

POLÍTICAS SOCIALES EN LA ESPAÑA RURAL DESDE EL TARDOFRANQUISMO A LA TRANSICIÓN: LA SANIDAD EN TIEMPOS DE MUDANZA Y PROTESTA¹

MANUEL ORTIZ HERAS (UCLM/SEFT)

El estudio de las políticas sociales en la España rural forma parte del todavía importante elenco de temas pendientes para la historiografía sobre el franquismo. Se trata, sin embargo, de un tema clave para poder entender, entre otros relevantes aspectos, los apoyos sociales, el supuesto consenso, que el régimen fue capaz de construir en el mundo rural. El discurso oficial de postguerra de la re-ruralización y la defensa a ultranza del campesinado como heredero de las esencias auténticas de la España inveterada tuvieron continuidad, al menos discursivamente, en los planteamientos políticos de la dictadura hasta el final de sus días. Unir medio rural y políticas sociales es un proyecto ambicioso que requiere de tiempo y dedicación para sortear no pocas dificultades, entre las que no está de más subrayar la del acceso a los dispersos fondos documentales que se pueden “encontrar” en diversos archivos². No quiere esto decir que partamos de un páramo, pero sí que es preciso sacar mejor partido de los buenos trabajos, dispersos sin duda, de que contamos y plantear objetivos plausibles para las múltiples cuestiones pendientes si queremos comprender el nivel de éxito o fracaso que tuvieron aquellas políticas.

En este caso, optaremos por reducir el foco y centrarlo en la atención sanitaria que el régimen puso en marcha, primero (1942) con el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE³) en la inmediata postguerra, y, sobre todo, con la creación del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social una vez que esta, definitivamente, echara a andar en 1967⁴. Asimismo, abordamos las estrategias implementadas para abordar la transición del sistema sanitario español en los años setenta con la creación del Ministerio y una nueva legislación que sólo cerraría el ciclo, en 1986, con la puesta en marcha de la Ley de Sanidad aprobada por el gobierno socialista. En la elección de este aspecto encontraremos también un elemento de trabajo para comprender la importante

¹ Este texto forma parte del proyecto de investigación HAR2017-83744-C3-1-P (MINECO). Publicado en Rafael Quirosa-Cheyrouze y Muñoz y Emilia Martos Contreras (eds.), *La transición desde otra perspectiva. Democratización y mundo rural*, Madrid, Silex, 2019, págs. 121-147. ISBN 978-84-7737-998-0.

² La documentación relativa a la sanidad pública en España se encuentra en estos momentos dispersa entre diferentes fondos. La tardía creación del propio Ministerio y la fagocitosis de competencias en diversos organismos durante el franquismo lleva a los investigadores a menudear por diferentes archivos que se caracterizan por una deficiente catalogación y escasez de recursos humanos. A pesar de todo, agradecemos a los responsables del INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) la ayuda prestada y aprovechamos para hacer un nuevo llamamiento a las autoridades competentes para que se articulen mecanismos razonables que permitan un mejor tratamiento de dichos fondos, entre los cuales, lógicamente, también está afectado el Archivo General de la Administración (AGA).

³ M^a Gloria Redondo Rincón, *El Seguro Obligatorio de Enfermedad en España: Responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*, Tesis doctoral, Universidad Complutense, 2013. Por cuestiones cronológicas y de espacio no vamos a tratar este sistema aquí.

⁴ El REASS (Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social) vio la luz por la ley 38/1966 de 31 de mayo de 1966 y su reglamento fue aprobado el 23 de febrero de 1967. En realidad, no entró en vigor hasta el 23 de julio de 1971 bajo el control del Ministerio de Trabajo.

contribución del medio rural a la democratización del país en los años setenta⁵. Se trata de abundar, lógicamente, en la idea de una transición posible gracias al concurso coral de la sociedad civil⁶. Dentro de ella, y aunque todavía siga siendo una especie de verso suelto en su interpretación, planteamos que la recuperación de la democracia fue también posible gracias a las movilizaciones campesinas, dentro de las cuales la reivindicación de una verdadera Seguridad Social Agraria constituyó un elemento clave a lo largo de aquella decisiva década⁷. Se trató de eliminar la discriminación con otros sectores, la igualdad con el régimen general y, también, la conquista de unos servicios sanitarios que cada vez fueron reclamados con más fuerza por parte de los habitantes de la España rural. Las importantes movilizaciones del campo español de comienzos de los setenta tuvieron también mucho que ver con los precios fijados para determinados productos y con el establecimiento de la libertad sindical⁸.

Evidentemente, todo cambió en la España rural a partir del supuesto tradicional individualismo campesino, que tenía, por otra parte, mucho que ver con el temor inoculado a través de décadas por la firme represión ejercida en el medio rural, con la emergencia y, más tarde, hegemónica percepción de maltrato o discriminación colectiva. Es decir, a lo largo de los años setenta el malestar entre los españoles del medio rural fue a más en un contexto de objetivo descontento que, además, fue interpretado de diferente modo a nivel grupal, lo que daría paso a la construcción de nuevos marcos movilizados, marcos de acción colectiva que contribuyeron a cambiar de manera cada vez más importante, cuantitativa y cualitativamente, las actitudes de cientos de miles de personas⁹.

Para todos aquellos que vivimos el franquismo, total o parcialmente, y que no formáramos parte de alguno de los colectivos agraciados por algún tipo de excepcionalidad privilegiada en forma de mutua o seguro privado, es decir, para la mayoría de españoles que integrábamos el grueso social entre agricultores, campesinos, trabajadores manuales e incipientes clases medias, la utilización de los recursos que el Estado habilitó para satisfacer las necesidades sanitarias fue precario y muy insuficiente aunque, sin duda, mejorado en los últimos años de la dictadura. Eso

⁵ Eugenio Montes, “No perder la esperanza”, en *El País*, 14 de julio de 1977.

⁶ Remitimos a nuestros propios trabajos: Manuel Ortiz Heras (Coord.), *Movimientos sociales en la crisis de la dictadura y la transición: Castilla-La Mancha, 1969-1979*, Ciudad Real, Almud Ediciones, 2008; y *La Transición se hizo en los pueblos. El caso de la provincia de Albacete*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2016.

