

La profilaxis de la vejez en España en las primeras décadas del siglo XX

ELVIRA ARQUIOLA (*)

SUMARIO

Introducción. 1.—El mantenimiento de las medidas clásicas. 2.—Curar la vejez. 3.—La adaptación a la vejez. 4.—El desarrollo de las medidas sociales. 4.1.—La vejez, una cuestión de Estado. 4.2.—Una nueva «lucha contra la vejez.»

RESUMEN

En este artículo se analiza la diferente actitud que la medicina española de la primera mitad del presente siglo tuvo respecto de la lucha contra la vejez, actitud que pasó por tres etapas claramente diferenciadas: «ayudar a envejecer», «curar la vejez» y «adaptarse a la vejez», desarrollando en esta etapa final medidas antropológicas y sociales.

INTRODUCCIÓN

La vejez ha sido vista mayoritariamente como una etapa llena de problemas y de deficiencias, por ello, a lo largo de la historia de occidente, se han sucedido los esfuerzos por lograr retrasar su llegada y prolongar la juventud, intentando así lograr una vida larga y saludable.

Desde mediados de la centuria pasada es evidente una actitud médica que pretendía «ayudar a envejecer», recurriendo para ello a las medidas preventivas clásicas consistentes en la regulación de la norma de vida, atendiendo fundamentalmente a los cuidados bromatológicos del anciano

Fecha de aceptación: 31 de enero de 1994.

Trabajo realizado dentro del Proyecto n.º 93/0167 del F.I.S.

(*) Unidad de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. 28040 Madrid (España).

DYNAMIS

Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam. Vol. 14, 1994, pp. 95-109.

ISSN: 0211-9536

y recomendando la moderación de apetitos y pasiones como clave para sobrellevar la vejez, y cuando surgiese la enfermedad, remedios para combatirla.

El desarrollo de la medicina científico-natural que tuvo lugar en las últimas décadas de esa centuria llevó a los médicos, con ellos a la sociedad, a pensar que el proceso de envejecimiento sería desvelado y por tanto esclarecida su causa podría combatirse de igual manera como se combatían las causas de las enfermedades, desarrollándose una optimista actitud que pretendía «curar la vejez». A lo largo de nuestra centuria, ese optimismo volverá a dar paso a un cambio de actitud de los médicos que insistirán en que, junto a la norma de vida y a la atención médica a la vejez, resultaba necesario ocuparse también del apoyo psicológico y social de los hombres durante esta etapa de su vida, comenzando a insistir en la necesidad de cuidar los aspectos antropológicos, asistenciales y sociales como indispensables para lograr una vejez más saludable.

1. *EL MANTENIMIENTO DE LAS MEDIDAS «CLÁSICAS»*

La mayor parte de las obras decimonónicas en que se aborda el problema de la vejez insisten en señalar que, para conservar el estado de salud de los ancianos, lo más adecuado es el establecimiento de medidas preventivas, intentando con ellas ayudar al individuo para que envejezca normalmente, de acuerdo con la idea que defendía la existencia de dos formas de vejez: una normal y otra patológica. En líneas generales se aceptaba el criterio de Canstatt según el cual las medidas de lucha había que emprenderlas durante el período de senilización, sin esperar a que la senectud estuviese ya instaurada, puesto que, entonces, poco se podía hacer para combatirla (1).

En 1857 Monlau, coincidiendo con los higienistas europeos y muy especialmente con Salgues, insistía en que las principales reglas higiénicas a seguir en esta edad eran: aire puro y seco, buscar los climas meridionales, evitar cambios bruscos, usar vestidos calientes que no fuesen pesados, mantener una limpieza esmeradísima, baños tibios y fricciones, evitar los

(1) BOY-TEISSIER (1895). *Leçons sur les maladies des vieillards*, Paris, Octave Doin Ed., 296 pp. (p. 240).

excesos de la mesa, «único placer que (a su entender) les es dado disfrutar», ingerir fundamentalmente alimentos blandos y cuidar las evacuaciones mediante el uso de laxantes. Se les permitirán las bebidas fermentadas no destiladas, se recomendará el ejercicio moderado y que se acuesten y levanten temprano; asimismo señalará la conveniencia de que se abriguen la cabeza y los pies, y recomendará que no trabajen con la cabeza, pues, aunque hay excepciones, en general suele perjudicarles; concluyendo en que deberán huir de las pasiones y en que los placeres genésicos debían estarles enteramente vedados (2).

