

La Seguridad Social llegó al campo: resistencias y limitaciones en la España del segundo franquismo (1959-1975)

A Segurança Social chegou ao campo: resistências e limitações na Espanha do segundo franquismo (1959-1975) (resumo: p. 14)

Social Security arrives in the country: resistance and limitations in Spain during the late Franco regime (1959-1975) (abstract: p. 14)

Eduardo Bueno-Vergara^(a)

<ebueno@umh.es> 

Enrique Perdiguero-Gil^(b)

<quique@umh.es> 

^(a,b) Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Área de Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad Migue Hernández de Elche. Edificio Muhammad Al-Shafra, Crta. Nacional, s/n, Sant Joan d'Alacant. Alicante, España. 03550.

El objetivo del artículo es analizar dos aspectos de la asistencia sanitaria en el medio rural español durante el segundo periodo de la dictadura franquista (1959-1975). Primero analizamos la implantación del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social (1966), que proporcionó asistencia sanitaria a los trabajadores del campo. Hasta entonces, habían sido excluidos del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944), destinado a obreros industriales y otros asalariados con bajos ingresos. En segundo lugar, analizamos la oposición de los médicos rurales a la ampliación de la cobertura sanitaria a los trabajadores agrícolas. Para lograr ambos objetivos analizamos las limitaciones del ejercicio médico en el ámbito rural y cómo la Dictadura intentó solucionar infructuosamente estos problemas. Las fuentes empleadas han sido: disposiciones legislativas, publicaciones de los colegios profesionales oficiales, prensa dedicada a discutir problemas del ejercicio médico, informes sociológicos y documentación de archivo.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud. Servicios de salud rural. Médicos. España. Historia del siglo XX.

Introducción

La falta de asistencia sanitaria a los habitantes del ámbito rural, un problema secular en los diversos territorios que acabaron conformando el Reino de España^(c), no se solucionó con la implantación tras la Guerra Civil española (1936-1939) del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)¹ en 1944^(d). Se trataba de un sistema de atención sanitaria de corte bismarckiano que materializó, por vez primera en el país, la medicina socializada de la mano de la facción fascista del régimen dictatorial establecido por el General Francisco Franco²⁻⁴. De este modo, la asistencia prestada por el SOE dependía del Ministerio de Trabajo, aunque se gestionaba a través de un organismo autónomo, el Instituto Nacional de Previsión. Sin embargo, hubo que esperar a la instauración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social (1966)⁵ y sus sucesivas modificaciones (1970-71)^{6,7} para que mejorase la situación asistencial de los trabajadores agropecuarios, aunque el sistema adoleció de graves problemas de financiación⁸. Las desigualdades asistenciales del entorno rural con respecto al urbano no mejoraron ostensiblemente hasta la aprobación, ya en periodo democrático, de la Ley General de Sanidad (1986), aunque no se solventaron en su totalidad⁹.

La puesta en marcha del SOE alteró significativamente la situación profesional de los médicos, al variar sus empleadores y la demanda de la población. Ambos aspectos influyeron en el ejercicio médico, produciéndose cambios que, en muchas ocasiones no fueron bien aceptados por los galenos.

El objetivo de este artículo es analizar tanto las limitaciones del despliegue del dispositivo asistencial en el medio rural como las resistencias presentadas por los médicos a su extensión durante la segunda etapa de Dictadura (1959-1975)^(e), en la que se produjo un fuerte éxodo del agro a las urbes. Las fuentes utilizadas para el análisis de estas problemáticas han sido la abundante legislación que a nivel estatal trató (sin lograrlo) de asegurar la disponibilidad de médicos y otros sanitarios en el ámbito rural, publicaciones de los colegios profesionales oficiales como el Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos de España (Boletín), prensa periódica que se ocupó del ejercicio médico (Profesión Médica, Tribuna Médica), documentos de los archivos municipales de la provincia de Alicante sobre el desempeño de los sanitarios y, por último, informes sobre la situación de la asistencia rural en el conjunto de la nación.

Para entender los cambios que se produjeron, tanto para la población como para los médicos, con la paulatina extensión de la cobertura sanitaria de la población rural es preciso describir brevemente cual era la situación antes de la implantación del SOE. La población española tenía un acceso muy desigual a la asistencia sanitaria por razones socioeconómicas y geográficas¹⁰. Una opción, solo disponible para las clases medias y altas, predominantemente urbanas era la medicina privada, con pago por acto médico. Era, para los facultativos, el ideal del ejercicio que se había ido forjando a lo largo del siglo XIX, aunque para la mayoría fue más un anhelo que una realidad¹¹. Otra opción, frecuente en los medios urbanos industriales, era la existencia de las mutuas asistenciales, herederas de las cofradías y de otras modalidades de sociedades de socorros mutuos, que facilitaban, entre otras prestaciones, asistencia médica y farmacéutica^{3,12}. En cuanto a los pobres en las capitales de provincia, según dispuso la Ley de Sanidad de 1849¹³, debía contarse con un hospital de beneficencia, que se complementaba con los cuerpos de

^(c)No obstante, ha de tenerse en cuenta que las dificultades no suponían ausencia total de profesionales en el medio rural. Diversos estudios han mostrado que las necesidades sanitarias de las poblaciones de mediano y pequeño tamaño estaban cubiertas por una tupida red de sanitarios, en especial cirujanos formados mediante un sistema gremial ajeno a la universidad.