⁷ *El País*, 31 de marzo de 1997, “Cerca de 80.000 tractores en las carreteras terminaron hace 20 años con el sindicato vertical en el sector agrario”. “En las carreteras de casi media España participaron en la misma protesta agricultores de a pie en un 95%, sin ninguna militancia política, afectos al régimen, pero con ganas de lograr viejas reivindicaciones y superar marginaciones históricas que no pudieron hacer durante el franquismo”.

⁸ Alberto Sabio Alcutén, “Cultivadores de democracia. Politización campesina y sindicalismo agrario progresista en España, 1970-1980”, en *Historia Agraria*, 38 (2006), págs. 75-102. Ana Cabana y Daniel Lanero, “Movilización social en la Galicia rural del tardofranquismo (1960-1977)”, en *Historia Agraria*, 48 (2009), págs. 111-132. Del clásico repertorio de protestas campesinas se había ido perdiendo, prácticamente, la reivindicación de la Reforma Agraria. No obstante, sí quedaron todavía reminiscencias de dichas acciones colectivas a propósito de concentraciones parcelarias y expropiaciones de tierras en diversas regiones del país.

⁹ La prensa de la época se convierte en una fuente de consulta obligatoria para estos objetivos. En particular, son muchas las referencias que podemos encontrar sobre la elevada conflictividad acumulada en el campo español a lo largo de un extenso ciclo de protesta que comenzaría, aproximadamente, en 1967. Por ejemplo, *ABC* (29 de julio de 1977), “Paro, subida anual de la peonada teórica y discriminación del campo, problemas de la agricultura cordobesa”.

sí, en la mayor parte de los casos, sin una clara conciencia de que estuviéramos siendo privados de algún derecho fundamental, porque era algo totalmente normalizado, cotidiano, que, además, el régimen procuraba mejorar y edulcorar con mucho esfuerzo y voluntad según se proclamaba en la rica y heterogénea propaganda del régimen. Todo, en suma, formaba parte de una eficaz campaña de manipulación franquista que, sobre todo, desde los años sesenta se empeñó en transmitir una imagen de Franco como modernizador¹⁰. En ese contexto hay que situar el gran mito del caudillo como constructor del Estado de Bienestar a la española que tendría en la ley de 1963 su hito fundacional¹¹.

Precisamente, a la muerte del dictador el país tenía por delante como imperiosa necesidad el desarrollo de una potente política social que permitiera recuperar el tiempo perdido en materias tan sensibles a la sociedad civil como la sanidad, educación, pensiones o vivienda, en un contexto adverso de recesión económica que se había iniciado al final de la década de los años sesenta y que tendría, entre otras graves consecuencias, un gran impacto social¹². En ese sentido en la abundante historiografía especializada ya se han señalado las graves secuelas de lo que se ha dado en llamar “facturas de la dictablanda económica entre 1973 y 1977”, a lo que se sumarían los siempre alabados Acuerdos de la Moncloa que, sin embargo, también legaron notables insuficiencias en estas cuestiones¹³. En efecto, fueron fundamentales las medidas compensatorias de los Pactos por cuanto supusieron la extensión del seguro de desempleo, la revalorización de las pensiones y el incremento de la financiación pública del Sistema de Seguridad Social. Es decir, fueron cruciales dichas medidas para poner las bases de la estabilidad democrática y de la ampliación de las bases del Estado Asistencial real, muchas veces presentado durante el franquismo, pero prácticamente por darse a conocer, al menos, según los estándares europeos.

Al calor del desarrollismo, las grandes construcciones sanitarias en forma de macrohospitales que se ubicaban en la capital y en algunos otros grandes núcleos de población, que, como los institutos de enseñanza secundaria en el siglo XIX, fueron levantándose en las capitales de provincia, ayudaron a fijar en el imaginario colectivo español la imagen de una

¹⁰ Por ejemplo, el *ABC* de 14 de febrero de 1968 titulaba una de sus noticias “Cada ocho días fue inaugurado un centro sanitario de la Seguridad Social durante 1967”. Pero el caso por excelencia de pompa y boato propagandístico vino ya antes de la mano de la *Inauguración del Hospital de la Paz 20/7/1964*. <http://www.rtve.es/filmoteca/no-do/not-1125/1477718/>

¹¹ Sobre estas cuestiones remitimos a nuestros trabajos más reciente: Manuel Ortiz y Damián, A. González, “La política social de la dictadura franquista”, en M^a Isabel Porras (Coord.), *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas*, Madrid, Catarata, 2016. Págs. 230-250; Damián A. Gonzalez Madrid y Manuel Ortiz Heras, “La dictadura de la miseria. Políticas sociales y actitudes de los españoles en el primer franquismo”, en *Historia Social*, nº 88, 2017, págs. 25-46; Damián A. Gonzalez y Manuel Ortiz, “El franquismo y la construcción del estado de bienestar en España: la protección social del Estado (1939-1986)” en *Pasado y Memoria*, núm. 17 (2018) págs. 45-68.

¹² Manuel Ortiz Heras y Damián A. González Madrid, “El mito de la política social franquista: vivienda, educación y seguridad social”, en Manuel Ortiz (Coord.), *¿Qué sabemos del franquismo? Estudios para comprender la dictadura de Franco*, Granada, Comares, 2018. Págs. 43-67.