Unas décadas más tarde, en 1890, Lozano Caparrós en su *Tratado práctico de las enfermedades de los viejos* recomendará medidas semejantes para ayudar a envejecer haciendo especial énfasis en evitar los tratamientos enérgicos e insistiendo en la conveniencia de recurrir a los dietéticos y bromatológicos, en la convicción de que la vejez consistía fundamentalmente en un proceso de desgaste o degeneración. Estos tratamientos debían iniciarse cuando aún estaban sanos los sujetos para prevenir la aparición de enfermedades y debían ser adecuados a las condiciones individuales. Como consejo general insiste también en que habría que prohibir al anciano todo esfuerzo mental puesto que congestiona el cerebro y retarda la digestión; así como alerta de los peligros de la vida sedentaria o el quietismo de los viejos (3).

2. CURAR LA VEJEZ

Junto a esta actitud claramente conservadora que pretendía «ayudar a envejecer», fue desarrollándose otra más intervencionista que pretendía tratar la vejez como si fuese una enfermedad, recurriendo para ello a procedimientos terapéuticos. En 1895 Soler Roig manifiesta su gran confianza en la Higiene, de acuerdo con Condorcet, pero a las medidas higiénicas, semejantes a las recomendadas por Durand-Fardel, añade otras como terapéutica de la involución senil. Esas medidas, siguiendo a Lapasse,

(2) MONLAU, P. F. (1857). *Elementos de higiene privada o arte de conservar la salud del individuo*, 2.^a ed., Madrid, Imprenta y Estereotipia de Rivadeneyra, 562 pp. (pp. 490-492).

(3) LOZANO Y CAPARRÓS, E. (1890). *Tratado práctico de las enfermedades de los viejos*, Madrid, Establecimiento Tipográfico de G. Juste, 428 pp. (p. 7 y pp. 419-426).

Considerations sur la durée de la vie humaine, pretendían desarrollar todas las fuerzas vitales, manteniéndolas en el grado más alto, sin producir irritación, recurriendo para ello al bifosfato de cal, ácido fosfórico y fósforo, que se suponía vitalizaban el organismo. Añade que Lapasse recomienda el oro como reconstituyente en sales áureas y Turk la veratrina alcaloide del eléboro utilizado por los antiguos; y que «eminentes biólogos» recomiendan la electricidad, el masaje y la hidroterapia para mantener las fuerzas vitales. Junto a estos recursos menciona la vieja recomendación de tener contacto con cuerpos sanos y jóvenes y señala que Brown-Séguard aconseja la inyección de jugos orgánicos (4).

Indudablemente en las últimas décadas de la pasada centuria se fueron incorporando, a los recursos clásicos utilizados hasta entonces para paliar los efectos de la vejez, distintas novedades relacionadas con los progresos efectuados por la medicina científico natural. En el terreno de la lucha contra la vejez las que más expectativas despertaron fueron las aportaciones de Metchnikoff (1845-1916), que considerará a la vejez como el resultado de un proceso de fagocitosis debido a la intoxicación crónica del organismo a partir de la flora intestinal, pretendiendo contrarrestarlo buscando un agente biológico que estimulase la función celular y lograrse su rejuvenecimiento; orientación que tuvo seguidores entre los que hay que citar a Niehans, Filatov y sus ensayos con tejidos embrionarios, los experimentos de Bogomolets y las inyecciones de novocaína al 2% de Aslan. Asimismo gozó de gran éxito la interpretación de la vejez como resultado de un proceso de involución gonadal recurriendo a la opoterapia y a los injertos gonadales para contrarrestar este proceso. Dentro de esta línea hay que apuntar que para Brown-Séguard (1817-1894) la explicación del proceso de envejecimiento sería la involución de las glándulas sexuales, por lo que se inyectó a los 72 años extracto de testículos de cobaya y perro; Voronoff (1866-1951) recurrió a glándulas de mono con idénticas pretensiones; Bogomolets (1881-1946) intentó fabricar suero rejuvenecedor a base de hormonas; Kocher y Lorand atribuyeron al tiroides el deterioro de la etapa senil, recomendando en consecuencia la administración de extracto de tiroides (5).

