

PROYECTO DE ESTUDIO MEDICO DEL CENSO DE SENECTOS DE MAS DE 80 AÑOS EN CATALUÑA *

C: SOLER DOPFF y B. RODRIGUEZ ARIAS

(Académicos Numerarios: Coordinadores del tema)

Ocupa la Presidencia de la Mesa el Prof. A. Pedro Pons (Presidente de la Academia), quien manifiesta que va a tratarse, en forma de coloquio, del tema de la senectud, en Cataluña, desde un punto de vista epidemiológico restringido.

La ancianidad debe merecer, entre nosotros, la más fidedigna atención.

Los doctores C. Soler Dopff y B. Rodríguez Arias justificarán por su calidad de ponentes, la conveniencia de discutir este problema.

Seguidamente, los doctores M. Pañella Casas (Académico Corresponsal Nacional), Jorge Trías de Bes Terré (como invitado) y M. Fusté Salvatella (Letrado Asesor de la Corporación), expondrán nuevos aspectos de la cuestión debatida.

Luego, los doctores A. Gómez Gómez (Académico Numerario), Ángel Soler Daniel y Ricardo Pons Bartrán (éstos Académicos Corresponsales Nacionales) serán reque-

ridos para iniciar una discusión de lo explanado.

Finalmente, y a continuación de nuevas objeciones que puedan hacer los asistentes a la sesión, se leerán unas Conclusiones.

* * *

Presidente. — Tiene la palabra el ponente doctor C. Soler Dopff.

Dr. C. Soler Dopff. — Entre los principales problemas de difícil solución que la población actual de la tierra tiene planteados, figuran tres —o mejor un problema único, con tres facetas distintas—, tales como: el creciente aumento del número de habitantes; las necesidades alimenticias de esta masa, en aumento, y la acentuación de la longevidad de los individuos y, como corolario, de amplios sectores del censo total.

Que los tres aspectos están íntimamente correlacionados, es obvio; de modo que cualquiera de ellos que se escoja como vía de acceso para su estudio, puede con-

(*) Referencia completa de lo tratado en el Coloquio que tuvo lugar en el día 12-XII-67.

ducir a un mejor conocimiento de la entraña del problema general.

Desde luego, un amplísimo sector de tal problema cae por fuera de nuestras posibilidades de abordarlo desde aquí. Poderosas y bien intencionadas organizaciones, tales como la Organización mundial de la salud, la Organización para la alimentación y la agricultura, el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la infancia, tienen esta misión señalada en sus agendas de actuación; pero así como no hay enemigo pequeño, quisiéramos creer que tampoco hay cooperación suficientemente pequeña para ser menospreciada. Y quisiéramos que nuestra actitud de hoy, tratando de este asunto, fuera interpretada, tan sólo, como un ensayo de medición de fuerzas para ver hasta qué punto podemos conseguir unos resultados que, a pesar de su extrema pequeñez, comparados con la enormidad del tema, y sea cual sea el éxito de la encuesta, resulten indicadores de una inquietud o un deseo de no permanecer indiferentes ante situaciones humanas para las que, si no se da con el remedio, están abocadas al desastre.

Por pertenecer estos problemas al campo de la Geografía médica, cae de lleno, el tratar de ellos, en una de las funciones preponderantes de nuestra Entidad. El conocimiento de nuestras patologías locales y, de rechazo, de nuestra salud colectiva, es algo que viene

figurando en los programas de la Academia desde largos años atrás. Sin embargo, el ritmo con que son elaboradas y recibidas las «Topografías médicas» o estudios geomédicos de distintas zonas de nuestro territorio, hace que las informaciones en ellas contenidas, sin perder su valor, puedan servir de punto de partida de análisis ulteriores, pero carecen de la agilidad necesaria para darles, en cualquier momento, una importancia actual.

El signo de nuestros días es la rapidez, y nuestro propósito es el de conseguir un resultado, en tiempo lo suficientemente limitado, para que los datos obtenidos no envejezcan aún más de prisa que el material humano objeto de la encuesta que hoy nos proponemos iniciar.

Todas las investigaciones realizadas sobre seres vivos —y también cuando son seres humanos— tienen como carácter común lo mutable del material viviente. Y cuando los seres vivientes se encuentran cerca de la frontera de un presumible fin de su actividad vital, es necesario realizar el estudio propuesto con un ritmo que, por lo menos, sea paralelo al ritmo del envejecimiento del conjunto humano estudiado.

No hay que insistir en que los límites de la vida humana se han prolongado notablemente en lo que va de siglo, sobre todo en los recintos geográficos que han podido beneficiarse plenamente de la te-

rapéutica antiinfecciosa y de las disponibilidades de una alimentación suficiente. De modo que el sector de las poblaciones sobre el que es dado estudiar el fenómeno de la senilización, es amplio. Es nuestro propósito reducirlo, en el número a límites asequibles y, probablemente, en la extensión territorial, habrá que decidir si es preferible abarcar la totalidad de nuestra jurisdicción académica o emprender la tarea en un sector piloto.

En cuanto a la edad, la aparente arbitrariedad de elegir los 80 años, es de carácter limitativo para no perderse en un número demasiado amplio de observaciones. De la facilidad en la manipulación de los datos recogidos y de los medios, de todas clases, de que se disponga para esta elaboración, podrá deducirse la conveniencia, unida a la posibilidad, de proseguir investigando lotes de edades inferiores a la señalada la que, por definición, ha de ser de contenido relativamente escaso.

En esta reunión previa, cada uno de los colaboradores expondrá sus puntos de vista sobre el modo de proceder y la asequibilidad de las fuentes de información disponibles.

En principio, y a modo de posible patrón, mi coponente Dr. Belarmino Rodríguez Arias, con su habitual y razonada facundia, ha trazado una relación de posibilidades que ofrece como base de

entendimiento y, si cabe, de adaptación al aspecto del tema que desarrolle cada cual.

Por mi parte, y partiendo de la premisa de que entre los factores que se estiman decisivos para determinar el curso de la vida, así como su duración, se hallan el factor alimenticio y el trabajo profesional realizado, he querido traer a consideración un viejo trabajo —viejo en el tiempo, pero perdurable en el interés—, que se refiere a una «encuesta sobre la alimentación de los trabajadores» motivada por una decisión del «Bureau International du Travail» que tenía este tema en el Orden del día de la Reunión de 1936, encuesta que hubo de ser encomendada a diferentes países y territorios con características propias. Con estos trabajos de conjunto se quisieron establecer las bases energéticas del rendimiento, la productividad y la salud de los trabajadores. Corrió entonces a mi cargo, como Miembro de la «Commission Internationale permanente pour la Médecine du Travail» la realización de la encuesta en la zona catalana —entonces autónoma— precisamente coincidente con nuestro Distrito académico, paralelamente a la que había de llevar a cabo en el resto hispánico de la Península el malogrado profesor A. Oller. Considero, también, que quizá resulten de alguna utilidad, en relación con el modo de proceder, las conclusiones obtenidas y consigna-

das en una comunicación, que fui invitado a desarrollar en el I Congreso Nacional de Geriátría, celebrado en Barcelona en junio de 1950, sobre el tema «La infección en las edades avanzadas» y que tal vez aporte algún dato aprovechable de las 1.000 observaciones valoradas entonces, estadísticamente, al apreciar las incidencias infecciosas en su repercusión sobre la longevidad.

