

Títulos:

Del autoritarismo a la democracia
Estudios de política exterior española
Charles Powell y Juan Carlos Jiménez (eds.)

España y Portugal en transición.
Los caminos a la democracia
en la Península Ibérica
Juan Carlos Jiménez

Historia del País Vasco durante
el franquismo
Imanol Villa

Los orígenes de la integración de España
en Europa.
Desde el franquismo hasta los años
de la transición
María Elena Cavallaro

Intervenciones coloniales y nacionalismo
español.
La política exterior de la Unión Liberal y sus
vínculos con la Francia de Napoleón III. (1856-1868)
Juan Antonio Inarejos Muñoz

Estados Unidos y la Transición española.
Entre la Revolución de los Claveles
y la Marcha Verde
Encarnación Lemus

De la cruzada al desenganche:
la Iglesia española entre el franquismo
y la transición
Manuel Ortiz Heras y Damián A. González (coords.)

Revoluciones industriales, trabajo
y Estado del Bienestar
Salvador Salort i Vives

Los orígenes del turismo moderno en España.
El nacimiento de un país turístico
1900-1939
Rafael Vallejo y Carlos Larrinaga (dirs.)

El franquismo
Prólogo: Ángel Viñas
José Luis Ibáñez Salas

La Transición
Prólogo: Álvaro Soto Carmona
Epílogo: Justo Serna
José Luis Ibáñez Salas

La Transición desde otra perspectiva
Democratización y mundo rural
Rafael Quirosa-Cheyrouze y Emilia Martos Contreras
(eds.)

Las investigaciones y publicaciones sobre la dictadura franquista y la transición democrática conforman, actualmente, un universo casi inabarcable. Sin embargo, todavía pueden detectarse aspectos escasamente transitados, poco atendidos e incluso inexplorados por la historiografía. Uno de ellos atañe a las políticas sociales de la dictadura, la intervención del Estado autoritario sobre la cuestión social y los orígenes de nuestro Estado democrático de Bienestar que, en este 2020 y en plena pandemia, continúa apuntalándose.

Este libro aspira a resolver algunos de los interrogantes que tiene pendientes una cuestión de una dimensión y un calado formidables, a pesar de su marginalidad entre las preferencias de los historiadores. Entre la docena de contribuciones que lo conforman, firmadas por especialistas y destacados investigadores, el lector encontrará estimulantes reflexiones y respuestas sobre los orígenes y desempeños de la Seguridad Social dictatorial, las debilidades de la protección pública sanitaria, o los primeros y decisivos pasos de la lucha por sus derechos de los colectivos de ciudadanos con discapacidad.

IBIC: HB
ISBN: 978-84-18388-25-5



9 788418 388255



sílex universidad



www.silexediciones.com
facebook.com/ediciones.silex



El Estado del Bienestar entre el franquismo
y la Transición

Damián A. González Madrid
Manuel Ortiz Heras (coords.)

EL ESTADO DEL BIENESTAR ENTRE EL FRANQUISMO Y LA TRANSICIÓN

Damián A. González Madrid
Manuel Ortiz Heras
(coords.)

sílex universidad



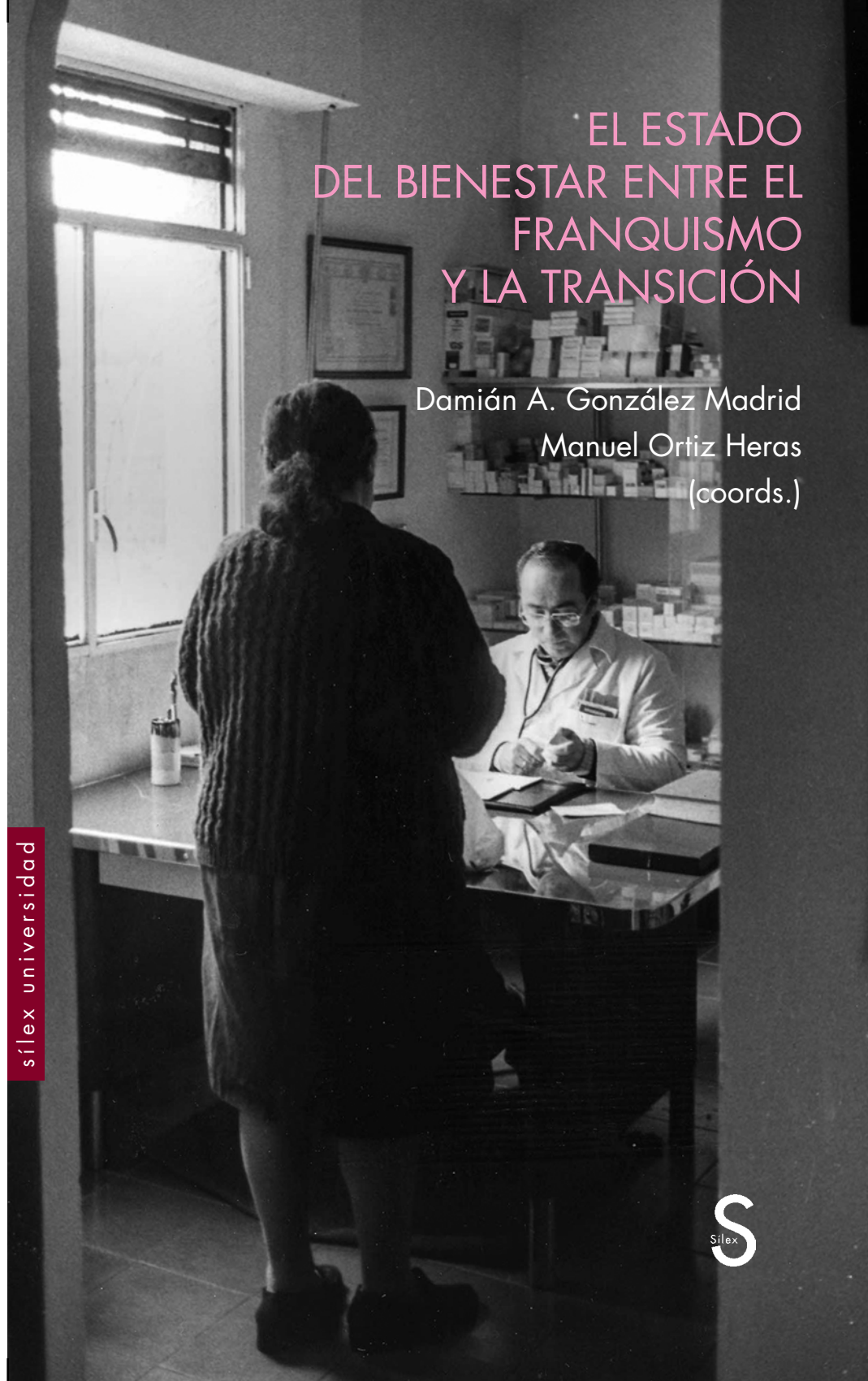
Damián A. González Madrid

Trabaja como profesor de Historia Contemporánea en la Facultad de Humanidades de la Universidad de Castilla-La Mancha en Albacete, y forma parte del equipo de investigadores del Seminario de Estudios del Franquismo y la Transición. Sus principales líneas de investigación han atendido el estudio de los apoyos sociales de la dictadura y sus mecanismos de implantación en los ámbitos locales, así como el protagonismo de los movimientos sociales en la crisis del franquismo y la construcción de la ciudadanía democrática en el mundo rural. Actualmente investiga aspectos relacionados con las políticas sociales de la dictadura.

Manuel Ortiz Heras

Catedrático de Historia Contemporánea en la Facultad de Humanidades de Albacete –UCLM–, coordina el Seminario de Estudios del Franquismo y la Transición –SEFT–. Ha impulsado varios proyectos de investigación sobre la violencia política y la memoria histórica, las actitudes de la sociedad civil, el papel de los movimientos sociales en la crisis de la dictadura y la conquista de la democracia en el periodo transicional. En los últimos años ha puesto en marcha varias iniciativas de estudio sobre el contexto internacional en la década de los años setenta, la acción social del Estado y la colaboración con diferentes grupos de especialistas en estas materias.

Fotografía: Didier Henrioud (OMS). Reportaje realizado en 1977 sobre el Centro Nacional de Demostración Sanitaria (Talavera de la Reina, Toledo) para su exposición en la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Alma-Ata. Consulta del dr. Fernando Naranjo en el pueblo de Robledo del Mazo (Toledo). Agradecemos la imagen a Juan Atenza.



EL ESTADO DEL BIENESTAR

ENTRE EL FRANQUISMO Y LA TRANSICIÓN

Damián A. González Madrid
Manuel Ortiz Heras
(coords.)





© DAMIÁN A. GONZÁLEZ MADRID (COORD.), 2020

© MANUEL ORTIZ HERAS (COORD.), 2020

© RESTO DE AUTORES, 2020

EDITOR: RAMIRO DOMÍNGUEZ HERNANZ

© Imagen de cubierta: *Consulta del dr. Fernando Naranjo en el pueblo de Robledo del Mazo* (Toledo)

© Fotografía: Didier Henrioud (OMS). Reportaje realizado en 1977 sobre el Centro Nacional de Demostración Sanitaria (Talavera de la Reina, Toledo) para su exposición en la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Alma-Ata. Agradecemos la imagen a Juan Atenza.

© Diseño de cubierta: Ramiro Domínguez Hernanz

C/ San Gregorio, 8, 2, 2ª Madrid
España
www.silexediciones.com

ISBN: 978-84-7737-895-2
Depósito Legal: M- -2020
Colección: Sílex Universidad Historia

Impreso y encuadernado en España

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 372 04 97)

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	II
CAPÍTULO I	
REFORMA SOCIAL, FRANQUISMO Y ESTADO DEL BIENESTAR DEMOCRÁTICO	21
<i>Luis Moreno Fernández</i>	
CAPÍTULO 2	
EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DESDE 1963 A 1978. HITOS LEGISLATIVOS MÁS IMPORTANTES DE SU EVOLUCIÓN	49
<i>Joaquín Aparicio Tovar</i>	
CAPÍTULO 3	
PREVISIÓN SOCIAL Y ASISTENCIA SANITARIA EN LA ESPAÑA RURAL (1950-1986): ¿QUÉ SABEMOS? ¿QUÉ NOS QUEREMOS PREGUNTAR?	69
<i>Daniel Lanero Táboas</i>	
CAPÍTULO 4	
“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)	95
<i>Enrique Perdiguero-Gil y Eduardo Bueno Vergara</i>	
CAPÍTULO 5	
LA LEY DE BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 1963: ¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?	125
<i>Margarita Vilar-Rodríguez y Jerònia Pons-Pons</i>	

CAPÍTULO 6

MÉDICOS Y PACIENTES RURALES EN EL TARDOFRANQUISMO
Y LA TRANSICIÓN. ENTRE LOS INTERESES CORPORATIVOS Y
EL EMPODERAMIENTO SOCIAL 157

Manuel Ortiz Heras

CAPÍTULO 7

APUNTES PARA UN ANÁLISIS CRÍTICO SOBRE LA ASISTENCIA MÉDICA
GENERAL Y AMBULATORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DEL TARDOFRANQUISMO A LA TRANSICIÓN 199

Damián A. González Madrid

CAPÍTULO 8

DE LA DESCOORDINACIÓN A LA DESCENTRALIZACIÓN.
LA EVOLUCIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO CATALÁN
DURANTE EL FRANQUISMO Y LA TRANSICIÓN (1939-1980) 231

Josep Barceló-Prats y Josep M. Comelles

CAPÍTULO 9

DE LA CARIDAD A LOS DERECHOS: LA DISCAPACIDAD
EN EL FRANQUISMO Y LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA 259

Mercedes Del Cura González y Salvador Cayuela Sánchez

CAPÍTULO 10

LA EXPANSIÓN DE LA ESCOLARIDAD Y LA ACCIÓN DEL ESTADO
EN ESPAÑA, 1963-1986 289

Julio Carabaña Morales

CAPÍTULO 11

LOS COMUNISTAS, LA RECLAMACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES
Y LA SENSIBILIZACIÓN DEMOCRÁTICA DE LA POBLACIÓN RURAL 323

Francisco Cobo Romero y Candelaria Fuentes Navarro

CAPÍTULO 12

EL MOVIMIENTO VECINAL Y LA REIVINDICACIÓN DE POLÍTICAS

SOCIALES EN LA TRANSICIÓN 353

Mónica Fernández Amador y Rafael Quirosa-Cheyrouze y Muñoz

SOBRE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES 381



CAPÍTULO 6
MÉDICOS Y PACIENTES RURALES EN EL TARDOFRANQUISMO
Y LA TRANSICIÓN. ENTRE LOS INTERESES
CORPORATIVOS Y EL EMPODERAMIENTO SOCIAL¹

Manuel Ortiz Heras
Universidad de Castilla-La Mancha
Seminario de Estudios del Franquismo y la Transición

Este trabajo abunda en una enriquecedora línea de investigación que nuestro grupo mantiene y del que aquí planteamos algunas hipótesis que procuran indagar en la situación de la sanidad en el medio rural, tanto desde la perspectiva del paciente como la del médico, precisamente en un momento en el que se produjo un intenso debate sobre el nuevo modelo sanitario a construir en el país. El sector padecía una importante crisis que venía a coincidir con el final de la edad de oro de los estados de bienestar en Europa². Se empezaba a generalizar un ideario de socialización de la medicina que podía poner en peligro el clásico perfil del médico liberal ya periclitado³. Por lo demás, se trata de un viejo debate que ha llegado hasta nuestros días sin aparente solución, aunque con visibilidad intermitente⁴.

¹ Investigación del proyecto *Ciudadanía social y construcción del Estado del bienestar. La España meridional, 1963-1986* (HAR2017-83744-C3-1-P) del MICINN-AEI.

² Manuel ORTIZ HERAS: “Políticas sociales en la España rural desde el tardofranquismo a la Transición: la sociedad en tiempos de mudanza y protesta”, en Rafael QUIROSA-CHEYROUZE Y MUÑOZ y Emilia MARTOS CONTRERAS (eds.): *La Transición desde otra perspectiva. Democratización y mundo rural*, Madrid, Sílex, 2019, pp. 121-147.

³ Henri HATZFELD: *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel, 1965.

⁴ La consulta de algunas publicaciones periódicas será un recurso destacado de nuestro trabajo. Un estupendo anticipo de este malestar y preocupación creciente en el sector se puede comprobar en el monográfico de *Cuadernos para el Diálogo* de mayo de 1970 titulado “La crisis de la medicina en España”, con aportaciones muy interesantes de Jacinto CANDELAS y Donato FUEJO: “La crisis de la medicina liberal”, pp. 8-11,

El tema sigue generando todavía poco interés entre los científicos sociales, especialmente entre los historiadores, a pesar de constatar que “la asistencia sanitaria en el medio rural fue un problema durante todo el franquismo”⁵. Las reformas legales implementadas al socaire del desarrollismo no terminaron de paliar esos déficits estructurales o, en todo caso, añadieron algunos, como consecuencia de la emigración y de las pírricas inversiones que el Estado aplicó en los pueblos a lo largo de los años sesenta y setenta como, por ejemplo, se puede demostrar si analizamos los tres planes de desarrollo que se activaron desde 1964 hasta 1975, ya que su objetivo prioritario fue el crecimiento económico, relegando el bienestar social para una etapa posterior, siendo especialmente paupérrima la actuación en el sector que aquí analizaremos⁶. Eso chocaba frontalmente con la propaganda del régimen, aunque no era un asunto desconocido por parte de los economistas y tecnócratas que diseñaron dichos planes, sabedores a la perfección que el gasto social público en España era muy inferior al de otros países europeos, con las consecuencias nefastas que esto acarrearía para los más necesitados, porque los planes no incluían partidas de gasto social ni llegaron a contemplar la redistribución de la riqueza⁷. La creciente tendencia por consolidar una perspectiva social del tardofranquismo y la transición, sin embargo, ha dejado en penumbra esta parcela hasta el punto de poder suscribir la idea de

o de José AUMENTE: “Razones para una socialización de la medicina”, pp. 83-87. Aunque se ha intentado vincular exclusivamente esta revista con el Partido Socialista Obrero Español su línea editorial reflejó a toda la oposición. Véase Javier MUÑOZ SORO: *Cuadernos para el Diálogo (1963-1976). Una historia cultural del segundo franquismo*, Madrid, Marcial Pons, 2006, p. 348.

⁵ Josep M. COMELLES, Enrique PERDIGUERO-GIL, Eduardo BUENO VERGARA y Josep BARCELÓ PRATS: “Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979)”, en José MARTÍNEZ-PÉREZ y Enrique PERDIGUERO-GIL (eds.): *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Madrid, La Catarata, 2020, pp. 63-124.

⁶ Rosa ALSINA OLIVA: “Estrategia de desarrollo en España 1964-1975: planes y realidad”, en *Cuadernos de Economía*, 15 (1987), pp. 337-370.

⁷ Antonio CAZORLA SÁNCHEZ: *Franco. Biografía del mito*, Madrid, Alianza, 2014, p. 283. M. Delfina GALLEGO: “Las necesidades sanitarias en España. Del sin texto teórico al contexto real”, *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 107-109.

que “hoy en día el conocimiento de tal problemática no ha mejorado significativamente”⁸.

El franquismo nunca abandonó su estrategia de ampliar el apoyo social de los españoles a través de la propaganda y el control de la población, con especial dedicación a la España rural. Para ello, el discurso y las prácticas del partido único fueron fundamentales y evolucionaron con el paso del tiempo hasta alcanzar una cierta legitimidad de ejercicio con el desigual y mal repartido crecimiento de la riqueza en los años sesenta. El resultado de esta adaptación a los cambios sociales supuso un relativo aumento del consenso social que indudablemente el régimen cosechó y mantuvo hasta el final de su existencia. En realidad, la banalización de la dictadura, incluso su valoración positiva en algunas parcelas guarda estrecha relación con determinados tópicos y mitos referidos a los supuestos avances que se podrían haber llevado a cabo en términos de estrategias sociales⁹.

A comienzos de los años setenta se decía que “la sanidad constituye hoy una prioridad social y política”, después de muchos años de postergación de las preocupaciones de índole social. El debate, por tanto, no surgió a partir de 1976. Aunque los primeros escarceos democráticos lo impulsaron, al inicio de aquella década ya se estaban confrontando propuestas entre un modelo liberal-conservador muy sensible a la privatización y otro más socializante. A caballo, se intentaron difíciles equidistancias en cuanto al papel que el Estado debía desempeñar en su gestión, que tendrían continuidad en la transición¹⁰. Las transformaciones sociales experimentados por nuestro país contribuyeron a un importante cambio en la percepción de la sociedad civil sobre sus derechos más básicos. Esto no significaba que todos los ciudadanos del país lo hubieran asimilado así, pero no cabe

⁸ Josep M. COMELLES, Enrique PERDIGUERO-GIL, Eduardo BUENO VERGARA y Josep BARCELÓ PRATS: “Por caminos y veredas...”, p. 64.

⁹ <https://laverdadofende.blog/2013/04/14/los-logros-sociales-del-franquismo/> A modo de ejemplo, valga esta información disponible en internet que desde luego no es la única de este sesgo.

¹⁰ Margarita VILAR RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: “El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición política a la ley general de sanidad (1975-1986)”, *Historia y Política*, 39 (2018), pp. 261-290.

duda de que era una tendencia al alza¹¹. Algunos expertos lo señalaban así cuando afirmaban que “ciertos sectores de la población no se consideran como portadores de derechos legítimos completos...”, entre los que se apuntaba con ahínco a parte de la población rural¹².

Es obvio que al igual que no podemos ignorar las enormes diferencias que existían en el país entre unas zonas rurales y otras, en función de su riqueza, de su estructura de la propiedad, o de sus infraestructuras, también tenemos que admitir la enorme distancia que podía darse entre las diferentes personas que vivían en estos municipios. Campesinos, labradores, pequeños o medianos propietarios, arrendatarios, agricultores, trabajadores por cuenta propia o ajena son algunas de las expresiones que sirven para definir diferentes vinculaciones con el agro. Así, a lo largo de los años setenta, a medida que se intensificó el reformismo en el sector con el fin de tratar de acallar el creciente malestar y la ineficiencia del sistema, iremos viendo aumentar, por ejemplo, las quejas contra el pago de la cuota empresarial agraria que se adoptó en 1977, y sobre la que volveremos después¹³.

En este sentido, tampoco se puede ocultar la dificultad de definir con precisión qué es la medicina rural ya que también aquí es fácil de apreciar diferencias más que notables:

La medicina rural es la ejercida en un ambiente especial, caracterizado en su conjunto por una distinta forma de vivir y de

¹¹ La Asamblea General del Campo de julio de 1976, organizada por la Hermandad Nacional de Labradores y Ganaderos, recogía en sus conclusiones cinco puntos en el ámbito de la llamada “sociología rural”. Además de denunciar que el 80% de las viviendas rurales eran anteriores a 1942 o que el 60% carecían de agua corriente y el 75% de los mínimos servicios sanitarios, o que el acceso a la enseñanza en todos los grados era mucho menor en las zonas rurales, también se destacaba que “un buen número de pueblos de zonas rurales carecen de médicos” y que “el trabajador agrícola percibe únicamente el 51% de lo que perciben los trabajadores de la industria y servicios”, y “además tiene peor Seguridad Social y no tienen Seguro de Paro”. Véase “Justicia para el campo”, *Agricultura, Revista Agropecuaria*, 531 (julio 1976), p. 617.

¹² Jesús M. DE MIGUEL: “Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica”, *Papers: Revista de Sociología*, 10 (1979), pp. 115-145, cita en p. 64.

¹³ “Lérida: firme oposición al pago de la Seguridad Social Agraria”, *La Vanguardia*, 20 de diciembre de 1977. Contaban con representantes de agricultores catalanes, gallegos y valencianos y se habían adherido agricultores de Burgos, Jaén, Sevilla y Granada.

reaccionar de la población y del propio médico, y modelado por la reunión de algunos de los factores siguientes: bajo nivel socioeconómico y cultural, geografía y climatología adversas, pequeñez y diseminación de los núcleos de población, medios de comunicación deficientes, lejanía de ciudades importantes, y servicios sanitarios muy simples, reducido muchas veces a la existencia de un solo profesional sanitario¹⁴.