-
- (4) SOLER Y ROIG, J. (1895). *Estudios sobre las enfermedades de los viejos*, Barcelona, Estbl. Tipográfico de Francisco Altés, 204 pp., (pp. 7-9).
- (5) GRMEK, M. D. (1958). *On Ageing and Old Age. Basic Problems and Historic aspects of Gerontology and Geriatrics*, Den Haag, Uitgeverij Dr. W. Junk, 106 pp., (pp. 17-19).

Estos experimentos despertaron entre nosotros diferentes expectativas, apareciendo recomendada la opoterapia en algunas de las obras manejadas, pero indudablemente también tuvieron sus detractores; por fin un tercer grupo de autores presentaron otras alternativas terapéuticas, tal es el caso del Dr. Ferrán en la comunicación presentada ante la Academia de Medicina sobre un «Nuevo método eficaz de rejuvenecimiento que no expone a los peligros de los injertos testiculares preconizados por Steignach, Voronoff y otros», comunicación que, por enfermedad leve de su autor, lee Pulido. Consiste el método propuesto por Ferrán en la «transferencia de energías de un individuo a otro, por medio de un vehículo microbiano» (6).

Aun cuando se estaban generando grandes expectativas sobre la proximidad del «milagro» perseguido por el hombre a lo largo de la historia —prolongar al máximo la juventud y retrasar la aparición de los signos de la vejez— mientras éste llegaba los médicos debían seguir ayudando a envejecer a sus pacientes. Así se evidencia en el discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina que con el título de *La lucha contra la vejez* pronunció Amalio Gimeno en 1910. Ese título que se encontraba en plena correspondencia con la consideración de la vejez desde una mentalidad etiopatológica que tanto se difundió desde finales de la centuria; no obstante Gimeno liga su discurso a una vieja aspiración perseguida por los hombres de todos los tiempos, por ello comienza recordando el viejo sueño de la humanidad de prolongar la vida y los diversos recursos utilizados para ello, y señala el optimismo que en torno a este tema está generándose gracias a los avances de las ciencias básicas y de la experimentación:

«También ahora en nuestros tiempos, quizá porque el progreso de la Química biológica haya hecho concebir la esperanza de conocer pronto la esencia íntima de la vida, ha vuelto a renacer, revestida con ropaje más severo, la aspiración de siempre» (7).

-
- (6) FERRÁN, J. (1927). Nuevo método eficaz de rejuvenecimiento que no expone a los peligros de los injertos testiculares preconizados por Steignach, Voronoff y otros, *Anales de la Real Academia de Medicina*, 47 (Sesión 12 de febrero), 107-109.
- (7) GIMENO, A. (1946). *La lucha contra la vejez*, 2.^a ed. Madrid, Real Academia de Medicina, 163 pp. (p. 10). En el título que Gimeno da a su discurso se evidencia la consideración del problema de la vejez desde el prisma de la mentalidad etiopatológica, si bien no se esperaba descubrir un germen con el que luchar, sí se contaba con desvelar la causa de la vejez por lo que también en la vejez, como en el resto de la

E insiste en que mientras se intenta esclarecer la causa de la senectud para combatirla, la moderación sigue siendo la clave para sobrellevar la vejez, moderación de apetitos y pasiones, tal como hemos visto hacer a Monlau unas décadas antes, insistiendo en recomendar:

«[...] desterrad de vuestro régimen, sin miramientos, tres cosas: el tabaco, el alcohol y la carne, y añadid a eso un discreto horror a la fatiga y una prudencia rayana a la tacañería en los gastos corporales del amor. Los enemigos del alma suelen serlo del cuerpo también» (8),

reiterando la importancia de la norma de vida para lograr un envejecimiento «normal».

A finales de los años cuarenta Beltrán Báguena insistirá en que «envejecer no es una desgracia, sino una gran fortuna que no está reservada a todos los que nacen», y añade:

«No es desagradable envejecer. Lo es, sí, la senectud plétórica de achaques por malos cuidados y equivocada dirección, pero no la vejez sana y relativamente capaz, que se puede lograr siguiendo las adecuadas reglas higiénicas».