^(d)El SOE se implantó en 1944, si bien la ley de creación se publicó a finales de 1942.

^(e)Las periodizaciones de una dictadura de tan larga duración (1939-1975) como la que ejerció el General Franco tras su victoria en la Guerra Civil son problemáticas, pero hay cierto consenso en considerar que se puede hablar de una segunda etapa una vez se abandonó el régimen económico autárquico y España se incorporó a la economía liberal

beneficencia municipales. En el medio de los desvalidos se ocupaban los médicos titulares, una figura cuyas raíces se encuentran en la Baja Edad Media¹⁴ y que fue evolucionando hasta conformar un cuerpo estatal, los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), al que se accedía por oposición nacional¹⁵. Estos médicos, que en el ámbito urbano no tenían un papel relevante, por la existencia de la beneficencia municipal, eran la única opción asistencial en muchos municipios rurales. Por ello, además de atender a los menesterosos, prestaban asistencia al resto de sus habitantes bajo un sistema de pago por periodos de tiempo (anuales, trimestrales, etc.) que cubría toda eventualidad, denominado “igualada”. El SOE se superpuso al entramado de mutualidades obreras, a los establecimientos y las redes de beneficencia, a los APD y al sistema de igualadas. Veamos los resultados de este proceso en el medio rural.

La puesta en marcha del SOE y sus limitaciones en el ámbito rural

La creación y puesta en marcha del SOE fue la materialización del proyecto asistencial más ambicioso desarrollado por la Dictadura. Su objetivo fue dotar de cobertura sanitaria a los trabajadores industriales con bajos ingresos, los llamados “económicamente débiles”, lo que constituía, según las estimaciones realizadas por Pons y Vilar³ una cuarta parte de la población española. La red asistencial que debía atender a los nuevos asegurados (trabajadores cotizantes) y beneficiarios (familiares de estos), se articuló mediante dos vías. Por un lado, se contrató a 17.000 médicos que dedicarían unas horas de su jornada laboral a pasar consulta como asalariados del Seguro. Por otro lado, se aprovechó la red de Beneficencia preexistente y arraigada en el territorio, formada por los médicos, matronas, farmacéuticos y practicantes^(f). Así, a partir de 1948, los titulares fueron también designados como facultativos del SOE. En el ámbito urbano y desde un punto de vista económico, el hecho de compaginar el ejercicio libre con el realizado en el marco del Seguro fue bien recibido, puesto que ofrecía otra fuente de ingresos en un contexto laboral marcado por el pluriempleo^{15,16}. A pesar de ello, la discrepancia con la socialización de la medicina por parte de la profesión fue notoria, como hemos estudiado en otros trabajos, especialmente cuando, de manera progresiva, se fueron ampliando los umbrales salariales para la afiliación al SOE y, por tanto, un mayor número de trabajadores quedaron protegidos por este sistema¹⁵.

Aunque a los trabajadores del campo no se les excluyó de manera explícita de la cobertura sanitaria ofrecida por el SOE, por su condición de trabajadores eventuales no pudieron acceder a ella. Como resultado, la limitada implantación del SOE en el agro no provocó cambios destacados en la asistencia médica de sus moradores, pues continuó organizada con los esquemas benéficos tradicionales y el sistema de igualada anteriormente referido. La propia legislación recogía de manera inequívoca cómo se había concedido mayor atención a la prestación de servicios en el ámbito urbano en detrimento del medio rural, tal y como quedó reflejado en el preámbulo de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, promulgada en 1944¹⁷.

^(f) Por motivos evidentes, sólo nos ocupamos aquí de las cuestiones referidas a los médicos.

Problemática del ejercicio médico en el medio rural según sus protagonistas

En este contexto, los médicos de APD explicitaron en numerosas ocasiones las marcadas diferencias que existían entre los profesionales que ejercían en el medio urbano y quienes lo hacían en el rural. Como es evidente, la cisura rural/urbano afectaba a toda la población, como muestra la emigración masiva y generalizada desde el campo a la ciudad que se produjo en este periodo. Sin embargo, dado que los titulares realizaban de forma inversa ese camino, de la universidad al agro, y gozaban de un medio en el que podían exponer sus preocupaciones, resulta posible acercarse a su punto de vista¹⁵.

Si algo caracterizó al ejercicio de la medicina en el campo fue el extrañamiento profesional y personal con respecto a la práctica urbana. En lo profesional, el desarrollo de la medicina científico-experimental estuvo vinculado a los hospitales¹⁸, unas instituciones que, necesariamente, estaban ubicadas en el medio urbano. Mientras, la asistencia en el entorno rural era principalmente de medicina general, desarrollada de forma domiciliaria, en pequeños dispensarios, o en la propia vivienda del médico, quien tenía habilitada una consulta a tal fin. Así, el “hiperespecialismo” que progresivamente se fue implantando, era ajeno a la práctica habitual en las poblaciones más pequeñas, donde su presencia fue prácticamente anecdótica¹⁹. Esa lejanía se manifestaba también en la imposibilidad de mantener contacto con otros colegas y conocer novedades en los congresos científicos a los que, difícilmente, podían asistir. A nivel formativo, sólo las revistas que llegaban desde los laboratorios farmacéuticos y, pasados los años, los visitantes, suponían un vínculo entre el ejercicio rural y las novedades que acontecían en los saberes y prácticas médicos²⁰.