¹³ Carme Molinero y Pere Ysas, *La Transición. Historia y relatos*, Madrid, Siglo XXI, 2018. Ver páginas 45 y 220-211. Los autores son contundentes a la hora de señalar que “el modelo franquista no fue en ningún momento asimilable al keynesiano tanto por sus implicaciones sociales como políticas: ni existió Estado de Bienestar antes de 1977 ni los trabajadores pudieron organizarse sindicalmente” ... sólo durante el periodo de Transición de los años setenta, el recetario keynesiano planeó como una posibilidad de desarrollo...”. Pág. 233.

mirífica Seguridad Social que supuestamente cubriría las necesidades de todos los españoles. Sin embargo, en nuestro recuerdo queda todavía la idea de unos médicos que atendían a un gran número de pacientes en las consultas ambulatorias¹⁴, con pocas pruebas médicas, y que procuraban derivar a los enfermos, como verdaderos clientes, a sus consultas privadas donde, eso sí, “atendían” con mucho más esmero y educación¹⁵. Todo lo cual, después de cobrar unos honorarios que la mayoría de españoles asumía con resignación y mucho esfuerzo en comparación con sus escuálidos ingresos¹⁶. Ello, no obstante, no impedía el falso debate sobre el supuesto excedente de médicos en nuestro país que, según cifras oficiales, contaba en 1974 con 47.419 facultativos, es decir, uno por cada 720 habitantes. Para alcanzar la proporción establecida por el Consejo de Europa entonces, la cifra tendría que haber llegado a los 68.730, lo que hubiera supuesto un incremento de 21.311. Y esto por no hablar de su deficiente y desigual reparto en la geografía española, ya que en Madrid, por ejemplo, habría un médico por cada 320 habitantes, mientras que en otras zonas apenas se alcanzaría el guarismo de uno por cada 2.500 personas¹⁷.

Claro que mucho peor era ese panorama en los múltiples pueblos de la España rural donde las prácticas médicas, sobre todo con las igualas, ofrecían una imagen todavía muy cercana a la beneficencia. Y es que en los años sesenta y gran parte de los setenta los españoles “de pueblo” todavía nacíamos, en un alto porcentaje, en nuestras casas, con la colaboración de las vecinas más expertas y con el miedo en el cuerpo por no tener que afrontar cualquier pequeña complicación que se presentase y que requiriera de la presencia del médico, en muchas más ocasiones del practicante, o del desplazamiento hasta el sanatorio u hospital más cercano¹⁸.

¹⁴ *El País*, “Los médicos de la Seguridad Social quieren ser asalariados”. “(La) mala imagen del médico de la Seguridad Social. La poca atención a quien paga la seguridad social, al trabajador, que se debe unas veces al exceso de cartillas y, la mayoría a las escasas retribuciones que se perciben por un elevado número de enfermos, que hacen que se les limite el tiempo de atención «para poder ganarse los garbanzos en otras consultas».

¹⁵ Encontramos ya en los primeros años setenta denuncias de profesionales de la medicina que abogaban por un cambio en la propia profesión porque “la medicina progresa, pero no la salud”, “Contra la medicina del médico”, en *Triunfo*, 21/12/1974, núm. 638, pág. 37.

¹⁶ “La población ha sufrido durante largos años y sufre todavía los efectos de un sistema asistencial caótico, con una duplicidad y aún triplicidad de funciones como no se ven en ningún otro país de la magnitud del nuestro... los pacientes saben pertinentemente que la asistencia primaria en la Seguridad Social es un desastre... La creación en los años cincuenta del sistema asistencial que, con ligeros retoques, todavía existe, fue una acción política y fundamentalmente demagógica. No se trataba de conseguir que el pueblo estuviera satisfecho, entre otras cosas porque el pueblo contaba muy poco, sino de desencadenar una catarata de grandes “realizaciones” (léase edificios), con las consiguientes inauguraciones en gran pompa”... En *Triunfo*, “Del mito al desprestigio. Los médicos apaleados”, 14/10/1978. Núm. 820. Pág. 38.

¹⁷ *Triunfo* “No sobran médicos”, 6/7/1974. Núm. 614, pág. 21.

¹⁸ Tomamos aquí prestada la referencia de Ana Cabana y Daniel Lanero, “Movilización social en la Galicia rural del tardofranquismo”. *Op. Cit.* “Sobre las deficiencias del sistema de Seguridad Social Agraria se hacen eco las fuentes orales: «aquí yo creo que nunca hubo nada de eso. Aquí nadie iba al sanatorio siquiera. Hombre, si había alguien muy enfermo a lo mejor se llamaba al médico, pero era raro. Lo de ir al sanatorio eso sí que nada, la gente si estaba enferma grave pues moría en su casa. De seguros y ayudas aquí nada. Si venía el médico a casa pagabas y también si ibas a su consulta. Aún recuerdo, un parto eran 500 pesetas en el sesenta y pocos, 500 más las medicinas. Lo pagabas tú y no había ninguna ayuda». También la prensa política clandestina: «¿por qué es una injusticia la seguridad social agraria? Porque las prestaciones que les dicen que tienen [a los labradores] son una farsa: no tienen ni ambulatorio, ni botiquines de urgencia, ni médicos de cabecera, ni medicina preventiva (...); no tienen derecho a medicinas, no tienen derecho a cuidados postoperatorios; si se lesionan en el camino hacia casa, o ya en casa, ya no les cubre la prestación de accidentes. Tampoco les vale si se hacen daño ayudando en la explotación del vecino, cosa tan corriente en nuestra tierra; no tienen seguro de paro». Pág. 116.

La escasez de estudios sobre la vida cotidiana de los españoles de este periodo y de estudios sociales en general, así como la sorprendente falta de trabajos sobre la práctica sanitaria, al menos desde una perspectiva historiográfica, han contribuido a mantener ciertos tópicos interesados que afortunadamente cada vez se empiezan a desmoronar con más facilidad. Se trata de demostrar empíricamente que todo aquel enjambre de recursos, instituciones, ministerios, mutualidades, aseguradoras..., etcétera, que se fueron levantando desde los años sesenta, al socaire del crecimiento económico y de la nueva legislación social, en ningún caso tuvieron vocación de emular a los estados sociales que después de la Segunda Guerra Mundial se construyeron en la Europa Occidental y que se definieron, aunque con diferencias, como Estados de Bienestar con servicios universales y gratuitos para todos los ciudadanos, es decir, universales, desde la concepción de una idea clara de ciudadanía social que contemplaba derechos como la sanidad, la educación, la jubilación, la vivienda o el seguro de desempleo. Pero, además y especialmente, de poner de manifiesto que la situación en el medio rural todavía se alejaba mucho más de estas condiciones que se cronificaron a peor y dieron lugar a una situación de enorme desigualdad y desamparo en la mayor parte de los escenarios posibles.