Entre la propia clase política costó mucho asumir con plenitud el derecho de los españoles a la salud después de una dictadura en la que sus competencias anduvieron repartidas entre varios ministerios y direcciones generales, resultando, de manera cuando menos sorprendente, que una de las figuras competentes en la materia más destacadas hubiera sido el ministro de la Gobernación¹⁵. De aquí la importancia de reducir el objetivo del estudio a un periodo crucial de los años setenta en el que tendría lugar ese intenso y, a veces, contradictorio debate sobre el futuro sanitario del país, base del actual sistema que tantas veces hemos ponderado como uno de los mejores posibles.

No bastaba con las buenas intenciones, la retórica defensa del campesinado y las continuas reformas que confirman lo endeble de las políticas de previsión social rural durante la dictadura –1944, 1959, 1966, 1971, 1975–. Se había creado un complejo sistema que procuraba contentar a los grupos con mayor capacidad de presión, médicos y farmacéuticos, y poner parches en las lastimosas familias que apenas disfrutaban en los pueblos de servicios, porque las leyes no los habían amparado, en la práctica los excluían implícita o explícitamente, las cotizaciones habían sido escasas o víctimas del fraude. Además, y relacionado con la mala planificación, la supuesta política asistencial franquista fue errática, improvisada, ineficaz y basada en cálculos que nunca se cumplieron. En definitiva, ocurría aquí como en otras parcelas de la dictadura, que el sistema llegó a duras penas a

¹⁴ Andrés GARCÍA ALONSO: “Asistencia sanitaria para el medio rural”, *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 169-173, cita en p. 169.

¹⁵ “La herencia sanitaria” y “Reforma de la sanidad española”, *El País*, 26 de septiembre de 1979 y 20 de octubre de 1978 respectivamente.

los años setenta agotado y sin ningún tipo de viabilidad ni margen de maniobra. No se podía reformar algo que ofrecía este panorama de déficit, dispersión y caos¹⁶. Sin embargo, desde el propio gobierno y los demás actores principales implicados solo se hablaba de la creación de un nuevo sistema sanitario, aunque las discrepancias giraban sobre el nivel de continuidad o ruptura que debía darse con lo realizado hasta entonces, lo que podría traducirse no solo en falta de eficacia para resolver los múltiples problemas existentes, sino que “resultaría altamente frustrante y justificaría el más absoluto pesimismo sobre el futuro de nuestra medicina”¹⁷.

De cara a comprender mejor del proceso de transformación que se vivirá en el tardofranquismo y la transición, hay que poner el foco en lo que supuso para la construcción de una ciudadanía activa, empoderada, un progresivo e indiscutible proceso de concienciación de sus derechos. En la generalizada escasez de recursos de muchos campesinos y agricultores no siempre había espacio para dedicar sus preocupaciones a cuestiones sanitarias¹⁸. Oso Cantero lo explicaba con sencillez al señalar que el usuario “quiere tan solo (que) su cuerpo, si cae enfermo, reciba el mismo trato que el de quienes poseen más amplios recursos económicos; iguales medicamentos, iguales procedimientos exploratorios, mejores hospitales que los que le esperan, compensación por accidentes de trabajo, seguros diversos”¹⁹. Es decir, nos encontramos ante un claro cambio de mentalidad que supone asumir el derecho a la asistencia y entender al médico como el responsable de prestar su deber de la asistencia, lo que también redundó en un lógico cambio en la relación entre paciente y doctor.

A través de los testimonios de los médicos, más preocupados por sus teóricas estrecheces económicas, resulta también fácil hacerse a la idea de la dura realidad de los pacientes del campo. En el fondo

¹⁶ José Manuel RIBERA: “La reforma sanitaria oficial”, *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 163-166.

¹⁷ *Ibidem*: “Las estructuras sanitarias son centralistas, arcaicas y están dispersas”, *El País*, 16 de junio de 1976.

¹⁸ Jose María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural*, Salamanca, 1966. “Salvo los del SOE –pocos todavía– y los de la Mutua Agraria –escasos también–, la gente de por aquí, quizá debido a su pobreza, es muy reacia a avisar al médico”, p. 223.

¹⁹ Ángel OSO CANTERO: “La medicina privada como conflicto ideológico”, en *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 44-46.

se trataba de una simple economía de esfuerzos y de nuevos marcos de oportunidad, porque era más asequible manifestar su rechazo al médico que a un sistema complejo que no entendían y que no tenía un claro responsable, dentro del alambicado organigrama del sector²⁰.

Gana unas cien mil pesetas al año y lo peor de todo para él es el cobro de las igualas y el enfrentamiento con el público cada vez que tiene que subirlas. Sabe mejor que nadie las modestísimas condiciones de vida en que se desenvuelve la gente, pero esa relativa estrechez no justifica la violenta oposición que desencadena cualquier reajuste en el precio de las igualas. Les duele incomprensiblemente una peseta más para el médico y, sin embargo, aceptan con absoluta pasividad el desacompasado encarecimiento de los demás servicios y mercancías²¹.

Por lo demás, la problemática del medio rural en la España de la transición era tan intensa y diversa que entre las prioridades que se tenían no ocupaba un lugar destacado el futuro sistema de Seguridad Social, a pesar de las constantes muestras de malestar que se pueden detectar en los diferentes medios de comunicación de estos años²². Por ejemplo, en el programa agrario socialista dedicado a

²⁰ Federico MAYOR DOMINGO (ed.): *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1977. Conocido también como *libro rosa* de la Seguridad Social en él se plateaban una serie de entrevistas que llegaban a la conclusión de que el trato personal de los médicos, según los pacientes del medio rural, era malo para un tercio de los consultados y uno de cada cuatro afirmaba que el trato sanitario que recibía de dichos profesionales era también malo.

²¹ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...* p. 110. Si bien este libro se publicó en 1965, creemos que las declaraciones que recoge son totalmente extrapolables a los años posteriores, con la ley de S.S. ya en vigor. Otras fuentes recomendables son el Boletín Informativo del Colegio de Médicos de España, especialmente en el periodo 1967-1976 y el trabajo de Roberto FERNÁNDEZ ALVAREZ: *Enfermos pobres, médicos tristes. Historia crítica da medicina rural en tierras esquecidas*, Santiago de Compostela, Orco Editora, 2017.

²² José Manuel RIBERA: “La reforma sanitaria oficial...”. “Destaquemos también la escasa repercusión que a nivel informativo y de opinión ha tenido la puesta en marcha de la reforma en los medios generales de información (...). Parece como si la gran mayoría del país desconociese o le trajera sin cuidado cómo se planifica su salud para el futuro. La participación de lo que pudiéramos llamar ‘la base’ en la reforma va a ser absolutamente simbólica, por no decir inexistente”. En todo caso, el autor también

los obreros agrícolas, la principal preocupación se centraba en el paro estacional, los salarios y el acceso a la tierra. Si nos atenemos al ámbito de los pequeños agricultores y ganaderos su principal actuación era el mantenimiento de las rentas frente a los cada vez mayores costes de producción y comercialización²³. Eso sí, el objetivo final de las reclamaciones pretendía la equiparación de los niveles de vida de los trabajadores agrarios a los del resto de sectores económicos, lo que pasaba por la reclamación de un “sistema de seguridad social igualada al resto de ciudadanos y que afectara no solo a los asalariados fijos sino también a los eventuales”²⁴.

EL DEBATE SOBRE EL MODELO SANITARIO ESPAÑOL: LA CONTINUIDAD DEL REFORMISMO

La crisis del franquismo acompañó al comienzo de un debate cada vez más compartido que ponía en solfa el funcionamiento del sistema sanitario español público y privado. Siguiendo la publicación de *Cuadernos para el Diálogo* (mayo 1970), la sanidad se podía calificar como “un sistema mutualista, que tiene que ser sustituido por una auténtica socialización”, todo ello en un contexto en el que “la medicina sufre hoy una radical crisis”. En ese monográfico se apostaba por la planificación de la sanidad española ya que “existen alrededor de ochenta organismos, encuadrados en quince Ministerios diferentes, encargados de llevar a cabo la sanidad del país”, y continuaba con la defensa de un modelo según el cual “la planificación de la salud supone la coordinación de todas las actividades sanitarias en un órgano común, que ha de ser el Ministerio de Sanidad”. Esa crisis de la medicina en España dio lugar a notables movilizaciones en el sector que también formaron parte activa del movimientismo prodemocrático que se empezó a crear a finales de los años sesenta. Sin

ponía el énfasis en “los múltiples intereses de todo tipo que van a dificultar extraordinariamente cualquier cambio”, p. 166.

²³ Antonio HERRERA GONZÁLEZ DE MOLINA: *La construcción de la democracia en el campo (1975-1988). El sindicalismo agrario socialista en la Transición española*, Madrid, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2007, p. 158.

²⁴ *El Socialista*, 15 de enero de 1977.

embargo, lo que vamos a tratar de mostrar aquí es que predominaron entre los profesionales de la sanidad sus reivindicaciones corporativas y económicas que, fundamentalmente, los llevarían a constituir un importante *lobby* que sabría jugar sus bazas en las sucesivas reformas sanitarias que se implementaron desde 1976 y hasta la aprobación de la ley Lluich de 1986. Obviamente esto no viene a suponer una enmienda a la totalidad que niegue las múltiples virtudes de las reformas que, sobre todo, se llevaron a cabo a partir de 1982 en favor de la puesta en marcha de un sistema verdaderamente universal y gratuito. Un sistema que terminó por simplificar el número de entidades gestoras, que admitió la participación de sindicatos, patronal y Estado para devolverle competencias asumidas indebidamente y de manera caótica por la propia Seguridad Social desde 1967. Con todo, y a pesar de la creación de la Caja única de la Seguridad Social, en 1980, el Estado nunca llegaría a ser el aportador mayoritario de su financiación como se reclamó desde la izquierda política y social de la transición, ya que apenas contribuía, todavía en 1980, con el 25% del total de sus recursos.

En los albores de la transición fueron muchos los conflictos, paros, huelgas, asambleas, etc., que se llevaron a cabo reclamando con urgencia una reforma del sistema²⁵. Más arriba hemos citado el monográfico de *Cuadernos para el Dialogo* de 1970 en el que desde diferentes tribunas se abogaba, como *leitmotiv*, por una medicina socializada, gestionada democrática y eficazmente. Cinco años después, la misma publicación emprendió una revisión de la cuestión en la que se podía leer:

Estos cinco años de evolución en la sanidad española no solo han seguido el lento y atascado curso general de otros problemas nacionales sino que han acentuado una insuficiencia ya entonces grave y han proclamado a través de conflictos abiertos (la falta de instalaciones, los despilfarros de la Seguridad Social, las protestas de los MIR y los profesionales sanitarios no médicos, la falta de

²⁵ Alberto INFANTE CAMPOS: "Luchas y conflictos sanitarios", *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 127-130. Da cuenta de 34 conflictos, de diferente naturaleza, en el sector entre los años 1971 y 1974.

inspección y control sobre productos alimentarios, la desordenación farmacéutica, el abandono más flagrante del medio rural (...) la urgencia de una transformación global de la sanidad española²⁶.

Lógicamente, no podemos aislar los movimientos sociales que incluyeron entre sus reivindicaciones la reforma de la sanidad pública de otras acciones del movimiento obrero que convergieron con otras clases y capas sociales. La mayor dimensión de estos planteamientos se produjo en el marco de un importante deseo de reforma profunda y radical de la sociedad y del Estado, de una democratización del país que supusiera devolver la capacidad de decisión a la sociedad civil española²⁷. Sólo en ese contexto de agotamiento de la dictadura y de transición política adquiere su verdadera carta de naturaleza este debate que comentamos y que apenas ha tenido visibilidad en el amplio contexto de asuntos de Estado que se colocaron en la agenda política del momento. El propio régimen participaba de esa idea de reforma necesaria de la Seguridad Social con el objetivo de redistribuir la renta nacional y de equiparar las coberturas de las diferentes actividades económicas, porque solo así “dejaría de ser instrumento conservador y antiunificador” que mantenía las desigualdades entre los diversos sectores económicos con los regímenes especiales²⁸.

No obstante, no está claro que la cobertura sanitaria se posicionara como una de las principales demandas de la población española de los años de gobierno de la UCD, salvo que solo nos atengamos a lo que se publicaba en la prensa y lo que se debatía en el Congreso de los Diputados²⁹. Otra cosa, bien diferente, se podría desprender de las agendas sociales, de los movimientos y colectivos sociales que no estuvieran directamente implicados en la sanidad como eran los

²⁶ “El derecho a la salud”, *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), cita en la introducción, p. 4.

²⁷ Justo DE LA CUEVA y Margarita AYESTARÁN: “La medicina como coartada y el papel del médico”, *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 140-142.

²⁸ Bernardo María CREMADES: *La encrucijada de la Seguridad Social española*, Madrid, Editorial Magisterio Español, 1975.

²⁹ Margarita VILAR RODRÍGUEZ y Jerónia PONS PONS: “El debate en torno al seguro...”. “La Seguridad Social debe reformarse en profundidad”, *ABC*, 28 de febrero de 1978.

colegios de médicos, los estudiantes de medicina o los MIR. En aquel debate, no obstante, todo parecía depender de una reforma fiscal que a todas luces se antojaba imprescindible a derecha e izquierda del horizonte político en un escenario de crisis económica que formó parte de todo el decorado de la Transición y que lastró los recursos del Estado para acometer un mayor esfuerzo en las necesitadas políticas sociales ampliamente demandadas por la sociedad civil. En esa línea, las iras y ataques, sobre todo de la oposición mantenida por los partidos de la izquierda parlamentaria, se cebaban en el Instituto Nacional de Previsión, como principal responsable de una sanidad cada vez más impopular, sobre todo en lo relativo a la asistencia primaria. En definitiva, durante aquellos seis primeros años de la joven democracia española lo que parece fácilmente constatable es la ausencia de la sanidad entre los asuntos que pudieran estar tocados por el talismán del consenso³⁰. Más bien, la crispación política entre UCD y PSOE fue creciendo y alejándose cada vez más la posibilidad de un acuerdo —al margen de los indudables avances que representaron los acuerdos de la Moncloa, la aprobación del decreto Ley 36/1978 o de la propia constitución en su artículo número 43—, a lo que desde luego contribuyó inexorablemente la inestabilidad institucional, con cuatro ministros de sanidad diferentes en apenas cuatro años, y el penoso incidente de la crisis provocada por el aceite de colza, durante el año 1981, que acabó por poner contra las cuerdas al cada vez más deficiente sistema sanitario español³¹.

En aquella España, en concreto para la medicina, se podrían dividir en dos grandes grupos su actividad: para ricos y para pobres. Muchos de aquellos profesionales empezaban a abogar por “descosificar” el acto médico, es decir, evitar el pago por trabajo realizado y apostaban más por el trabajo en equipo. Todo ello, bajo la vitola de que la salud no era una cuestión privada sino pública. A partir de aquí, fue cobrando fuerza, entre los médicos, pero sobre todo entre

³⁰ Manuel ORTIZ HERAS: “Nuevos y viejos discursos de la Transición. La nostalgia del consenso”, *Historia Contemporánea*, 44 (2012-1), pp. 337-367. “El Consejo General de médicos prepara una réplica a la Reforma Sanitaria”, *El País*, 22 de julio de 1979.

³¹ “Colza, historia de un envenenamiento”, *El País*, 19 de mayo de 2016.

los ciudadanos, la reivindicación de una sanidad universal y gratuita sin distinción de clases sociales.

En este escenario, ganó fuerza el diagnóstico que se hacía de lo realizado hasta el momento. El SOE, Seguro Obligatorio de Enfermedad, esa mitificada iniciativa franquista de posguerra, concretamente implementada desde 1944, amparada en la filosofía revolucionaria de la Falange y construida sobre algunos antecedentes pretéritos, salía mejor parada de lo previsible, tanto entre los médicos como entre sus usuarios, porque, desde la más absoluta precariedad, había contribuido a mejorar la calidad asistencial de los españoles aumentando las prestaciones de una medicina liberal, cada vez más obsoleta, que perpetuaba las extremas diferencias sociales. Lo cierto es que el SOE tardó prácticamente tres lustros en demostrar una cierta eficacia que, además, dejaba al margen al campo español. De hecho, en 1960 solo atendía al 40% de la población³². Algunos sectores de la profesión médica, desde luego, sí aplaudieron de manera entusiasta su puesta en marcha como “símbolo de la redención de su economía”, con lo que valoraron muy positivamente los esfuerzos del ministro Girón por plasmar las vindicaciones de los doctores dentro de las competencias de su ministerio, aunque también muchos dejaron oír su malestar ante el SOE, nunca de manera explícita un abierto rechazo, aunque poco a poco fueron comprobando sus beneficios particulares a pesar de que acarrearía, también, una cierta pérdida de status social, que no siempre se ajustaba a la realidad porque en la práctica los médicos siguieron manteniendo un importante prestigio y consideración por parte de las gentes del rural³³. Y es que el sistema fue creado sin contar

³² Margarita VILAR RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*, Universidad de Zaragoza, PUZ, 2014, p. 127.

³³ Maria Gloria REDONDO RINCÓN: *El Seguro Obligatorio de Enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*, Madrid, Universidad Complutense, 2013 (tesis doctoral). Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, “Él, por su parte, procura mantener una cierta distancia con la gente a fin de conservar el prestigio y el respeto. Esto no quiere decir que uno sea despegado y orgulloso, ni mucho menos, sino que quiere conservar su independencia. Yo hago la vida en casa, paseo por el campo, etc., pero no frecuento el casino ni el café, ni formo parte de tertulia o grupito alguno”, p. 204. Federico MAYOR DOMINGO (dir.): *La asistencia sanitaria en las zonas rurales*, Madrid, Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria, 1979, p. 221 y siguientes.

con la población y de espaldas a los propios médicos. En la práctica los médicos, como grupo de poder, en realidad no llegaron a ostentar una situación relevante en la toma de decisiones sobre su materia y apenas representaron un elemento de presión. De hecho, tampoco se produjo un proceso real de planificación y coordinación sanitaria, a pesar de los mencionados planes de desarrollo. Además, el régimen, en realidad, apostó más por un modelo sanitario suigéneris, mezcla del viejo modelo liberal y de una particular socialización falangista con el SOE que sería, en la transición, continuista con intereses gremiales y respetuoso con un sector privado que fue copando sectores importantes de un cada vez más lucrativo negocio. En todo caso, los dirigentes del partido único nunca llegaron a socializar sus servicios a pesar de su demagogia y abundante retórica³⁴.

No todas las críticas se expresaban en el mismo sentido. De hecho, a veces hasta reconocían algunos progresos que daban pie a esgrimir perjuicios profesionales al margen de los económicos: “La actual organización de la Sanidad rural por medio del SOE, si bien ha venido a redimir sanitariamente –y esto hay que reconocerlo abiertamente– a grandes núcleos de población, ha despertado una sobrevaloración de los derechos del paciente en perjuicio de los mínimos del médico, quien, en realidad, ya no tiene otra cosa sino deberes”³⁵. Los cambios políticos que se produjeron, de manera acelerada, después de las primeras elecciones generales, abrieron un auténtico abanico de posibilidades que dibujaba, cada vez más, diferencias estructurales que añadían dificultad a los problemas del medio rural. Nos referimos, por ejemplo, al grado de conciencia política y a la propia cultura política de cada una de nuestras regiones. La democratización y la consiguiente descentralización permitió que se implementaran medidas paliativas en unas zonas más que en otras, ya que los propios representantes públicos se interesaron

³⁴ Jesús M. DE MIGUEL: “Siete tesis erróneas...”. En su trabajo llega a sostener que la principal consecuencia del modelo falangista impuesto en España sobre la sanidad dio lugar a que, a su final, la mayoría de la población considerara al Estado como responsable de la salud de la población (“es decir, un sistema público, gratuito, y accesible a toda la población”), p. 67.

³⁵ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...* p. 52.

por la cuestión y plantearon soluciones que animaron a los mismos campesinos a secundarlos y hacer valer sus propuestas³⁶.

En los primeros años setenta proliferaron las publicaciones y debates sobre las posibilidades del sector sanitario, acosado por diferentes movimientos sociales que denunciaban su mal funcionamiento y la creación de importantes desigualdades entre unos regímenes especiales y otros e, incluso, entre unas regiones y otras. Algunos expertos llegaban a definir la situación como de “gradual privatización del sector público”, particularmente desde 1971, por la reducción de inversiones y por el aprovechamiento privado de los recursos públicos, algo que, además, se relacionaba con un dudoso funcionamiento de la propia Seguridad Social a la que se llegaba a tildar de corrupta. Se relacionaba este proceso con la irrupción de las críticas que se habían empezado a formular desde sectores políticos de izquierda. Sin embargo, se daba también a entender el escaso recorrido de dichas acusaciones porque desde las posturas más progresistas no se habría llegado a plantear una auténtica separación del sector privado y el público puesto que formaban parte del mismo modelo capitalista, lo que apenas dejaba margen para introducir “en el mejor de los casos, cambios semánticos y no estructurales”³⁷.

Para algunos representantes sindicales el desarrollo cultural sanitario que ofrecían las zonas rurales era, aún en 1979, insuficiente por el notable atraso que ofrecía la sanidad ya que al médico rural se le había dejado aislado, “sin la menor instrumentación técnica y sin el calor humano que antes tenía”³⁸. Como soluciones se proponía su integración dentro de un engranaje de asistencia sanitaria a través de centros locales, comarcales, con posibilidad de acceso a la vigilancia de los propios enfermos³⁹.

Una de las propuestas que se barajaron con más consistencia fue la centralización de competencias en un Ministerio de Sanidad, algo en lo que parecían coincidir a priori representantes de todas las

³⁶ “Sobre los déficits de la medicina rural”, *La Vanguardia*, 20 de junio de 1978.

³⁷ Jose María DE MIGUEL: “Siete tesis erróneas...”, p. 65.

³⁸ Manuel ORTIZ HERAS: “Políticas sociales en la España rural...”, p. 143.

³⁹ “Opinan los médicos”, *Actualidad Agraria*, 9 de diciembre de 1979.

formaciones políticas, tanto en la derecha como en la izquierda⁴⁰. Sin embargo, su creación en 1978 por parte de los gobiernos de la UCD no resolvió los problemas y, por el contrario, creó más conflictos entre los profesionales, elevó el coste de la asistencia, llegando a ser todavía su funcionamiento más centralista y autoritario. En ocasiones también se llegó a negar la supuesta dispersión del sector ya que se criticaba un poder sanitario concentrado que no estaría controlado. Un poder que, supuestamente, no rendía cuentas⁴¹.