Al iniciar esta encuesta no debe estar de más emprenderla confortados y conformados por juicio ajeno de tan positivo valor como son las «Reglas y consejos para la investigación biológica» de Santiago Ramón y Cajal, entre las que conviene entresacar las que se refieren a la necesidad de no desanimarnos por la limitación de medios —de diversas clases— con que se había de contar en tiempos de Cajal y tal vez ahora entre nosotros, salvo afortunados eventos; y, al llegar al final y a la formulación —en su caso— de conclusiones, por fuerza no demasiado precisas, no desdeñar la norma de ser fiscal de las propias ideas más que abogado que las apoye. Lo amplio e intrincado del tema aconsejan hacerlo así.

Presidente. — Concedo la palabra, en el mismo sentido, al doctor Belarmino Rodríguez Arias.

Dr. B. Rodríguez Arias. — Hábeis escuchado un alegato de con-

torno higieprofiláctico —referido a nuestro viejo Principado—, que defiende el Dr. C. Soler Dopff.

Mas al aspecto geográfico de la *senectud* —del período de la vida que comúnmente empieza (o mejor empezaba) a los 60 años— importaría que sumáramos el médico-clínico y el médico-social, quizá también el político-económico.

La geografía nos viene planteando cuestiones de gran significancia, tanto en el orden epidemiológico como en el de los mecanismos etiopatogénicos de la involución. Involución «stricto sensu» o bien involución mixta, completada por un daño aterosclerótico visceral.

El linaje del hombre, el «habitat» y las más enraizadas costumbres del pueblo, tienen que ser nuevamente estimados a efectos fisiopsico-patológicos. Aunque no siempre quepa rehuir, por lo demás, el factor tan incierto de la emigración doméstica o del terruño.

Los antecedentes familiares y personales de sanos y de dolientes, la alimentación, el trabajo y el género de vida observados, así como la patología de tipos endógeno o exógeno diagnosticada, necesitaría, pues, una relación y un justiprecio más fidedignos.

Los límites de Cataluña son arbitrarios y la llamada raza de sus pobladores no merece la valuación causal o propia de otrora.

Hablar de enfermedades autóctonas o peculiares de nuestros coterráneos carecería de sentido clí-

nico. También, de la alimentación del payés y familia, del obrero de fábrica de padres a hijos y del ciudadano de las urbes. Más aún, tratar de lo de la labor agrícola o industrial y de los centros profesionales y administrativos. Y referirnos, sin distingos, a las medicaciones clásicas de los abuelos.

Un durable intercambio de masas, un afán no meditado de progreso y la muy contingente tradición, por ejemplo, han subvertido o alterado el limpio perfil clínico, social y económico de nuestros fuertes antepasados.

Si la gran monografía de J. Codina Castellví acerca de «la hemorragia cerebral en Cataluña» se discutiera al presente, su utilidad, sus nociones, resultarían objetables.

Espero y a la vez temo, que la inspección médica de los senectos domiciliados aquí nos depare sorpresas.

Entre aborígenes y foráneos iberos, entre partidarios del apego real al terruño y transemigrantes de las más variadas provincias, entre los que comen lo de sus deudos de antaño y los que se lanzan vehementemente o sólo por frivolidad a la alimentación más usual de los días que nos toca vivir, entre los que sufrieron infecciones «nostras» y los libres —gracias a las múltiples vacunaciones practicadas— de ese flagelo remoto y entre los que hacen honor al «seny» y a la formalidad y los gamberros, vagos disimulados o

sencillamente inestables de estos ciclos, media un abismo.

Con o sin el «check up» de rigor, con o sin virtudes higiénicas naturales y permanentes, con o sin riesgos de cualquier monta, bastantes de los que —catalanes o no— se hallan y laboran en las costas, en las montañas y en las planicies de este bendito y dorado ángulo de la híbrida península, alcanzan la edad senil, que —para abordar bien el estudio óptimo de sus características —fijamos como módulo táctico de 80 años en adelante.

Quizá nos turbe —de llegar a realizar nuestro estudio o diseño— la ubicación poco o nada homogénea en un mapa de los senectos; la enorme disparidad de sus antecedentes familiares y personales, morbosos o de higidez absoluta; y el período laboral de su existencia.

Quizás nos impresione, de otra parte, el «status praesens», por ser y reputarse válidos activamente, todavía, en lo individual y en lo social.

Quizá el problema económico impulse u obligue a los sociólogos a ahondar en la entraña del mismo, tanto el de los dominios de la vitalidad mantenida (somática o psíquica) como el de la invalidez forzada.

Quizá la jubilación haya que discutirla en el terreno administrativo, por la capacidad asesora ex-

traordinaria que ofrecen muchos senectos.

Pero la mera lucubración nos inmovilizaría.

De bosquejar un acertado proyecto de estudio médico, cabría llevarlo a efecto minuciosamente con la ayuda técnica y financiera necesarias. Y redactar, luego, unas conclusiones de trascendencia nosológica, higioprofiláctica y político-económica, para la Sanidad, el mundo de los seguros y el Gobierno.

Muy probablemente, la estabilidad o la vulnerabilidad de nuestros hábitos y de la prole tendrán que sometersé a revisión.

Tarea genuina de la «Real Academia de Medicina», por ser tradicional, de investigación aplicada y redituable.

Yo, por lo menos, deseo que nos animemos, que me corrijan las faltas o se suplan los olvidos en que haya incurrido, los Académicos de esta jamás anacrónica entidad de cultura y de nobles misiones.

Uno de los esquemas que podría brindar a vuestro discernimiento crítico lo he imaginado así:

1. Distribución municipal y provincial de los senectos.

2. Antecedentes familiares y personales que expongan al redactarse su historia clínica.

3. Tipo de alimentación que han seguido uniformemente.

4. Medicaciones que les fueron prescritas a lo largo de la vida.

5. Género de vida que han observado.

6. Capacidad laboral que han tenido.

7. Achaques o enfermedades sufridos más posteriormente.

8. Estado presente de salud.

9. Juicio acerca de la situación individual y colectiva actuales.

10. Trabajos que realizan y pensiones que devengan.

Y quisiera someter a la consideración de todos —como más viable— este «modus faciendi»:

1. Recabar de un Organismo público idóneo, v. gr., la «Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros», su colaboración más firme en la prueba de la encuesta que se acepte.

2. De no ser así, y con nuestros propios medios, secundados por una empresa o gestoría capaces, que se verifique sin pretextos.

3. Pedir a los departamentos oficiales de Estadística, sobre todo los de ámbito municipal, las más indispensables referencias censales.

4. Las referencias que sean, también, a los Montepíos laborales y a los Negociados de Asistencia social y sanitaria de los Ayuntamientos y Provincias.

5. Imprimir el modelo de hoja clínica y profiláctica, para la encuesta, que resulte aprobado; y distribuirla —mediante agentes de quienes nos secunden en la tarea— a los colegas de la Administración

local, excepto los de Barcelona-Ciudad.

6. Vigilar diligentemente el curso de la encuesta y solventar los fallos que se presenten desde el Seminario de Geografía médica de la Academia.

7. Que los agentes de la encuesta o nosotros mismos giremos determinados viajes a villas y lugares y ayudemos a los facultativos que hayan de formalizar la hoja clínica y profiláctica mencionada.

8. En Barcelona-Ciudad la visita médica debería efectuarse en los domicilios de los inválidos o en los salones de la Academia, a través de Miembros Numerarios y Corresponsales Nacionales.