Recientemente, hemos tenido oportunidad de conocer un informe elaborado por un consultor de la Organización Mundial de la Salud, Fraser Brockington, tras una visita realizada entre septiembre y diciembre de 1967 en el que se afirma sin ambages que “la estructura actual de los servicios sanitarios es insuficiente para asumir la pesada tarea de renovar la medicina preventiva y curativa, tanto a nivel nacional como provincial, en el centro como en la periferia; mucho de lo que se hace escapa al control de la Dirección General de Sanidad y sin embargo mucho se descuida”¹⁹. Todo ello a pesar de reconocer en el país “un excelente sistema de enseñanza y un servicio médico altamente desarrollado” que si bien sería capaz de “asimilar los principios de la medicina social y preventiva” en aquellos momentos estas disciplinas “brillan por su ausencia”, entre otras cosas importantes por la existencia de un “marco jurídico envejecido”. Al observador no se le escapaba la reciente reforma impulsada por la ley de bases de 1963 que mantenía un sistema sumamente disperso e ineficaz por lo que apostaba con urgencia por “elaborar una nueva ley de Sanidad que 1) pusiera a todos los servicios de salud bajo un única jurisdicción, 2) unificara y extendiera las funciones ejecutivas al escalón periférico, 3) definiera las responsabilidades de los jefes provinciales y locales en lo tocante a higiene ambiental, 4) previera la elaboración de un Código sanitario puesto al día y 5) levantara una infraestructura

¹⁹ Rodríguez-Ocaña E. “La sanidad franquista vista desde la Organización Mundial de la Salud: el Informe Brockington (1967)”, en *Gaceta Sanitaria* 2017. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.004>. En su faceta de consultor, Brockington visitó varias provincias utilizando Madrid como base desde la Dirección General de Sanidad. No fueron pocas las objeciones que las autoridades españolas pusieron ante lo que siempre entendían podía ser una injerencia extranjera. De hecho, Rodríguez-Ocaña habla de unas notas autobiográficas en las que el autor se refería al núcleo dirigente de la DGS: “consistía en dos médicos bastante mayores y tres jóvenes, lo que revelaba, a su parecer, un hueco generacional ligado a la Guerra Civil; también que el director de la Escuela Nacional de Sanidad combinaba su puesto con otros 16 trabajos”.

eficaz'. En la práctica, pues, una auténtica enmienda a la totalidad a pesar de su muy moderado y diplomático formato.

En resumen, estamos ante un balance demoledor de lo que para el régimen era un impulso muy renovador y pregonado con tesón y mucha fanfarria en cada acto inaugural de hospitales y ambulatorios que tanto proliferaron en los últimos años sesenta y setenta. Por debajo, lo que latía era un claro problema estructural que requería de una filosofía totalmente diferente a la imperante y que, más allá de las precarias y torcidas estadísticas, ocultaba una realidad muy dura con importantes desequilibrios y lagunas en el sistema sanitario español, que era peor que el de muchos otros países en vías de desarrollo. Algo que, por otra parte, se podía hacer extensivo a todo lo relativo a las políticas sociales en general, a pesar de las subidas experimentadas en los presupuestos generales por estas partidas con respecto a los primeros veinticinco años de la dictadura.

Es obvio que este informe no fue atendido por las autoridades españolas a pesar de la excelente reputación del autor, sin embargo, muchas de aquellas observaciones serían muy tenidas en cuenta durante el tiempo de la Transición. Un periodo que también ha permanecido ajeno a las investigaciones especializadas y que por ello también ha contribuido de manera indirecta a mantener algunos tópicos sobre la autoría franquista del estado de bienestar que, como se indica ahora con más criterio, estaba todavía por desarrollar. Sin embargo, lejos de cualquier apriorismo y también de algunos clichés interesados, las grandes demandas sociales acumuladas y creadas en aquel periodo –entre las que destacaba con luz propia la cobertura sanitaria- encontraron por parte del Estado transicional muchas líneas de continuidad más que de ruptura en un contexto de enormes dificultades y amenazas²⁰. En todo caso, era bastante bien conocida la difícil situación sanitaria del país a la muerte del dictador y, en concreto, los enormes esfuerzos que habría que afrontar para que España alcanzara el nivel medio de camas por habitante que había en esos momentos en Europa²¹.

Como no podía ser de otra manera, también en el mundo sanitario se produjo un intenso debate sobre la específica transición de un sistema que había llegado moribundo a la crisis del régimen político. No faltaron los conflictos puntuales protagonizados por los médicos más jóvenes que intentaban ganar un puesto en el sistema público a través del novedoso sistema MIR.

²⁰ 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)”, en *Historia y Política*, 39, (2018), págs. 261-290.

²¹ “La Seguridad Social posee los hospitales mejor dotados del país, pero todavía ha de hacerse un esfuerzo ingente para que España alcance el nivel medio de camas/habitante de Europa”, en *Triunfo*, “La Sanidad en España. Reformar o defraudar”, 19/4/1975. Según este medio, la situación no hizo sino agravarse en los siguientes años: “Los que venimos afirmando desde hace años, y no sólo desde noviembre de 1975, que la Sanidad española está gravemente enferma y que requiere con urgencia la aplicación de un tratamiento idóneo, a falta del cual la situación no hará más que degenerar, vemos ahora que desgraciadamente, los acontecimientos confirman nuestra opinión”, y continuaba poniendo en evidencia algunos desequilibrios que no por muy conocidos dejaban de ser de urgente reforma: “Una embarazada que presenta una placenta previa o un enfermo que sufre un infarto de miocardio tienen muchas más posibilidades de ser bien atendidos si viven en Madrid, Barcelona o Bilbao que si su lugar de residencia está en las amplias zonas subatendidas del Sureste o del Noroeste del país”. “Los hospitales enfermos”, en *Triunfo*, 7/5/1977.

De hecho, los paros médicos de aquel periodo y las protestas en el seno de los colegios profesionales forman parte también de la cultura de la Transición²².