Otra de las cuestiones que formaban parte de la polémica tenía que ver con el supuesto incremento del Estado en la financiación de la Seguridad Social a través de los presupuestos Generales⁴². Sin embargo, esto tampoco habría dado buenos resultados porque el constante incremento del gasto dio lugar a más consumo de medicamentos –más recetas– más intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones⁴³. En resumen, los principales beneficiarios no fueron los usuarios del servicio sino los intereses privados que gravitaban en hospitales, industria farmacéutica o equipamientos⁴⁴. La crisis económica de 1973 y los enormes problemas por los que atravesó el país ocultaron en cierta medida esa amplia sensación de malestar o mal funcionamiento del sistema. Percepción que se relaciona también con otra de las ideas fuerza del momento: la distribución regional de los recursos para descentralizar y reducir los enormes desequilibrios que había entre unas zonas y otras. Indudablemente, se abrieron nuevos centros de salud y hospitales, pero, con el transcurso de los

⁴⁰ “El difícil e inaplazable camino de la Reforma Sanitaria”, *El País*, 15 de septiembre de 1978. “El hipotético Ministerio de Sanidad”, *Triunfo*, 28 de agosto de 1976.

⁴¹ “Enfrentamiento UCD-PSOE sobre la reforma sanitaria”, *El País*, 15 de febrero 1980. Véase Justo DE LA CUEVA y Margarita AYESTARÁN: “La medicina como coartada...”, p. 140.

⁴² “Hacia la separación de Sanidad y Seguridad Social según el ministro”, *La Vanguardia*, 29 de noviembre de 1978. También, “Los hospitales en España y la Seguridad Social”, *El País*, 16 de agosto de 1977.

⁴³ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, “Los enfermos tienen la obsesión de que se les recete a toda costa”, pp. 33 y 162.

⁴⁴ “La reforma sanitaria propuesta por UCD es poco viable, según una encuesta entre médicos”, *El País*, 17 de abril 1981; “Las incompatibilidades no afectarán a la mayoría de los médicos pluriempleados”, *El País*, 31 de marzo de 1982.

años, se ha perpetuado o cronificado esta realidad de comunidades con mejores servicios que otras⁴⁵.

Otro de los grandes temas del debate tenía que ver con el número de médicos y de camas hospitalarias en el país. Se trataba más de organizar con criterios racionales su distribución y de admitir la redefinición de un nuevo profesional de la medicina que no priorizara un *status* diferencial con respecto a la sociedad en la que vivía⁴⁶. Una importante novedad fue la descentralización que imponía el mapa autonómico que, concretamente en esta partida, vería a muy corto plazo el reparto de competencias hacia las nuevas instituciones regionales.

LAS REIVINDICACIONES DE LOS MÉDICOS RURALES

Entre las constantes quejas de los médicos españoles, a partir de 1966 especialmente a raíz de la puesta en marcha del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, que se desarrolló en permanente situación de quiebra económica, apenas podemos encontrar denuncias de naturaleza política que pusiera en cuestión a la dictadura a pesar de sus erráticas políticas sociales en pleno desarrollismo⁴⁷. Daba la impresión de que los problemas de los médicos se pudieran resolver sin atender otro tipo de cuestiones que permitieran revisar el modelo de financiación, sus propios planes de formación y cualificación, la democratización de las instituciones o

⁴⁵ “Realización de un mapa sanitario del territorio español”, *La Vanguardia*, 3 de diciembre de 1974. “Falta de coordinación sanitaria”, *El País*, 22 de septiembre de 1978. “La crisis de la medicina rural, reflejada en la subcomarca. Faltan médicos, practicantes, comadronas, dispensarios y ambulancias”, *El País*, 5 de febrero de 1981. Para un tratamiento más detenido de la cuestión véase Josep BARCELÓ-PRATS, Josep M. COMELLES y Enrique PERDIGUERO GIL: “Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978)”, en María Isabel PORRAS, Lourdes MARINO y María Victoria CABALLERO (coords.): *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, Madrid, La Catarata, 2019, pp. 146-167.

⁴⁶ “El médico no es un funcionario”, *El País*, 4 de abril de 1982.

⁴⁷ En 1972 el déficit del REASS fue del 76% de los gastos, en 1977 casi llegó al 81% y al 83% en 1980. En 1980 el 65% del gasto era en pensiones y el 25% en sanidad, por lo que eran los trabajadores no agrarios del régimen general quienes realmente financiaron la asistencia sanitaria de los agricultores-propietarios.

la racionalización de las instituciones competentes⁴⁸. Así, no faltaban en el gremio elogios constantes a la excelencia de la medicina rural española:

exceptuando quizá Francia, no hay ninguna nación en Europa donde la cultura médica y humanista, la conciencia profesional, el sentido del deber, la magnanimidad, la caridad y el desprendimiento del médico rural pueda compararse a la del español, el cual ejerce en este país verdadero sacerdocio desde hace más de cien años. Uno que no tiene horarios, no distingue el día de la noche, la riqueza de la pobreza, la comodidad de la incomodidad, la fatiga del descanso y ha contribuido quizá como nadie a la lucha no solo contra la enfermedad, sino contra la superstición y la ignorancia, esas dos terribles plagas nacionales⁴⁹.

En todo caso, la postura del gremio, o al menos la mayoritaria, sirvió para legitimar las políticas del régimen frente a una población que no terminaba de aprender y asumir sus derechos y de adoptar posturas más reivindicativas, aceptando la enfermedad y su desigualdad como algo insoluble que no dependía del poder político y sí más de sus propias acciones individuales para salir del subdesarrollo.

Contamos con un buen número de testimonios de médicos que denunciaban las terribles condiciones con las que tenían que convivir a diario en destinos con problemas para sus viviendas, aislados, sin posibilidades para socializar con personas de un cierto nivel cultural, sin expectativas para sus familias, especialmente para la formación de sus hijos, con anejos muy alejados que se encontraban muy distantes entre sí y con unas comunicaciones harto complicadas. En esas quejas subyace, también de forma preponderante, una postura

⁴⁸ Margarita VILAR RODRIGUEZ y Jerònia PONS PONS: “La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista”, *Historia Agraria*, 66 (2015), pp. 177-210.

⁴⁹ “El problema de los médicos” (carta abierta al director), *La Vanguardia*, 9 de junio de 1966.

conservadora, cuando no claramente reaccionaria, desde el punto de vista ideológico que condiciona este tipo de planteamientos⁵⁰.

La medicina es una profesión vocacional, pero llevada a los límites de su ejercicio en el agro, adquiere caracteres de auténtico sacerdocio, es decir, de sacrificio y abnegación y renuncia al máximo. El médico rural sabe de antemano que nunca, y por ningún concepto, recibirá la compensación adecuada a sus servicios...ya se sabe lo que le espera: una lucha tenaz por la vida y la salud del prójimo contra la ignorancia, la pobreza, las supersticiones, el caciquismo y su propia debilidad humana y científica; la llamada a media noche; el parto o la lesión en las peores condiciones higiénicas y técnicas; el frío, la lluvia y el sol sobre sus espaldas; el desasosiego y la espera continuos; la soledad, la duda y el desamparo⁵¹.

Pero estas denuncias exponen el subdesarrollo y la ignorancia de los pueblos no para redimirlos ni mejorar sus condiciones de vida, sino para destacar su enorme mérito personal por trabajar en tan penosas circunstancias rodeados de incompreensión y pérdida de status social.

El médico rural sigue siendo un desterrado, un desplazado de su medio social propio. Pero es que, además, en el orden económico —de las compensaciones económicas— ha sufrido tal merma que, de ser el que mejor viviera normalmente en su comunidad, ha pasado a una situación a veces lastimosa, con lo que su prestigio social ha disminuido enormemente⁵².

Desde luego, si en algo coincidían los usuarios rurales del sistema sanitario y los profesionales era en denunciar su situación de marginación,

⁵⁰ Jesús SÁNCHEZ SANTOS: *Historia de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Albacete 1968-1993*, Albacete, 1996. Uno de sus presidentes, Antonio Touza, confesaba que los presidentes precedentes no habían supuesto enfrentamiento alguno de cara al anterior régimen político y preguntado por la situación de la medicina en los años 60 y 70 confesaba que “iba cambiando, estatalizándose, politizándose y burocratizándose. La política ha ido invadiendo poco a poco cada vez más la medicina”, p. 143.

⁵¹ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, p. 22.

⁵² *Ibidem*, p. 24.

si bien lo hacían desde perspectivas bien diferenciadas. En realidad, los médicos demostraron tener más preocupaciones por los perjuicios económicos que podían experimentar con la extensión del SOE a los trabajadores agrícolas y elevaron el tono de sus reproches a comienzos de los años sesenta. De hecho, los Colegios de Médicos se opusieron a dicha posibilidad⁵³. Las cuitas que se pueden reunir dando cuenta de sus múltiples pesares representan un auténtico estribillo que se repite como una letanía en algunas publicaciones que se dedicaron a exponerlas con abundante lujo de detalles.

A excepción del médico humanista, y altruista, que todavía cree en aquella raída idea de que la medicina está al servicio de la humanidad, la mayoría de la profesión médica está preocupada en acrecentar su poder económico y su prestigio tanto científico como social. Es incluso un elemento de estratificación social en aquellas sociedades en las que la práctica pública es más importante que la privada; el caso español es un buen ejemplo de ello⁵⁴.

Resulta complejo dibujar una foto fija del médico rural en los años sesenta y setenta⁵⁵. Sus circunstancias de habitabilidad, el contexto económico, el medio geográfico y otros factores representaban elementos diferenciales que los singularizaban de manera implacable y que hacen prácticamente imposible establecer un perfil que lo defina de manera unívoca, más allá de su proclamada insatisfacción y

⁵³ Josep M. COMELLES, Enrique PERDIGUERO-GIL, Eduardo BUENO VERGARA y Josep BARCELÓ PRATS: "Por caminos y veredas...", p. 99.

⁵⁴ Josep A. RODRIGUEZ: "El poder médico desde la sociología", *REIS*, 14 (1981), pp. 95-112, cita en p. 96.

⁵⁵ Jesús SÁNCHEZ SANTOS: *Historia de la Sociedad de Medicina...*, Alfonso González Reolid, presidente de la SMC de Albacete, señalaba que los años sesenta marcan el comienzo de una transición, "la de primera mitad de siglo, aproximadamente, determinada por una medicina privada y, por lo tanto clasista, en la que predominaba el brillo personal del médico; y una medicina pública u oficial colocada bajo el signo de lo benéfico con sus hospitales, casas de socorro, dispensarios, manicomios y otros centros, que a veces servían de trampolín para que los titulares de estas instituciones aumentaran su prestigio con vistas a proporcionarse una buena clientela particular, que era la meta de todo médico que se estimase en algo", p. 146.

generalizada falta de auténtica vocación⁵⁶. A medida que su número fue aumentando y que el contexto político del país evolucionaba, se fueron abriendo si cabe todavía más diferencias que abundaban en su condición individualista y mayoritariamente conservadora⁵⁷. En todo caso, sí parece que el matiz de profesional rural emparentaba más con el modelo liberal de sanitario que paulatinamente se iba quedando atrás, y que no pocos recordaban con cierta nostalgia de un pasado idolatrado. Por otra parte, si algo contribuía a hacer mayor su aislamiento y pérdida de protagonismo podría haber sido la falta de asociacionismo que caracterizó a una parte de la profesión que se definía más bien por su aislamiento y su heterogeneidad⁵⁸.

El que un médico rural acabe la carrera a los veinticinco años, ejerza toda su vida en un pueblo, y se jubile a los setenta años, sin haber tenido posibilidad alguna en la práctica, debido a una serie de motivos que hasta el momento no se han podido eliminar, de renovar sus conocimientos en un centro sanitario resulta hoy día inconcebible e inadmisibile. Y, sin embargo, es actualmente una realidad que afecta a casi todos los médicos rurales⁵⁹.

⁵⁶ Roberto FERNANDEZ ALVAREZ: *Enfermos pobres...*, p. 17; "Paternalismo, nihilismo, proximidad asimétrica, compromiso con el paciente, manejo de incertezas", eran algunas de sus características, p. 170, y Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia sanitaria...*, p. 240.

⁵⁷ Jose María DE MIGUEL: "Siete tesis erróneas...". "En general, se sigue apoyando un modelo de profesión monopolística, autónoma, y sin control de la mala práctica", p. 77. Un médico aseguraba que "por mi parte, creo que la Seguridad Social debe limitarse exclusivamente a las familias económicamente débiles". Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, p. 172.

⁵⁸ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, "El inconcebible individualismo de una clase que, por añadidura, es una de las más cultas, es la causa principal de todas nuestras desdichas. Mientras no estemos unidos, nadie nos hará caso... Es más, creo que la simple unión de los médicos titulares bastaría para que nuestros problemas tomaran otra trayectoria", p. 219. Jesús SÁNCHEZ SANTOS: *Historia de la Sociedad de Medicina...* Ramón Ferrándiz Flores, presidente de la SMC de Albacete, se refería a la Sección de Medicina Rural que se había creado "para mantener una comunicación mutua entre los médicos rurales que podían aprovechar para hacer sentir su presencia y aspiraciones ante las autoridades sanitarias con más fuerza", p. 156.

⁵⁹ Andrés GARCÍA ALONSO: "Asistencia sanitaria para el medio rural", p. 171.

Sobre la formación específica que debía de cumplir el médico rural en realidad no hemos encontrado una muestra realmente significativa de quejas entre los profesionales en proporción a las habituales invocaciones crematísticas. Así, apenas se referenciaba la necesidad de adaptación del médico rural al entorno, su conveniente formación continuada, mediante internado, obligatorio y remunerado, en hospital durante, por ejemplo, un mes cada tres a cinco años; ciclos anuales sobre temas específicos a nivel de zona; conferencias mensuales sobre temas del momento; reuniones periódicas o revistas adaptadas a información especializada sobre medicina rural⁶⁰. No obstante, algunos sí confesaban que obtenían el título de médico sin saber recetar siquiera. De hecho, terminaban sus estudios sin haber visto un parto real, con tan solo unas leves prácticas a base de ensayar con muñecos. Una vez en el pueblo, de pronto, atendían al enfermo. Solo entonces, tenían que formular el diagnóstico y prescribir el tratamiento en la misma cabecera de la cama. También se echan en falta alusiones a la conveniencia de apostar por su promoción profesional y social. Solo en algunas contadas ocasiones se abogaba por perspectivas profesionales que dieran la posibilidad de ocupar diferentes cargos en la misma subcomarca y en puestos sanitarios de mayor nivel e incluso en puestos de la Seguridad Social. El médico rural debería de haber tenido la esperanza de poder salir de aquellos pueblos en un determinado momento, especialmente en el crucial de los estudios medios y sobre todo superiores de los hijos. Mayores referencias, por el contrario, se pueden encontrar a propósito de la necesaria disposición de una vivienda aceptable y de la posibilidad de permitirse un descanso periódico y una adecuada atención a su familia.

Sí son muy abundantes las quejas de los médicos contra los ayuntamientos en todo lo referente a higiene y escuelas, de tal manera que para muchos la solución pasaba por la construcción de Centros Rurales de Higiene⁶¹. Para algunos expertos el papel social del médico en la España de los años setenta estaba haciendo “explosión e

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 170. “Un reto histórico para la medicina española”, *El País*, 23 de noviembre de 1977.

⁶¹ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, pp. 111-114.

implosión” porque todo lo que rodeaba a la profesión había perdido fuerza, “había ganado confusión y dejado de estar protegido por el mecanismo del control y de la sanción sociales unánimes o casi unánimes”. Entre las razones que se apuntaba para explicar el cambio se mencionaban el volumen y la aceleración del cambio científico y tecnológico; la especialización progresiva, el trabajo en equipo, del generalista al especialista, el reciclaje y la veteranía frente al valor de la innovación; la importancia de los fármacos y, frente a la mirada del médico, su diagnóstico. En definitiva, los fenómenos principales que habrían determinado ese cambio estarían relacionados con la asalarización y proletarianización de los médicos; la aparición del “poder farmacéutico” y la progresiva conciencia del derecho a la salud⁶².

La disgregación de la población y del desarrollo económico dieron lugar a una distribución de los profesionales sanitarios según dos claras líneas, los ejes norte-sur y este-oeste, aunque esto no servía para aclarar, por sí sólo, la abundancia de médicos especialistas en el sur ni la gran escasez en el norte, sobre todo en Galicia. Es verdad que la introducción de otras dos variables como eran la propiedad y la distribución de la tierra harían factible una explicación más completa. Es más, la parcelación de la tierra en el norte, y por tanto la abundancia de pequeños propietarios, hacían de aquella zona un área ideal para el médico general tradicional (médico de familia), pero no la hacían atractiva para el médico especialista. Por último, la existencia del latifundio en el sur, y la presencia de las grandes fortunas familiares atraían al especialista (que se convertía así en el médico para ricos), pero debido a la gran pobreza de la población no resultaba atractivo para el médico generalista⁶³.

Con estos factores en liza, podemos confirmar la existencia de una mala distribución de médicos, igual que la de recursos, en el territorio español, no tanto una falta de profesionales, que afectaba muy especialmente a las provincias con bajo nivel de desarrollo y básicamente rurales, en contraposición a las más ricas y urbanizadas. Esta ineficaz regionalización de médicos se debía a la mala distribución

⁶² Justo DE LA CUEVA y Margarita AYESTARÁN: “La medicina como coartada”, pp. 141-142.

⁶³ Josep A. RODRIGUEZ: “El poder médico...”, p. 108.

de las variables socioeconómicas que redundaría en un deficiente reparto de recursos⁶⁴.

Entre las múltiples querellas que podemos encontrar entre los profesionales del medio rural subrayamos la saturación de los horarios por atender dos consultas diarias, más las visitas a domicilio y las llamadas de urgencia a cualquier hora; la ausencia de descanso y de desconexión, sin posibilidad muchas veces de tomar vacaciones, a cambio de cantidades que, en ocasiones, apenas alcanzaba las 7.000 pesetas al mes, a las cuales habría que restar el importe del transporte para visitar a los pacientes. Algunos llegaban a quejarse de la dificultad de encontrar a pacientes que pagaran, lo que, sumado a la disminución de igualas, debido a la emigración, hacía muy difícil su sostenimiento. A esa falta de estímulos y de perspectivas de mejora se añadían lo que para algunos solo se podía interpretar como “exigencias desmesuradas de los asegurados que intentan en muchos casos imponerse al médico”, lo que entendían como pérdida de respeto producto de la proletarización, o lo que era igual, su condición de representar ahora al “tipo del Seguro” desde la perspectiva más peyorativa posible⁶⁵. Desde diferentes fuentes se ha apuntado, en conclusión, que los médicos rurales estaban en inferioridad de condiciones tanto en su vida personal como en el ejercicio profesional en comparación con los demás⁶⁶.

Según el *Libro Blanco*⁶⁷, a mediados de los años setenta apenas el 13% de los médicos españoles trabajaban en el medio rural y tres cuartas partes lo hacían en lo que se conocía como partidos médicos cerrados, es decir, por debajo de los seis mil habitantes, donde los llamados médicos titulares ejercían la profesión de manera excluyente, monopolizando la zona y a sus pacientes. Una publicación posterior todavía afinaba más la información al concretar en 5.911 los partidos médicos del país, de los cuales el 85% serían cerrados, donde solo ejercía un médico propietario de la plaza del SOE, y el restante 15%

⁶⁴ *Ibidem*, p. 110.

⁶⁵ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, pp. 35, 41, 49 y 63.

⁶⁶ Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia sanitaria...* p. 244.

⁶⁷ MINISTERIO DE TRABAJO: *Libro Blanco de la Seguridad Social*, Madrid, Subsecretaría Seguridad Social, 1977.

abiertos. El 40% de los partidos médicos eran de menos de 1.000 habitantes, el 31% atendían entre 1.000 y 3.000, el 10% entre 3.000 y 5.000, el 7% entre 5.000 y 10.000 y solo el 11,1% superaban los 10.000 habitantes⁶⁸. Estas cinco categorías de ayuntamientos se correspondían con asignaciones económicas diferentes, de mayor a menor, en función de la cantidad de población. Sus emolumentos resultaban de la suma de una cantidad por cartilla de beneficiario y otra cantidad fija por la categoría del pueblo, a lo que se le añadirían las iguales contratadas que podrían ser también satisfechas en especie. A lo largo del año 1974 se implementaron una serie de cantidades adicionales en las cartillas del régimen especial agrario. Asimismo, y de una manera más regulada de lo que venía haciéndose hasta el momento, se añadirían cantidades por los servicios de urgencia, pediatría de zona y de urgencias, matrona y ATS, cuando no había personal específico para desempeñar esos cargos, con lo que se conseguía una compensación, ampliamente demandada, por su precaria situación y falta de incentivos profesionales⁶⁹. Aunque en 1977 la Seguridad Social había incorporado en su ámbito de protección casi a la totalidad de las personas, las iguales se siguieron permitiendo a pesar de que realmente hubieran dejado de ser necesarias. Era, por tanto, una situación que no dejaba de ser irregular y problemática.

A pesar de ello, encontramos muchas muestras de una supuesta situación de absoluta precariedad entre aquellos doctores que entendemos guardan poca concordancia con la situación real en la mayoría de los casos. Insistimos en que las diferencias eran mayúsculas entre unos municipios y otros y que, en general, los sanitarios encontraban estrategias suficientes con las que afrontar con suficiencia sus necesidades⁷⁰. En 1979 prácticamente el 24% de los usuarios del servicio en el medio rural mantenían algún tipo de iguala sanitaria, sobre todo, siendo más aguda la situación en los municipios más pequeños, donde los vínculos personales eran más difíciles de romper. De ellos, la mayoría, casi el 32% eran agricultores por cuenta propia que

⁶⁸ Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia sanitaria...*, p. 100.

⁶⁹ Federico BRAVO MORATE *et al.*: *Sociología de los ambulatorios*, Barcelona, Ariel, 1979, p. 123.

⁷⁰ Roberto FERNANDEZ ÁLVAREZ: *Enfermos pobres...*, p. 28.

ya estaban protegidos por la ampliación de la ley desde 1975, pero todavía casi un 10% eran agrarios por cuenta ajena⁷¹.