Para estos autores se trataba, de nuevo, ya no de «curar» la vejez sino de «ayudar a envejecer», intentando que la vejez se presentase de forma «normal» y libre de achaques. Esta acción preventiva se debía desarrollar en los años precedentes a la senectud y en ella jugaba un importante papel la alimentación regulada por los clásicos consejos de contención y moderación. Nos recuerda que Lorand y Viale creen que existen una serie de factores externos que influyen en la duración de la vida, éstos son: excesos de la nutrición, alcohol, tabaco, excesos sexuales, prácticas malthusianas y coito interrumpido, falta de limpieza, ambición excesiva, avaricia, cólera, vanidad, ocio, estreñimiento e insomnio (9).

acción sanitaria, se recurre a este discurso bélico, véase HUERTAS, R. (1993). El debate sobre la creación del ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas, *Asclepio*, 45 (1), 89-122 (p. 92).

(8) GIMENO (1946), *op. cit.* en nota anterior, pp. 115, 132.

(9) BELTRÁN BÁGUENA, M. (1949). *Prevención de la vejez achacosa y cuidados de los ancianos*, Barcelona, Científico Médica, p. 40.

3. LA ADAPTACIÓN A LA VEJEZ

No sólo se vuelve a recomendar las normas clásicas, sino que se hace énfasis en la necesidad de cuidar junto a los aspectos dietéticos los antropológicos. Así veremos hacerlo a Marañón, que, aunque apoyase la doctrina endocrinológica como explicación del proceso de envejecimiento durante buena parte de su vida, siempre se manifestó escéptico ante los injertos gonadales que se estaban llevando a cabo con el fin de lograr el rejuvenecimiento, denunciando tras los años cincuenta el total fracaso de estas medidas:

«El fracaso de estos métodos de rejuvenecimiento, que inauguró el disparatado genio de Brown-Séquard y que alcanzaron su máxima popularidad con los experimentos de Voronoff [se debe] al hecho evidente de que aun cuando se consiguiera prolongar a voluntad la actividad de las gónadas, no por eso dejaría de sobrevenir la involución, la vejez y la decrepitud» (10).

Esta desconfianza ante los procesos de rejuvenecimiento le lleva a plantear la «adaptación» como única alternativa a la vejez:

«[...] los viejos que han sabido buscar el sentido a su edad lo han encontrado en esta sola palabra: adaptación [ya que] el medio lógico de defenderse contra la debilidad es la adaptación» (11).

Esa adaptación se verá apoyada por la psicoterapia que el geriatra desarrolle para lograr hacer que el individuo climatérico y el anciano sepan aceptar su edad y los deberes que ésta conlleva, superando su sensación de debilidad y su miedo, insistiendo en el carácter normal de la vejez, como etapa de la vida.

4. EL DESARROLLO DE MEDIDAS SOCIALES

Será también a mediados de la centuria cuando se comiencen a señalar otros elementos a considerar en la tarea de lograr una vejez sin achaques,

(10) MARAÑÓN, G. Climaterio y senilidad. En *Obras Completas*, Madrid, Espasa Calpe, vol. 3, 1972, pp. 697-709.

(11) MARAÑÓN, G. El deber de las edades, *op. cit.* en nota anterior, pp. 131-153 (p. 153).

produciéndose un cambio significativo en la postura de los médicos españoles ante el problema de la vejez consistente en que, si hasta entonces, la prevención de la vejez había sido una cuestión fundamentalmente individual y médica, serán los mismos médicos quienes comiencen a insistir en que estos abordajes resultaban insuficientes, convencidos de que, dicho con palabras de Beltrán Báguena: «Plasmar esta acción preventiva en obra estatal es el paso, ya planteado, que resta por dar» (12).