En todo caso, estos problemas a los que ponemos luz aquí cobrarían especial rutilancia si centramos el foco en la España rural donde la falta de inversiones y atenciones provocaron desigualdades que trataremos ahora de poner de manifiesto y que, en parte, ayudarían a explicar el creciente éxodo rural de aquellos años ante la falta de recursos y posibilidades para sus moradores²³. De hecho, en el informe citado también se recogían, aunque de manera muy genérica, “los problemas sociales que enfrenta el médico de pueblo en su práctica diaria”.

Precisamente, por estas razones, dentro del abigarrado y todavía poco estudiado mundo de las políticas sociales, centramos el análisis en una parcela concreta de “lo social”, como será el aspecto sanitario que es, también, un mundo muy complejo y diverso que vivió momentos muy cambiantes por cuanto no sólo se introdujeron reformas legislativas de calado, sino que se reasignaron recursos, se transformaron instituciones y se operó, con grandes trastornos, en colectivos médicos y farmacéuticos, sobre todo, que actuaron como destacados grupos de presión. Como ya se ha indicado, una prueba fehaciente de la extrema dificultad del asunto tiene que ver con la creación del Ministerio de Sanidad en 1977, de la mano del primer gobierno democrático de la Transición, como remedio a cuantos problemas rodeaban al sector.

LA DIFÍCIL SITUACIÓN SANITARIA DEL PAÍS EN LOS AÑOS SETENTA

La llamada crisis del franquismo vino dada por la obsolescencia del propio régimen, incapaz de adaptarse a los cambios sociales imperantes y al contexto internacional, y por la presión que, cada vez con más fuerza y cantidad, empezó a ejercer una ciudadanía que demandaba servicios y democracia sin reparar en la resistencia que seguían ofreciendo los aparatos del Estado²⁴. En nuestro ámbito cada vez era más consistente la petición de reformas de un sistema

²² En *Triunfo*, “Paros de médicos”, 19/7/1975, núm. 668. Pág. 21.

²³ A una evidente situación de desatención médica se llegó en muchos pueblos españoles por un cúmulo de circunstancias, dentro de las cuales la crisis económica jugó un papel muy destacado. Sin embargo, la reorganización de los servicios, los debates sobre competencias y el enfrentamiento entre diversos intereses se dieron la mano como prueba la siguiente noticia de *El País*, 6 de agosto de 1977, “La desasistencia médica de los pueblos y el paro profesional”. “...numerosos pueblos que se ven sin médico, 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. El recién creado Ministerio de Sanidad ha hablado del derecho a la salud; digan los lectores si algún trámite burocrático, por importante que sea, puede impedir (moralmente) el derecho a la salud de las familias de los cientos de pueblos españoles que no tienen médico, que carecen del guardián de su salud, del que puede muchas veces calmar su dolor y siempre consolar su pena”. La precariedad se mantuvo durante mucho más tiempo como demuestra el artículo de 8/9/1978 (*El País*) “Médicos rurales plantean conflicto colectivo”.

²⁴ José Antonio Valtueña señalaba que “nuestro pueblo, pasivo durante tantos años, está a la expectativa; siente que le ha llegado el momento de intervenir en su propio destino y, con una mezcla de preocupación y esperanza, desea que se le ofrezcan auténticas soluciones para los problemas que cada día se le plantean”, y continuaba explicando que “el español paga mucho más de lo que obtiene, pero es indudable que no tolerará durante largo tiempo esa situación y que habrá de ponerse orden en una Sanidad en la que, junto a indudables progresos, aparecen todavía insuficiencias de gran envergadura”, “El hipotético Ministerio de Sanidad”, en *Triunfo* 28/8/1976, núm., 709, pág. 36.

que, entre otras instituciones, repartía el grueso de sus competencias entre el Ministerio de Gobernación, que controlaba la Dirección General de Sanidad y el Ministerio de Trabajo que pilotaba la Seguridad Social a través del Instituto Nacional de Previsión, con sede en cada una de las provincias. En cuanto a la asistencia primaria, la más próxima a los ciudadanos, apenas había cambiado en su estructura organizativa en los últimos treinta años²⁵; “si acaso la construcción de grandes hospitales y ciudades sanitarias que no responden a un plan moderno de salud, asistencia masificada, deshumanizada, caos organizativo, hipertrofia de burocracia, enfrentamiento entre el sanitario y el enfermo, entre servicios y comunidad”²⁶.

Aquel organigrama daba lugar a duplicidades y destacables faltas de coordinación que, con el paso de los años, fueron haciendo del INP²⁷, el más importante centro de poder del sistema y responsable fundamental de las ejecuciones de las políticas sociales del régimen, el blanco de muchas críticas que apostaban por su desaparición ante la inevitable y también muy demandada creación de un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social²⁸. En el fondo, también latía un enfrentamiento entre la propia profesión a partir de la división de sus afiliados entre sindicatos de clase (Comisiones Obreras, Unión General de Trabajadores y Sindicato de Médicos Libres) y la mayoría, que apostaban por candidaturas independientes en el marco electoral sindical que se había abierto. Estos últimos, además, eran partidarios de prestaciones sanitarias basadas en la privatización de la red asistencial de la Seguridad Social. De hecho, entre los propios profesionales, una abrumadora mayoría lo reivindicaban como “supremo remedio de todos los males que aquejan a la salud pública española”²⁹.

Entre otras demandas destacables también se reclamaba la elaboración de una ley que pusiera orden y coordinación en un sistema con múltiples regímenes especiales, desigualdades y privilegios entre colectivos y regiones³⁰. De hecho, durante los gobiernos de la UCD, en plena

²⁵ *El País*, 10/9/1977, “Urge la publicación de un mapa nacional de la situación sanitaria”. “Sobran médicos, se afirma; pero nadie explica razonablemente la infrautilización de ciertos grandes hospitales”.

²⁶ *El País*, “La herencia sanitaria”, 26 de septiembre de 1978. El autor, Donato Fuejo Lago, Doctor en medicina y diputado del PSOE por Madrid, denunciaba también que “Se ha creado una conciencia colectiva en el pueblo que ve como se amplían los sectores *protegidos*, como se incrementan las cuotas de los trabajadores sin posibilidad de reingreso y con incidencia en el poder adquisitivo de los salarios, los empresarios son conscientes de que los costes de la Seguridad Social hacen peligrar la economía de las empresas, aumentan los costes de producción y disminuyen la competitividad, sin que, a cambio, se mejore la asistencia, se atienda a los enfermos psíquicos correctamente, se haga política de salud”.