9. Los resultados de la encuesta habrían de merecer un debate final, antes de que se les otorgara —en lo fisio-psico-patológico, en lo profiláctico, en lo socio-económico y en lo administrativo— el valor de una conclusión patente.

Veamos, por tanto, lo que opinan y lo que sintetizan o argumentan al respecto los demás Académicos y los profesionales invitados al coloquio.

Presidente. — Con el fin de completar las disertaciones anteriores puede usar de la palabra, ahora, el doctor Mariano Pañella Casas.

Dr. M. Pañella Casas. — En primer lugar, un saludo cálido a todos los compañeros que se ocupan del interesante tema de la senec-

tud. Después de oír a los doctores Soler Dopff y Rodríguez Arias, tenemos plena conciencia de la envergadura e importancia social, más que médica, del problema de la senectud.

Al pretender hacer un estudio médico del censo de senectos, se nos plantea un primer problema, el de fijar una edad límite. La más apropiada sería la edad corriente de la jubilación, o sea la de sesenta, sesenta y cinco o setenta años, según diferentes países.

Pero esto, debido al volumen de ancianos que representaba, caía fuera de nuestras posibilidades. Hubo pues, que buscar una edad más avanzada, a fin de limitar la cifra de ancianos que hubiesen representado aquellas edades inferiores. Se limitó en consecuencia a los 80 años, que va siendo la edad media de la vida humana, ya que el término medio de la vida va subiendo gracias a los cuidados médicos prodigados a la humanidad desde su infancia y aun en la fase prenatal, tratando de conseguir en la encuesta que estudiamos, el conocimiento de los cuidados que han de tenerse especialmente y de una manera preferente en cuenta para conseguir los resultados apetecidos.

Nosotros, en el Hospital de Nuestra Señora de la Esperanza a base de un estudio muy limitado para aportar datos para este coloquio, hemos encontrado en una población hospitalaria de 253 pacientes, 80

que sobrepasan precisamente la edad de 80 años. Este hecho carece de importancia desde el punto de vista estadístico, como se comprende, ya que se acumulan en este Nosocomio los enfermos o inválidos que han llegado a esta edad, no pudiendo por tanto tomarse en consideración el porcentaje correspondiente. Ya la tiene mayor, aunque tampoco mucha, la desproporción entre el número de varones y de hembras, que es de 14 y 66, respectivamente. Hay que considerar que en los hospitales siempre hay más enfermas que enfermos, ya que en sus hogares, al fallar la mujer por enfermedad o invalidez, al varón no le cabe más solución para ser atendida que ingresarla en un hospital. En esta estadística limitada que estamos analizando es más interesante considerar el número de internados solteros, que es de 25, y el de casados o viudos, que suman 55, de forma que aquéllos constituyen un porcentaje muy bajo en relación con estos últimos. En esta estadística los 80 anteriores y en función de sus enfermedades, 44 sufrían arteriosclerosis, 13 fracturas del cuello del fémur, 8 hemiplejías, 5 reumatismos, 3 cánceres, casi ciegos 3, úlceras de extremidades inferiores 2, cirrosis hepática 1, y nefroesclerosis 1.

Solamente estos 80 casos de más de 80 años han podido ser computados entre los 238 historiados del total de 253, pues los restantes no había sido posible por carecer de

familia o conocidos o por afasia o por bajo nivel intelectual. En este total los varones son 50 y las hembras 188.

En principio considero que la encuesta propuesta por el Dr. Rodríguez Arias es fruto de un detenido estudio, como todo lo suyo, muy bien llevado y meditado juntamente con el Dr. Soler Dopff.

Estimo que para que esta encuesta constituya un éxito, de momento ha de limitarse, ha de ser más bien reducida, extendiéndose sólo a algunos aspectos que se consideren y acepten por los que intervenimos en este coloquio como básicos o fundamentales para su realización inmediata, a saber: edad, sexo, costumbres y género de vida, uso del tabaco, del alcohol, régimen alimentario, etc.

El cuestionario inicial es preferible que sea breve. Los datos suministrados anteriormente se refieren, como ya se ha dicho, a la población hospitalaria de un Hospital Geriátrico que, a pesar de ser muy útil como a orientación, lo son mucho más los que nos proporcionan los Servicios de Estadística, tanto nacionales o del Ayuntamiento de Barcelona, así como los de Cáritas publicados en «Visión Sociográfica de la Ciudad de Barcelona», realizados estos últimos por un abnegado y altruista grupo de señoritas de la Archidiócesis en relación y dirigido por los curas-párrocos y demás personal que investigaba a domicilio recogiendo los datos perti-

nentes. Contiene datos exhaustivos.

De ellos sacamos que, en Barcelona ciudad, había, según el censo de 1960, más de 16.804 octogenarios que en el censo de 1961 ó 1968 habrán, naturalmente, aumentado a 20.000 o más según cálculos oportunos, y habida cuenta que el aumento de la población de Barcelona se debe en gran parte a la inmigración nacional, pero no de octogenarios, sino de gente joven. Sin embargo, éstas son pequeñas modificaciones que para nuestro objetivo tienen poca importancia.

Si hemos de conseguir llegar a saber cómo han llegado a los 80 años de edad ese número importante de octogenarios, se requiere un trabajo enorme, una labor que, aunque función de la Real Academia de Medicina, creo que tiene un aspecto mucho más médico que social en este punto concreto. Los dos aspectos, médico y social, realmente tienen valor, y para llevar a cabo un estudio concienzudo que pueda servir para intentar enfocar una solución viable se necesita un numeroso equipo de abnegados trabajadores y un presupuesto de gastos muy superior a los que estamos acostumbrados.

Estimo que los resultados de una encuesta sobre los senectos de más de 80 años en Cataluña orientada en el sentido expuesto, podrían ser muy interesantes y útiles para la solución de los problemas médico-sociales que la edad proecta crea. La población geriátrica del mundo

aumenta de día en día. El término medio de la vida sube continuamente. En Suecia, para los hombres es de 72 años y para las mujeres de 74. En España, 69,5 y 71,5, respectivamente.

Nos vamos acercando, pues, a la cifra de 80 años elegida para realizar esta encuesta con el solo objetivo de que fuera más fácilmente factible.

Para terminar no me cabe, con mucho gusto, más que felicitar a los iniciadores de esta buena idea, porque carecemos en España de estadísticas de esta naturaleza que nos sirvan para sacar consecuencias que permitan realizar una labor fecunda que forzosamente ha de basarse en ellas.

Presidente. — Ruego al doctor Jorge Trías de Bes Terré nos comunique su opinión al respecto.

Dr. J. Trías de Bes Terré. — Al pretender un estudio médico del censo de senectos de más de 80 años en Cataluña, debe pensarse en realizar una encuesta, mediante un cuestionario impreso, que debe hacerse llegar a todos los octogenarios. La forma de hacerlo llegar a todos no es imposible, ya se estudiará. Quizá lo más difícil, pienso yo, será que nos lo remitan cumplimentado. Este cuestionario debe ser lo más completo posible, debe ser también comprensible y fácilmente contestable por los interesados.

Con los datos que se obtengan, pretendemos conocer cuáles han sido las condiciones de vida y factores de todo orden que han coincidido y, por qué no decirlo, permitido o facilitado que nuestros consultados hayan podido llegar a los 80 años. De este estudio, pueden sacarse interesantes conclusiones que quizá ayuden en el futuro a la prolongación de la vida y no sólo cuestión de vivir más años, sino de vivirlos felizmente, apareciendo viejos el menor tiempo posible.