El propio Amalio Gimeno al insistir en la importancia de la norma de vida para el ulterior desarrollo de la vejez, denunciaba a comienzos de la centuria las duras circunstancias en que se desarrolla la vida de los obreros:

«[...] resulta increíble que aun haya de pasar largo período de tiempo para que la justicia social redima al hombre del trabajo exagerado que pesa como un castigo, a fin de que, especialmente el obrero no llegue a la edad viril *debilitado y usado*, convertido en valetudinario a los cuarenta años»,

de lo que se quejaba Michelet en su obra *Sur les chemins de l'Europe* (1893). Nos recordaba en su discurso igualmente que este hecho era denunciado por Leon XIII en su *Rerum novarum*, donde mantenía que «el obrero es un hijo de Dios y no debe ser cambiado en una máquina de producir dinero». Por último, citando a Lacy Evans recordará que: «La prolongación de la vida del pueblo debe llegar a ser una parte esencial de la política familiar, municipal y nacional» introduciendo así una dimensión político-social en la cuestión de la vejez (13).

Desde entonces algo se había comenzado a hacer en España a nivel social en la atención a la vejez, tal como indica la existencia del retiro por vejez o jubilación funcionando desde 1921 y la existencia de algunas instituciones específicamente dedicadas a la atención del anciano (14).

(12) BELTRÁN BÁGUENA, M. (1950). Problemas generales de la Geriatria y Gerontología. En ARTETA, et al. *Siete Conferencias sobre Geriatria*, Madrid, Escelicer, 205 pp. (pp. 8-11 y 25).

(13) GIMENO (1946), *op. cit.* en nota 7, p. 115.

(14) De la bibliografía existente se recomienda: MONTERO GARCÍA, F. (1988). *Los seguros sociales en la España del siglo XX. Orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; MARTÍNEZ QUINTERO, E. (1986). *El nacimiento de la previsión social (1900-1917). Las primeras soluciones al problema de la vejez. Entre la previsión y la beneficencia*. En: *De la Beneficencia al bienestar*

Gracias a estas iniciativas, en los años centrales de esta centuria, 35.000 ancianos, de un total de 225.000 que existían, se encontraban residenciados (15). En las medidas desarrolladas para atender a la vejez estaba jugando un importante papel la propia administración, tal como manifiestan las palabras de Beltrán Báguena, quien desde el Dispensario de Sanidad de Gerocultura y Geriátría de Valencia realiza una labor ejemplar en favor de la vejez. Pues bien, para este autor era adecuado

«[...] rendir en este momento un tributo respetuoso de admiración profunda y sincera al ilustrísimo director general de Sanidad, profesor Palanca,»

que dio los primeros pasos de la Obra de Protección a la Vejez creando en Valencia el primer Centro Nacional,

«Es, por tanto, de estricta justicia hacer pública esta deuda de gratitud que con él tienen la Geriátría y la Sanidad españolas» (16).

Pese a estas acciones y a este reconocimiento otras son las medidas que, en opinión de estos médicos, debían ser puestas en marcha. Para Beltrán Báguena las principales acciones serían: la dispensarial, estudiar estadísticamente la morbosidad senil, cuidar la salud de los asistentes con acciones terapéuticas y profilácticas; la creación de Residencias y sanatorios que sustituyan a los Asilos; crear establecimientos con régimen de puerta abierta, y centros donde tratar al enfermo anciano sin sacarlos de su ambiente y sin llevarlos al hospital general.

El interés que la medicina española y mundial está dispensando al tema de la vejez se pone en evidencia también, junto a las iniciativas docentes y asistenciales emprendidas por Beltrán Báguena, por la celebración de congresos dedicados a ella dentro y fuera de nuestras fronteras: el I Congre-

social. Cuatro siglos de acción social, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo social y Asistentes Sociales, Siglo XXI de España, pp. 117-194.

(15) PIÉDROLA GIL, G. (1955a). *La Gerocultura, especialidad nueva en Sanidad Nacional. Su estudio, necesidad y organización*, Madrid, Colección de Folletos de la Dirección General de Sanidad, 86 pp., (pp. 42-54).

(16) *Ibid.*, p. 8.

so Español de Gerontología y Geriátría se celebró en Barcelona en junio de 1950, y el I Congreso Internacional en Lieja en julio de ese mismo año, dos años más tarde tendría lugar el II Congreso Internacional en San Luis; el II Congreso Nacional se celebraría en Valencia 1954 y ese mismo mes en Londres el III Internacional. No obstante, y pese al esfuerzo loable de todos estos médicos, ellos mismos están convencidos de que el problema de la vejez requiere un tratamiento a nivel nacional con intervención estatal, tal como está teniendo lugar en otros países, ya que la vejez se está convirtiendo en un verdadero problema, y no sólo para la medicina.