En lo personal, la estancia en pequeñas poblaciones era percibida como un destierro, algo que ha quedado reflejado de manera palpable en las fuentes consultadas. Habida cuenta de la formación universitaria de los médicos y las aspiraciones sociales aparejadas a la misma, se hacía especialmente difícil encontrar espacios para la vida social y cultural en el medio rural. El literato Ángel María de Lera realizó por encargo de la revista profesional *Tribuna Médica* unos reportajes que, aparecidos durante 1965 y luego reunidos y publicados en un único volumen, pretendían recoger, a través de entrevistas a titulares, cómo era vida y profesión en los apartados núcleos rurales. Los testimonios que señalaban la sensación de abandono aparecen reiteradamente, como por ejemplo el de Francisco Javier Vadell Miranda, ejerciente en Salomó (Tarragona), quien señalaba que

En la situación actual de la Medicina rural, tal vez lo que más nos acongoje sea la soledad. Soledad íntegra, sin asideros; soledad preocupada que pesa como castigo. Estamos solos en medio de un panorama social y cultural que nos es completamente ajeno [...] en lo que se refiere a la vertiente material o económica, el desamparo no puede ser más aterrador²¹. (p. 84)

Esta soledad que exteriorizaban a través de diferentes medios, también hacía referencia a sus familias, a sus esposas, quienes solían actuar como auxiliares en sus consultas sin recibir ningún tipo de reconocimiento institucional. Asimismo, mencionaban que su prole debía abandonar tempranamente el núcleo familiar para cursar estudios más allá de la escuela primaria.

En ocasiones, la llegada del titular a un municipio donde era un foráneo ajeno las dinámicas sociales, daba lugar a conflictos abiertos o larvados con los moradores, otros médicos ejercientes y sanitarios no reglados. En ocasiones, lamentaban la incompreensión por parte de una población aferrada a lo que consideraban creencias atávicas. En uno de los artículos publicados en el Boletín, Mariano Jiménez Ruiz, APD en Urda (Toledo), una localidad que contaba con unos 5.500 habitantes, dejaba testimonio en forma de relato, sobre cómo “los conceptos de las mentes pueblerinas” se imponían sobre a la razón de la ciencia médica²². La narración, centrada en un caso de fiebres tifoideas, muestra el delicado equilibrio que suponía el juego de hegemonía y subalternidad entre los pacientes y el médico, que podía volverse contra este último.

A juicio de los facultativos, esta situación dificultaba enormemente su ejercicio, el de unos apóstoles que debían llevar la luz del conocimiento científico a territorio profano. En estos términos se manifestaba Santiago Ibarz Grao, titular de Peralta de Alcofea (Huesca), al describir con enardecidas palabras los diferentes desencuentros surgidos a su llegada al municipio, a los que se había enfrentado como parte de “ese ejército de ‘misioneros de la medicina’ que habían de llevar a todos los rincones de nuestra nación el estandarte de la ciencia y de la caridad”²³ (p. 49). De esta concepción misional en la actuación del médico rural nos hemos ocupado *in extenso* en trabajos previos^{15,24}.

Junto al destierro profesional y personal de los titulares que ejercieron en el ámbito rural, las quejas más frecuentes aparecidas en la prensa médica se refirieron a sus honorarios. Es complicado determinar un promedio de sus ingresos, puesto que existen numerosas variables que lo determinaban, como el tamaño de la población en la que ejercían, el número de vecinos igualados, la clientela que pagaba por acto médico o un cierto pluriempleo que, en todo caso, no alcanzaba el nivel de las ciudades. Además, la Dirección General de Sanidad procedió en diversos momentos a la actualización de los sueldos, lo que hace aún más difícil extraer conclusiones más amplias. Si recogemos el testimonio que dejaron los facultativos en “Por los caminos de la medicina rural”, nos encontramos cifras que oscilan entre las 1.650 y las 11.000 pesetas mensuales²¹, en un momento, el año 1965, en el que el salario mínimo interprofesional era de 2.520 pesetas al mes²⁵. Más allá de las cifras, una abrumadora mayoría consideraba que sus ingresos eran insuficientes, especialmente teniendo en cuenta -según su propio testimonio- que la jornada laboral era de veinticuatro horas, siete días a la semana, 365 días al año, pues no gozaban de vacaciones reconocidas.

Los intentos normativos de mejora de la asistencia rural

Además de las cuestiones que afectaban directamente a la profesión médica en el ámbito rural, existieron una serie de déficits organizativos a los que las autoridades franquistas trataron hacer frente. Para ello, se llevó a cabo una intensa labor legislativa que tuvo como objetivo la centralización, la racionalización y el control de la actividad de los médicos de APD.

En cuanto al primero de los puntos, al margen de medidas muy específicas que afectaron a la regulación de la sanidad rural¹⁵, el hito más importante fue el hecho de asumir el Estado central el pago de los honorarios de los titulares. Hasta entonces, los salarios de los

facultativos se satisfacían por el municipio o la administración provincial (Diputaciones) que, dadas sus dificultades de tesorería, acumulaban considerables deudas con los sanitarios. Por ello, la Dirección General de Sanidad^(g) gestionó directamente el pago de los sueldos a los APD, primero en 1941²⁶, el correspondiente a los municipios más reducidos y, ya en 1961²⁷, haciendo lo propio con todos los titulares independientemente del tamaño de la localidad en la que ejercían, culminando el proceso centralizador.