Exageradamente, se dice, que si nosotros no llegamos a los 100 años —donde más o menos se establece el límite de nuestra vida en la actualidad— es porque nos matamos antes. Esta frase sintetiza hasta qué punto se atribuye a nuestro modo de vivir, al trabajo desplegado durante nuestra vida, a nuestros hábitos alimenticios, a nuestra tensión emocional, etc., una influencia importante en los años que podamos vivir.

Considero que, estudiar la edad proveya, es estudiar la arteriosclerosis, la más importante y frecuente de las enfermedades degenerativas de la época actual. De la arteriosclerosis se ha llegado a decir que es un problema pediátrico más que geriátrico. Y desde luego, ¿alguien de ustedes puede decirme exactamente cuándo empieza la arteriosclerosis? Seguro que mucho antes de que empiece a dar lugar a síntomas y los médicos podamos

diagnosticarla. Es por esto que sugiero que en nuestro cuestionario se investiguen estos factores epidemiológicos del envejecimiento, desde la juventud, a partir de la segunda o tercera décadas de la vida, cuando empiezan a intervenir los denominados «factores de riesgo», momento en que hábitos alimenticios, factores psicológicos, esfuerzos físicos exagerados, etc., influyen ya decisivamente en el individuo, predispuesto también ya de antemano por otros factores: genéticos, constitucionales y de diferenciación sexual.

En la hoja-encuesta que se pretende confeccionar se solicitarán, según mi criterio, los siguientes datos:

Edad actual del encuestado, sexo —en donde parece haber una prevalencia femenina demostrada— y estado civil. Lugar de nacimiento. Años que lleva viviendo en Cataluña, caso de proceder de otras provincias. Lugar de residencia (en dónde vivió mayor número de años): zona marítima, interior, campo, ciudad, llano, montaña.

Tipo de alimentación habitual. Este es un dato importante, hasta el punto que se ha llegado a crear una teoría dietético-metabólica de la arteriosclerosis, con un síndrome humoral característico. Me temo, sin embargo, que en nuestro estudio éste será un dato de poco valor real. Nuestro país, Cataluña, es zona de inmigración intensa, con individuos que se adaptaron a unas

condiciones de vida totalmente distintas a las que anteriormente tenían en su región de origen. Si a este fenómeno inmigratorio se añade la inestabilidad y la transformación económico-social, el período de guerra, las restricciones posteriores y la transformación que en la actualidad están sufriendo nuestras costumbres alimenticias, habremos de convenir en la dificultad de una valoración justa del factor alimenticio. En nuestra patria no puede establecerse un patrón alimenticio, como se ha conseguido en otros países más estables. De todos modos, averiguaremos si ha existido un predominio de dieta hipercalórica y su riqueza en grasas animales.

Hábito del tabaco. — En este aspecto, seguro que después de nuestra encuesta, las divergencias continuarán.

Alcohol. — Demuestran las estadísticas que en sujetos bebedores, la duración de la vida es menor que en los abstemios. Desde luego, es evidente que existen pocos ancianos alcohólicos. Estemos tranquilos; no parece demostrado que el consumo moderado de alcohol favorezca la arteriosclerosis.

Obesidad. — La obesidad acorta la vida. Suele decirse: kilos de más, años de menos. Será de interés conocer el peso medio aproximado registrado durante la vida, y, sobre todo, conocer qué peso no se sobrepasó nunca.

En el apartado de la encuesta que se solicita conocer el *Rendimiento laboral a través de la vida*, creo que deben averiguarse los siguientes factores:

1) Nivel socio-económico que corresponde al octogenario.

2) Si han existido procesos de excitación y de inhibición cortical frecuentes e intensos, de «stress» (vida trepidante, de agitación, de choques emocionales, etc.), o una vida plácida, sedentaria, sin inquietudes económicas ni morales importantes. Recordemos a este respecto la gran cantidad de senectos que se encuentran en conventos, nosocomios psiquiátricos y en zonas aisladas-oasis, de la ajetreada civilización actual.

3) Tipo de trabajo, profesión y actividad física realizada en el curso de su vida. Aquí, también nos encontramos con una gran mayoría de encuestados, en los que faltará la continuidad en una misma profesión, para poder sentar bases estadísticas. Del trabajo en el campo, pasaron a trabajar en minas, luego, ya en Cataluña, en la industria textil, y finalmente, al jubilarse, hicieron de ordenanza o portero. Nos tendrá interés saber si su profesión le ha representado un ejercicio físico duradero o era un trabajo sedentario. Los individuos que han realizado un trabajo físico activo durante su vida, parece, por ejemplo, que son menos propensos a tener enfermedades coronarias. Se considera a la actividad física

como protectora de la arteriosclerosis. Y también debemos conocer si su trabajo representaba una continua tensión emocional. Aquellas personas que tienen sobre sus hombros pesadas responsabilidades y exceso de preocupaciones, se ven afectadas con más frecuencia que el resto de la población por diferentes enfermedades, principalmente cardiovasculares. Aunque debemos confesar que aún no sabemos explicar cómo se materializa sobre las arterias esta acentuada tensión nerviosa. Son las personas que ocupan puestos dirigentes (enfermedad del «manager») en la industria, política, banca y profesiones liberales.

Concretamente, se ha podido demostrar que la incidencia de infarto de miocardio suele ser inversamente proporcional a la importancia de la prestación física y directamente proporcional al esfuerzo intelectual requerido por la ocupación. Entre las personas con actividad laboral físicamente ligera y sedentaria, pero con elevada participación psíquica y emotiva, el infarto de miocardio es 10 veces más frecuente que entre los trabajadores manuales pesados y sobre todo se manifiesta en edad más precoz.

Los antecedentes familiares también son de mucho interés en nuestra encuesta: edad en que fallecieron los padres, causas de su fallecimiento. Otros hermanos vivos y edades actuales de los mismos.

Entre los antecedentes patológi-

cos, conocer la existencia de hipertensión arterial, diabetes y tuberculosis.

Hasta aquí, mis sugerencias para la confección de la hoja encuesta destinada a los octogenarios.

Presidente. — Nuestro Abogado don Martín Fusté Salvatella tiene la palabra.

D. M. Fusté Salvatella. — Los estudios que se van a realizar deben de plasmarse en la vida práctica en una situación legislativa que ampare al hombre que pasa de los 80 años. Debe de ser protegido, no solamente en el transcurso de toda la vida, sino cuando ya es mayor, cuando por los achaques de la vida no puede, por tanto, defenderse, y necesita de la ayuda y de la cooperación de los demás. No quiere decir que al llegar a los 80 años, el ente físico sea incapaz para desarrollar cualquier actividad, pero esta actividad puede llegar a estar limitada por distintos puntos.

Uno: los trabajos que puede realizar; otro: los trabajos que no le dejan realizar. Y entonces nace todo el problema de las incompatibilidades. Estas incompatibilidades pueden ser unas de tipo jurídico, de tipo legislativo, que por razón de un cargo, no puede ejercitar otro cargo; que por razón de una jubilación, no se le permita continuar trabajando. Y otras, por la incapacidad total o parcial, que

puede ser física, puede proceder de la enfermedad profesional o puede proceder del accidente profesional.