4.1. *La vejez: una cuestión de estado*

Así parece recomendarlo el análisis demográfico de España y la significación en él del fenómeno del envejecimiento de la población, tal como lo expone Piédrola Gil desde su puesto de Jefe de la recién creada Sección de Gerocultura y Geriátría de la Dirección General de Sanidad en 1955. La población total del país en 1768 era 9.307.804, en 1857 alcanza los 15.454.514, en 1900 se contabiliza 18.594.405 y en 1952 había 28.365.730. Los individuos de más de 65 años habían pasado de ser el 2,95 % en 1877 al 5,19% en 1900, y el 7,22% en 1950. A mediados de la centuria el país con tasa más alta de este grupo de población es Francia donde alcanza el 11,7% del total, le sigue Bélgica con el 11% y G.B. con el 10,9 %, en esos mismos años en EE.UU. era el 7,6%. Entre nosotros la vida media había pasado de ser 40,9 en 1850 a 44 en 1900 y a 65,4 en 1953. Esos cambios demográficos que están aconteciendo comenzaban a manifestarse, aunque con cierto retraso en nuestro país, haciendo que la situación demográfica se fuese asemejando cada vez más a la que presentan los países occidentales económicamente más desarrollados. Junto a este fenómeno se va produciendo un crecimiento de las cargas económicas por parte de los subsidios por vejez que han pasado de 1.558.157 asegurados y 8,6 millones en vejez en 1940 a 2.403.318 asegurados y 75,7 millones repartidos en subsidios en 1950 en el seguro obligatorio, en los seguros privados se ha pasado de 8.465 asegurados en 1940 y 406,3 miles de pesetas a 51.602 y 2.100,4 miles de pesetas en 1950 (17), por lo que la vejez indudablemente se está empezando a convertir en una cuestión que preocupa al estado.

(17) *Ibid.*, pp. 18-23.

Advierte este autor que los cambios en la estructura de la población influirán en la economía e industria total de la Nación; en la economía porque la población activa debe mantener a los crecientes jubilados, a la industria porque cada vez se necesitarán:

«[...] menos leches preparadas, menos puericultores, y pediatras, menos maestros y escuelas, menos fábricas de juguetes, menos industrias del vestido y de coches de niños y más carritos de ancianos, más cines, más libros, más tabaco, más residencias y club de ancianos, más geriatras y especialistas en cáncer, viviendas más reducidas, etc.» (18).

El análisis de la situación del mundo occidental demuestra que desde el punto de vista sanitario los grandes problemas han ido cambiando en el transcurso de los siglos, y que las enfermedades infecto-contagiosas han desaparecido (peste, cólera, tifus exantemático, fiebre tifoidea, etc.), o están en vías de hacerlo (tuberculosis, sífilis, lepra, etc.); junto a este proceso hay que señalar el hecho de que están apareciendo nuevos problemas, entre ellos los derivados de la prolongación media de la vida del hombre. Alude al incremento que se está produciendo de los fondos destinados a pensiones por vejez, y a los problemas que está suscitando la jubilación y la institucionalización de la asistencia a la vejez, destacando los esfuerzos que se están efectuando en los diferentes países por mantener a los ancianos en su hogar el mayor tiempo posible, antes de que sean enviados a clínicas o residencias, donde los gastos que producen son mayores, el doble en una residencia y el cuádruple en una clínica geriátrica (19). Dos elementos parecen evidentes desde el punto de vista médico: de una parte preocupa la cantidad de enfermedades crónicas ligadas a esta etapa de la vida; de otra la convicción de que la prevención de la vejez achacosa debe emprenderse temprano ya que la mayoría de las enfermedades se contraen antes de los cuarenta y cinco años, es en esta etapa cuando hay que comenzar la tarea preventiva, sin esperar a hacerlo cuando ya se ha instaurado la vejez. En esa tarea de prevención deben participar no solo médicos sino la sociedad entera (20).

(18) PIÉDROLA GIL, G. (1955b). *Envejecimiento de las poblaciones. Problemas que crea y organización para solucionarlos*, Madrid, Colección de Folletos de la Dirección General de Sanidad, p. 12.