Otra de las empresas legislativas desempeñadas por las autoridades fue el intento de controlar y poner fin a uno de los principales males que aquejaba a la sanidad rural: el absentismo de los médicos de pueblo, quienes abandonaban sin previo aviso su lugar de trabajo. El preámbulo de la normativa aprobada para intentar acabar con esta circunstancia la calificaba como “estado anómalo y caótico”²⁸. Esta situación trató de solucionarse estableciendo la obligación para los titulares de notificar cualquier ausencia superior a veinticuatro horas. Se creaban para ello dos libros de registro, uno de presentación y otro de salida, custodiados por los ayuntamientos, en los que se debían anotar puntualmente los permisos, la duración de los mismos, la autoridad que lo concedía (Jefatura Provincial de Sanidad o Dirección General de Sanidad) y la localidad de destino. Al mismo tiempo, se establecía un régimen disciplinario para castigar el abandono injustificado de la plaza con multas económicas y administrativas.

Es difícil conocer el grado de implantación real de estas medidas, habida cuenta de la fragmentación y dispersión de las fuentes históricas en pequeños municipios. En los casos que se han conservado esos libros de registro, como por ejemplo, en el caso de la localidad alicantina de Onil^(h) puede comprobarse que existió un control efectivo y una coincidencia entre las ausencias médicas y el regreso al puesto de trabajo⁽ⁱ⁾. Sin embargo, apenas hay anotados dos años, 1952 y 1953, lo cual impide extraer conclusiones más amplias al respecto. Por su parte, los datos que existen para el municipio de Hondón de los Frailes^(j), aunque ofrecen una mayor cobertura temporal, la información queda circunscrita a la toma de posesión del titular y su posterior cese, no figurando apenas datos sobre ausencias temporales^(k).

La documentación, no obstante, permite comprobar el alto grado de interinidad que caracterizaba a los facultativos en el medio rural. Así, en Hondón de las Frailes, entre 1947 y 1965 fueron nombrados quince médicos titulares diferentes, ocupando alguno de ellos el cargo en varios periodos diferentes. Este fue un problema que se mantuvo durante todo el periodo temporal que abarca este estudio, resultando infructuosa la acción legisladora de la Dictadura. Las plazas de titular en las poblaciones más reducidas resultaban especialmente poco atractivas por los bajos ingresos y el mayor grado de aislamiento, de modo que eran ocupadas, generalmente, por jóvenes recientemente titulados que abandonaban su destino tan pronto tenían oportunidad²⁰.

En cuanto a la racionalización organizativa, la reordenación de la asistencia sanitaria constituyó uno de los asuntos más repetidos en las páginas de la prensa profesional. La organización de la sanidad rural se basaba en los llamados “partidos médicos”, una demarcación territorial constituida por uno o varios términos municipales, a cuya población debía atender el titular. Estos partidos podían ser “abiertos” si otros facultativos podían ejercer libremente, o “cerrados” si únicamente le era permitido al

^(g) La Dirección General de Sanidad era la institución dependiente del Ministerio de Gobernación que se ocupaba de la salud pública y de la asistencia prestada por los sanitarios titulares.

^(h) Localidad sita en la provincia de Alicante, de unos 2.919 habitantes en 1950, que albergó una significativa actividad industrial.

⁽ⁱ⁾ Archivo Municipal de Onil, Libro-registro de presentaciones de médicos, 884/1 y Libro-registro de salidas de médicos, 884/2.

^(j) Localidad también sita en la provincia de Alicante, de unos 600 habitantes en 1950, tenía una actividad predominantemente agrícola.

^(k) Archivo Municipal de Hondón de los Frailes, Libro-registro de salidas de médicos, 227/17 y Libro-registro de presentaciones de médicos, 227/18.

titular, algo que buscaba garantizar a este los ingresos económicos generados por la labor asistencial ajena a la atención a los pobres. La tan ansiada reforma debía establecer un sistema más racional que evitase la sobrecarga de trabajo para los médicos rurales, limitando en lo posible los constantes desplazamientos dentro y fuera del partido y asegurando los ingresos económicos de los titulares. Esta reforma, que se demoró en el tiempo, se desarrolló ya un mundo rural cada vez más despoblado por la emigración a las urbes. En 1967 se procedió a la reordenación de los partidos²⁹, la cual fue aprobada al año siguiente y conllevó la amortización de cuatrocientas sesenta y cuatro plazas que quedaban agregadas a otro partido cercano y de mayor población³⁰. El objetivo de esta modificación fue asegurar la presencia de facultativos en los municipios y que los profesionales incrementaran sus ingresos al aumentar el número de asegurados, iguales y potenciales pacientes privados, bajo la modalidad de pago por acto médico. Aunque estas medidas suponían un descenso en el número de plazas de sanitarios en pequeños municipios, lo cierto es que en no pocas ocasiones, estas permanecían sin cubrir durante largas temporadas y cuando se ocupaban era por breves periodos de tiempo.