Al llegar a esta edad, está en la libertad del hombre el poderse jubilar voluntariamente, o hay momentos en que la ley, en que la sociedad, para auto-defenderse, para buscar nuevos puestos de trabajo, exige la jubilación forzosa. Puntos a estudiar... Hay que tener en cuenta que para poder soslayar y auto-defenderse económicamente en estas situaciones que se crean, para los profesionales y médicos, hay dos situaciones distintas: cuando uno llega a la categoría de colegiado honorario, o cuando llega o es solamente colegiado numerario. Ya que hay una porción de pensiones o de cánones de los que están exentos de pagos.

Ahora bien, al llegar a esta situación de los 80 años, vemos que toda la actividad profesional de su vida ha estado enfocada, unos en el ejercicio libre de la profesión, y otros, en el ejercicio por cuenta ajena. Naturalmente, en cuanto al ejercicio libre de la profesión, queda amparada, jurídicamente, ya sea por los subsidios o por las pensiones, que proceden de Mutual Médica de Cataluña y Baleares, al hablar de la región nuestra, que pueden proceder de Previsión Sanitaria Nacional, o de otros seguros, que puede cada uno de ellos haberse creado.

Ahora, cuando se trabaja por

cuenta ajena, entonces el estudio de la previsión ya es complicadísimo. Porque si se ha venido trabajando siempre por cuenta ajena, entonces hay que estudiar estos 80 años a los efectos de los seguros, en razón, no solamente a una Compañía de Seguros, sino de un posible mutualismo.

Y entonces veremos que puede seguir trabajando como médico del SOE, como médico de las Mutualidades, como médico del Seguro libre, como médico de Empresa, como médico de la Marina mercante, como médico de Accidentes de Trabajo, como médico del Seguro Turístico, como médico de Baños, como médico de la RENFE, como médico de las plazas de toros, como médico de los deportes, o de la obra 18 de Julio, ya que todos estos organismos tienen prefabricada una edad de jubilación no siempre igual en cada uno de ellos, aunque en principio podríamos cifrarla en los 65 años.

El caso es que el médico puede también ser funcionario. Y entonces ya lo encontramos encuadrado, en cuanto llega a esa edad en que estará jubilado, en tres Ministerios. Los unos, dependientes del Ministerio de la Gobernación, que son los titulares, los de Sanidad Nacional, los de la Beneficencia Municipal, los de la Beneficencia Provincial, los de la Beneficencia de la Iglesia, los de las Fundaciones Benéficas, los de los Centros secundarios de Sanidad local, y los

de las Casas de Socorro. También con situación de jubilación en situaciones distintas; por lo general, en los que trabajan por cuenta ajena, quedan incapacitados, en cuanto llega la edad de jubilación, para otro trabajo que no sea el ejercicio libre de la profesión.

Ahora, los dependientes del Ministerio de Justicia, los encontramos entre los forenses, entre los médicos del Registro Civil, y los de prisiones. Y luego vienen los dependientes del Ministerio de Educación Nacional, que son todos los catedráticos y profesores. Más los militares, correspondientes a los ejércitos de tierra, mar y aire.

Todo esto hoy no tiene otra protección que los Seguros privados, o el Mutualismo, o los Montepíos y la Seguridad Social que hoy inicia el Estado. Pero es más, ya que también tenemos que estudiar aquel momento en que fallece el profesional superior a los 80 años, y los subsidios que en aquel momento deben recibir las personas que deben encargarse de la sepultura y de los actos post-fúnebres, que es lo que podríamos llamar estudios de subsidios posteriores.

Por lo tanto, yo estimo que en el cuestionario, y en un sentido brevísimo, habría que determinar, como muy bien refería el profesor Rodríguez Arias, cuál es el trabajo que hoy realiza el facultativo, del que nos hemos estado ocupando, cuál es el que puede realizar, y momentáneamente solamente sa-

ber qué pensiones o qué subsidios percibe. Y si los percibe por mutualismo o por seguro directo.

Presidente. — Pido al doctor Agustín Gómez Gómez inicie la oportuna discusión de lo tratado.

Dr. A. Gómez y Gómez. — Señores, al ser requerido por los compañeros de Academia, doctores Rodríguez Arias y Soler Dopff para tomar parte en este coloquio, lo he aceptado con gran entusiasmo, y no sólo por la envidia de esa ambición noble que de suyo lleva la ponencia, magistralmente estudiada y expuesta por ellos, para solventar y remediar los problemas que plantea la vejez, sino también porque considero que es, como ha recordado el doctor Rodríguez Arias, una tarea de investigación aplicada y redituable, genuina de la Real Academia de Medicina.

Voy a exponer sucintamente una serie de datos que considero convenientes para la confección de la ficha provisional que vamos a hacer, para después obtener las conclusiones pertinentes.

Pero ante todo deseo hacer constar que este proyecto de estudio médico a partir de los senectos de más de 80 años nos parece un tope correcto a los fines de este estudio, así como para una mayor facilidad de llevarlo a cabo.

En efecto: un estudio estadístico realizado por «Cáritas» y publicado el año 1963 con el título «Vi-

sión Sociográfica de Barcelona», en el apartado correspondiente a la clasificación por edades, en el censo de 1960 vivían 16.804 senectos de más de 80 años, aproximadamente el 1,2 % de la población total en dicho año, que era de 1.557.863. Y para tomar conciencia de la población de senectos de más de 80 años, por grupos de edad y sexo, dado en porcentajes en el año 1960, opinamos a este respecto lo que dice el mencionado estudio de Cáritas, a saber: Senectos de 80 a 84 años, eran varones 3.458, el porcentaje es 0,47 %; y 8.148 mujeres que representa un porcentaje de 0,97 %. De 85 a 89 años existían en Barcelona en dicha época 941 varones, o sea el 0,12 %, y de mujeres 3.042, en porcentaje 0,36 %. De 90 a 94 años, varones 214, o sea el 0,02 %, y mujeres 753, porcentaje 0,09 %. Y de 95 años y más, 51 varones que representa el 0,007 %, y 185 mujeres que representa el 0,02 %. Por lo tanto, esta estadística nos indica que hemos acertado en el tope de los 80 años, para no diluirnos demasiado, porque ya presentan bastantes dificultades las encuestas, cuando son muchas las personas que han de intervenir en las mismas.

Tomando como base el esquema de encuesta propuesto por el doctor Rodríguez Arias, para el estudio médico de senectos de más de 80 años y que lo considero perfecto y exhaustivo, fruto de un meditado estudio, voy a hacer unas bre-

ves consideraciones y aportaciones a algunos apartados del mismo, a saber:

A. *Antecedentes familiares.* — En este apartado la longevidad de los antepasados, si existe, es lo que debemos destacar. Pero debemos tener también presente que hay personas que tienen unos rasgos hereditarios excepcionales, que pueden gozar de una salud cabal durante toda su vida sin necesidad de tomar precauciones o hacer esfuerzos patentes. Es decir, personas que están dotadas, desde su nacimiento, de esta gracia de la longevidad, por así decirlo.

B. *Antecedentes individuales.* — En este apartado es conveniente incluir: infecciones e infestaciones; tabaco; alcohol; traumatismos físicos y psíquicos.

C. *Tipo de alimentación* que ha seguido uniforme y regularmente, y con especial atención al consumo de carne, pescado, huevos, etc., así como al aporte de vitaminas y calcio.