(19) *Ibid.*, pp. 12 y 14.

(20) PIÉDROLA GIL. (1955a), *op. cit.* en nota 15, p. 4.

Pretende imitar la actuación emprendida por diferentes estados europeos, cuya visita como becario de la OMS le ha permitido conocer, destacando la dedicación que se presta al tema del *Welfare*, y el hecho de que la asistencia a los ancianos fuese tema de preocupación y misión principal de varios ministerios y organizaciones centrales y locales (21). El fenómeno del envejecimiento de la población europea ha llevado a los distintos países a crear los Comités Nacionales para Ayuda y Bienestar a los Ancianos encargados de estudiar sus necesidades y de promover las medidas para alcanzar su bienestar. Es precisamente para eso para lo que se ha creado la Sección de Gerocultura y Geriatriá en la Dirección General de Sanidad. Piédrola insiste en que para resolver el problema de la vejez hay que llevar a cabo estudios para determinar la situación real señalando qué parte de la población senil tiene derecho a la protección de la colectividad, por qué causas y en qué condiciones; qué organismos y entidades públicas y privadas dedican sus funciones asistenciales a los ancianos, a cuánto asciende lo proporcionado por la caridad del estado, y de las entidades públicas y privadas (22).

Cree que la Gerocultura o Geroprofilaxis representa una parte importante de la Medicina constructiva, mejorativa, o de rehabilitación que persigue incrementar la salud y que incluye factores sociológicos y económicos. En el terreno médico pretende ocuparse sólo de los aspectos concernientes a la medicina preventiva (cuidados que deben ser prodigados al hombre para impedir una vejez prematura y retrasar el proceso de senescencia) y a la medicina de adaptación, con gran atención al campo psicosomático, para conservar la elasticidad del cuerpo y el alma. Tanto la medicina preventiva como la constructiva pueden desarrollarla el médico práctico y el Servicio Nacional de Sanidad. La labor de la Gerocultura debe desarrollarse entre los 40 y los 60 años previniendo y retardando la aparición de los progresivos desórdenes de la senescencia (23). La medicina preventiva y social impide, en su opinión, la vejez prematura y decrepita y consigue el declinar sereno y fisiológico con un estado de bienestar físico, psíquico, social y económico y la medicina de adaptación permite la adecuada

(21) PIÉDROLA GIL (1955b), *op. cit.* en nota 18, p. 6.

(22) PIÉDROLA GIL (1955a), *op. cit.* en nota 15, p. 76. En este mismo folleto agradece el «apoyo y estímulo» que le presta J. A. Palanca, Director General de Sanidad y el inspector general E. Pastor Krauel.

(23) *Ibid.*, p. 9.

entrada en la senectud con el cuidado y tratamiento aconsejables durante los años que se logre cumplir (24).

Junto a esta acción preventiva es necesario organizar la atención sanitario-asistencial y de ayuda social al anciano, en la que considera la vivienda u hogar familiar como el eje central, ya que es en ella donde debe residir la mayor parte de los ancianos. Esto requiere crear Organizaciones Sociales de Ayuda y Bienestar del Anciano con las que lograr que se sienta amparado y desaparezca «su miedo a la pobreza, a la indigencia, a la soledad y a quedarse sin techo» (25), y Organizaciones Sanitario-Asistenciales, para atenderles en caso de enfermedad: el Dispensario, Consultorio o Ambulatorio; la Clínica geriátrica o servicio hospitalario especializado; las Clínicas-Residencias y las Residencias y Alojamientos Institucionales o Particulares (26).

4. 2. *Una nueva «lucha contra la vejez»*

Piédrola está convencido, y así lo reitera, que en todas las iniciativas que se emprendan en el terreno de la vejez la sanidad nacional tiene un importante papel que jugar, y apunta que: «Es necesario un nuevo Derecho de viejos para protección social y garantía de los eternos valores espirituales (27). Algo similar había dicho el propio Beltrán Bágüena cinco años antes añadiendo, como Piédrola lo hará en esta ocasión, a la cuestión asistencial una nueva consideración al apelar a la justicia social para no condenar al anciano a unas pensiones de hambre, propugnando la Liga de Protección Social de la Vejez.