Esta reforma dio pie a conflictos, como el que se produjo en la ya citada localidad de Onil. En mayo de 1967, se publicó el Anteproyecto de reestructuración de los partidos sanitarios³¹, en el que se amortizaba una de las dos plazas con las que contaba el municipio. En esta población y algunas otras de su alrededor como Ibi, se había desarrollado una floreciente industria basada en la elaboración de juguetes, lo que originó un incremento demográfico. Así, a diferencia de tantos otros emplazamientos de la España rural, Onil había visto cómo se ampliaba su número de habitantes desde los 3.202 que tenía en 1960 hasta los 3.838 de 1966, según el censo municipal. El Ayuntamiento presentó una serie de alegaciones al proyecto de reestructuración ante la Jefatura Provincial de Sanidad, con el objetivo de mantener los dos sanitarios que tenían designados⁴⁰. Junto con el argumento demográfico, se incidió en los “numerosos accidentes laborales” provocados por la destacada actividad fabril y la atención específica que generaban. Además, se recibió el apoyo por parte del sector económico industrial, que dejó constancia del mismo a través de la adhesión que sellaron y firmaron hasta treinta y ocho empresas, casi todas ellas dedicadas a la fabricación de muñecas. A la solicitud también se sumaron dos pilares fundamentales del régimen franquista: la Organización Sindical y la Falange, únicos sindicato y partido permitidos durante la Dictadura. De igual modo, la Asociación General de Cabezas de Familia mostró su disconformidad ante la pérdida de un titular, e incidió en el perjuicio económico que resultante. Argumentaban que, cada médico solía atender alrededor de ochenta o noventa pacientes al día, lo que generaba prolongadas esperas en el dispensario, circunstancia que empeoraría en caso de persistir la reforma.

Todos los problemas de la actividad médica en el medio rural a los que nos hemos referido, contrastaban con la posición de notable locales que los doctores ostentaron durante el periodo objeto de estudio. A pesar de las constantes quejas emitidas por los titulares en la prensa profesional sobre la pérdida de autoridad que estaban viviendo, lo cierto es que, a inicios de la Transición democrática, el médico era el personaje que gozaba de mayor prestigio entre la población, muy por delante de otras reconocidas profesiones como el maestro, el veterinario, el farmacéutico, el cura, el secretario del Ayuntamiento y el practicante. Esa posición distinguida, fundamentada en aspectos

⁴⁰ Archivo Municipal de Onil, Expediente de reclamación instruido por la amortización de una plaza de médico titular, 884/4.

como la formación universitaria y la importancia otorgada por la población al cuidado de su salud, constituía el contrapunto de las carencias ya referidas que presentaba la vida en el medio rural.

No era infrecuente que un médico titular que finalmente se asentaba en una población, acabase desempeñando puestos de responsabilidad como la alcaldía, o recibiendo honores tales como dar nombre a calles o plazas, o siendo reconocido con la distinción de hijo adoptivo de la población. Este último es el caso de José Sanmiguel Tarazona en la población de Sant Joan d'Alacant^(m), quien ejerció en esta localidad desde 1946 hasta 1968, año de su jubilación. El Ayuntamiento, al aprobar por unanimidad la concesión de título en 1975, incidió en aquellos atributos que habían ido configurando el tipo ideal del médico rural, destacando su “gran labor, no sólo sanitaria, sino también humana” de la “legendaria figura del médico-familia” y su papel como “médico amigo, querido y respetado” llevando al pueblo “comprensión, ciencia, cariño y encima de todo, entrega sin reservas en su profesión”⁽ⁿ⁾.

Los homenajes a los médicos rurales realizados desde las corporaciones municipales o colegios de médicos fueron, hasta cierto punto, habituales y contrastaban con la compleja situación de una actividad desarrollada en un medio agrario en franca decadencia. Más ambicioso fue el proyecto del “grandioso” monumento nacional al médico rural que se proyectó realizar en 1964. Esta iniciativa partió del Colegio de Médicos de Guadalajara y encontró el respaldo entusiasta del resto de la profesión a través del Consejo General de Colegios de Médicos, el Ministerio de Trabajo y la Dirección General de Sanidad. Se trató de una figura ecuestre de importantes dimensiones (el conjunto artístico mediría diecisiete metros de altura) y que, ubicada en una de las zonas típicamente rural de España, la provincia de Guadalajara, pretendía recoger los atributos que adornaban figura de los facultativos rurales³². La empresa fue objeto de una considerable cobertura mediática en la prensa generalista y profesional, pero pronto cayó en el olvido. A finales de 1966, la Dictadura decretó un aumento salarial para los titulares, por lo que el monumento, que fue concebido como reconocimiento, pero también como medio de reclamación laboral, dejó de tener sentido.

^(m) Localidad sita en la provincia de Alicante, con unos 3.912 habitantes en 1950.

⁽ⁿ⁾ Archivo Municipal de Sant Joan d'Alacant, Nomenclamiento de hijo adoptivo a José Sanmiguel Tarazona, 1115-07.