D. *Género de vida.* — Considero que debemos indagar: 1. Si la habitación es adecuada o no, su ventilación, humedad, limpieza. 2. Actividad física, ejercicio, horas de dormir. 3. Costumbres personales, si son moderadas o no. 4. Recreaciones, aficiones u otras actividades fuera de la ocupación habitual.

E. *Estado de salud presente.* — En este apartado opinamos que, entre otras cosas, debemos hacer

especial mención a si el senecto es aún activo, productivo, bien adaptado, que acepta sus limitaciones y que continúa disfrutando de la vida.

F. Al enjuiciar la situación individual y colectiva actuales, lo debemos hacer con respecto a la familia. No es nada nuevo decir y comprobar que se pierde el cariño, el afecto y el amparo a los senectos. Se van aflojando cada vez más los lazos familiares. Los hijos abandonan a sus progenitores y miran de arrinconarlos en asilos o en otros hogares. Por otra parte, la escasez de viviendas, los métodos de construcción de las mismas, con habitaciones reducidas, los realquilados, etcétera, son causas que predisponen desgraciadamente a este desear, por así decirlo, a los ancianos por los propios familiares.

G. *Trabajos que realiza y pensiones que devenga.* — Aquí consideramos de importancia conocer si el senecto desempeña un papel útil y productivo en la sociedad, con un sentido de seguridad personal. El senecto si goza del uso perfecto de sus facultades físicas y psíquicas, no debiera jubilarse nunca. Debe procurarse y tener siempre una recreación, un oficio, un medio, aunque sea una remuneración menor de la normal; es decir, que no debe dejar de ocuparse en algo y trabajar. La higiene del trabajo asegura la longevidad. Se ha de procurar morir con las botas puestas.

Presidente. — Solicito que continúe la discusión el doctor Angel Soler Daniel.

Dr. A. Soler Daniel. — El ser invitado por los Ponentes Dres. Rodríguez Arias y Soler Dopff en el trabajo de encuesta sobre los octogenarios de Cataluña, es de suponer que ha sido debido al hecho de presidir la Sección de Médicos Jubilados de la provincia de Barcelona, lo que me permite tener ocasión de poder contribuir a este estudio que se va a efectuar con la colaboración del Colegio y sus Secciones Comarcales.

Por esto, al aceptar esta invitación que no puedo rehuir, lo primero que hice fue consultar a nuestro querido Presidente, el Dr. Trías de Bes, diciendo si podía contar con la colaboración del Colegio en todas sus secciones, para poder contribuir a este estudio. Inmediatamente me dijo: allí, todas nuestras oficinas, y todos nuestros datos sobre el particular están a tu disposición para poderlos utilizar. Al mismo tiempo que tenía la seguridad que las Juntas comarcales de la provincia nos podrían dar también su asesoramiento y su ayuda en este trabajo.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que esto va a ser un trabajo muy intenso y largo, entre los muchos que se van a cuidar en general de los octogenarios de Cataluña, yo en particular, puedo afirmar que estoy dispuesto, para lo que

respecta a los compañeros médicos, sobre todo de la provincia de Barcelona, y aun después tal vez para Cataluña, a hacer todos los estudios que sean posibles para llegar a la conclusión de que las contestaciones que ellos hagan, que serán indudablemente las que mejor podremos nosotros apreciar para el futuro, sean hechas por los propios médicos. Y no será esto difícil. He evaluado cuántos tenemos en la provincia de Barcelona, y son en número de 83. Tenemos un 1,5 por 100 de médicos que sobrepasan la edad de 80 años. Estos compañeros están repartidos a razón de 72 en la ciudad de Barcelona, y los otros restantes en la provincia. En general, será fácil, como digo, con la colaboración de las Juntas Comarcales, poder obtener los datos de la encuesta.

Esto puede desarrollarse de la misma manera por lo que respecta a la totalidad de Cataluña. Yo creo que la Real Academia debe dirigirse a los presidentes de los Colegios Médicos de Tarragona, Gerona y Lérida solicitando su colaboración. Estoy de acuerdo con los otros compañeros que me han precedido en el uso de la palabra, me atrevo a decir que casi en absoluto acepto sus puntos de vista sobre la importancia de algunos aspectos que tiene esta encuesta.

En las poblaciones de menos de 5.000 habitantes, será muy fácil. En las de 5 a 10.000, creo que simplemente el médico titular, el

cura párroco y el Sr. Secretario podrán perfectamente hacer la encuesta, sin necesidad de acudir a otras personas o entidades. Cuando sean de 20.000 en adelante, entonces quizás otros funcionarios nos ayudarán. Indudablemente, en las grandes poblaciones de cien mil habitantes, y especialmente en Barcelona, será absolutamente necesaria la intervención de la Caja de Pensiones, Montepíos Laborales y entidades afines, y proceder en la forma que se había decidido anteriormente, actuando todos en conjunto.

La alimentación es, a mi entender, una de las fuentes principales que nos ha de dar luz sobre esta cuestión de los senectos.

Nunca olvidaré la penosa y hasta grotesca impresión que me causó al llegar a Vilada hace cincuenta y dos años, la gran cantidad de bocios que existían en la zona subpirenaica del Bergadán. Desde Alpens, Borredá y Vilada, hacia el Norte, especialmente en la zona conocida por la Clusa y Serra de Cosp, la mayoría de las personas que habitaban las casas situadas entre los mil y mil seiscientos metros de altitud estaban afectadas de bocio. Por eso pude prestar un buen servicio a un compañero que desarrollaba su tesis doctoral sobre el bocio, y que pudo llevarse una buena cantidad de datos y fotografías muy interesantes al respecto. Pues bien, hoy sería imposible repetirlo por haber desapareci-

do la endemia bociógena de aquella comarca, lo que demuestra que no era, como creíamos entonces solamente la altitud en que vivían aquellas personas la causa del bocio que padecían, sino su miseria y aislamiento que no permitían una alimentación variada más vitamínica y yodada con frutas y verduras frescas que las comunicaciones forestales les han permitido desde hace unos veinticinco años llegarán a sus casas, amén de un superior nivel de vida que les ha permitido adquirirlas.

Por lo tanto, para no cansarles, termino diciendo que creo que el sistema mejor que podemos aplicar a los médicos, es que nosotros mismos lo hagamos y sin encomendarlo a nadie. Porque lo haremos mejor y nos contestarán seguramente con más cariño y con más condiciones científicas que otro cualquiera.

Presidente. — Puede terminar la discusión de lo planteado el doctor Ricardo Pons Bartrán.

Dr. R. Pons Bartrán. — Bien, lo que se ha dicho aquí ha dado motivo a una serie de sugerencias o de comentarios que voy a exponer ahora. Este asunto me preocupa, porque en el año 1963 estuve en Asturias formando parte de una Comisión de Encuesta nombrada por la Diputación Provincial. Y en la que los trabajos que nos encomendaron estaban destinados a

realizar una encuesta epidemiológica y un censo de los enfermos mentales de la provincia. Dado el parecido entre ambas cuestiones, podré ahora opinar sobre la actual.

En estos estudios se aplican los métodos de la epidemiología. Así como la epidemiología se dedica a estudiar masivamente unas enfermedades, aquí lo que se estudia es, válgame la palabra, una epidemia de salud. De manera que en realidad los métodos que sirven para una cosa, sirven perfectamente para este estudio que se va a hacer ahora. La importancia de este asunto ha sido subrayada y ya es suficientemente conocida.