La llegada de la transición, al menos, sirvió para que algunas reivindicaciones de los médicos se atendieran, como por ejemplo la incorporación de nuevos doctores y el aumento de sus retribuciones⁷². Para los pacientes, sin embargo, la despoblación de los pueblos, la crisis de la agricultura tradicional y la crisis económica formaron un coctel que dificultó en extremo las inversiones y la mejora del sistema. Al menos, lo que sí cambió fue la percepción que se tenía de su situación de desamparo a juzgar por algunas noticias que se publicaron en aquellos años que ponían el acento en la escasez de medios para la medicina rural⁷³. A estas alturas no podían pasar desapercibidas otras propuestas como la mayor dotación de centros comarcales y subcomarcales que pudieran servir de filtros antes de llegar a las residencias de ámbito regional. Eso serviría, entre otras cuestiones, para liberar al médico rural de la servidumbre de pasar las veinticuatro horas del día disponible. Se trataba también de cambiar el modelo sanitario del país prestando más importancia a la medicina preventiva, pero la mentalidad de algunos médicos no estaba todavía en sintonía con esos nuevos planteamientos:

Tengo un número de igualas particulares aproximado al de cartillas del SOE y recibo a los pacientes de una y otra condición en la misma consulta, sin preferencias ni discriminaciones. Es decir, que atiendo igualmente al que me deja dieciséis pesetas al mes que al que me deja veinte duros. Sin embargo, ellos sí que establecen una notable diferencia en sus solicitudes, pues mientras en una jornada normal veo a treinta pacientes del SOE, por ejemplo, solo requieren mis servicios tres o cuatro del igualatorio libre⁷⁴.

⁷¹ Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia sanitaria en las zonas rurales...*, p. 108. "La Seguridad Social ha influido poco en mejorar la asistencia sanitaria de las zonas que habitan", p. 202.

⁷² Roberto FERNÁNDEZ ÁLVAREZ: *Enfermos pobres...*, p. 127.

⁷³ "La medicina rural, sin medios", *La Vanguardia*, 23 de noviembre de 1978. Se comparaban los 12.000 millones de pesetas que había costado el centro Ramón y Cajal de Madrid, conocido por El Piramidón, y los problemas estructurales de la sanidad en el ámbito rural.

⁷⁴ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, p. 76.

Aunque el problema y su malestar venía de lejos, la situación se fue haciendo cada vez más crítica hasta el punto de hablarse de “la plaga del absentismo” en algunas zonas, a pesar del aumento de las vocaciones entre los estudiantes y jóvenes médicos salidos de las facultades de medicina. Aunque muchos de ellos acabaron accediendo a estas plazas por la falta de alternativas profesionales. Se denunciaba entonces la falta de preparación práctica, de experiencia en los nuevos médicos, pero también se criticaba la carencia de una infraestructura sanitaria adecuada que permitiera una correcta labor asistencial. Todo ello provocaba prácticas en las que los profesionales tenían que atender a un número de pacientes superior a su capacidad, de manera que se terminaba por llegar a una rutina de despachar recetas y visitar a los enfermos de forma “un tanto superficial”⁷⁵. La gravedad del problema del absentismo médico en el medio rural quedaba demostrada por el hecho de que unas dos mil quinientas plazas se encontraban descubiertas, lo que suponía aproximadamente un veinte por ciento del total existente. Precisamente aquellas circunstancias del ejercicio médico en dicho medio provocaban el alejamiento de los profesionales y las protestas para hacerles el trabajo más atractivo a las nuevas generaciones sanitarias⁷⁶. Lo cierto es que según el informe FOESSA de 1978 la población rural era la más desasistida. Representaba el 30% de la población española y solo era atendida por el 11% de los médicos y farmacéuticos y el 6% de los ATS⁷⁷.

Hemos recogido un abundante número de testimonios de médicos rurales que se quejaban amargamente de sus precarias condiciones económicas en el trabajo⁷⁸. Muchos, sobre todo los de mayor edad, echaban en falta la práctica liberal de su profesión, pero seguramente

⁷⁵ “La crisis de la medicina rural, reflejada en la subcomarca. Faltan médicos, practicantes, comadronas, dispensarios y ambulancias”, *La Vanguardia*, 5 de enero de 1981.

⁷⁶ Andrés GARCÍA ALONSO: “Asistencia sanitaria para el medio rural”, p. 171.

⁷⁷ FOESSA: *Síntesis actualizada del III Informe Foessa*, Madrid, Euramérica, 1978, p. 284. Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia...*, confirma desde diferentes perspectivas “la inferioridad de condiciones de la población rural en asistencia sanitaria en comparación con la situación general del país”, p. 154.

⁷⁸ “Noticiero de Guadalajara. Porque no ganan lo suficiente los médicos rurales también emigran”, *La Vanguardia*, 24 de marzo de 1966; “Insuficiente remuneración de los médicos rurales”, *La Vanguardia*, 9 de diciembre de 1969.

no eran plenamente conscientes de la crisis que ese modelo de salud había iniciado inexorablemente. Lo explicaban bien Candelas y Fuejo: “el médico en la medicina liberal está ante su enfermo condicionado por las posibilidades económicas de éste...y el enfermo está en la medicina liberal sujeto a sus posibilidades como comprador de una mercancía”⁷⁹.

Desde distintas instancias el panorama que se atisbaba era poco alentador porque nos refleja a un colectivo ampliamente diverso y pluriempleado en no pocos casos que administraba su dedicación en función del beneficio obtenido, lo que redundaría, más que previsiblemente, en una merma de calidad del sector público ya que “presta igualmente en un gran porcentaje de casos todas las formas mencionadas de asistencia: desempeña un cargo en la medicina benéfica (extra o intrahospitalaria), “tiene” una o más sociedades de Seguro Libre, pasa consulta en la Seguridad Social (con plaza en propiedad, interino o suplente) y “hace” medicina privada en su domicilio”⁸⁰.

Otra prueba de la heterogeneidad del país en esta parcela la podemos encontrar en la zona vasca. En la provincia de Vizcaya, por ejemplo, funcionaba un Igualatorio médico-quirúrgico que establecía tres categorías ordinarias y una especial, cuyas cuotas se estimaban con arreglo a la capacidad económica del abonado, quien podía elegir al médico de cabecera y, en su caso, al especialista o el cirujano que deseara, dentro del cuadro médico de la Sociedad. El médico, por su parte, cobraría según tarifas previamente establecidas para cada acto médico⁸¹.

También se daba la posibilidad, por ejemplo, en Navarra, de encontrar partidos municipalizados, es decir aquellos donde el

⁷⁹ Jacinto CANDELAS y Donato FUEJO: “La crisis de la medicina liberal”, p. 9.

⁸⁰ Ángel OSO CANTERO: “La medicina privada...”, p. 15. Sin embargo, el rasgo más característico de los médicos rurales era su mayor dedicación a la Seguridad Social que los de las zonas urbanas, al actuar estos simultáneamente en varios contextos. Además, los médicos rurales empleaban proporcionalmente más tiempo en comparación al resto para atender a menos personas, lo que indudablemente contribuía a una atención más detenida, era pues, “un trato más humano y personal”. Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia...*, pp. 232-233. A pesar de todo, la atención sanitaria dejaba todavía mucho que desear. Roberto FERNANDEZ ÁLVAREZ: *Enfermos pobres...*, pp. 44 y 52.

⁸¹ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, p. 31. La cuota mínima mensual estaba en esos momentos establecida en cincuenta pesetas.

Ayuntamiento pagaba directamente al médico, según las tarifas establecidas por la Diputación Foral. En estos casos el médico se ahorra la difícil gestión de negociar con el público el cobro directo de las igualas y, por ende, la posibilidad de aumentarlas. No estaban municipalizados todos los partidos médicos de Navarra, de hecho, en los libres, cuando el médico estimaba necesario un reajuste en las tarifas de las igualas, el vecindario se podía oponer. Entonces se celebraba una junta general y, si la mayoría se decantaba por la municipalización, se llevaba a efecto, cosa que solía ocurrir siempre que las tarifas establecidas por la Diputación foral fuesen más bajas que las que pretendía establecer el médico. Por tanto, la municipalización, muchas veces, venía a ser el resultado de un movimiento colectivo de resistencia a las pretensiones del facultativo. En esta región, además, la Beneficencia era prácticamente nula. En aquellos pueblos de Navarra donde no había Casa del Médico, el Ayuntamiento asignaba una cantidad al galeno en concepto de indemnización por vivienda. Además, también bonificaba algo así como un treinta por ciento de los gastos de locomoción⁸².

Prácticamente hasta los años setenta, los médicos titulares y del SOE, ya unificados desde 1947, no experimentaron un cambio sustancial en sus ingresos económicos, principal fuente de su malestar. Como el SOE no afectaba a los trabajadores del campo, los médicos mantuvieron una situación aceptable puesto que veían incrementados sus ingresos con las igualas. El problema llegó con las reformas que fueron incluyendo a este colectivo paulatinamente con sucesivos retoques en los regímenes agrarios.

Las titulares -que pagan los Ayuntamientos- han quedado congeladas a un nivel totalmente inactual. Puede considerarse que oscila alrededor de las mil pesetas mensuales. Y en cuanto a las igualas, modernizadas de cuando en cuando, aunque con retraso, su promedio es de cuarenta pesetas mensuales. Pero nos encontramos con que la emigración, que está dejando los pueblos en la mitad de sus censos, ha reducido, cuando no secado prácticamente, esta

⁸² *Ibidem*, p. 119.

fuente de ingresos, porque hoy, con las igualas a cuarenta pesetas, el médico percibe una remuneración más baja que, por ejemplo, cuando estaban a quince pesetas, habida cuenta de la disminución progresiva de la población y el alza progresiva de los precios. De lo que resulta que el médico gana menos cada día⁸³.

No puede sorprender que los profesionales manifestaran sus inquietudes a medida que se rumoreaba algún tipo de reforma al respecto porque “¿qué va a ocurrir aquí cuando se extienda la seguridad social a 16,22 por cartilla y mes?”⁸⁴. Y es que los problemas de los médicos de la medicina rural durante la dictadura transmiten una clara diferencia entre los profesionales que disponen de una plaza consolidada como titulares y los que pretenden acceder al cuerpo a partir de algún tipo de ejercicio libre o interinidad. Estos últimos admiten su marginación como parte de un sistema al que solo se puede acceder con el tiempo pero que no soporta reformas ni denuncias. Les podía parecer injusto, pero era la única manera de que una vez se cambiara de rango se pudieran mantener los privilegios de la profesión. Evidentemente, no todos los partidos médicos eran iguales y proporcionaban la misma cantidad de ingresos y nivel de vida, pero se confiaba en poder ocupar una plaza mejor o disfrutar de mejores condiciones económicas a partir del incremento de la riqueza del pueblo que permitiera, a su vez, subir las cuotas de las igualas.

A través de estos alegatos se puede intuir que las preocupaciones de los médicos no atendían prioritariamente al buen servicio de los pacientes sino a que indirectamente se podían ver privados de mayores ingresos porque los usuarios no tuvieran recursos o los destinaran a otras finalidades. En ocasiones, comprobamos sus sinceros elogios a la “gran labor social” que había realizado el SOE, porque, sanitariamente, sus afiliados estaban mucho mejor atendidos que los particulares, “pues como estos últimos suelen ser pobres, se resisten todo lo que pueden a solicitar los servicios médicos y farmacéuticos.

⁸³ *Ibidem*, p. 25.

⁸⁴ *Ibidem*, p. 124.

Lo que prueba también que la mayor parte de los beneficios que obtiene el asegurado pesan exclusivamente sobre el médico⁸⁵.

Otras soluciones que se apuntaban planteaban la creación de categorías de médicos rurales pagados por el Estado o por cualquier otro organismo oficial, con el fin de alcanzar una remuneración equiparable a la de otros funcionarios de similar categoría, lo que evitaría la dependencia con respecto al vecindario, porque la remuneración del médico no llegaría a lo que podríamos calificar como su *salario vital*. Pero esta deficiencia, entendían algunos, no podía subsanarla el campesino, porque sus medios económicos no se lo permitían. “¿Con que no puede, en muchos casos, con la carga de la iguala al precio mínimo actual...!”. Realmente, no todos los médicos procedían de familias con antecedentes en la profesión o con rentas que les permitieran vivir desahogadamente. Por el contrario, para no pocos médicos rurales el ejercicio de la profesión en los pueblos había sido el medio más rápido de empezar a disponer de ingresos. Es decir, muchos provenían de familias humildes que no habían podido resistir en una ciudad el tiempo necesario para crearse una clientela⁸⁶.

En algunas pequeñas localidades el SOE solo cubría unas pocas cartillas, casi en su totalidad de la Mutualidad Agraria, entre obreros fijos y eventuales, lo que había disminuido considerablemente los ingresos del médico. Pero si tenemos en cuenta que muchos de los llamados Mutualistas Autónomos, sin derecho a los beneficios del SOE, padecían una economía mucho más débil que los obreros fijos y eventuales, y es de ellos precisamente de donde habían de extraer las igualas libres, se podría entender la precariedad a la que se veían sometidos por el SOE, si, además, había que ayudarles a veces con medicamentos, a base de las muestras que les facilitaban los laboratorios.

No faltaban los profesionales que apostaban con rotundidad por la socialización de la Medicina como única fórmula de conseguir la independencia del médico mediante un sueldo suficiente pagado por el Estado y de que los enfermos disfrutaran sin reservas de los avances

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 77. “A la memoria de un médico rural”, *ABC*, 28 de abril de 1976.

⁸⁶ *Ibíd.*, pp. 149-150. Roberto FERNÁNDEZ ÁLVAREZ: *Enfermos pobres...* p. 17. “Para unha aldea vale calquera”.

de la técnica. Pero también encontramos a otros que mantenían sus reservas ante la extensión del seguro social al campo porque podría suponer el adiós a las igualas. Por tanto, lo realmente vital para muchos sanitarios en aquellos complicados momentos, “lo que nos quita el sueño y el sosiego, es el problema económico”. Es decir, la implantación de la Mutualidad Agraria sería percibida por muchos médicos como una auténtica catástrofe⁸⁷.

Por último, cabe incluir también aquí otro importante conflicto que plantearon los médicos en el contexto que analizamos. Se trató, dentro del debate entre la defensa de lo público frente al sector privado, de las incompatibilidades que se fueron planteando para asegurar la correcta distribución de los recursos y la superación de los problemas generados por las vacantes. Tal vez sea una de las mejores demostraciones de la falta de acuerdo y de las importantes diferencias que se apreciaron entre los principales proyectos en liza y que terminaron, de nuevo, con un saldo favorable para los colegiados que garantizaron lo que consideraban derechos irrenunciables por encima de planteamientos de eficiencia, más equitativos y homologables con otros sectores económicos⁸⁸.

¡MIENTRAS DIOS NOS DE SALUD! LA SOCIEDAD RURAL ANTE LA CRISIS DEL SISTEMA Y SU CAMBIO DE MODELO

Hasta aquí, mayoritariamente, se ha prestado atención al grueso de la sociedad en los todavía escasos estudios sobre la sanidad pública del tardofranquismo y la transición, es decir, a “aquel amplio sector que obligatoriamente está incluido en la Seguridad Social, con frecuencia suscribe una póliza de seguro libre, paga una “iguala” al

⁸⁷ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, pp. 174, 132 y 208-219. “Los médicos rurales”, *ABC*, 1 de febrero de 1976.

⁸⁸ Algunos ejemplos los podemos ver en “La comisión de presidencia del Congreso excluye a los médicos de la Ley de incompatibilidades”, *El País*, 3 de marzo de 1982, y “Las incompatibilidades no afectarán a la mayoría de los médicos pluriempleados”, *El País*, 31 de marzo de 1982. “Comunicado del Colegio de Médicos: No al proyecto de incompatibilidades”, *La Vanguardia*, 20 de noviembre de 1980. “Se agrava el conflicto de los médicos”, *La Vanguardia*, 4 de abril de 1981, y “Ernest Lluch exige que los médicos trabajen el horario por el que cobran”, *La Vanguardia*, 10 de diciembre de 1982.

médico de la vecindad y acude, en última instancia, a una consulta privada “cueste lo que cueste”⁸⁹. Si esta descripción nos ofrece una imagen muy precaria de la asistencia pública, todavía sería mucho peor si atendiéramos a los colectivos excluidos entre los que cobra luz propia y nítida la población rural acogida a un régimen especial, casi en exclusiva, porque sus integrantes carecían, en la mayoría de las ocasiones, de recursos alternativos más allá de la iguala que, a su vez, era un claro elemento segregador porque dependía en gran medida de su capacidad económica y de la geografía del país⁹⁰.

Entre la múltiple problemática existente, nos interesa aquí específicamente la situación en el medio rural donde se denunciaba, por ejemplo, la carencia de profesionales de la salud, como en la provincia de Salamanca, donde 55 pueblos precisaban uno. Los médicos en paro reclamaban sus derechos porque sabían que muchos interinos desempeñaban el puesto de dos, tres, y hasta cinco y ocho médicos. En resumen, numerosos pueblos españoles se veían sin doctor, “atendidos pésimamente por uno que vive a varios kilómetros, que los visita una o dos veces por semana, y que se ve imposibilitado, por falta de tiempo, para atender malamente a los tres, cuatro u ocho pueblos, según los casos”⁹¹. Estas carencias se venían acumulando en los últimos años, aunque se repartían de manera muy desigual en la geografía peninsular porque no es fácil definir el medio rural. Ni siquiera la clásica consideración de municipios hasta 10.000 habitantes nos permite aclarar su especificidad porque influyen otros aspectos, más allá de los demográficos, entre los que destacaría la riqueza del lugar, en función de la distribución de la propiedad de la tierra o de la especialización en sectores más productivos. Así, por ejemplo, unos años antes, en la zona catalana, se daba a entender que la cuestión en realidad había empeorado porque “ahora, por el contrario, para

⁸⁹ Ángel OSO CANTERO: “La medicina privada...”, p. 15.

⁹⁰ Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia sanitaria...*, aproximadamente el 17,1% de las entidades locales de población rural carecían de cualquier centro de asistencia sanitaria, proporción que llegaría al 31,6% en los de menos de mil habitantes, p. 114.

⁹¹ “La desasistencia médica de los pueblos y el paro profesional”, *El País*, 6 de agosto de 1977. “Sobre los déficits de la medicina rural”, *La Vanguardia*, 20 de junio de 1978. “La asistencia sanitaria en Asturias”, *Actualidad Agraria*, 18 de noviembre de 1979.

muchos pueblos la falta de médico es una realidad trascendente que aboca a las gentes hacia un futuro de complicada evolución”⁹².

Decíamos al principio que la sociedad española de la transición heredó una percepción ambigua que combinaba dos sensaciones aparentemente contradictorias: por un lado se asociaba a la dictadura con importantes logros en materia de bienestar social, no se dudaba por tanto del interés del régimen por mejorar la necesitada condición de los habitantes del campo español, pero a la par también se producía una importante exhibición de malestar para denunciar las múltiples carencias y, sobre todo, la sensación de agravio comparativo con la población urbana⁹³. Los pueblos españoles de los años setenta se echaron masivamente a las calles para reivindicar su abandono real o imaginado. Por esto, el tercer apartado de este trabajo pretende, al menos propositivamente, sugerir algunas hipótesis que nos permitan confirmar o no ciertos tópicos que tienen que ver con la satisfacción o descontento con las políticas públicas del tardofranquismo y los primeros años de la transición en la España rural⁹⁴.

Muchos pueblos del país vieron nacer centros de salud o dispensarios que mejoraban sustancialmente sus precarias instalaciones sanitarias en aquellos años. También aquí, por descontado, constatamos diferencias considerables entre municipios y regiones. Así, si el criterio a observar era la presencia de los pacientes en las consultas médicas, podemos afirmar que la situación ofrecía una imagen mejor en los pueblos de más de cinco mil habitantes, donde el 88% de los enfermos iba con frecuencia al médico. Por el contrario, en los núcleos de población por debajo de los mil vecinos el porcentaje disminuía hasta el 75%. En los pocos estudios que disponemos para evaluarlo se confirmaba también una mayor conciencia crítica a medida que aumentaba la población, es decir, en los ayuntamientos mayores

⁹² “Se acentúa el problema deficitario de la medicina rural”, *La Vanguardia*, 9 de enero de 1974.

⁹³ “La crisis de la medicina rural es uno de los graves problemas que tiene planteados el agricultor”, *La Vanguardia*, 27 de julio de 1974; “El medio rural y el agricultor son frecuentemente objeto de retórica, de bucólica inspiración, de bonitas y alentadoras palabras. Pero a la hora de las realidades, persisten los mismos problemas de siempre”, p. 31.

⁹⁴ Antonio HERRERA GONZÁLEZ DE MOLINA: “Otra lectura de la Transición española es posible. La democratización del mundo rural (1975-1982)”, *Ayer*, 74 (2009), pp. 219-240.

de cinco mil personas se detectaban problemas e insatisfacciones con la reducción de los tiempos de consulta y atención al enfermo por parte de los sanitarios⁹⁵. En todo caso, son datos relativos que merecen una valoración más profunda en función del paralelismo que queremos establecer, ya que, en los pueblos mayores de tres mil habitantes, aunque el médico podía llegar a atender hasta 51 o 52 personas diarias, lo que significa indudablemente una cifra muy alta, suponía, al mismo tiempo, que la atención en consulta era muy superior a la que se dispensaba en esos mismos momentos en el medio urbano⁹⁶. No obstante, conviene también recordar que, todavía en 1977, el 45% de las localidades rurales no tenía un médico y los pacientes tenían que recorrer una media de casi ocho kilómetros para ponerse en manos de un doctor, mientras que los mayores de tres mil sí tenían al menos uno.

Abundan los datos sobre la deficiente situación de la atención sanitaria en el medio rural contemplando otras variables, por ejemplo, la dotación de ambulancias, sobre la que apenas un 7,4% del total de dichos municipios tenían recursos. Con más detalle, podemos decir que entre los pueblos de mil a tres mil habitantes solo el 8,7% disponía de transporte sanitario, mientras que en los de menos de cinco mil la cifra alcanzaba el 14%, es decir, la mayor parte de los ayuntamientos que contaban con algún servicio eran aquellos que alcanzaban los cinco mil vecinos, aunque en realidad solo daba para atender al 51,6% del total de dichos pueblos. Por otro lado, las zonas rurales estaban casi totalmente desprovistas de centros de asistencia social. Solo el 3,7% de las entidades de población rural poseían asilos para ancianos y el 0,5% para niños⁹⁷.

Según esta misma fuente de información, tampoco la hospitalización en el mundo rural ofrecía una imagen boyante. En 1977, en los municipios por debajo de los 10.000 habitantes solo existían 91 hospitales, aunque casi la mitad no eran de titularidad pública,

⁹⁵ “El 39% de los médicos españoles atiende a más de 40 pacientes al día”, *El País*, 19 de junio de 1981.

⁹⁶ Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia sanitaria en las zonas rurales...*, p. 167. “Fueron clausuradas las primeras jornadas sanitarias en Sevilla”, *ABC*, 10 de mayo de 1974.