²⁷ *El País*, 9/10/1976, “El INP no es el cauce adecuado para la Reforma Sanitaria”.

²⁸ “Las medidas restrictivas que afectan a los hospitales de la Seguridad Social son una cortina de humo con la que los órganos rectores del INP tratan de ocultar el problema de fondo, que no es otro que la mala gestión, el despilfarro y la corrupción que ha llevado al INP a un grave problema de falta de presupuestos”. En *Triunfo*, “El conflicto de los médicos”, 26/8/1978, núm. 813, pág. 19. Véase también la noticia de *El País*, 23/1/1977, “Los médicos denuncian el autoritarismo del Instituto de Previsión”.

²⁹ “El hipotético Ministerio de Sanidad”, en *Triunfo*, 28 de agosto de 1976, pág. 36. Los peligros de su creación venían porque “integrar las actividades que desarrollan esos dos organismos equivale poco menos que a casar un mamut con una hormiga, pues tanta es la diferencia que les separa en lo que se refiere a sus presupuestos respectivos y a su influencia en la asistencia preventiva y curativa de la población”.

³⁰ “La medicina española ante la Transición”, en *Triunfo* (17/1/1976), “hoy por hoy, la medicina española es profundamente antisocial, considerando que social es todo cuanto tiende al bien de toda sociedad interesada. (...) la realidad es que en la actualidad no todos los enfermos de las tierras de España tienen acceso al mismo nivel de asistencia”. En *El País* (16/6/1976), se titulaba la noticia “las estructuras sanitarias son centralistas, arcaicas y están dispersas”. En su interior se daba cuenta de que “desde hace ya varios años, diversos estamentos sanitarios del país han

Transición, se barajaron diferentes opciones y no faltó debate en los medios de comunicación además de en el propio Parlamento. Desde la oposición se denunciaba que los puestos de dirección y de ejecución seguían en las mismas manos y que el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social había heredado una filosofía de la salud ya caduca en la que muchos de sus responsables seguían empleando los mismos métodos de “autoritarismo e ineficacia”. Además, se acusaba a sus dirigentes de no haber cumplido los pactos de la Moncloa en cuanto a compromisos de participación y control en la gestión³¹.

Se llegó a hablar de un plan para la privatización de la sanidad pública por parte del gobierno que tendría su nudo gordiano en el decreto ley de noviembre de 1978 por el que se creaba el Instituto Nacional de Salud que afectaba sólo a los servicios sanitarios de la Seguridad Social, “frustrando la esperanza de una sanidad pública integrada”³². Finalmente, la ley se hizo esperar, hasta 1986, limitándose –aunque dadas las circunstancias tampoco parecía tarea banal– durante su mandato los gobiernos centristas a poner en marcha instituciones que reorganizaban las antiguas competencias del INP³³. La oposición, evidentemente, barajaba otras opciones que, poco a poco, fueron perfilándose, aunque, en el maremágnum de cambios, inestabilidad y crisis que se sucedieron en los seis primeros años de gobiernos democráticos, no tuvieron la relevancia mediática que cabría esperar³⁴. No obstante, son un claro apunte del sistema que se fue levantando y que, con algunos retoques, ha llegado hasta hoy con sus virtudes y defectos³⁵.

El proyecto político reformista de la UCD combinó medidas de continuidad, sobre todo, con cambios que trataron en todo momento de evitar rupturas. Sus sucesivos ministros, hasta seis, lo que habla por sí solo también de la inestabilidad en la dirección, asumieron la necesidad de acometer las transformaciones, pero con posiciones moderadas que expusieron, a través de los propios medios de comunicación, cada vez que tuvieron oportunidad³⁶. No puede extrañar pues el creciente enfrentamiento entre gobierno y principal partido de la oposición que fue arceciando después de las elecciones de 1979 y, sobre todo, a lo largo del muy duro año siguiente. En los debates parlamentarios sobre la cuestión, el portavoz socialista, Ciriaco de Vicente, llegó a

venido denunciando las deficiencias de una estructura sanitaria arcaica e insuficiente, basada en una red de hospitales excesivamente centralizada que no puede abarcar las necesidades de la población”. De hecho, el propio Ministro de Gobernación, Manuel Fraga, que protagonizaba la noticia por cuanto se informaba de la inauguración de un centro en Talavera de la Reina (Toledo), apuntaba “la necesidad de realizar una profunda descentralización que aproxime en forma jerarquizada los establecimientos y servicios a las zonas que han de aprovecharse de ellos”.

³¹ *El País*, “La herencia sanitaria”, 26/9/1978.

³² “Hacia el desmantelamiento de la Seguridad Social. Una reforma sanitaria sospechosa”, 1/9/1979, en *Triunfo*.

³³ “Reforma Sanitaria abortada”, en *Triunfo*, 12/4/1980, núm. 898, pág. 18.

³⁴ En un contexto de crecimiento inestabilidad y movilización social como el que se vivió durante todo el periodo de la transición, no pueden pasar desapercibidas las diversas y múltiples acciones de protesta en el mundo sanitario. Algunas de ellas pueden seguirse en la noticia que recoge *El País* 22/11/1979, “Reivindicaciones sanitarias en varios puntos de España”, donde se da cuenta de problemas en Bilbao, León, Córdoba o Gijón.

³⁵ “Un gobierno progresista siempre tendrá, con la mayoría en el Parlamento, la facultad de elaborar una auténtica Ley de Sanidad, que cree el Servicio Nacional de Salud que el país necesita”. “El derecho a la protección de la salud”, en *Triunfo*, 25/11/1978.