Yo quisiera señalar sobre todo las dificultades que tiene un estudio de este tipo. Porque estos estudios van a parar a hacer estadísticas que deben ser válidas. Y siempre se filtran causas de error. Casi no hay estudio epidemiológico en el que no se filtre ninguna causa de error. Actualmente a veces no se hace con todo rigor, pero hay que intentar llegar a ello. Por ejemplo, son conocidos los estudios que se han hecho de la relación entre el tabaco y el cáncer del pulmón. Para llegar a demostrar esto, la cantidad de estudios y de estadísticas y de encuestas que se han tenido que hacer es enorme. Cuando se trata de problemas más limitados, se pueden realizar estudios más sencillos.

El que se plantea aquí, creo que

se puede realizar bastante bien. El fijar la edad de los 80 años, da lugar a que el número de casos se podrá fijar bastante bien y llegar a conseguir un censo exhaustivo. Los procedimientos para llegar a identificarlos, tal como indicaba el Dr. Rodríguez Arias, me parece que pueden llegar perfectamente, si no alcanzarlos todos, sí a proporcionarnos una buena base estadística.

Ahora, una vez obtenidas las muestras, ¿qué hay que hacer con ellas? Aquí se han presentado varios cuestionarios. Yo quisiera sugerir que hay que hacer dos cosas. En el censo exhaustivo, hacer un cuestionario relativamente breve y modesto. No buscar demasiadas cosas, porque, sino, como he dicho, se complica enormemente. Y, por otro lado, se puede hacer un sorteo de los casos recogidos, obtenidos al azar, y que sea representativo. Y en estos casos, recogidos al azar, y que son representativos, haremos un estudio más completo, todo lo que se pueda hacer con ellos. Yo creo que esto es fácil, porque además la población colaborará en estos estudios. Porque en según qué enfermedades, la población no colabora, pero cuando se trata de senectos, yo creo que colaborará y que hay que contar con ello.

Una vez obtenidos los datos, los resultados pueden dar por ejemplo informes generales, sin dejarse llevar por ideas preconcebidas. Luego se puede hacer, por ejemplo, la

comparación de una serie de grupos o comunidades. Geográficas, sociales, profesionales, etc. Y de la comparación entre estas diversas comunidades o grupos, se pueden inferir conclusiones válidas respecto a unos asuntos de gran interés.

Por último, se procede a veces a la comprobación de determinadas hipótesis. Por ejemplo, aquí se ha citado lo de la hipótesis alimenticia, la hipótesis arteriosclerósica, la hipótesis hereditaria, la hipótesis climática, etc., etc. Con esto se puede llegar a hacer un estudio cuyo interés trasciende más allá de la medicina. El Dr. Fusté nos ha hablado de una serie de problemas y de personas que están esperando obtener datos de este tipo.

Estas dificultades que yo he citado, no deben servir para desalentar el estudio que se va a hacer. Hay que pensar que estos estudios son imperfectos a sabiendas. Pero de todas maneras, esto no quiere decir que los datos no van a tener un gran valor.

Presidente. — Señores, el trabajo que ha iniciado esta noche la Academia es, como ven ustedes, de gran importancia. Pero esto es únicamente el comienzo de una labor de un interés que abarca distintas facetas, y que puede interesar por igual al médico, al sociólogo, en fin, a todos. Nunca un tema que entra de lleno en la gerontología o geriatría había sido llevado a la

Academia con tal cantidad de comentaristas y hecho con un criterio tan riguroso y un deseo de encuesta que casi podría decirse que la Sesión de hoy podría ser ya fundacional.

No hace más, creo, que un par de años, que en España, el Ministerio del Trabajo organizó una gran concentración de empresarios y algunos médicos, para hablar de este problema. Porque el problema, limitarlo a los octogenarios, es limitarlo en demasía. Tiene menos interés. Este problema ha de ser tocado con mayor amplitud. Y aquí algunos, incluso sin quererlo, han hablado ya de retiros y de jubilaciones, o sea del problema de lo que se puede llamar del hombre maduro. Problema que tendrá, tal vez, mayor vastedad. La geriatría sí que tiene sus edades límites, pero actualmente estamos viendo cómo la etapa de senil va ensanchando sus dominios, a tal punto que se prevé para dentro de tres años, casi dos, en 1970, que cada dos o tres trabajadores tendrán que mantener a un jubilado. Esto es de una importancia socioeconómica extraordinaria. Por lo tanto, hay que revisar el problema de la jubilación. La población activa debe cargar cada vez más con el lastre pasivo de los jubilados. A veces, muchos, prematuramente jubilados.

Tenemos aún unas edades de jubilación como hace 10 ó 20 años, cuando el promedio de vida huma-

na era inferior al presente. La jubilación llega, dejadme hacer una frase, «como una noche sin crepúsculo», de repente, de la noche a la mañana, un individuo llega a los 65 años y le dicen: «¡Mañana usted no acuda al trabajo!» Cuidado, esto, como comprenderéis, es anti-biológico. Nadie envejece de un día para otro. Si tenemos vertida una gran cantidad de numerario para que sujetos con parálisis cerebral infantil, poliomielíticos, amputados, puedan verificar un trabajo, ¿a quién no se le ocurre aprovechar la cantidad enorme de trabajo que supone muchos hombres jubilados? A este hombre que cuando le jubilan no deja de trabajar muchas veces, se busca otra ocupación, y en una edad en que el aprendizaje es más difícil.

Hace pocos meses, yo he visto trabajar codo a codo en un taller de reparación de marcos antiguos, a oficiales jóvenes, y un hombre viejo, y había que ver la diferencia que había entre la labor del hombre viejo y la de los chicos jóvenes. No hay que decir que el trabajo del viejo era, si no más rápido, más primoroso que el de los jóvenes. En estos casos la jubilación significa perder una fuente de riqueza y de energía y sobrecargar el presupuesto de la nación hasta extremos inconcebibles, hasta el punto en que llegará el momento en que cada hombre joven, y comprendemos entre ellos los de 20 a

60 años, tendrán que mantener una población en la que un hombre activo deberá mantener a dos hombres pasivos. Como comprenderéis, esto ha de preverse con tiempo. Porque, además, la jubilación es muchas veces, como se comprende, injusta. No siempre es injusta, evidentemente; los jóvenes aprietan, los jóvenes también desean abrirse paso, a veces les es un lastre penoso el hombre ya maduro. Esto pasa en las familias, esto pasa en las jefaturas de capitanes de industria, en que los hijos ven en el padre ya al hombre que no tiene la actividad, a veces tampoco quizás la visión ni la adaptación a épocas nuevas de otro tiempo, y el padre, parece que por las mañanas, cuando va a la gerencia, viene a estorbar. Bueno, algo de esto hay, pero muchas veces no viene a estorbar; también su criterio de hombre que lo tiene formado a través de la gerencia durante muchos años, ha de ser escuchado y tenido en cuenta.

Es, pues, esto un problema que toca muchos puntos. Tendría que llegarse a la jubilación por etapas, con una reducción progresiva de la actividad, exactamente como corresponde a nuestra biología. Jubilarse, habitualmente, como decía antes, es buscar otro empleo. Por ejemplo, yo cierro en un garaje en que me dice un hombre que está aún en actividad, que él ya cobra su pensión de jubilado. Dice: son 800 ó 900 pesetas mensuales, ¿cómo quieren que yo viva? Y este

hombre trabaja en el garaje y se hace, por tanto, otro sueldo para compensar esto. Pues a este hombre le han jubilado falsamente.