La ampliación de la cobertura sanitaria de los trabajadores del campo

Existieron diferentes tentativas para ampliar la cobertura sanitaria al medio rural, pero todas ellas tropezaron con problemas técnicos u organizativos, así como con la estacionalidad del trabajo agrícola, la oposición de la patronal agraria, el fraude en las cotizaciones y los déficits sistémicos de financiación. Como resultado, el sector agropecuario se incorporó al Seguro más tarde que la industria y los servicios. Los proyectos como el Servicio Nacional de Seguridad Agraria de 1958 y la puesta en marcha, un año más tarde, de la Mutualidad Nacional de Previsión Agraria³³, se demoraron en su aplicación y no lograron mejorar la situación, llegando incluso a reducirse el número de cotizantes⁸.

No fue hasta 1966, con la aprobación de la ley sobre el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, cuando se trató de equiparar “hasta donde sea posible” la cobertura sanitaria de los trabajadores del campo a la que quedaba contemplada para quienes trabajaban en la industria y el sector servicios según la Ley de Bases de la Seguridad Social³⁴. En el proemio de norma sobre el Régimen Especial Agrario, se recoge como objetivo la necesidad de mantener una mano de obra agrícola que corría el riesgo de verse comprometida como resultado del proceso migratorio que se estaba experimentando:

La realidad económico-social del campo español exige una urgente política social encaminada a revalorizar su factor humano. Es un hecho sobradamente conocido el de la despoblación del campo, con manifiesta tendencia a quedar en él una población laboral envejecida y tan insuficientemente calificada para los propios trabajos específicos del campo, que dificulta el conseguir un índice de eficacia adecuada para contribuir al rendimiento normal de la mano de obra disponible⁵.

Esta medida, pero también la preparación de la misma, que se venía fraguando desde la aprobación de la Ley de Bases, fue seguida con atención por la profesión médica, muy especialmente por los médicos titulares, veían reducida su principal fuente de ingresos, las igualas, dada la mayor cobertura estatal.

Existen numerosos ejemplos que ilustran con claridad dicho rechazo. Por ejemplo, en la sección fija de Tribuna Médica dedicada a entrevistar a presidentes de Colegios de Médicos todos ellos dejaban constancia de su oposición a los avances de la Seguridad Social en el medio rural. Marcelino Martín Luelmo, presidente del de Zamora, señalaba cómo habían “elevado el grito de alarma” ante el Consejo General de Colegios Médicos por las pretensiones de ampliar la cobertura asistencial en el campo³⁵. Manifestaciones en esta misma línea las encontramos también en el Boletín, por ejemplo, en un artículo sin firmar: “Momentos graves para el médico rural: la Seguridad Social avanza implacable”³⁶ (p. 17). En este texto se analizaban las repercusiones generadas por la extensión de la cobertura sanitaria al ámbito rural, una política que constituía el colofón de los anteriores intentos por implantar un régimen de protección agraria. Consideraciones análogas encontramos la publicación *Profesión Médica*, como la del presidente del Colegio de médicos de Cuenca, E. Valero, que auguraba la conversión del facultativo rural en un emigrante más que abandonaba el campo en busca de mejores oportunidades laborales en la ciudad³⁷.

Estas tentativas, apuntaba Antonio Salamanca Rodríguez, representante nacional del Cuerpo de médicos de APD en el Consejo General de Colegios Médicos de España, se remontaban a la entrada en vigor del SOE en 1944, que redujo a una cuarta parte los ingresos que recibían por las igualas. Esas estimaciones resultan poco verosímiles y hay que entenderlas desde el intento de salvaguardar las retribuciones generadas por las igualas. Resulta de interés comprobar cómo, en el tardofranquismo, los titulares seguían considerando la aparición del Seguro como el principio del fin de su profesión con arreglo al ideal que ellos mismos habían construido y que el propio Antonio Salamanca resumía en esa entrevista como “medicina humana, íntima, cordial de contacto directo, que el médico rural o el médico de partido puede proporcionar frente a la medicina científica aplicada sobre masas, a horas fijas y previstas” que representaba la socializada³⁸.



Conclusión

Como hemos podido comprobar, la asistencia sanitaria en el medio rural quedó postergada en el contexto de la organización de la sanidad de la Dictadura. Así, mientras que en ámbito urbano se desplegaba, no sin dificultades, el proyecto más ambicioso de la política social del primer franquismo, el SOE, en el campo se mantuvieron las estructuras de la asistencia benéfica. Al mismo tiempo, la situación se vio agravada como resultado de un importante proceso migratorio desde el campo a la ciudad, que fue vaciando progresivamente el mundo agrario.

El estudio de las distintas realidades surgidas como resultado de este proceso, está inevitablemente lastrado por la ausencia de las voces de los pacientes. Sin embargo, gracias a la consulta de otra serie de fuentes, nos hemos podido aproximar, por un lado, al testimonio del personal médico encargado de llevar a cabo la atención en las poblaciones reducidas y, por otro, a la legislación desarrollada por el Estado para tratar de reformar la organización de los titulares y allegar cobertura sanitaria a los trabajadores agropecuarios. De este modo, los facultativos que ejercían en el agro fueron pródigos en sus narraciones sobre la creciente distancia que los separaba de los médicos urbanos. La medicina rural se mantenía al margen de unos saberes aprendidos en las universidades, progresivamente fundamentados en las especialidades y con los hospitales como epicentro. La práctica diaria en la España agraria se caracterizaba por la precariedad en los recursos, las jornadas interminables, los bajos salarios y la falta de descanso. Asimismo, la vida personal era concebida, por los propios profesionales, como un destierro en un entorno que le era ajeno y, en ocasiones, hostil.