⁹⁷ *Ibidem*, p. 127.

estando más de la mitad en localidades de más de 5.000. Se trataba del 7,5% de la red hospitalaria y atendía al 33,5% de la población nacional⁹⁸. Las diferencias entre el mundo rural y el urbano eran notables también si prestamos interés a la atención de médicos con un porcentaje de 19,5 en los primeros frente a las 74 de los segundos. Aunque volvemos a la percepción subjetiva inversa porque, aunque el número de población rural enferma que ingresaba en un hospital era un 3% inferior a la población general y el 93% de dichos enfermos requería desplazamientos de entre 60 a 100 kilómetros, la satisfacción de dicha población rural era mayor tanto con los servicios médicos primarios como en la asistencia hospitalaria y quirúrgica, lo que contrastaba mucho con la palpable carencia de recursos asistenciales. La confirmación de esta curiosa valoración, relacionada sobre todo con el mejor trato personal, la encontramos al constatar que en dicha encuesta la población rural confesaba que la profesión más importante del pueblo era la del médico, con un 50% de popularidad, frente a la del maestro con apenas un 24%⁹⁹.

Pero siguiendo con los matices y las singularidades entre unos agricultores y otros, en este caso en función de su condición de propietarios, no olvidemos tampoco que hasta la reforma legislativa de mayo de 1975 los agricultores por cuenta propia solo podían disfrutar de la hospitalización en caso de intervención quirúrgica o para afrontar un parto. A partir de entonces se equipararon con los trabajadores por cuenta ajena y sus viudas disfrutarían un ligero incremento en las pensiones por fallecimiento del marido y recibirían algunas bonificaciones por gastos farmacéuticos, cuya definitiva equiparación tendría que esperar hasta el año 1978. En términos generales, se puede

⁹⁸ Margarita VILAR RODRIGUEZ y Jerònia PONS PONS: “El triunfo del modelo hospitalario público sobre lo privado (1964-1986)”, en ID. (eds.): *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons, 2018, pp. 263-321. “El último país en camas”, *Triunfo*, 31 de diciembre de 1977.

⁹⁹ Federico MAYOR DOMINGO: *La asistencia sanitaria en las zonas rurales...*, p. 204. “IX Asamblea provincial de practicantes rurales y de APD”, *ABC*, 21 de mayo de 1974. “La asistencia sanitaria es caótica”, *Actualidad Agraria*, 16 de diciembre de 1979, y “El colegio de médicos de La Coruña contra el Libro Blanco de la Seguridad Social”, *El País*, 29 de septiembre de 1976.

confirmar una evidente correspondencia entre carencia de recursos sanitarios y reducción de la demanda de asistencia.

Para algunos expertos, en realidad, la Reforma Sanitaria en el medio rural no era tal reforma. Se trataba más bien de una estructuración nueva, que se había iniciado hacía ya ocho años, aunque estaba todavía poco desarrollada. La precaria infraestructura sanitaria, incluso alguna todavía prácticamente inexistente, apenas se encontraba en servicio. Ciertamente resultaba muy difícil de entender que, a los treinta años de la implantación de la Seguridad Social, en la inmensa mayoría de los pueblos no hubiera más local para pasar la consulta que el que podía habilitar el propio personal sanitario en su domicilio particular¹⁰⁰. En la práctica, las posibilidades de efectuar un reconocimiento sanitario a los enfermos eran muy reducidas, de manera que muchos diagnósticos se basaban solo en los conocimientos del médico, en la experiencia adquirida o en su buen sentido.

El otro gran caballo de batalla importante que fue considerado un enorme agravio por parte de los habitantes del medio rural sería el establecimiento de las cotizaciones en función de las jornadas teóricas fijadas. Se trataba de una referencia establecida por cálculos que penalizaban a los campesinos menos modernizados y productivos que apenas podían contratar, ni mucho menos pagar, por unas tarifas que suponían cargas muy onerosas para sus modestas economías. La puesta en marcha de dichas tarifas inauguraría una senda de protestas que fue incrementándose a lo largo de los años setenta e impregnando con pólvora un enorme reguero de manifestaciones por toda la geografía agraria del país. Una de las regiones donde ese malestar adquirió tintes más gruesos fue, sin duda, Galicia¹⁰¹. La idea de considerar empresario “a quien ocupe trabajadores por cuenta ajena en labores agrarias” representaba un grave problema que se saldó con numerosos impagos forzados o voluntarios como muestra de la protesta colectiva. Las consecuencias todavía fueron

¹⁰⁰ Andrés GARCÍA ALONSO: “Asistencia sanitaria para el medio rural”, p. 170.

¹⁰¹ Ana CABANA IGLESIA y Daniel LANERO TABOAS: “Los marcos de movilización en la Galicia rural del tardofranquismo (1960-1977). Las luchas contra la cuota empresarial de la Seguridad Social Agraria y la construcción de embalses”, en José María ORTIZ DE ORRUÑO (ed.): *Movimientos sociales en la España contemporánea*, Congreso de la AHC, Vitoria, 2008.

más duras si consideramos que, al no estar al corriente del pago de las cuotas fijadas, los teóricos receptores de los derechos los perdían. Pero además, se daban unas diferencias en prestaciones con respecto al régimen general que tampoco eran despreciables ya que no se percibía nada por desempleo, tampoco por incapacidad laboral transitoria —una gripe, por ejemplo—, el beneficiario de la Seguridad Social Agraria pagaba el 30% del valor de la medicación, mientras que en la rama general sobre el 15%, y el mínimo garantizado en jubilación era algo menor en la agraria —unas 7.700 ptas./mes frente a 9.300 ptas.— que en el general. De esta forma, la anulación o revisión de la cuota empresarial se convirtió en la principal reivindicación del labrador gallego y principalmente de Lugo, donde los partidos políticos durante la campaña electoral de junio de 1977 denunciaron lo que consideraban como “irregular distribución por provincias”, así como una injusticia básica al tratar como empresarios a trabajadores por cuenta propia que no lo eran. Así fue como las carreteras de esta provincia llegarían a reunir un número importante, entre diez y quince mil, tractores invitando al impago de las cuotas. Los argumentos fundamentales que se esgrimían planteaban que el agricultor afectado no era un verdadero empresario ya que no llegaban a obtener ni el equivalente al jornal mínimo. Además, si el Estado había comprendido la debilidad y escasos recursos de aquellas explotaciones declarándolas exentas del pago de impuestos, las mismas razones deberían servir para no gravarles con la cuota empresarial. Asimismo, consideraban otro agravio que la cuota empresarial de la Seguridad Social en la industria y el comercio se pudiera repercutir al consumidor, mientras que en la actividad agraria no se podía hacer lo mismo porque supondría una recaudación doble, como trabajador y como empresario. En todo caso, lo más injusto para los denunciados era que se estaba pagando por la Seguridad Social de unos obreros que en realidad no habían sido empleados, de unos jornales que no se había pagado y, por tanto, la fijación de dichas jornadas teóricas debería revisarse a la baja¹⁰².

¹⁰² “UGT convoca una semana de movilizaciones obreras”, *El País*, 27 de marzo de 1977. La noticia se hacía eco de la semana de movilizaciones de protesta contra el despido libre y la cuota sindical obligatoria y recogía también el apoyo de los actos a la

Por último, el malestar también estaba relacionado con el nulo reconocimiento que los cálculos fijados oficialmente aplicaban al problema del paro encubierto que se padecía tanto en regiones como la gallega, y es que pagaban a la Seguridad Social Agraria cuotas enteras y dobles (como trabajador y como empresario), cuando si se trataba de un obrero en semi-paro deberían pagar la cuota de trabajador únicamente, y reducida en cierta proporción. En resumen, el labrador se consideraba marginado en la gestión de la Seguridad Social Agraria y reclamaban para que los mutualistas se sintieran realmente solidarios de la gestión de la Mutualidad, pero para ello pedían modificar las normas del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, logrando una distribución más justa de las cuotas, una mayor clarificación en las cuentas, y la equiparación de prestaciones a las del régimen general. Todo ello sin perder de vista una reclamación fundamental de la ya incipiente transición: actualizar, democratizar y hacer funcionar los órganos provinciales, nacionales y locales de la Mutualidad¹⁰³. Vemos, por tanto, que la verdadera transformación, en sentido democrático, del país también suponía en amplias capas del mundo rural introducir reformas que afectaban al núcleo duro de las políticas sociales con especial incidencia a la reforma de la Seguridad Social Agraria.

Entre los trabajadores por cuenta ajena se daban circunstancias especiales como las de los obreros eventuales que podían acordar un seguro de accidentes. Mientras trabajaban a jornal, se encontraban a cubierto mediante el seguro obligatorio de accidentes que el patrono tenía el deber legal de suscribir a su favor, pero cuando desempeñaba esos mismos trabajos por cuenta propia en sus escasas tierras, aunque con idéntico riesgo, se encontraba sin más garantía que el

libertad sindical y el control de la Seguridad Social a través de los sindicatos obreros. "Movilizaciones campesinas contra la política agraria del gobierno", *El País*, 19 de marzo de 1980. Entre las aspiraciones del sector estaba la equiparación de las prestaciones de los agricultores a la Seguridad Social con las del régimen general.

¹⁰³ Julio ULLOA VENCE: "Un tema polémico en Galicia. La cuota empresarial de la Seguridad Social Agraria", *Agricultura, Revista Agropecuaria*, 549 (enero 1978), pp. 6-8. En ese momento Ulloa era senador por la UCD y había sido presidente de la Diputación de Lugo y procurador en Cortes entre 1963 y 1965.

SOE, aunque ahora con la diferencia de que este no cubría el riesgo del accidente de trabajo¹⁰⁴.

Podemos en este punto plantear que si bien el franquismo no había abandonado a su suerte al sector agrario, al que había considerado un aliado fiel desde el principio, en lo referente a la protección social, sí que produjo una significativa discriminación a favor de los propietarios frente a los trabajadores y los jornaleros aunque finalmente el éxodo rural, las abundantes jubilaciones y las tímidas reformas implementadas en los años finales del régimen paliaran de alguna manera los desequilibrios y diluyeran algunos agravios en un contexto de quiebra estructural del propio Régimen Especial Agrario desde 1972 hasta prácticamente 1980¹⁰⁵. Las aportaciones del Estado en los años finales de la dictadura y primeros de la democracia favorecieron al sector rural aunque su distribución no supuso una reducción de la desigualdad ni una mayor eficacia en su funcionamiento lo que no terminó de dar los frutos apetecidos que terminarían de apaciguar y conciliar a los habitantes del medio rural con las políticas sanitarias que generaron descontento y terminaron por culpar a los nuevos responsables públicos frente a los viejos gestores franquistas¹⁰⁶. No obstante, persistieron, bien entrados ya en democracia, prácticas continuistas que perfilaban una postura más crítica entre los usuarios de la sanidad rural a las que se opondrían las viejas reivindicaciones médicas que, a su vez, afloraban aspectos a todas luces mejorables¹⁰⁷.

Muchos años después, volvemos a encontrarnos el repunte de unos problemas que no se zanjaron definitivamente con la consolidación democrática del país y las subsiguientes reformas implementadas en los sistemas de sanidad agrarios. Las recientes movilizaciones en el sector agrario nos han vuelto a poner sobre la mesa el debate sobre el papel que tiene que jugar el Estado en la financiación de la

¹⁰⁴ Ángel María DE LERA: *Por los caminos de la medicina rural...*, p. 45.

¹⁰⁵ Margarita VILAR RODRIGUEZ y Jerònia PONS PONS: "La cobertura social...". "Residencia sanitaria La Paz. Solución provisional", *ABC*, 1 de abril de 1976.

¹⁰⁶ "El medio rural, una voz en la reforma sanitaria", *Actualidad Agraria*, 9 de diciembre de 1979.

¹⁰⁷ Véase *El País*, 9 y 11 de noviembre de 1983. Son cartas al director que bajo el título de "Las iguales médicas" ofrecen perspectivas bien diferentes, pero también exponentes de graves problemas del sistema.

Seguridad Social agraria. Cuando menos, resulta extraño que, sin abundar en datos e investigaciones, consideremos imprescindible reducir, sin más, las cotizaciones de los agrarios para compensar subidas salariales¹⁰⁸. Obviamente, es muy fácil pensar que a esta reivindicación se apuntarían entusiasmados otros empresarios. Los especialistas han demostrado que el sistema de protección ya es muy solidario con el sector agrario y que deberían ser los Presupuestos Generales del Estado quienes asumieran esta solidaridad como una cuestión de política económica. Sin embargo, parece que, una vez más, nos falta información y nos sobra confusión.

BIBLIOGRAFÍA

- ALSINA OLIVA, Rosa: “Estrategia de desarrollo en España 1964-1975: planes y realidad”, *Cuadernos de Economía*, 15 (1987), pp. 337-370.
- BARCELÓ-PRATS, Josep, COMELLES Josep M. y PERDIGUERO GIL, Enrique: “Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978)”, en María Isabel PORRAS, Lourdes MARIÑO y María Victoria CABALLERO (coords.): *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, Madrid, La Catarata, 2019, pp. 146-167.
- BRAVO MORATE, Federico *et al.*: *Sociología de los ambulatorios*, Barcelona, Ariel, 1979.
- CABANA IGLESIA, Ana y LANERO TÁBOAS, Daniel: “Los marcos de movilización en la Galicia rural del tardofranquismo (1960-1977). Las luchas contra la cuota empresarial de la Seguridad Social Agraria y la construcción de embalses”, en José María ORTIZ DE ORRUÑO (ed.): *Movimientos sociales en la España contemporánea*, Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea, Vitoria, 2008, pp. 305-306.
- CAZORLA SÁNCHEZ, Antonio: *Franco. Biografía del mito*, Madrid, Alianza, 2014.
- COMELLES, Josep M. *et al.*: “Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo”, en José MARTÍNEZ-PÉREZ y Enrique PERDIGUERO-GIL

¹⁰⁸ Octavio GRANADO: “La agricultura española y la Seguridad Social”, *El País*, 20 de febrero de 2020.

- (eds.): *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Madrid, La Catarata, 2020, pp. 63-124.
- CREMADES, Bernardo María: *La encrucijada de la Seguridad Social española*, Madrid, Editorial Magisterio Español, 1975.
- DE LERA, Jose María: *Por los caminos de la medicina rural*, Salamanca, 1966.
- DE MIGUEL, Jesús M.: “Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica”, *Papers: Revista de Sociología*, 10 (1979), pp. 115-145.
- FERNANDEZ ÁLVAREZ, Roberto: *Enfermos pobres, médicos tristes. Historia crítica da medicina rural en tierras esquecidas*, Santiago de Compostela, Orco Editora, 2017.
- FOESSA: *Síntesis actualizada del III Informe Foessa*, Madrid, Euramérica, 1978.
- HATZFELD, Henri: *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel, 1965.
- HERRERA GONZÁLEZ DE MOLINA, Antonio: “Otra lectura de la Transición española es posible. La democratización del mundo rural (1975-1982)”, *Ayer*, 74 (2009), pp. 219-240.
- , **Antonio**: *La construcción de la democracia en el campo (1975-1988). El sindicalismo agrario socialista en la Transición española*, Madrid, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2007.
- MAYOR DOMINGO, Federico (ed.): *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1977.
- , (dir.): *La asistencia sanitaria en las zonas rurales*, Madrid, CEAS, 1979.
- MINISTERIO DE TRABAJO: *Libro Blanco de la Seguridad Social*, Madrid, Subsecretaría Seguridad Social, 1977
- MUÑOZ SORO, Javier: *Cuadernos para el Diálogo (1963-1976). Una historia cultural del segundo franquismo*, Madrid, Marcial Pons, 2006.
- ORTIZ HERAS, Manuel: “Nuevos y viejos discursos de la Transición. La nostalgia del consenso”, *Historia Contemporánea*, 44 (2012), pp. 337-367.
- , “Políticas sociales en la España rural desde el tardofranquismo a la Transición: la sociedad en tiempos de mudanza y protesta”, en Rafael QUIROSA-CHEYROUZE Y MUÑOZ y Emilia MARTOS CONTRERAS (eds.): *La Transición desde otra perspectiva. Democratización y mundo rural*, Madrid, Sílex, 2019, pp. 121-147.
- REDONDO RINCÓN, Maria Gloria: *El Seguro Obligatorio de Enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid (Tesis doctoral), 2013.

- RODRIGUEZ, Josep A.: “El poder médico desde la sociología”, en *REIS*, 14 (1981), pp. 95-112.
- SÁNCHEZ SANTOS, Jesus: *Historia de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Albacete 1968-1993*, Albacete, 1996.
- VILAR RODRIGUEZ, Margarita y PONS PONS, Jerònia: “El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición política a la ley general de sanidad (1975-1986)”, *Historia y Política*, 39 (2018), pp. 261-290.
- , y PONS PONS, Jerònia: “El triunfo del modelo hospitalario público sobre lo privado (1964-1986)”, en ídem (eds.): *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons, 2018, pp. 263-321.
- , y PONS PONS, Jerònia: “La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista”, *Historia Agraria*, 66 (2015), pp. 177-210.
- , y PONS PONS, Jerònia: *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*, Universidad de Zaragoza, PUZ, 2014.

CAPÍTULO 7

APUNTES PARA UN ANÁLISIS CRÍTICO SOBRE LA ASISTENCIA MÉDICA GENERAL Y AMBULATORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL TARDOFRANQUISMO A LA TRANSICIÓN¹

Damián A. González Madrid

Universidad de Castilla-La Mancha

Seminario de Estudios del Franquismo y la Transición

Entre 1942 y 1944 la dictadura comenzó a desarrollar el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para atender, con limitaciones y discriminando a los trabajadores agrarios, la falta de salud de los asalariados más pobres y recuperarlos para la actividad laboral. De forma progresiva, pero sobre todo a partir de la activación de la ley de Seguridad Social (SS) en 1967, se facilitó la incorporación al sistema público de salud al grueso de los trabajadores por cuenta ajena y sus familias. En 1975 el 81% de la población tenía algún tipo de cobertura sanitaria pública (frente al 55% de 1965 o el 61% de 1970), incluyendo a los más de tres millones de pensionistas que alcanzó el país en 1973 frente al apenas medio millón de un lustro antes. Aunque la ley de SS señaló un cambio de tendencia, el creciente gasto en protección social se mantuvo en el subdesarrollo en términos comparativos: mientras España en 1970 invertía el 9,5% de su PIB o el 12,1% en 1975, Alemania gastaba el 21,5 y el 28% respectivamente, situándose la media europea entre el 17,2% y el 20,1% en esas dos fechas. Aunque parezca una obviedad, el problema radicó en la infradotación crónica de recursos que caracterizó al sistema autoritario de seguridad social español. El primer motivo de esa falta de recursos residió en la escasa predisposición de la dictadura para apoyar a la seguridad social desde los presupuestos generales.

¹ Investigación respaldada por el proyecto *Ciudadanía social y construcción del Estado del bienestar. La España meridional, 1963-1986* (HAR2017-83744-C3-1-P) del MICINN-AEI.

Entre 1968 y 1976 la media de las aportaciones estatales transferidas al sistema fue del 5%, mientras países europeos como Alemania o Italia superaban el 20%, Reino Unido aportaba más del 38%, o Dinamarca más del 80%. Apoyar a la Seguridad Social del mismo modo hubiera requerido de una reforma fiscal basada en la progresividad, para la que la dictadura hubiera precisado primero de voluntad, y luego de consensos transversales (un pacto keynesiano) incompatibles con su naturaleza. El segundo motivo que explica la falta de recursos nos conduce a la progresiva descapitalización del sistema. Eso era debido a que descansaba financieramente sobre las cotizaciones de trabajadores y empresarios calculadas sobre bases tarifadas no actualizadas. Aquí la consecuencia era doble, la descapitalización ya apuntada, y su regresividad. Puesto que las cotizaciones al sistema en el régimen general las realizaban los trabajadores en función de sueldos de cotización, no por los reales, la aportación de los salarios más elevados fue proporcionalmente menor que la de los modestos, por lo que el sistema resultó siempre más caro a quienes disponían de menos ingresos. No solo es que los trabajadores del régimen general financiaban su propia atención sanitaria, colaborando además a financiar la de algunos de los numerosos y variopintos regímenes especiales (especialmente con el agrario), sino que en términos relativos esa atención resultaba más gravosa a los salarios más pequeños. Los empleadores, a diferencia de los trabajadores, podían repercutir los costes de las cotizaciones por tres vías: en los precios de sus productos o servicios, en los salarios, y en sus beneficios. La seguridad social de la dictadura era por tanto socialmente regresiva y carecía de cualquier vocación redistribuidora.

Este trabajo se concentra en la parte sanitaria de aquella estructura, y más concretamente en el análisis de la atención médica general, ambulatoria o no hospitalaria, el nivel más básico de atención sanitaria y, por ello, el más utilizado por los españoles. En 1978, en su declaración de Alma Ata, la OMS consideraba esta atención como fundamental para el desarrollo social y económico de cada comunidad, y el “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan

las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. En 1974 la seguridad social española gastaba el equivalente a un 11% del PIB, y la parte sanitaria suponía casi un tercio de todo ese dispendio (el 3,3%). La sanidad era, junto a las pensiones, la prestación que más recursos consumía. Entre 1967 y 1971 había crecido a un ritmo anual en pesetas deflactadas per cápita del 8,7%, que se aceleró todavía más hasta 1976 alcanzando el 13,5%. El desembolso era importante, tanto que en 1975 ningún país de la CEE gastaba más en proporción a su presupuesto social que España en sanidad². Lo que aquí trataremos de dilucidar son las características básicas y el tipo de asistencia sanitaria esencial en que se tradujo ese nivel de gasto y si alcanzó, o no, razonables niveles de eficacia y calidad en relación a su misión fundamental, que no era otra que la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y el tratamiento de la misma.