Unos años después Blanco Soler en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina insiste en hacer énfasis en este mismo aspecto:

«Hay que formar una nueva ética de la edad cuando el mundo cambia

(24) *Ibid.*, p. 25.

(25) PIÉDROLA GIL (1955b), *op. cit.* en nota 18, p. 28.

(26) En la organización nacional de los servicios de Gerocultura y Geriátrica cree que el Dispensario juega un papel fundamental, tal como ocurría en otras «luchas» que se estaban desarrollando por entonces en nuestro país desde las Jefaturas Provinciales de Sanidad, cuya estructura en comienzo pretende utilizar Piédrola, véase obra citada en nota 15, pp. 26-31.

(27) *Ibid.*, p. 82.

tan radicalmente [...] El amparo a la vejez no sólo debe considerarse como una caridad, sino como un deber social».

Para él el cambio de la situación social y sanitaria del país y la necesidad de que se desarrolle una labor de prevención de la vejez son ya incuestionables:

«Quiera Dios que, al fin, se organice en España una Lucha contra la Vejez, sobre todo, cuando están muriendo las antipalúdicas, tuberculosas, venéreas, etc....por los adelantos de la moderna terapéutica».

Indudablemente cree este médico que no se pueden comparar estas luchas, «en la vejez se *lucha* para hacerla llevadera y prolongar la vida con los menos achaques posibles», pese a ello insiste en que «el Estado no puede aceptar que el particularismo y la iniciativa privada le impidan ejercer su función benéfica rectora», ya que para él la lucha contra la vejez supone: asistencia, labor social con los viejos que viven en familia, establecimientos (residencias, hospitales, lugares de recuperación) y enseñanza y divulgación del problema (28).

La respuesta a este discurso la efectúa J.A. Palanca quien señala que la vejez es un proceso inevitable y que por tanto: «No se puede hablar de una prevención (de la vejez) en sentido estricto de la palabra, pero debemos cuidarlos con más respeto y con más cariño», y aun cuando reconoce que los acuciantes problemas sanitarios del país habían impedido hasta entonces ocuparse de los viejos, aludiendo así a la situación sanitaria creada por la guerra y posguerra, debido a que la lucha contra la vejez «debe comenzar al nacer», lo que hay que cuidar es la salud de los niños y jóvenes, máxime si se tiene en cuenta que en su opinión «la lucha contra la vejez, si así se la puede llamar, está contenida en cuatro reglas generales de higiene», por lo que finalizará su intervención recomendando la «templanza». Los verdaderos peligros del envejecimiento de la población son para el Director General de Sanidad el aumento de población pasiva y el carácter conservador que caracteriza a la vejez. El otro problema que plantea la vejez indudablemente es el asistencial y a ello vienen atendiendo desde hace algún tiempo las instancias administrativas (29).

(28) BLANCO SOLER (1961). *Vejez, Envejecimiento y la llamada lucha contra la vejez*, Madrid, Discurso de la Real Academia Nacional de Medicina, pp. 16 y 55-56.

(29) *Ibid.*, pp. 87-89 y 97.

Tal vez fuese esa convicción existente de que la lucha contra la vejez no era una verdadera lucha en el sentido que se estaban desarrollando otras desde la Dirección General de Sanidad, o tal vez se debiese a que la situación sanitaria española por entonces tuviese grandes problemas todavía por vencer, o simplemente se debiese a que la vejez todavía no era un problema acuciante entre nosotros, lo bien cierto es que veinte años más tarde Jiménez Herrero dirá que la «lucha contra la vejez no se había extendido en España más que a media docena de Jefaturas Provinciales de Sanidad con más intención de ensayo piloto que de ejecución sería ambiciosa, por la falta de medios y personalidades médicas que la apoyasen con empuje decidido» (30).

(30) JIMÉNEZ HERRERO, F. (1976). 1926-1976: cincuenta años de la geriatría en España, *Gaceta Médica Española*, 8, 377-391, (p. 379). Para este autor, Palanca, a quien define como «personalidad un tanto castrense –por su condición de médico-militar- muy al espíritu político de aquellos años», «apoyó más moral que efectivamente a los iniciadores de la Geriatría en España».