La política estatal cristalizó en una labor legislativa que pretendió centralizar las estructuras organizativas de la sanidad rural, perseguir la desatención que se daba en muchos partidos médicos y reordenar estos últimos. Mientras el proceso de centralización se culminó exitosamente -en realidad se trataba de una transformación secular-, la nueva clasificación de los partidos médicos se limitó a amortizar plazas de titular, provocando la oposición de alguna población. Al mismo tiempo, el abandono de la atención en el campo continuó siendo una realidad hasta finales de la Dictadura. Esta situación contrastó con los intentos de extender la cobertura sanitaria al campo, sobre todo a través de Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. Estas tentativas fueron percibidas por los titulares como el golpe de gracia a su profesión, un declive que, para ellos, había comenzado con la tímida implantación del SOE en el campo y que se había visto severamente afectada por el proceso de despoblación y el avance de la Seguridad Social, limitando los ingresos que percibían por las iguales.



Contribuciones de los autores

Todos los autores participan activamente de todas las etapas de elaboración del manuscrito.

Financiación

Este trabajo ha sido realizado en el contexto del proyecto “Reforma sanitaria y promoción de la salud en el Tardofranquismo y la Transición Democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención” financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y los Fondos FEDER de la Unión Europea (HAR2015-64150-C2-1-P).

Agradecimientos

Los autores agradecemos al Colegio Doctoral Tordesillas de Salud Pública e Historia de la Ciencia (CDT) el apoyo institucional brindado. Agradecemos también las consideraciones realizadas por nuestros compañeros Josep M. Comelles y Josep Barceló, con quienes venimos manteniendo un fructífero diálogo académico y personal durante los últimos años.

Conflicto de interese

Los autores no tienen ningún conflicto de interese que declarar.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora asociada

Lina Rodrigues de Faria

Presentado el

24/02/21

Aprobado el

21/07/21

Referencias

1. España. Decreto de 11 de Noviembre de 1943, por el que se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley del Seguro de Enfermedad. Boletín Oficial del Estado. 28 Nov 1943.
2. Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J. The Introduction of sickness insurance in Spain in the first decades of the Franco Dictatorship (1939-1962). *Soc Hist Med*. 2012; 26(2):267-87.
3. Pons Pons J, Vilar Rodríguez M. El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica. Zaragoza: Pressas de la Universidad de Zaragoza; 2014.
4. Bueno Vergara E, Perdiguero Gil E. Mejor curar que prevenir: dispositivos asistenciales y actividades preventivas en el primer franquismo. En: Moreno Seco M, Fernández Sirvent R, Gutiérrez Lloret RA, editores. *Del siglo XIX al XXI Tendencias y debates*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes; 2019. p. 1972-83.
5. España. Ley nº 38, de 31 de Mayo de 1966. Sobre régimen especial agrario de la seguridad social. Boletín Oficial del Estado. 2 Jun 1966.
6. España. Ley nº 41, de 22 de Diciembre de 1970. Por la que se perfecciona la acción protectora y se modifica la financiación del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 31 Dic 1970.
7. España. Decreto nº 2123, de 23 de Julio de 1971, por el que se aprueba el texto refundido de las Leyes nº 38, de 31 de Mayo de 1966, y nº 41, de 22 de Diciembre de 1970, por las que se establece y regula el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 21 Sep 1971.
8. Vilar Rodríguez M, Pons Pons J. La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista. *Hist Agrar*. 2015; (66):177-210.
9. Otero García L. Campos de soledad. Atención primaria y procesos asistenciales en pueblos de Segovia [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2012.
10. Perdiguero-Gil E, Comelles JM. The roots of the health Reform in Spain. In: Abreu L, editor. *Health care and government policy*. Évora: Publicações do Cidehus; 2019.
11. Valenzuela Calendario J. El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica. *Dynamis*. 1994; 14:269-304.
12. León Sanz P. Professional responsibility and the welfare system in Spain at the turn of the 19th century. *Hygiea Internationalis*. 2006; 1(5):75-90.
13. Reglamento general para la ejecución de la ley de beneficencia de 20 de junio de 1849. *Gaceta de Madrid*. 16 Mayo 1952.
14. Ferragud Domingo C. Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2005.
15. Comelles JM, Perdiguero-Gil E, Bueno E, Barceló-Prats J. Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979). En: Martínez-Pérez J, Perdiguero-Gil E, editores. *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2020. p. 63-124.
16. González Madrid DA. Apuntes para un análisis crítico sobre la asistencia médica general y ambulatoria de la Seguridad Social del tardofranquismo a la Transición. En: González Madrid DA, Ortiz Heras M, editores. *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*. Madrid: Sílex; 2020. p. 199-230.
17. España. Ley de 25 de Noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado. 26 Nov 1944.

18. Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons M. El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del Franquismo (1942-1963). En: Vilar-Rodríguez M, Pons Pons M, editores. Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Madrid: Marcial Pons; 2018. p. 179-261.
19. España. Ministerio de Trabajo. Libro blanco de la Seguridad Social. Madrid: Ministerio de Trabajo, Subsecretaría de la Seguridad Social; 1977.
20. Mayor Domingo F, editor. La asistencia sanitaria en las zonas rurales. Madrid: Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria; 1979.
21. De Lera ÁM. Por los caminos de la medicina rural. Salamanca: Graficesa; 1966.
22. Jiménez Ruiz M. La última inyección. Boletín. 1948; (18).
23. Ibarz Grao S. Carta Abierta a Don Antonio Alarcón Peñafiel. Boletín. 1948; (16):48-9.
24. Perdiguero Gil E, Bueno Vergara E. “Hay una diferencia entre la medicina social y la socializada”: las resistencias de los médicos españoles a la colectivización de la asistencia sanitaria y la ampliación de la cobertura sanitaria (1944-1963). En: González Madrid DA, Ortiz Heras M, editores. El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición. Madrid: Sílex; 2020. p. 95-124.
25. Maluquer de Motes i Bernet J, Llonch M. Trabajo y relaciones laborales. En: Tafunell Sambola X, Carreras i Odriozola A, editores. Estadísticas históricas de España: siglo XIX-XX. Bilbao: Fundación BBVA; 2005. p. 1155-246.
26. España. Ley de 31 de Diciembre de 1941, por la que se dispone que los haberes correspondientes a los Médicos Titulares de Asistencia Pública Domiciliaria. Boletín Oficial del Estado. 14 Ene 1942.
27. España. Ley nº 4, de 19 de Abril de 1961, por la que se dispone que los haberes correspondientes a los Médicos titulares de primera y segunda categoría se hagan efectivos con cargo al Presupuesto General del Estado. Boletín Oficial del Estado. 21 Abr 1961.
28. España. Orden de 27 de Junio de 1945 por la que se dan normas a las que habrán de ajustarse los Médicos de APD para ausentarse del lugar de su destino. Boletín Oficial del Estado. 2 Jul 1945.
29. España. Decreto nº 188, de 2 de Febrero de 1967, por el que se adoptan medidas preliminares en orden a la revisión de plantillas de los Cuerpos Sanitarios Locales. Boletín Oficial del Estado. 13 Ene 1967.
30. España. Decreto nº 3279, de 26 de Diciembre de 1968, por el que se aprueba una reestructuración parcial de partidos médicos farmacéuticos y veterinarios. Boletín Oficial del Estado. 17 Ene 1969.
31. Anteproyecto de la subcomisión provincial de reestructuración de partidos sanitarios. Boletín Oficial de la Provincia de Alicante. 13 Mayo 1967.
32. Visea Bustamante JM. Un grandioso monumento al médico rural. Tribuna Med. 1964; 24:4-5.
33. España. Decreto nº 613, de 23 de Abril, por el que se crea la Mutualidad Nacional de Previsión Agraria. Boletín Oficial del Estado. 27 Abr 1959.
34. España. Ley nº 193, de 28 de Diciembre de 1963, sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 30 Dic 1963.
35. Robles S. Al habla con el presidente del Colegio de médicos de Zamora, Dr. D. Marcelino Martín Luelmo. Tribuna Med. 10 Abr 1965.



36. Momentos graves para el médico rural: la Seguridad Social avanza implacable. *Boletín*. 1965; 2(9):17-9.
37. Valero E. La situación del médico rural en nuestra provincia es angustiosa para muchos. *Profesión Med*. 30 Ago 1966.
38. González Yañez R. Con el Dr. D. Antonio Salamanca Rodríguez, de Valladolid, vocal por los médicos titulares. *Tribuna Med*. 12 Feb 1965.

O objetivo do artigo é analisar dois aspectos da atenção à saúde na Espanha rural durante o segundo período da ditadura de Franco (1959-1975). Em primeiro lugar, analisamos a introdução do Regime Especial de Previdência Social Agrária (1966), que proporcionou assistência médica aos trabalhadores rurais. Até então, eram excluídos do Seguro Obrigatório de Saúde (1944), destinado aos operários da indústria e demais trabalhadores com baixos salários. Em segundo lugar, analisamos a oposição dos médicos rurais à extensão da cobertura de saúde aos trabalhadores agrícolas. Para alcançar ambos os objetivos, analisamos as limitações da prática médica no meio rural e como a ditadura tentou resolver esses problemas, sem sucesso. As fontes utilizadas são: disposições legislativas, publicações de associações profissionais oficiais, imprensa dedicada a discutir problemas da prática médica, relatórios sociológicos e documentação arquivística.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde rural. Médicos. Espanha. História do século XX.

The objective of the article is to analyze two aspects of healthcare in rural Spain during the second period of the Franco dictatorship (1959–1975). Firstly, we analyze the introduction of the Special Agrarian Social Security Regime (1966), which provided healthcare to rural workers. Until then, rural workers had been excluded from the Compulsory Health Insurance (1944), which provided healthcare to industrial and other low-income workers. Secondly, we analyze the position of rural doctors against the extension of health coverage to rural workers. To achieve both objectives, we analyze the limitations of medical practice in the rural milieu and how Franco's dictatorship unsuccessfully managed these limitations. We have used several sources: legal regulations, publications of official professional associations, press devoted to medical practice, sociological reports, and archival records.

Keywords: Health services accessibility. Rural health services. Physicians. Spain. History 20th century.