Este análisis parte de la hipótesis de que el modelo sanitario tecnocrático concentró esfuerzos y recursos en una desordenada promoción de instalaciones sanitarias urbanas de carácter hospitalario, a veces con un carácter megalómano y propagandístico, en detrimento de la atención primaria. El eje de la actuación asistencial se situaría así en el hospital moderno y tecnificado, al calor de un modelo sanitario centralista y focalizado en la curación. La tarea que ocupará la mayor parte de las páginas que siguen será averiguar en qué situación se desenvolvía la atención primaria de salud, especialmente en los ámbitos rurales. El marco cronológico elegido se inaugura en torno a 1967, el año de la puesta en marcha del texto articulado que desarrollaba la ley de bases de la Seguridad Social y que impulsaría el desarrollo del sistema sanitario desde ese tramo final de la década. El cierre se ha establecido coincidiendo

² Damián A. GONZÁLEZ MADRID y Manuel ORTIZ HERAS: “El franquismo y la construcción del Estado del bienestar en España: la protección social del Estado (1939-1986)”, *Pasado y Memoria*, 17 (2018), pp. 361-388. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco de la Seguridad Social*, Madrid, Subsecretaría Seguridad Social, 1977, pp. 81-125. Federico BRAVO MORATE *et al.*: *Sociología de los ambulatorios*, Barcelona, Ariel, 1979, pp. 45-50. Gregorio RODRÍGUEZ CABRERO: “Orígenes y evolución del Estado del Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general”, *Política y Sociedad*, 2 (1989), pp. 79-87.

con los últimos momentos de la dictadura y los primeros de la democracia, cuyos gobiernos se verían en la tesitura de acometer una urgente, profunda, pero siempre pospuesta, remodelación del sistema sanitario. Nuestras fuentes son, en primera instancia, una pequeña selección de la literatura académica que algunos especialistas redactaron desde mediados de los años setenta para evaluar la sanidad pública, detectar sus defectos e ineficiencias y proponer líneas para su reforma y mejoramiento. Se trata de estudios sociológicos o informes de carácter oficial que, transcurridos en algunos casos más de cuarenta años desde su elaboración y publicación, se han convertido en testimonios primarios tan valiosos como ignorados por la historiografía especializada en la dictadura, por lo general escasamente atenta a este tipo investigaciones.

LOS RECURSOS HUMANOS

El conocido como *libro rosa* de la sanidad española, publicado en 1977, recogía en uno de sus análisis una encuesta cuyo resultado arrojaba una percepción social generalizada por la que hasta el 53% de los españoles consideraba que en España faltaban médicos. Solo el 25% de los médicos opinaba lo mismo³. Lo cierto es que no faltaban tantos médicos como creían los usuarios, cuyas respuestas habría que valorar en función de su insatisfacción con alguna parte del sistema sanitario. Si utilizamos el número de médicos colegiados existentes entre 1974 y 1979, España avanzó desde los aproximadamente 1,5 médicos por cada mil habitantes de 1974, a 1,8 en 1977 y 2,3 en 1979⁴. Unos datos absolutos que situaban al país en

³ Federico MAYOR DOMINGO *et al.* (dir.): *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*, Madrid, INP, 1977, p. 765 (este es el conocido como *libro rosa*).

⁴ La cifra está calculada sobre el número de médicos colegiados y el número de habitantes. En 1974 España tenía un médico activo por cada 825 habitantes; si se contemplan los colegiados la ratio era de 1 por cada 639. En 2017 la cifra española fue de 3,9 médicos por cada mil habitantes, por encima de la media OCDE. Véase INEbase: “Estadística de profesionales sanitarios colegiados”; Albert CARRERAS y Xavier TAFUNELL (dir.): *Estadísticas históricas de España. Siglos XIX y XX*, Madrid, BBVA, 2005, p. 126; Federico MAYOR DOMINGO *et al.* (dir.): *Investigación...*, pp. 197-198; Felip

una posición relativa nada desventajosa en relación a Francia (1,4 en 1974, 1,6 en 1977 y 1,8 en 1979), Gran Bretaña (pasó de 1,1 médicos por 1.000 habitantes en 1974 a 1,3 en 1979) o Estados Unidos (1,3 en 1975 y 1,4 en 1979) y en parámetros OMS⁵. En España, por tanto, puede concluirse que el sistema sanitario no adolecía precisamente de falta de facultativos. En 1976 se llegó a producir la paradoja en el sistema sanitario público de la Seguridad Social de tener contratados a más médicos que camas a disposición de los beneficiarios y asegurados (41.582 camas frente a 47.251 médicos)⁶. El problema de los médicos, como el de las camas, fue su distribución territorial y su relación con el sistema público.

En 1974 el 64% de los médicos ejercía en las capitales de provincia, atendiendo al 35,7% de la población. O si se prefiere, 64% de la población cubría sus necesidades con los servicios del 36% de los médicos. La cuestión tiene su importancia pues quienes se avecindaban en una capital disfrutaban teóricamente de un médico por cada 460 habitantes, pero quienes desarrollaban su cotidianidad en el resto de cada provincia, la media general se disparaba a un médico por 1.477 habitantes. Como tendremos ocasión de comprobar, en un país con un consumo sanitario creciente por la expansión de la cobertura pública, la “diferente situación geográfica, social, económica y cultural” de la población protegida hacía que la utilización del sistema plantease grandes diferencias⁷.

Un aspecto fundamental de la puesta en marcha de la seguridad social tiene que ver con la situación en que la profesión médica afirmaba haber quedado tras la implementación del SOE, y luego de la Seguridad Social y las sucesivas ampliaciones de la protección

SOLE I SABARÍS: *Problemas de la Seguridad Social española*, Barcelona, Pulso Editorial, 1971, p. 32.

⁵ Las cifras de Francia, Gran Bretaña y EEUU proceden de la Organización Mundial de la Salud, *Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria*, consultado en la página del Banco Mundial (15-12-2019), pero no dispone de cifras para el caso de España en la misma cronología. Portugal llegó casi a los 2 médicos por cada mil habitantes en 1979, y Grecia no bajó de 2 desde 1974.

⁶ Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 537 y 561. Luis DÍEZ *et al.*: *Apuntes para un “libro negro de la Seguridad Social”*, Madrid, Akal, 1982, p. 31.

⁷ Federico MAYOR DOMINGO, *et al.* (dir.): *Investigación...*, pp. 194-199. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, p. 537.

sanitaria pública. Los avances de los proyectos socialización de los servicios de salud, empujaron a una parte de los médicos hacia posiciones reivindicativas de los aspectos mercantiles de una profesión tradicionalmente basada en la clientela. Rara vez esas posturas críticas trascendieron su nítido trasfondo económico para centrarse, además, en la mejora de la calidad del sistema; pero eran también el resultado lógico del proceso de adaptación de la profesión al nuevo modelo asistencial en el marco de una sociedad en transformación. Una parte de ese discurso público se sostenía sobre argumentos que aludían al deterioro de la calidad asistencial por la disolución de los vínculos médico-paciente. Los médicos críticos, primero con el SOE y luego con la Seguridad Social, defendían con pretendida nostalgia una práctica médica idealizada y construida sobre la intangibilidad de la confianza mutua y el trato personal, y alertaban de la deshumanización a la que decían conduciría la figura del médico-funcionario y los cupos. La funcionarización era considerada como la antítesis de una profesión caracterizada por la vocación, el sacrificio y la superación cotidiana. ¿Qué estimularía a los médicos menos buenos si el sistema los equiparaba con los mejores? Y juzgaban especialmente nociva la pérdida de autonomía. El médico debía ser un profesional independiente, que asume que esa libertad se pagaba al precio de no contar más que con su esfuerzo y talento para labrarse una carrera. La funcionarización les colocaría en una situación subordinada no solo frente a su empleador (la administración), sino también ante los enfermos-cotizantes y sus crecientes demandas y exigencias. Porque con el desarrollo y ampliación del SOE enfermos y asegurados desarrollaron actitudes menos complacientes respecto al médico y desafiaron su antiguo prestigio y autoridad. Esa pérdida de estatus y consideración social del médico también fue objeto de preocupación y debate⁸.

No obstante, quienes parecían defender el libre ejercicio de la profesión médica no podían ignorar que desde el siglo XIX “la defensa del ejercicio libre de la medicina (...) ha dependido siempre de la organización correlativa de la asistencia pública”. Desde entonces

⁸ Véase Henri HATZFELD: *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel, 1965.

la profesión médica ha funcionado en un marco asistencial híbrido tutelado por las administraciones públicas “que son secuestradas a su vez por las corporaciones profesionales, constituidas progresivamente en instancias de poder”. El libre juego del mercado no ordenó en la contemporaneidad la asistencia sanitaria en nuestro país, ni fue por tanto la demanda de asistencia lo que desarrolló, por ejemplo, la asistencia domiciliaria básica, sino “la presión de la oferta guiada por los profesionales y tutelada por la administración” que va a originar fenómenos como la iguala, la inamovilidad de las plazas, el cobro de mensualidades y la generación de derechos pasivos⁹.

La puesta en marcha de la seguridad social distó de significar la socialización de los servicios sanitarios, manteniéndose, en la práctica, un modelo de atención mixto sostenido sobre la expansión, las concesiones y las debilidades del servicio público. En 1975 al menos el 83,5% de los médicos españoles ocupaban una plaza en la seguridad social, para la que trabajaban a cambio de una retribución segura y constante en un régimen laboral no necesariamente de exclusividad. El resultado era que los facultativos del sistema público podían pluriemplearse en otros organismos, tanto de la propia sanidad pública por la dispersión de las competencias sanitarias entre 52 organismos y 15 ministerios diferentes, como en sus propias consultas u otras ajenas, y disfrutar de la tolerancia explícita de la administración para la utilización con fines particulares de sus instalaciones y recursos¹⁰. Hay que contemplar, por tanto, como exitosa la presión ejercida por la profesión médica desde la puesta en marcha del SOE, logrando que la Seguridad Social contratase a buena parte de los médicos del país hasta 1976 (y eso que el número de profesionales creció un 46% en la última década) con un marco regulatorio de la actividad

⁹ Los entrecomillados son de José VALENZUELA CANDELARIO: “El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica”, *Dynamis*, 14 (1994), pp. 303-304.

¹⁰ El propio *libro blanco* reconocía la atención hospitalaria pública a enfermos privados no protegidos por el sistema a cambio de facturar el coste de estancia del paciente, pero no de los servicios médicos prestados. Era un privilegio, y una compensación, que se concedía sin subterfugios a los médicos de alta cualificación y prestigio por la imposibilidad de contratarlos a tiempo completo y competir con las retribuciones que recibían del sector privado. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 589-590.

profesional suficientemente laxo¹¹. La contratación masiva de médicos por el Estado, unida a la expansión constante del sistema sanitario, proyectó cierto optimismo sobre la profesión, de modo que en 1975 había más estudiantes de medicina que médicos en ejercicio, estudiantes que, en pocos meses, se enfrentarían a un importante freno de la demanda pública de profesionales ante la necesidad reducir costes¹².

Solo los médicos, de toda clase, llegaron a suponer, en 1970, el 50% de todo el personal sanitario de la Seguridad Social, pero cinco años antes alcanzaron el 57%. En 1973 este país tenía más médicos que enfermeras como consecuencia de un modelo de contratación claramente “elitista”. En 1975 la cifra descendió hasta el 42%, el resto eran practicantes, profesionales de enfermería, matronas, y auxiliares. ¿Por qué se produjo ese retroceso? Para los autores del *libro negro* las contrataciones de personal médico alcanzaron un punto de saturación, pues la Seguridad Social habría empleado a casi todos los disponibles. Solo entonces el sistema público comenzó a contratar personal sanitario no médico, empezando por auxiliares de clínica. Eran el escalafón paramédico más barato, y se les contrató masivamente para realizar funciones de enfermería en los hospitales urbanos¹³.

Ese crecimiento de la profesión médica, asociado a la expansión de la seguridad social, se produjo, no obstante, a base de incrementar

¹¹ Luis DÍEZ *et al.*: *Apuntes...*, p. 32. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, p. 543.

¹² Los médicos jóvenes, éstos y otros que se incorporaron antes a la profesión, empezaron a ejercer en un escenario saturado, por lo que se declararon más dispuestos a trabajar a jornada completa y en el sector público a cambio de una remuneración acorde, olvidándose de hipotéticos escenarios competitivos por la clientela. Federico BRAVO MORATE *et al.*: *Sociología...*, pp. 16 y 83. Josep A. RODRÍGUEZ y Jesús DE MIGUEL: *Salud y poder*, Madrid, Siglo XXI, 1990, pp. 183-185.

¹³ Del colectivo paramédico en 1975 (practicantes, matronas, enfermeras/os y auxiliares) los auxiliares representaban el 34,3%, y la enfermería el 44,4%, pero desde 1965 los segundos habían multiplicado su número por 3,21, mientras que los auxiliares lo hicieron por 11,35. El 80% de los auxiliares ejercían en hospitales urbanos. Aunque no será objeto de nuestro análisis, el personal sanitario se estructuraba de forma jerárquica, ocupando los médicos (hombres) una posición dominante sobre enfermeras, matronas o auxiliares (mujeres). En 1974 el porcentaje de médicas en España no llegaba al 7%, pero la proporción de mujeres que estudiaban medicina ya era del 30%. Otra profesión relacionada con la sanidad y relativamente feminizada fue la farmacéutica, con casi un 44% de mujeres en 1974. Luis DÍEZ *et al.*: *Apuntes...*, pp. 38-40. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 543-547. Jesús M. DE MIGUEL

el número de médicos especialistas (más caros) que pasaban a engrosar las nóminas de los servicios y hospitales urbanos. Entre 1965 y 1975 el número de médicos generales creció un 17% (de 14.013 a 16.406), mientras que el crecimiento de los especialistas fue del 151,5% (de 11.582 a 29.126). En 1976 prácticamente dos de cada tres médicos de la SS, el 64% concretamente, eran especialistas que ejercían en zonas urbanas, bien en hospitales, bien en instituciones ambulatorias, y divididos casi por mitades: el 52% eran especialistas extrahospitalarios, y el resto trabajaban en instituciones cerradas. La especialización extrahospitalaria apenas existía fuera de esos núcleos. En zonas no urbanas, intermedias y rurales, solo ejercían 1.337 especialistas, la mitad de ellos pediatras¹⁴. Eso significa que por cada médico general que se contrató durante esa década, se hizo lo propio con 7,3 especialistas. Así las cosas, entre 1967 y 1976, el número de generales pasó de suponer 8,1 médicos por cada 10.000 asegurados en 1967 a apenas 5,6 en 1976, mientras que los especialistas, y en el mismo intervalo, pasaron de 6,6 por la misma cifra de asegurados a 10 a pesar del aumento de la población protegida (18,4 millones en 1967 y 30,1 en 1976). Ese descenso de médicos generales provocó que, en 1976, esos profesionales incrementasen su media relativa de personas protegidas a cargo de 1.234 a 1.786, con el consiguiente deterioro de la atención primaria pública, mientras el incremento en términos absolutos del número de médicos en nómina de la Seguridad Social por cada diez mil asegurados había permitido mejorar la ratio de 14,6 a 15,7 entre 1967 y 1976 (de 685 asegurados por médico a 637)¹⁵.

RODRÍGUEZ: *La reforma sanitaria en España*, Madrid, Cambio 16, 1976, pp. 71, 98 y 185 e ídem: *Estructura del sector sanitario*, Madrid, Tecnos, 1983, p. 81.

¹⁴ Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 543-547 y 575-577.

¹⁵ Luis DÍEZ *et al.*: *Apuntes...*, pp. 34-35 y 39. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 543 y ss. Sobre la obtención del diploma de médico especialista, España carecía de unos mínimos coherentes y homologados, llegando al extremo de que con dos años de colegiación se podía llegar a obtener esa condición en la rama que se desease; véase César S. PEDROSA: "La formación de los médicos especialistas", *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), p. 15.

EL FUNCIONAMIENTO DE LA ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA

Las cifras que se acaban de exponer nos conducen a reflexionar sobre la calidad de la asistencia médica general y ambulatoria. La asistencia sanitaria pública en su faceta primaria se concentraba en aquella España en el conocido como sistema ambulatorio. La ley del SOE de 1942 ya planteaba su creación para garantizar una adecuada prestación de servicios, y proporcionar al médico un lugar donde prestar consultas. Por ambulatorio se designa a los centros sanitarios públicos de consulta externa (sin hospitalización). En aquellos años la población los podía denominar dispensario, consultorio, consulta, clínica, policlínica, casa de socorro, ambulatorio, etc. A finales de 1976 había 955 ambulatorios de la seguridad social en centros urbanos y semiurbanos, de los cuales 381 eran provisionales y 290 eran consultorios. Los ambulatorios fueron la referencia asistencial para una parte significativa de la creciente población protegida; allí donde no existían, la estructura de atención primaria la sostenían los médicos titulares y de la asistencia pública domiciliaria¹⁶. Esta red de asistencia, a pesar de ese carácter referencial al que aludía, carecía de una eficiente coordinación con el resto del sistema sanitario (hospitales, sobre todo, pero también con la red de salud pública municipal, etc.), y no desarrollaban acciones de medicina preventiva, promoción de la salud o educación sanitaria.

La presencia del sistema ambulatorio se incrementó significativamente entre la población desde principios de los años setenta. Si hasta 1971 la dictadura apenas había sacado adelante 504 de este tipo de centros, entre 1972 y 1976 puso en funcionamiento 444. Eso, lógicamente, desencadenó un uso más intensivo por parte de los asegurados que pasaron de demandar 3,5 consultas medias por afiliado y año en 1967, a realizar casi 5 en 1976¹⁷. En 1952, los afiliados del SOE apenas realizaban una por persona protegida y año. El progresivo

¹⁶ Federico BRAVO MORATE *et al.*: *Sociología...*, pp. 32, 87 y ss. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, p. 559.

¹⁷ Jesús M. DE MIGUEL RODRÍGUEZ: "El sector público sanitario, 1982-1986", *Sistema*, 75 (1986), p. 43, señala que, de media, los españoles acudían al médico de la seguridad social 1,3 veces al año en 1962; 1,5 en 1965; 2,6 en 1970; 3,7 en 1975; y 4,7 en 1980.

aumento de la población asegurada, sumado a la reducción del número de médicos generales, condujo a la masificación de la atención primaria. Según los datos del *libro blanco*, un médico general podría llegar a acumular hasta 37 consultas diarias de media en 1976, a lo que habría que añadir las casi tres visitas que cada médico general realizaba al día. La media de consultas por especialidades se reducía a 18,5, siendo pediatría la más numerosa. La media total de consultas médico-paciente en la seguridad social era de 28¹⁸.

Esa cifra media de consultas adquiere verdadero significado cuando se pone en relación con el tiempo medio que los facultativos del sistema público dedicaban a sus pacientes. Según el *libro rosa* los médicos de la Seguridad Social trabajaban para su empleador público una media de cuatro horas diarias. Los médicos generales podían emplear dos horas para atender a sus pacientes en consulta, y otras dos para visitas domiciliarias. Un especialista todavía menos, pues su jornada legal de consulta era de 2,5 horas. Todo ello explicaría que “más de la mitad de los médicos” ejerciesen privadamente la medicina durante otras 3,5 horas de media. Según el *libro rosa*, el pluriempleo médico llegaba al extremo de que “por término medio cada médico en ejercicio tiene 2,4 puestos de trabajo”, la mayor parte divididos entre la Seguridad Social o el sector público (1,23) y el sector privado (1,17). En 1974 el 57,5% de todos los médicos ejercía libremente su profesión (el 90% en ciudades mayores de 100.000 habitantes); el 42,3% trabajaba para sociedades médicas (el 87% en ciudades mayores de 50.000 habitantes); el 41,1% para organismos públicos y otro 17,6% para entidades diversas. Estos niveles de pluriempleo conducían, de una parte, a la baja calidad de la atención pública y a su consiguiente descrédito, y por otra a la confusión entre lo público y lo privado que solía redundar en un aprovechamiento fraudulento del primero por el segundo en forma de trasvase de pacientes, y utilización de instalaciones, tecnología y servicios¹⁹. Sean cuales

¹⁸ Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 610-612 y 644 y ss. (cálculo sobre 24 días laborables). Luis DÍEZ *et al.*: *Apuntes...*, pp. 34, 44 y 50-51. Federico BRAVO MORATE *et al.*: *Sociología...*, pp. 73-75.

¹⁹ Luis DÍEZ *et al.*: *Apuntes...*, pp. 30-31 y 36-37. Federico MAYOR DOMINGO *et al.* (dir.): *Investigación...*, pp. 196 y 207-208. Felip SOLÉ I SABARÍS: *Problemas...*, p. 34.

fueran las cifras exactas, y sin obviar la heterogeneidad de situaciones particulares, en lo que sí hay coincidencia es en que los médicos bien establecidos y con clientela privada tendían a reducir al mínimo su dedicación pública, y otros muchos aprovechaban la brevedad de los horarios de consulta en la SS para desarrollar actividades adicionales remuneradas de carácter privado, pero también para otras entidades de carácter público.