³⁶ *ABC*, 28 de febrero de 1978. “La Seguridad social deber reformarse en profundidad”, esta afirmación fue pronunciada por el ministro de Sanidad en los actos conmemorativos del setenta aniversario del INP durante el cual Sánchez de León “añadió que el país ha manifestado reiteradamente su postura opuesta, tanto al inmovilismo como a la ruptura”.

calificar al sistema sanitario como “injusto, caótico, inadmisible y sanitaria y económicamente inviable”. Todo ello después de que el 6 de mayo de 1980 el pleno del Congreso rechazara por 149 contra 134 –hubo también 10 abstenciones- una propuesta socialista que pretendía cancelar el debate sobre la reforma sanitaria y se emplazase al gobierno a remitir a la Cámara antes del 15 de junio un proyecto de ley de sanidad³⁷.

Pero la problemática situación del sector no enfrentó sólo a partidos políticos y organizaciones sindicales. Se trató de una auténtica crisis que llevó a muchos médicos y profesionales de la sanidad a secundar movilizaciones que tuvieron un gran impacto entre la sociedad de aquellos años. En el contexto de una inaplazable reforma se sucedieron las convocatorias de huelgas, organizadas en ocasiones por la Coordinadora Nacional, alentadas por los ajustes económicos, denuncias de corrupción, y por lo que se consideraba una mala gestión de la Seguridad Social debido a su unilateralidad y autoritarismo³⁸. Desde la creación del Ministerio, en julio de 1977, los primeros pasos no hicieron sino confirmar la ardua tarea que tenía por delante, aunque sólo fuera porque, como algunos subrayaban, “la Seguridad Social había nacido, crecido y se había desmesurado como obra del franquismo”. A este problema vinculado con su propia genética política habría que añadir los de índole financiera, porque sus presupuestos eran casi tan elevados como los del propio Estado en su totalidad. Si, además, sus cuentas no eran claras y sus partidas de gastos sumamente elevadas no parecían exagerados los pronósticos que se hacían sobre su más que posible fracaso³⁹.

Aunque entre todas las propuestas era difícil encontrar un cierto consenso, sí parecía más sencillo el propósito de concentrar recursos y competencias y de eliminar algunos entes ya obsoletos. En ese sentido, desde la creación, mayo de 1977, del flamante Ministerio se había anunciado un anteproyecto en el que se contemplaba la desaparición del INP, del Servicio de Mutualismo Laboral, y de cinco servicios comunes de la Seguridad Social: cuatro servicios sociales y dos organismos autónomos. Para sustituirlos se pergeñaban nuevos organismos e instituciones públicas con los que el Estado garantizaría el ejercicio del derecho a la salud y la ordenación, planificación, inspección y jurisdicción de la política sanitaria. Sin embargo, las principales dificultades de su puesta a punto se referían a los enfrentamientos, por importantes diferencias de criterio, entre los ministerios económicos, proclives a poner el asunto en manos de la Intervención General del Estado para el control de las cuentas, y el propio Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Con este planteamiento, los primeros creían asegurar mejor el control de las inversiones de las entidades gestoras de la Seguridad Social (INP y Mutualidades) y la reducción

³⁷ *El País*, 7/5/1980. “Rechazada la propuesta socialista contra la reforma sanitaria de Unión de Centro Democrático”.

³⁸ *El País*, 15/9/1978/ “El difícil e inalcanzable camino de la reforma sanitaria”.

³⁹ *Ibidem*. Desde el mes de julio de 1977 la prensa había publicado unas cartas del ministro de Sanidad dirigidas al de Interior donde apostaba por “impulsar al máximo todos los medios de lucha contra la corrupción en lo que concierne a la sanidad y a la Seguridad Social, y en esta línea he dado instrucciones al delegado general del Instituto Nacional de Previsión para que continúen y se intensifiquen las investigaciones, apurando las que se refieren a Barcelona y extendiéndolas a cualquier otro lugar en que se presuma que tales actividades ilícitas puedan realizarse”.

del coste de la misma, así como la presión sobre los costes de producción de las cuotas de la Seguridad Social. Y es que todavía en ese momento “más de doscientas comisiones gestoras actúan poco más o menos como reinos de taifas”, lo que suponía “un campo abonado para el descontrol, las corruptelas y el pago de extratipos a mutualidades y demás organismos autónomos difícilmente perseguibles”.

El problema de fondo, como todo parecía indicar, era la bancarrota del INP y la absoluta crisis de su organización hospitalaria, a la que se habría llegado, además de por la propia situación económica general, por la falta de pago de muchas empresas de las cuotas de la Seguridad Social⁴⁰. Así las cosas, en los seis primeros meses del año ya se habrían gastado los recursos del ejercicio en curso y el Ministerio se enfrentaba, después de sólo unos meses de existencia, a una grave crisis que parecía muy difícil de superar. Por estas circunstancias se llevaron a cabo recortes draconianos en las guardias médicas –con importantes mermas en los ingresos de los médicos y acusaciones de abusos en las propias guardias, lo que ofendía gravemente a un colectivo que no tardó en responder con acritud a pesar de la coexistencia compleja de muy distintas relaciones profesionales-, pensiones alimenticias de los enfermos hospitalizados, adquisición de enseres hospitalarios y demás recursos⁴¹. La suma de todos estos factores supuso un notable deterioro del servicio hospitalario de la Seguridad Social que trascendería con rapidez a las centrales sindicales y partidos políticos de izquierda que no tardarían en acusar al Gobierno y al Ministerio de llevar a cabo una indecorosa e inaceptable privatización de la sanidad al facilitar el desprestigio y la insostenibilidad de la sanidad pública, que, además, coincidía, según estas graves acusaciones, con algunas notables concesiones a la iniciativa privada del sector.

Sin embargo, lo dramático del momento tenía que ver con el aparente bloqueo político entre un gobierno poco dado a las estridencias y débil, tanto dentro del Parlamento como en la calle, y una oposición, sobre todo comunista y socialista, muy dubitativa y temerosa de ir contra un INP y sus adláteres de manera rotunda, por temor a que su posible desmantelamiento pudiera suponer, a corto y medio plazo, un irreversible impulso a la privatización de la sanidad y un retroceso en la supuesta socialización de los servicios públicos y del Estado, justo en el momento en el que se estaba empezando a construir en España un Estado del bienestar que en Europa estaba, a su vez, comenzando a ser puesto en cuestión por el crecimiento de las posturas neoliberales. A “finales de 1979, el texto presentado por el ejecutivo para su debate parlamentario no contentaba “ni a la izquierda ni a la derecha”, aunque, en la línea que tanto se destacaba por entonces, se dijera en muchos medios que “ha prevalecido el consenso como método político”⁴².

