Valencià (1900-1923)», en LA REL·LA, 15, (2002).
- LAÍN ENTRALGO, P., *Historia de la Medicina*, Salvat, Barcelona, 1978, p. 387 i s.
- MARTÍNEZ CARRIÓN, José Miguel, *Estatura, Salud y Bienestar en las Primeras Etapas del Crecimiento Español. Una Perspectiva Comparada de los Niveles de Vida*, Asociación de Historia Económica, documento de trabajo de la AHE núm. 0201, Madrid, 2001.
- MONTALDO, F., *Las epidemias. Defensa Moderna, Social e Individual, contra las principales*, Sucesores de Manuel Soler Editores, Barcelona, 1903.
- MUÑOZ LÓPEZ, Pilar, *Amor e intereses (la familia en la España de la Restauración)*, Marcial Pons Historia Estudios, UAM, Madrid, 2001.
- PINEAULT, R. i DAVELUY C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias*, Masson, Madrid, 1987, p.1-4.
- PROUST, A., SETTER, A. i BOURGES, H., *Traité d'Hygiène*, Masson editor, París, 1902.
- RAMÓN Y CAJAL, S., *Reglas y Consejos sobre Investigación Científica. Los tónicos de la Voluntad*, próleg de Severo Ochoa, col·lecció Austral núm. 232, Madrid, Herederos de Santiago Ramón y Cajal 1898, xv edició, 1999.
- SALAZAR, M., MARTÍNEZ, E.A., ALIAGA, C., MACIÀ, M.L., «Oferta de servicios en Enfermería Comunitaria», en *Enfermería Comunitaria*, I vol., p. 157-164, Antonio Frias Osuna Editor, Madrid, 1991.
- SAN MIGUEL DEL HOYO, Begonia, «Vells i nous Inmigrants a Elx», LA REL·LA, 15, (2002).