La situación se extendió también a las especialidades ambulatorias, que se encontraron con una demanda exagerada de sus servicios como consecuencia de las derivaciones abusivas desde la medicina general. En este caso una de las claves de la baja calidad de la asistencia residió en la brevedad de las consultas y su deficiente organización, caracterizada por su horizontalidad, la inexistencia de programación, de listas de espera y de tiempos asignados por paciente. Las dificultades para realizar estudios detenidos de cada usuario generaron deficiencias diagnósticas, un exceso de hospitalizaciones preventivas, y la sobrecarga de los medios auxiliares y tecnificados de diagnóstico. El abuso de la hospitalización por la degradación de la atención ambulatoria generó cierta “mitificación social del hospital” y una “autorresponsabilización excesiva” de estas instituciones en relación a la salud colectiva. Si bien es cierto que la Seguridad Social había concentrado abundantes recursos y esfuerzos en esa parte del sistema logrando notables estándares técnicos y científicos, los hospitales no podían elevar el nivel general de salud de la población pues su actividad era puramente curativa. Con todo, no habría que olvidar que, si los hospitales públicos a mediados de los setenta eran meras factorías de curar, hasta fechas muy recientes habían funcionado como “asilos para moribundos”, y esa era una transformación perceptible por muchos de esos nuevos demandantes de cuidados hospitalarios. Según los datos oficiales del *libro blanco*, el índice de incremento de población protegida entre 1967 y 1976 se elevó de 100 a 183, pero el índice de estancias hospitalarias creció hasta 270, a un ritmo por tanto muy superior que el de nuevos beneficiarios. Por cada mil afiliados las hospitalizaciones pasaron de 43 en 1967 a 66 en 1976, las intervenciones quirúrgicas se multiplicaron por tres, y los días de ingreso hospitalario aumentaron de 8,2 a 9,6. Y a

pesar de ello solo el 8% de los usuarios tenía una opinión negativa de la asistencia hospitalaria recibida en la seguridad social, si bien el 65% de los encuestados consideraba que los servicios hospitalarios disponibles en su provincia eran insuficientes, y el 53% creía que la atención hospitalaria privada era mejor que la pública. Este último dato habría que ponerlo en relación con el hecho de que en 1974 el 25% de las hospitalizaciones en España tenían lugar en hospitales particulares frente al 53% de la seguridad social; en 1970 la proporción era de 29% a 33% respectivamente²⁰. Con todo, y aunque apenas nos

²⁰ La cultura “desarrollista” impulsó grandes construcciones hospitalarias en los crecientes espacios urbanos (Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla). Sin duda, en ellos se concentraban muchas necesidades, pero también era una manera eficaz de rentabilizar políticamente las nuevas inversiones. Con todo, en 1969 España tenía menos camas hospitalarias que Portugal y Grecia, y con una ratio de 4,34 por cada mil habitantes estaba lejos de alcanzar la media europea (nueve). En 1975 el país alcanzó las 5,3 camas, apenas una más de las que había en 1949, y a gran distancia todavía de las 10 de la RFA, las 9 de Reino Unido o las 8,6 de Italia. Esa apuesta por las grandes infraestructuras acentuó los desequilibrios y la descoordinación con el sistema de atención primaria y ambulatoria, e incrementó la brecha con el ámbito rural. No debe olvidarse tampoco que la Seguridad Social franquista fue un sistema de contratación con el sector privado en lo relativo a las atenciones hospitalarias. En 1976 el 14,6% del gasto sanitario público correspondió a conciertos con el sector privado. El gasto en establecimientos propios creció, desde 1967, a un ritmo del 12,3% anual, y luego al 20% hasta 1976; pero el gasto en establecimientos contratados creció siempre y para el mismo periodo por encima del 23%. Las camas hospitalarias privadas no disminuyeron apenas desde 1949 y hasta la muerte del dictador, manteniéndose en aproximadamente en un tercio de todas las disponibles en el país. Esa circunstancia nos revela que el sistema público no se desarrolló durante la dictadura a costa del privado. En todo caso, el incipiente sector público sanitario contribuyó a la supervivencia del privado (modelo mixto). Una parte no pequeña de la expansión de la Seguridad Social entre 1967 y 1976 se debió al gasto sanitario del sistema en establecimientos contratados, de tal forma que, en 1976, el 36% de las camas utilizadas por la seguridad social habían sido contratadas (de todo el gasto público en asistencia en establecimientos cerrados el 31,7% fue para conciertos). Los conciertos con centros sanitarios privados fueron objeto de crítica por la ausencia de vigilancia sobre la calidad y la cantidad de las asistencias que recibían los asegurados, la falta de control sobre los contratos y sus cláusulas, que ofrecían generosos márgenes para el abuso y el fraude (ingresos injustificados, prolongación de estancias rentables, facturas por servicios no prestados o prestados en instalaciones públicas, contratos con personal de la seguridad social, etc.), y la inexistencia de planificación, complementariedad y coordinación entre el sector público y el concertado. Véase Federico BRAVO MORATE, *et al.*: *Sociología...*, pp. 61, 70-72, 75-76, 82 y 85. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 571-580, 610-619, 636-656. Federico MAYOR DOMINGO, *et al.* (dir.): *Investigación...*, pp. 350-354 y 773-789; Luis DÍAZ *et al.*: *Apuntes...*, pp. 19-20, 42 y 46-47. Jerònia PONS PONS y Margarita VILAR RODRÍGUEZ: *El seguro de salud privado y público en España*, Zaragoza, PUZ, 2014, p. 237; ídem: “El triunfo del modelo hospitalario público sobre lo privado (1964-1986)”, en ídem (eds.): *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons, 2018, pp. 263-32.

detendremos en ello, el funcionamiento de los hospitales presentaba también problemas de envergadura relacionados con una organización deficiente que desembocaba en una grave infrautilización de los recursos humanos y materiales disponibles. Que el nivel medio de ocupación de las camas públicas no alcanzase el 80% podría ser un rasgo significativo de esa deficiente gestión²¹.

La baja calidad de la asistencia primaria dio como resultado una relación médico-paciente en la que, como señalan Perdiguero y Bueno, la receta del medicamento se convirtió en una “contrapartida” esencial para que el asegurado percibiese algún retorno de su contribución al sistema sanitario. Esta extraña relación tiene su origen en las debilidades congénitas del SOE, que condujeron a una relación del paciente con la enfermedad y con el sistema sanitario primario caracterizada por la “hegemonía simbólica y terapéutica del medicamento” a través del cual el paciente cree acceder por la vía rápida, y científica, al alivio o la curación convirtiendo al médico en mero intermediario²². El régimen, y especialmente el Ministerio de Trabajo liderado por Girón, utilizaron la libertad de prescripción médica y las limitaciones a la contribución económica del asegurado con fines propagandísticos y demagógicos, resistiéndose incluso a la introducción de restricciones básicas como la que representaba inicialmente el “petitorio” para evitar la protesta y disfrutar de la aprobación de los beneficiarios. Las consecuencias fueron perversas, pues para los pacientes la medicina, el antibiótico, la vitamina, la inyección o la pastilla, acabarían siendo el “milagro”, la solución a sus problemas de salud, y no el consejo, el conocimiento y la experiencia del médico²³.

²¹ Josep A. RODRÍGUEZ y Jesús DE MIGUEL: *Salud y poder...*, p. 143. El libro rosa ofrece datos para los primeros años setenta entre el 71% y el 77%, pp. 344-347.

²² Enrique PERDIGUERO GIL y Eduardo BUENO VERGARA: “Mejor curar que prevenir: dispositivos asistenciales y actividades preventivas en el primer franquismo”, en Mónica MORENO SECO (coord.): *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates*, Alicante, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2019, pp. 1.980-1.981.

²³ Josep M. COMELLES: “Fiebres, médicos y visitantes: notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo” en José MARTÍNEZ PÉREZ (coord.): *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, UCLM, 2004, p. 1.009.

En 1974 el 85,5% de quienes acudían a una consulta médica pública la abandonaban con algún tipo de medicamento prescrito. A pesar de los exiguos tiempos de consulta, la media de recetas diarias por médico superaba las 23, y la de envases prescritos los 67 (casi tres envases por receta). La consecuencia fue un incremento del consumo farmacéutico entre 1968 y 1974 a ritmos anuales de dos cifras y una media plurianual del 20,4%. Del coste total de la asistencia sanitaria en España durante la década comprendida entre 1967 y 1976, el 45% fue para la prestación farmacéutica²⁴. La tendencia en el consumo de medicamentos con cargo a la prestación pública fue siempre ascendente, y de los 4,7 medicamentos por persona y año de 1963, se pasó a 5,6 en 1965, a 9,2 en 1970 y a 12,2 en 1975. En 1978 ya se consumían 15,6 productos farmacéuticos al año. De 19 recetas por asegurado en 1967, se pasó a 35 en 1977. ¿Qué pagaban los usuarios? Desde el decreto 3157/66 la prestación farmacéutica era gratuita en tratamientos en instalaciones propias o concertadas de la Seguridad Social, para accidentados y enfermos profesionales, pensionistas y casos de invalidez por enfermedad o accidente no laboral. Fuera de estos supuestos, la aportación general era de un fijo de 5 pesetas hasta las 30 de PVP del medicamento, y una peseta adicional por tramo de 10 de incremento del precio del medicamento sin que la aportación del asegurado pudiera superar las 50 pesetas en total. Este ticket moderador no logró, sin embargo, reducir el consumo, que durante la década 1967-1977 se multiplicó casi por tres en pesetas constantes²⁵. Aunque la dictadura asumió medidas de control para contener el ritmo de crecimiento del gasto farmacéutico desde 1972 con algún efecto positivo (se redujo en un 8% su impacto en el dispendio sanitario total hasta 1976), no es menos cierto que renunció a una intervención profunda sobre los complejos aspectos sanitarios, comerciales y económicos del problema, y ahí hay que incluir cualquier revisión al alza de la aportación del asegurado que, con el paso del tiempo, se tornó en simbólica. Con la promulgación del

²⁴ Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 678-699. Federico MAYOR DOMINGO, et al. (dir.): *Investigación...*, pp. 234-240.

²⁵ Jesús DE MIGUEL y Juan SALCEDO: *La profesión farmacéutica*, Madrid, Siglo XXI-CIS, 1987, p. 42.

decreto 945/78, el problema acabaría trasladándose al beneficiario, cuya aportación general sobre el precio de los medicamentos se situó en el 30% del PVP, con las excepciones de los tratamientos específicos (crónicos), y la gratuidad para pensionistas y accidentados.

Durante todo este periodo el crecimiento del consumo farmacéutico y de su factura se convirtieron en un problema serio, con la particularidad de que los productos que con más frecuencia se prescribían en el sector público eran, además, los de mayor precio, estableciéndose una vinculación perversa entre calidad y eficacia. Destacaba también la exagerada prescripción de vitaminas, reforzantes y antibióticos (España consumía de estos un 20% más que los europeos) que, a decir de Solè i Sabarís, o bien significaba “que la clase trabajadora está mucho más enferma y necesitada de asistencia que el resto de la población”, o que los médicos recurrían a “medicamentos enérgicos o espectaculares en sus efectos como forma de [en] cubrir una asistencia defectuosa” y de baja calidad. La generosidad en la prescripción farmacéutica, en un marco, no lo olvidemos, de libertad para el facultativo, comprometió los equilibrios financieros de un sistema cuyo gasto crecía anualmente a un ritmo del 13,5% por persona protegida²⁶.

Sobre el exagerado consumo farmacéutico se plantea como causa fundamental un sistema con tantas deficiencias organizativas que introduce limitaciones en la capacidad de diagnóstico del médico; y como coadyuvante que el fármaco actuase como vía para gratificar la frustración de los sanos en un peculiar ejercicio del derecho a la salud. Y aunque no habría que olvidar tampoco el interés del médico en complacer a su cupo de asegurados para evitar que causasen baja por depender de ello parte de su retribución pública, debemos considerar también que, en según qué casos, el fármaco funcionó como sustitutivo o paliativo de situaciones de carencia, incluso alimenticia. Cabría reflexionar, por tanto, sobre hasta qué punto el desarrollo y la extensión de la asistencia sanitaria actuaron como

²⁶ Felip SOLÈ I SABARÍS: *Problemas...*, p. 139. Federico BRAVO MORATE, *et al.*: *Sociología...*, p. II. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 640-657.

analgésicos de una situación social marcada por la desigualdad, la pobreza y la necesidad.

La política sanitaria desarrollada por la dictadura consistió en tratar enfermos para recuperarlos primero para el trabajo y más tarde para el consumo. Paradójicamente eso tuvo como consecuencia un aumento de la morbilidad y del consumo médico. Era, seguramente, la consecuencia de la inexistencia de políticas de educación, prevención y rehabilitación, pero también de las deficiencias en la alimentación y de los entornos urbanos y laborales. El acceso a la salud promovido por la dictadura era casi patrimonio exclusivo del individuo enfermo. Por tanto, la solución al crecimiento de la morbilidad no podía recaer solo sobre la atención individualizada (curación), pues así se enmascaraba una realidad más compleja en la que la enfermedad emerge en unas determinadas condiciones sociales. La extensión de la protección sanitaria, junto con el desarrollo económico y la paz social fueron anhelados por la dictadura como expresión de una nueva legitimación social por el ejercicio del poder, pero su interrelación con los fenómenos sociales devolvió una sociedad aparentemente más enferma²⁷. Más consumo sanitario y farmacológico no significó necesariamente más salud, incluso algunos estudios establecieron relaciones entre esos excesos de demanda sanitaria y farmacéutica, con aumentos en la mortalidad²⁸. De la misma forma que no faltan autores que relacionan un consumo elevado de fármacos con niveles de desarrollo económico y social relativamente bajos²⁹.

El problema del consumo farmacéutico español era un fenómeno complejo que de ninguna forma puede desligarse del proceso de expansión de los laboratorios multinacionales en nuestro país al calor del crecimiento de una protección pública sanitaria deficiente que

²⁷ Barrios como el de la Unidad Vecinal de Absorción de Canillejas tenían en 1975 a un 17% de su población enferma entre crónicos, infectocontagiosos, y casos de hiponutrición, raquitismo o dermatosis. Véase José AUMENTE BAENA: "La salud como derecho básico de la persona", Alberto VILLA LANDA: "La sanidad en los barrios" y Francisco J. YUSTÉ: "Patología del subdesarrollo", *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 59-61, 54-56 y 57-58.

²⁸ Véase Miquel PORTA SERRA y Stephen B. KRITCHEWSKY: "La asociación entre mortalidad y gasto de medicamentos persiste al controlar por la renta per cápita", *Gaceta Sanitaria*, 1 (1987), pp. 5-11.

²⁹ Jesús M. DE MIGUEL: "El sector público...", p. 43.

subvenciona el medicamento, ni del marco regulatorio establecido por el gobierno para relacionarse con esas empresas. La Seguridad Social era la responsable de tres de cada cuatro pesetas del gasto farmacéutico en España en 1976 (en 1967 solo del 40%), lo que significaba un coste para el INP de 70.145 millones. En términos globales el INP abonaba casi 80% del PVP de los medicamentos, el resto salía de los descuentos de los laboratorios, y las aportaciones de farmacias y beneficiarios. A pesar de esa posición de consumidor casi monopolístico, la dictadura no ejerció el papel de ordenación de precios que le reconocía su propia legislación de 1966 y 1974 (artículo 107.6), limitándose a intentar minorar los que le presentaba la industria. Todo ello sin olvidar que tampoco se procedió a regular los efectos de la publicidad y la contaminación comercial que representaba una oferta casi libre y excesiva de especialidades, muchas de ellas sin validez terapéutica o inadecuada a las necesidades, ni de los tipos de presentaciones y envases que los laboratorios suministraban³⁰.

Las dimensiones del negocio eran importantes. En 1976 las 14.188 farmacias del país, que funcionaban en un régimen monopolístico, se repartían un volumen teórico de beneficio vinculado al INP de 15.773 millones de pesetas (descontados ya los márgenes de laboratorios, mayoristas y la cooperación con el INP)³¹. Sin embargo, España tenía cinco veces más farmacias de las recomendadas por la OMS y mal distribuidas. Entre 1965 y 1972 habían crecido un 20%, muy por encima de lo que lo hizo la población (7,5%), y continuaron multiplicándose, especialmente en los ámbitos urbanos, porque en poblaciones superiores a 50.000 habitantes las aperturas se regulaban por una normativa que atendía a las distancias entre establecimientos (unos 225 metros), y no en relación a la población³². Era por ello que

³⁰ Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 669-703. Jesús DE MIGUEL y Juan SALCEDO: *La profesión farmacéutica...*, pp. 3, 7, 20 y 42. Jesús M. DE MIGUEL: "Análisis sociológico del sector farmacéutico en España", *REIS*, 5 (1979), p. 68.

³¹ Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 677 y 695. Como mera referencia, el SMI para 1976 era de 10.350 pesetas al mes.

³² Se aceptaba como adecuada una proporción de 5.000 habitantes por farmacia, pero la media española era de una oficina por cada 2.538. Si desglosamos esa media atendiendo a mundo rural y urbano (+10.000 habitantes), el resultado es que la proporción de habitantes por farmacia urbana era de 1.867. Eso explicaría que, según el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el 54% de las farmacias del país tuvieran comprometida

el 87% de los farmacéuticos en activo tenía una farmacia en propiedad a mediados de los setenta. La crisis del sector minorista era un hecho, y aunque la solución pasaba por una compleja racionalización de su entramado, aquella resultaba inaceptable por los intereses creados en torno a un ecosistema protegido y endogámico. Por eso una parte de la crisis de ese sector la terminó aliviando la ciudadanía con el aumento del ticket moderador y la abolición de los descuentos directos de la industria a la Seguridad Social por UCD en 1977. Una parte de la profesión, sin embargo, mejoró la rentabilidad de sus concesiones participando de estrategias fraudulentas que implicaban a prescriptores y dispensadores de fármacos. La ineficacia de los controles por parte del INP, así como de medidas coercitivas y disciplinarias, convirtieron en frecuentes, y conocidas, las prescripciones ilegítimas a nombre de asegurados no consultados o que llegaban directamente al farmacéutico para su factura, recetas toleradas por los farmacéuticos en las que no se podía identificar al ordenante de la prescripción, los extravíos de talonarios, la desviación de recetas a pensionistas, o la polifarmacia por “tarugo” (comisiones y regalos por receta y venta de determinadas presentaciones)³³.

Si antes hablamos de la crisis de la profesión médica, la farmacéutica no le iba a la zaga. La de farmacéutico era una profesión más liberal que la médica, pues sus miembros no tenían un acomodo definido en el sector público. A ello hay que unirle que, desde la década de los sesenta, la figura del farmacéutico comenzó un acelerado proceso de “desprofesionalización” y “descapitalización”, como consecuencia de que dejó de ser el elaborador del medicamento para ceder esa parcela fundamental de su estatus social y profesional a los laboratorios de las multinacionales. Solo les quedó el monopolio de la comercialización al por menor. ¿Qué eran los farmacéuticos? ¿Comerciantes con intereses coincidentes con los de la industria, o profesionales sanitarios al servicio de la salud colectiva? En la profesión acabó primando el volumen de facturación, y quedó en un segundo plano

su viabilidad económica en 1978. Jesús DE MIGUEL y Juan SALCEDO: *La profesión farmacéutica...*, p. 212; Jesús M. DE MIGUEL: “Análisis sociológico...”, pp. 61-62.

³³ Luis DÍEZ *et al.*: *Apuntes...*, pp. 21-22. Federico MAYOR DOMINGO *et al.* (dir.): *Investigación...*, p. 526.

su función sanitaria, por ello en 1980 el 54% de los farmacéuticos se concentraba en las capitales de provincia³⁴.

En conclusión, durante el ocaso de la dictadura la asistencia ambulatoria de la seguridad social era en un ejercicio masificado por el que médico apenas cumplía con su deber de atención a su cupo de asegurados (por encima de las 700 cartillas), actuando como un burócrata que, ante las dificultades para diagnosticar a sus pacientes, empleaba su escaso tiempo expidiendo recetas, partes de baja y justificantes a demanda, y a organizar desvíos a otras instancias sanitarias públicas o privadas. El médico general se convirtió en una figura no imprescindible, y de la que, hasta cierto punto, se llegó a desconfiar, por lo que acudir a su consulta pública a mediados de los setenta era en muchos casos un acto despersonalizado, administrativo o de trámite, para acceder al medicamento, a la baja laboral o al especialista. De hecho, hubo usuarios, allí donde era posible, que dejaron de hacer uso de la atención sanitaria ambulatoria para recurrir, sin embargo, a las consultas externas hospitalarias, las urgencias hospitalarias, o a la consulta privada del médico mediante el mantenimiento, por ejemplo, de la iguala, un fenómeno que no fue exclusivamente rural. Felip Solé Sabarís señaló que el desprestigio de esas instituciones era tal en el último tramo de los años setenta que, en ciertas zonas urbanas, la utilización de los servicios básicos de la sanidad pública se desplomó hasta el 46% de la población asegurada³⁵. Las molestias ocasionadas a los usuarios hacían que casi un tercio de los mismos (el 31%) se declarase insatisfecho con la atención sanitaria recibida en la Seguridad Social, y que uno de cada cuatro considerase que el trato personal había sido también deficiente. Al hilo de todo lo expuesto, y antes de analizar la situación en las zonas rurales, podría concluirse que, a mediados de los setenta, las urbanas no lograron niveles óptimos de atención sanitaria básica³⁶.

³⁴ Jesús DE MIGUEL y Juan SALCEDO: *La profesión farmacéutica...*, pp. 3, 14-15, 60-61, 216, 225 y 250.

³⁵ Federico BRAVO MORATE *et. al.*: *Sociología...*, p. 12.

³⁶ Federico MAYOR DOMINGO, *et. al.* (dir.): *Investigación...*, pp. 248-249 y 768-769. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, p. 533.

¿Cuánto se gastaba en atención primaria? Aunque el dato es forzosamente general, lo cierto es que el gasto medio por consulta en pesetas constantes de 1975 había aumentado desde las 482 de 1967 a 626 pesetas en 1976; el problema residía en que el incremento de ese gasto hay que computarlo al gasto farmacéutico, que creció algo más del 12%, y no al de personal, que se contrajo un 2,7% durante todo ese periodo. Aunque hay otros matices importantes en ese crecimiento del gasto medio de la Seguridad Social en prestaciones por consulta de régimen abierto, hay que reparar sobre todo en uno: en 1976, el 48% del gasto total en asistencia sanitaria correspondía a ese tipo de prestaciones, cuando en 1967 era el 70%. Por el contrario, el gasto hospitalario había pasado del 23% del total del gasto asistencial en 1967, al 44,5% en 1976³⁷. Las prioridades estaban claras.

LA DERIVADA RURAL

La España que lentamente abandonó la dictadura en 1977 tenía aproximadamente a un tercio de su población habitando el medio rural o casi rural. Y rurales, o casi, eran el 94,4% de los municipios del país por no alcanzar los diez mil habitantes. De todos ellos solo el 6,1% se encontraba entre los cinco y los diez mil habitantes, y casi el 74% no lograba superar los 2.000. Sin pretender aquí debatir sobre los parámetros, demográficos o de otra índole, que definen o no la ruralidad, en estos ámbitos la asistencia sanitaria primaria presentaba algunas particularidades que merece la pena identificar³⁸.

Con los datos del *libro blanco*, en 1976 apenas el 13% de todos los médicos del país ejercían en zonas rurales vinculados a seguridad social. La cifra no difiere en exceso del estudio del *libro rosa* que los

³⁷ Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 654-655.