La edad de 65 años, que es la habitual, se estima para la jubilación, sobre todo de hombres sujetos a trabajos manuales. También tengamos en cuenta que en el trabajo manual hay trabajos manuales muy distintos; porque el que corta corbatas es un trabajo manual que puede hacer un hombre de 65 años y el que, por ejemplo, ha de trasegar cantidades de peso grandes, realmente a esta edad ya le conviene que se marche a su casa o que cambie de oficio. Por lo tanto es vago lo que significa trabajo manual.

Primeramente hay que consultar al interesado. ¿Hay voluntad o no de jubilación? Este es un punto importante. Hay hombre que está esperando los 65 años porque quiere ser jubilado. Lo dicen casi con alegría y lo aceptan realmente con gusto. Por lo tanto, la voluntad de jubilación hay que tenerla en cuenta. Al llegar a los 65 años, hay que consultarle. ¿Quiere seguir trabajando? ¿Quiere que lo jubilemos? — Quiero que me jubilen. — Bien, pues jubilado está. — No quiero que me jubilen. — Entonces ha de trabajar usted bajo nuevas normas de reducción de jornada laboral. Se le puede reducir cada cinco años, como hay quinquenios en los ascensos. Pero tiene que haber quinquenios en los descensos. Pero no de-

jar que este hombre deje de prestar un trabajo, y cargarlo todo en un pasivo en el que figuran cantidades que realmente espantan. Y que no son siempre suficientes.

Además, señores, este hombre, que llega a esta edad, trabaja, muchas veces con menos rapidez que cuando era joven, pero también muchas veces con más eficacia. Hay sobre esto estadísticas con datos interesantes. Tengamos en cuenta que trabajan incluso los enfermos, ¿cómo no han de trabajar los hombres que no lo están y tienen 65 años! Yo haría un censo de trabajadores entre 20 y 50 años, de su estado de salud, y nos asombraría comprobar cuántos hipertensos hay en las oficinas, cuántos sujetos con nefropatías, cuántos sujetos arteriosclerosos aún compensados, cuántos coronáricos están trabajando, cuántos sujetos que han sufrido ataques de infarto cardíaco siguen, reduciendo un poco su actividad, en sus ocupaciones.

En fin, ya veis que el problema es arduo. Hay por lo tanto muchos sujetos enfermos que trabajan. Si tuviéramos ahora que decir: todo sujeto que tenga una tara orgánica no puede trabajar; nos quedaríamos con el 50 % nada más de los trabajadores. Todos tendrían algo: cardíacos valvulares que trabajan, mitrales, aórticos; hay futbolistas incluso que son aórticos, o afectos de insuficiencias valvulares. Además, hay también que sentar diferencia entre el trabaja-

dor intelectual y el trabajador manual, y también entre los manuales, el manual cuyo trabajo es, por ejemplo, un joyero. Un joyero puede hacer muy bien, perfectamente su labor, un relojero igual; el intelectual también es diferente.

Esencialmente hay que nombrar comités de estimación de la capacidad laboral antes de condenar —que es una condena—, a un hombre a jubilarle. Primero: ¿Quiere ser jubilado usted? Segundo; ¿No quiere ser jubilado? Pase al Comité de estimación a ver si está en condiciones realmente para seguir.

Por tanto, yo sentaría aquí, brevemente, unas pocas conclusiones, que es lo que en el día de hoy se ha anunciado. Primero: hay que revisar la edad de jubilación y alargarla. Segundo: ¿cómo llevar a cabo la jubilación? ¿De forma tajante o de forma progresiva? Yo creo que en esta última forma. Tercero: La Real Academia de Medicina podría nombrar una Comisión que se encargase de tan importante estudio. Basándose en gran parte en las conclusiones apuntadas por Soler Dopff y Rodríguez Arias.

Yo quisiera que la puesta en marcha de estas conclusiones tuviera una continuidad. Porque hay esta ley de desplazamiento que hace que el trabajo de mañana se lleve el de hoy, y que lo que nos está esperando tenga prioridad sobre lo ya tratado. Quisiera que realmente esto fuera fundacional, y que la Real Academia pudiera hacer una

gran labor, no únicamente, como decía Soler Daniel, respecto al caso concreto de los médicos de 80 años, sino más amplio, de todos los trabajadores a partir de lo que se puede considerar senectud. Senectud que se puede fijar más o menos entre los 65 años y que, yo creo que sin ningún ambaje, se podría llegar más bien a los 70 años, cuando se entra realmente ya en lo que podríamos llamar senectud auténtica.

Y con esto, señores, y reclamando o aconsejando que nos acordemos de esta sesión, sin premura podría nombrar una Comisión —no ahora en este momento, pues rehuyo las improvisaciones—, para llevar a cabo tan gran labor. Nadie como el médico —ayudado del sociólogo— para realizar esta labor, y es la Real Academia la mejor Corporación para llevar a cabo tan importante empeño.

* * *

Presidente. — He aquí, para finalizar la sesión, los dos modelos de hoja —para la encuesta— redactados.

1. *Su distribución por Municipios y Provincias.*
2. *Antecedentes familiares.* Longevidad. Hay personas con rasgos hereditarios excepcionales que pueden gozar de salud cabal durante toda su vida sin necesidad de tomar precauciones o hacer esfuerzos patentes.

3. *Antecedentes individuales.* Infecciones e infestaciones. Vacunaciones. Tabaco. Alcohol. Traumatismos físicos y psíquicos.
4. *Género de vida observado.* Habitación adecuada. Ventilación. Limpieza. Actividad física (ejercicios). Horas de dormir. Costumbres personales moderadas y equilibradas. Recreaciones y aficiones o actividades fuera de la ocupación habitual.
5. *Tipo de alimentación que han seguido uniformemente.* Carnes. Pescados. Leche y derivados. Huevos. Frutas. Hidratos de carbono y grasas. Especial atención al aporte vitamínico y cálcico.
6. *Medicaciones recibidas.*
7. *Rendimiento laboral a través de la vida.*
8. *Ultima enfermedad padecida.*
9. *Estado de salud presente.* Señalar si son aún activas, productivas, bien adaptadas, que aceptan sus limitaciones y que continúan disfrutando de la vida.
0. *Juicio acerca de la situación individual con respecto a la familia.*
11. *Trabajos que realiza y pensiones que devenga.* Por ejemplo: si desempeña un papel útil y productivo en la sociedad, con un sentido de «seguridad personal».

* * *

Filiación:

Lugares de residencia { inmigrante
autóctono

Antecedentes

Infecciones padecidas y su tratamiento. Otras enfermedades.
Traumatismos.

Vida profesional.

Intoxicaciones. Accidentes.
Otras.

Alimentación.

Bebidas habituales con especial referencia a las alcohólicas.

Tabaco.

Cantidad y clase.

Habitación.

Convivencia familiar.

Otros datos.**Aspecto socio-económico**

Vejez y urbanización.

Erradicación del lugar habitual de residencia.

Segregación o continuidad de la vida familiar.

Persistencia de las relaciones sociales y profesionales.

Grado de experiencia, meticulosidad, capacidad de síntesis.

Aspecto médico social

Alimentación. Equilibrio anacatabólico. ¿Dietética individual?

Caracteres del medio físico que le rodea.