³⁸ El censo de 1970 sitúa a un 33,5% de la población en estas localidades. Diez años después eran el 26,7%. El límite demográfico de la ruralidad es el utilizado por Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria en las zonas rurales*, Madrid, CEAS, 1979, p. 21, estudio esencial para las estas páginas. Véase Josep M. COMELLES *et al.*: "Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo" en Enrique PERDIGUERO GIL y José MARTÍNEZ PÉREZ (eds.): *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Madrid, La Catarata, 2020, pp. 63-124.

cifraba en el 14% para 1974, o de la estimación del Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria (CEAS), que refiriéndose a 1977 señalaba que solo el 11,6% de todos los médicos (6.585 efectivos), trabajaban en localidades menores de diez mil habitantes. De ellos, casi tres de cada cuatro lo hacían en partidos médicos cerrados (por debajo de 6.000 habitantes) en los que, por ley, el médico, o los médicos titulares y de la APD, ejercían el monopolio sobre una determinada zona. Estos partidos eran el 85% de los del país, y el 92% de los rurales y esos profesionales representaban toda la asistencia médica primaria en la mayoría de la España rural³⁹. Que hubiera uno o más médicos dependía de las características y población del partido, que actuaba como un núcleo mancomunado de una o varias localidades (o anejos); en 1977 solo el 14% de los partidos rurales estaba integrado por una sola unidad. Aunque no es sencillo precisar cuántos médicos servían en cada tipo de partido, en los menores de 1.000 habitantes solía existir un único médico titular, mientras que el segundo médico aparece con alguna claridad a partir de los 3.000 habitantes; la media para las localidades entre 3.000 y 5.000 era de 1,7 médicos, y a partir de los cinco mil, de 2,4. En el medio rural la elección de facultativo médico por el usuario resultaba, por lo general, imposible de satisfacer. En cualquier caso, si la media nacional de habitantes por médico era de 634, para los avecindados rurales era de 1.728, casi el triple. Eso sí, en las localidades y partidos sanitarios de tres mil habitantes en adelante (hasta diez mil), la proporción de personas por médico superaba las dos mil. La mayoría de los facultativos que ejercían en el medio rural en 1977 eran médicos generales (87%). El único especialista con cierta presencia en este tipo de poblaciones fue el odontólogo (7,3%). En un partido pequeño el médico podía atender a menos población, pero más dispersa. De hecho, en el 65% de los pueblos menores de mil habitantes y con médico, y el 13% de los que llegaban a los tres mil, el facultativo no residía en el pueblo, calculándose la distancia media con sus pacientes en casi 8 kilómetros. En los grandes, si eran cerrados, había pocas plazas y más potenciales cartillas, y por tanto cupos mayores que equivalían

³⁹ *Ibídem*, p. 100. Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 548, 570 y 571.

a más ingresos para el profesional; pero si eran abiertos, los médicos libres no los encontraban económicamente atractivos⁴⁰.

Sólo el 4% de los pueblos tenía ambulatorios, y casi todos en localidades de más de cinco mil habitantes, por lo que el consultorio, por lo general desprovisto de medios y comodidades, era la instalación médica rural más común en 1977 excepto para el 17% de esas localidades rurales que carecía de cualquier centro de asistencia específico. Sin centros que sirvieran de base a la atención primaria, y con un personal auxiliar escaso y mal distribuido (solo el 41,5% y el 8% de los pueblos tenía practicante y comadrona o ATS), la calidad y la cantidad de la medicina rural dependía de la capacidad individual de su médico general, cuando lo había. Si nos centramos en el número de partidos sanitarios desatendidos, es decir sin un médico con plaza o contratado para cubrir una vacante, resulta que casi el 30% de los más pequeños (menos de 1.000 habitantes) estaba exactamente en esa situación en 1977. En zonas concretas como Andalucía oriental o Extremadura, esos porcentajes podían aproximarse al 55% y al 72% respectivamente. Por encima de los cinco mil habitantes no se daban estos casos, pero en términos generales casi el 15% de los partidos sanitarios rurales en 1977 estaba desatendido, y en 1979 la cifra alcanzó el 17%. El atractivo de la España rural para el ejercicio de la profesión lo pone de manifiesto el número de vacantes. Según la valiosa encuesta elaborada por Victorino Jimeno y el CEAS, en 1977 pudo darse la paradoja de que el sistema sanitario público tenía más vacantes médicas que personal en ejercicio en el medio rural. La mayor parte se concentraban en los pueblos más pequeños (72%), pero los que tenían una población entre mil y tres mil habitantes acumulaban hasta un 40% de vacantes, y otro 27% adicional en la franja de tres a cinco mil habitantes⁴¹.

Las pequeñas localidades solían también tener dificultades de acceso al medicamento. En 1977 el medio rural disfrutaba casi de

⁴⁰ Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria...*, pp. 100-106, 116, 131, 210 y 220. Federico MAYOR DOMINGO *et al.* (dir.): *Investigación...*, p. 196.

⁴¹ Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria...*, pp. 102-105, 114-115 y 135. Para 1976 el *Libro Blanco* (p. 570) solo reconocía 3.217 vacantes médicas en el medio rural, y más de cinco mil doscientas entre ATS y matronas. El CEAS (p.

una de cada cuatro oficinas de farmacia (aproximadamente una por cada 3.179 habitantes), lo que permitía que, por encima de los tres mil habitantes, todos los pueblos dispusiesen de alguna (1,6 de promedio hasta los 5.000, y 2,5 por encima de esa cifra). Pero hasta los tres mil habitantes la realidad era otra. En localidades menores de mil habitantes residían 1,98 millones personas, y en esa parte de nuestra geografía solo el 6,4% de los pueblos, incluyendo cualquier agrupación de localidades, disponía de farmacia. La gran mayoría, por tanto, de esos vecindarios se venían obligados a desplazamientos que, de media, se calcularon en más de seis kilómetros. En los pueblos un poco mayores, hasta los tres mil habitantes, la ausencia de farmacias quedaba reducida al 29% de los municipios⁴².

Las condiciones laborales de los médicos en la España rural estaban marcadas por el aislamiento, una demografía menguante y envejecida, el escaso desarrollo cultural general, y una notable ausencia de material y de infraestructuras. Sólo el 37% de estos médicos contaba con algún instrumental adicional, o no básico, y en la mayoría de los casos era propio y no proporcionado por el sistema público. Tras perder unos tres millones de habitantes en una década, la medicina en el medio rural era una profesión solitaria, liderada individualmente por un médico generalista cuyo nivel científico y académico podía no ser óptimo, en parte como consecuencia de la inexistente coordinación con el resto de los niveles de la asistencia⁴³. La inexistencia de servicios de urgencias en el medio rural, así como de medios auxiliares para este tipo de situaciones (solo el 7,5% de las localidades menores de 10.000 habitantes tenía en 1977 acceso a una ambulancia) introducía dificultades para que los médicos

211) afirmaba que en 1977 las vacantes médicas eran 6.078. José PEDROCHE: "La asistencia sanitaria es caótica", *Actualidad Agraria*, 57 (1979), p. 20.

⁴² Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria...*, pp. 126-127 y 248.

⁴³ Las propuestas de reforma para la atención rural solían incluir, además de medidas de descentralización sanitaria, infraestructuras y coordinación, formación específica para los estudiantes de medicina, y continua para los que ya estuvieran en ejercicio; ver Andrés GARCÍA ALONSO: "Asistencia sanitaria en el medio rural", *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), pp. 69-73. No obstante, en 1977 la profesión médica rural estaba en pleno proceso de renovación, con una media de edad de 43,4 años, como consecuencia de la incorporación de los más jóvenes a los destinos menos apetecibles ante la ausencia de mejores horizontes; Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria...*, pp. 215 y 223.

rurales ejerciesen durante una jornada laboral limitada por horarios, y pudiesen acceder al descanso semanal y las vacaciones⁴⁴. La dedicación de muchos médicos rurales a la atención pública era así, forzosamente, superior a la de los urbanos que, como se mostró, era bastante limitada. Sin embargo, una parte de la retribución pública del médico se basaba en el cobro de una cantidad por asegurado. A mayor cupo de asegurados, mayor era la retribución, y muchos de estos médicos rurales tenían problemas para alcanzar los cupos de los urbanos (superiores a las 750 cartillas) y, por tanto, una retribución similar, lo que contribuyó a agudizar la percepción de discriminación y agravio. Ahora bien, hacia 1974 los médicos rurales comenzaron a ser compensados por sus dificultades para acumular asegurados dotando a las cartillas del régimen especial agrario de coeficientes más elevados⁴⁵. Y tampoco hay que olvidar que, en los partidos médicos cerrados con titulares únicos, el sistema de la iguala con protegidos por la Seguridad Social fue una vía autorizada de ingresos para el profesional, que utilizaba un horario de atención similar al urbano dando derecho la iguala a ser visitado, diagnosticado y recetado fuera del mismo. En esas circunstancias el ciudadano pagaba doblemente por el mismo servicio, pero ayuda a comprender que, junto con la incorporación tardía de los trabajadores agrarios por cuenta propia al sistema de protección pública, en el mundo rural, con casi un 85% de población protegida a finales de los setenta, casi el 24% de su población mantuviese la iguala, y el 22% mantuviese una doble protección frente al 12% de la urbana. La proporción más grande de igualas (28,5%) y de protección múltiple (27,7%) estaba en las localidades menores de mil habitantes, sin que por ello fueran fenómenos infrecuentes en el resto⁴⁶.

En cierta forma, y sin despreciar los necesarios matices que habría que introducir en la reflexión, una parte de la medicina rural también estaba pluriempleada. En 1977 uno de cada cuatro facultativos tenía igualas, otro 7% trabajaba con seguros libres, y el 13% ejercía

⁴⁴ Sólo las localidades con más de cinco mil titulares de cartilla debían prestar servicios de urgencia; Ministerio de TRABAJO: *Libro Blanco...*, pp. 590-593.

⁴⁵ Federico BRAVO MORATE *et al.*: *Sociología...*, p. 123.

⁴⁶ Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria...*, p. 108.

libremente (el ejercicio libre en los pueblos mayores de 5.000 habitantes era casi del 29%)⁴⁷. Además, el INP permitió acumular en “los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) los servicios de urgencia, pediatría de zona y de urgencias, matrona y ATS, cuando no había personal específico para desempeñar esos cargos”, de esta forma se les compensaba económicamente por la falta de incentivos profesionales en sus partidos médicos. Y se daba la circunstancia de que estos APD podían cobrar por servicios que, en el medio urbano, se realizaban sin coste por el personal de los ambulatorios. También eran frecuentes los casos en los que el médico titular reunió las competencias que en su demarcación correspondían a las jefaturas provinciales de Sanidad, dependientes de Gobernación y la DGS, que se sumaban a las propias de la Seguridad Social (y dependientes de Trabajo). Un médico rural podía llegar así a tutelar la salud de la población asegurada, la de la no asegurada, acumular diferentes funciones profesionales, y detentar las competencias sobre salubridad e higiene pública en un pueblo, confluyendo así en él un impreciso y heterogéneo cúmulo de actividades atendidas, y cobradas, por un solo funcionario responsabilizado de toda la actividad sanitaria para la que no tenía tiempo, medios, ni formación⁴⁸.

Al igual que en los núcleos urbanos, los rurales también hubieran tenido sus particulares problemas de masificación de pacientes de no ser por su mayor dedicación al sistema público, que en muchos casos se extendía a la jornada laboral. La media de pacientes en el entramado rural era de 35 diarios, incluyendo la visita domiciliaria (unos ocho enfermos). Por debajo de mil habitantes descendía hasta los 24, pero por encima se disparaba a 46 hasta los tres mil habitantes, superando los cincuenta enfermos diarios por encima de esa cifra poblacional. A mayor número de vecinos, más cartillas, pero también más uso de los recursos. En los pueblos mayores de cinco mil habitantes el 88% de los enfermos recurría al médico; pero en menores de 1.000 solo el 75% lo hacía. Las consultas, por tanto, podían extenderse de media hasta los 12 minutos en los pueblos más

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 217.

⁴⁸ Federico BRAVO MORATE *et al.*: *Sociología...*, pp. 94-95, 123 y 132-133.

pequeños, pero por encima de los mil habitantes, la media se situaba entre seis y siete minutos. Las visitas domiciliarias, patrimonio cada vez más limitado a los pueblos rurales, se prolongaban, de media, en torno a los 22 minutos. El resultado eran unas jornadas laborales de entre seis horas y media en los pueblos más pequeños, hasta las ligeramente superiores a las ocho en los grandes⁴⁹.

La exagerada prescripción de medicamentos fue un fenómeno que se dejó también notar con intensidad en las zonas rurales. En 1977 el consumo rural de medicamentos representaba el 15% del valor económico total, y el 16% de las unidades, para un volumen de población del 33,5%. Estas cifras, por sí mismas, ya indican que los niveles de medicalización de la España rural eran notablemente inferiores a los urbanos. No obstante, en este ámbito por debajo de los diez mil habitantes el 92,3% de las consultas acababa con alguna receta y una media de 2,5 medicamentos prescritos y varias unidades de cada uno, al tiempo que el consumo farmacéutico por prescripción se incrementaba en una relación directa con el tamaño de la población. Mientras las entidades menores de mil habitantes consumían 2,3 medicamentos por receta y a un coste medio de 194 pesetas, los mayores de 5.000 y hasta 10.000 disfrutaban de 2,7 pero con precios un 14,4% superiores. Aunque el mundo rural estaba menos medicalizado que el urbano, se revela una tendencia similar que nos muestra, además, el nivel de penetración de esa particular cultura curativa respecto a la salud y la sanidad señalada en páginas anteriores. A ello contribuyeron los laboratorios, que no se olvidaron del médico rural. Aunque le enviaban a menos visitantes que a los urbanos (6,5 visitas semanales frente a 8), se preocuparon porque no permanecieran ayunos de información, publicidad y muestras gratuitas⁵⁰.

Ese mundo rural que incorporó, con salvaguardas, a los agricultores autónomos al sistema público de salud en 1975, encaró la salida de la década de los setenta con importantes limitaciones para su desarrollo económico y social, entre las que la baja calidad y las ineficiencias del sistema sanitario no eran más que otro obstáculo.

⁴⁹ Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria...*, pp. 227-229.

⁵⁰ *Ibidem*, pp. 191 y 239.

Al igual que sucedía en el mundo urbano, el acceso a la medicina curativa, a un médico y a fármacos baratos, no podía soslayar una realidad en la que el 15% de los hogares rurales carecía de agua, el 25% de retrete con agua, el 35% de baño y ducha, o el 30% de frigorífico, y en la que uno de cada cuatro pueblos carecía de alcantarillado⁵¹. Y es que hasta el 30% de los españoles del centro y el sur peninsular eran pobres⁵². En 1976 la mortalidad en las zonas rurales era un 5,2 por mil superior a la tasa nacional, pero a pesar de ello sus habitantes parecían enfermar menos (1,13 enfermedades por persona y año frente a casi dos del mundo urbano) simplemente porque disponían de recursos sanitarios más limitados. No obstante, la relación de los rurales con el sistema sanitario era similar a la urbana, reduciéndose a lo curativo y reponedor. Así por ejemplo casi la mitad de las mujeres embarazadas de las zonas rurales, y uno de cada cinco recién nacidos en 1976, no vieron a un médico durante el embarazo ni durante sus primeros tres meses de vida respectivamente y, aunque en proporciones pequeñas, entre un 6% y un 10% de los niños no habían recibido vacunas básicas (polio, difteria o tosferina).

Respecto al acceso a la hospitalización en el medio rural, podemos empezar a hacernos una idea si reparamos en que, en 1975, solo el 8,3% de las camas hospitalarias del país estaban situadas en localidades menores de diez mil habitantes. Equivalían al 7,5% de la red hospitalaria para atender a un tercio de la población. Aunque la cifra es por sí misma clarificadora, conviene precisar que tres de cada cuatro de esas camas eran para pacientes psiquiátricos (más de la mitad de ellas), o correspondían a recintos para el tratamiento antituberculoso. La demanda rural de hospitalización por tuberculosis o enfermedad mental era del 3,2% del total, mientras que por motivos quirúrgicos o generales era de casi el 84% de los casos. Pero entre hospitales generales, quirúrgicos y materno-infantiles apenas juntaban el 15% del total de esas teóricas 14.828 camas rurales, lo que extrapolado al total de camas hospitalarias da como resultado que el mundo rural albergaba realmente el 3% de las camas generales y

⁵¹ *Ibíd.*, pp. 23, 48, 51, 54, 60, 68 y 82.

⁵² Antonio CAZORLA SÁNCHEZ: *Miedo y progreso. Los españoles de a pie bajo el franquismo, 1939-1975*, Madrid, Alianza, 2010, p. 225.

quirúrgicas. Interesante resulta también comprobar que la mitad de esas instituciones hospitalarias rurales dependían de particulares o de la Iglesia. En la red hospitalaria general el número medio de camas por médico era de 6,1, mientras esa misma ratio, pero aplicada a los hospitales ubicados en zonas rurales era de 38,3, lo que reforzaría adicionalmente la idea de que estos hospitales, en general, estaban además peor dotados y atendidos. Esta limitación de recursos explicaría en parte que la población rural se hospitalizase y se operase en torno a un 3% menos que el resto de la población, o que su índice de frecuentación hospitalaria fuera un 10% menor que el general nacional. Eso sí, el 93% de esos pacientes requería desplazamientos de entre 60 a 100 kilómetros para hospitalizarse, y solo el 27% de los ingresos urgentes lo hacía en ambulancia. Con todo, la satisfacción general con un servicio tan limitado alcanzaba el 86%, sin grandes diferencias entre grupos de localidades más pequeñas o más grandes y, aquí sí, para la mitad de sus habitantes el médico era la profesión más valorada del pueblo, solo seguida, y de lejos, por el maestro⁵³.

CONCLUSIÓN O EL LEGADO SANITARIO DE LA DICTADURA

Algunas de las cuestiones abordadas en este trabajo ponen de relieve importantes problemas de planificación, y nos descubren una estructura sanitaria básica atravesada por importantes fracturas e ineficiencias. Entre las primeras sobresale la notable desigualdad para acceder a los recursos sanitarios en función del lugar de residencia, por lo que muchos trabajadores contribuyeron a levantar una red asistencial que nunca pudieron disfrutar. Entre las ineficiencias podría comenzar destacando la que afectó a un sistema configurado desde el excesivo protagonismo de la profesión médica, masivamente contratada por el sector público y convertida en uno de sus ejes fundamentales, a cambio de una dedicación compartida

⁵³ Victorino JIMENO MARTÍNEZ *et al.*: *La asistencia sanitaria...*, pp. 118-119, 122-125, 154, 158, 174, 181, 184, 204 y 221. Helios PARDELL ALENTA: "Cantidad y calidad de los hospitales españoles", *Cuadernos para el Diálogo*, 46 (1975), p. 112. José PEDRO-CHE: "La asistencia sanitaria es caótica", *Actualidad Agraria*, 57 (1979), p. 20.

con la actividad privada que comprometió la calidad de la atención a los beneficiarios y acabó difuminando peligrosamente la deseable separación entre ambos mundos. Lejos de promover cualquier tipo de socialización de la atención sanitaria, la dictadura compartió a sus médicos y, al calor de la expansión del sistema de la seguridad social, promovió conciertos con la sanidad privada, por lo que ésta ni sufrió mermas ni vio amenazada su supervivencia, si acaso encontró en el sector público a un generoso aliado. Los médicos, por su parte, hallaron en esta incestuosa dualidad suficientes vías e incentivos para asegurarse la posición económica y social que creían les correspondía.

Otro de los principales problemas fue la incapacidad de la dictadura para conformar un sistema sanitario integral y coordinado entre los diferentes niveles, actores e instituciones implicados en la atención sanitaria. Y por supuesto hay que contemplar también como defectuosa la predilección del sistema por la medicina curativa, cuyos símbolos más reconocibles fueron el fármaco y el hospital, y su desprecio por la preventiva, menos rentable políticamente y que hubiera precisado de intervenciones sobre las causas sociales, económicas o laborales de la enfermedad. Problemas todos ellos que tuvieron que afrontar los primeros gobiernos democráticos en un contexto económico incompatible con la expansión del gasto.

BIBLIOGRAFÍA

- BRAVO MORATE, Federico *et. al.*: *Sociología de los ambulatorios*, Barcelona, Ariel, 1979.
- CARRERAS, Albert y TAFUNELL, Xavier (dir.): *Estadísticas históricas de España. Siglos XIX y XX*, Madrid, Fundación BBVA, 2005.
- CAZORLA SÁNCHEZ, Antonio: *Miedo y progreso. Los españoles de a pie bajo el franquismo, 1939-1975*, Madrid, Alianza, 2010.
- COMELLES, Josep M.: “Fiebres, médicos y visitantes: notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo” en José MARTÍNEZ PÉREZ (coord.): *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, UCLM, 2004, pp. 989-1.015.

- , *et al.*: “Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo” en Enrique PERDIGUERO GIL y José MARTÍNEZ PÉREZ (eds.): *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Madrid, La Catarata, 2020, pp. 63-124.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M.: *La reforma sanitaria en España*, Madrid, Cambio 16, 1976.
- , *Estructura del sector sanitario*, Madrid, Tecnos, 1983.
- , “El sector público sanitario, 1982-1986”, *Sistema*, 75 (1986), pp. 29-62.
- , “Análisis sociológico del sector farmacéutico en España”, *REIS*, 5 (1979), pp. 55-80.
- , y SALCEDO, Juan: *La profesión farmacéutica*, Madrid, Siglo XXI-CIS, 1987.
- DÍEZ, Luis *et al.*: *Apuntes para un “libro negro de la Seguridad Social”*, Madrid, Akal, 1982.
- GONZÁLEZ MADRID, Damián A. y ORTIZ HERAS, Manuel: “El franquismo y la construcción del Estado del bienestar en España: la protección social del Estado (1939-1986)”, *Pasado y Memoria*, 17 (2018), pp. 361-388.
- HATZFELD, Henri: *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel, 1965.
- JIMENO MARTÍNEZ, Victorino *et al.*: *La asistencia sanitaria en las zonas rurales*, Madrid, CEAS, 1979.
- MAYOR DOMINGO, Federico *et al.* (dir.): *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*, Madrid, INP, 1977.
- PERDIGUERO GIL, Enrique y BUENO VERGARA, Eduardo: “Mejor curar que prevenir: dispositivos asistenciales y actividades preventivas en el primer franquismo”, en Mónica MORENO SECO (coord.): *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates. XIV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea*, Alicante, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2019, pp. 1.972-1.983.
- PONS PONS, Jerònia y VILAR RODRÍGUEZ, Margarita: *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*, Zaragoza, PUZ, 2014.
- , y VILAR RODRÍGUEZ, Margarita: *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons, 2018.
- PORTA SERRA, Miquel y KRITCHEWSKY, Stephen B.: “La asociación entre mortalidad y gasto de medicamentos persiste al controlar por la renta per cápita”, *Gaceta Sanitaria*, 1 (1987), pp. 5-11.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio: “Orígenes y evolución del Estado del Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general”, *Política y Sociedad*, 2 (1989), pp. 79-87.

RODRÍGUEZ DÍAZ, Josep A. y DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús: *Salud y poder*, Madrid, Siglo XXI, 1990.

SOLÈ I SABARÍS, Felip: *Problemas de la Seguridad Social española*, Barcelona, Pulso Editorial, 1971.

TRABAJO, Ministerio de: *Libro Blanco de la Seguridad Social*, Madrid, Subsecretaría Seguridad Social, 1977.

VALENZUELA CANDELARIO, José: “El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica”, *Dynamis*, 14 (1994), pp. 269-304.