⁴⁰ *El País*, 1 de noviembre de 1978, “La Seguridad Social tiene unos 6.000 millones de pesetas al mes de impagados”. La noticia daba cuenta de que en los últimos cinco años el total de la deuda oscilaba entre los 150.000 y los 200.000 millones de pesetas.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Actualidad Agraria*, 9/12/1979, “El medio rural, una voz en la reforma sanitaria”.

SANIDAD Y ESPAÑA RURAL: DÉFICITS, RÉGIMEN AGRARIO Y PROTESTA CAMPESINA

La España rural y los trabajadores del campo fueron desde comienzos de la Dictadura un mundo aparte. De hecho, cuando se optó por segregar a agricultores y campesinos, con la creación del Régimen Especial para la fijación de las correspondientes cotizaciones, se argumentaba que se trataba de un sector laboral “muy diferenciado” que fue, a su vez, dividido entre trabajadores por cuenta ajena y trabajadores por cuenta propia, con unos criterios fluctuantes que dependían arbitrariamente del tamaño de las explotaciones o de las peonadas o jornadas teóricas de trabajo que se asignaban en cada parcela. Esta decisión se zanjó con la creación de una “cuota empresarial” que iría progresivamente aumentando y convirtiéndose, a la postre, en la principal queja de los agricultores que veían en ella una tributación extra que sensibilizaría en su contra a muchos colectivos⁴³.

Los pueblos carecieron de las suficientes y necesarias inversiones como para dotar a sus habitantes de los recursos básicos que, poco a poco, fueron apareciendo en las ciudades pero que en contadas ocasiones y de manera parcial se dejaban notar en las pequeñas poblaciones, donde la medicina quedaba en manos de unos profesionales que con menos recursos tenían que atender a una población inculta, con malos hábitos alimenticios y sanitarios que, además, aceptaba con resignación, en la mayoría de las ocasiones, las desigualdades sociales y la privación de atenciones. Con todo, no se puede generalizar y hablar de pasividad o consentimiento sin más, porque también se dieron protestas individuales, las “armas del débil”, y formas de resistencia cotidiana que acabarían por eclosionar con virulencia en los años setenta.

Los jornaleros, por su falta de continuidad en el empleo y por la extensión de prácticas patronales poco dadas a la cotización, se vieron paulatinamente alejados de la medicina, los seguros y las pensiones, abocados a un régimen especial que con la creación de la Seguridad Social no hizo sino cronificarse hasta la llegada de la democracia. De hecho, el gobierno ucedista se vio en la obligación de aprobar un Real Decreto (249/1978) en febrero de 1978 para aplazar el pago de la cuota empresarial de la Seguridad Social Agraria para el año siguiente ante la cantidad de protestas articuladas desde las incipientes organizaciones sindicales y, también, desde unas Hermandades Sindicales de Labradores y Ganaderos que se resistían a perder su poder de influencia. Estas protestas fueron especialmente significativas en regiones como la gallega por considerarlo un impuesto abusivo, injusto y sin prestación alguna para ellos⁴⁴

Como ya se ha formulado, desde muy pronto, para el franquismo, “las prestaciones de la Previsión Social o las ayudas de la Asistencia Social no eran un «derecho social de ciudadanía», sino una concesión del régimen, del Partido único (FET y de las JONS) o incluso un generoso

⁴³ Margarita Arenas Viruez, *Hacia la desaparición del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social*, Sevilla, 2008, CES-A.

⁴⁴ *El País*, 2 de mayo de 1982. “15 años de lucha en la tierra del minifundio”. Las primeras protestas datan del año 1967 en Orense y Lugo y se generalizaron, en 1977, con la legalización del sindicato nacionalista Comisiós Labregas.

regalo del «Caudillo» a los españoles. La Previsión Social era, en todo caso, un derecho del Estado, nunca de los individuos que sólo existían en relación con las «políticas sociales», en su condición de sujeto colectivo pasivo⁴⁵. No obstante, se practicaron políticas de Previsión Social que funcionaron a pesar de la escasez económica de los seguros y los subsidios, o de sus limitaciones desde el punto de vista de una aplicación universalista (o socialmente restringida), porque estaban pensados para actuar como mecanismos eficientes para la generación de actitudes de aceptación y consentimiento social para con el régimen. Desde ese punto de vista, al menos, resultaron instrumentos útiles –combinados con las prácticas represivas– para “los deseos de legitimación del franquismo”. En cierto modo, se produjo durante el primer franquismo la extensión, más o menos amplia, de una serie de prestaciones sociales del Estado por primera vez para estos colectivos. Ello dio lugar a determinados mecanismos de gestión personalistas y clientelares que, junto a la desarticulación represiva de las antiguas sociedades y sindicatos agrarios –que contribuyeron a la socialización política de los campesinos antes de la Guerra civil– pueden ayudar a entender, en buena medida, muchas de las actitudes políticas y determinados comportamientos electorales muy conservadores de parte muy importante de la población rural de amplias zonas del país durante épocas posteriores.

En base a todo ello, podríamos afirmar que, de alguna manera, la Previsión Social impulsada por el régimen franquista le proporcionó, sobre todo a sus cuadros dirigentes en el nivel local, los resultados que estos esperaban y que se prolongaron en el largo plazo. Ello no debería impedir recordar, no obstante, que las condiciones de acceso de los agricultores a los «beneficios» de la Previsión Social franquista se llevaron a cabo de manera muy dificultosa y repleta de irregularidades y arbitrariedades, tal vez, porque el propio sistema los consideraba menos peligrosos desde el punto de vista de la disidencia política, o más permeables a sus estrategias de «control social», y en parte también por las particulares condiciones de la agricultura como actividad económica. Sea como fuere, los seguros sociales llegaron siempre al mundo rural con un notable retraso. A ello debieron de contribuir también las dificultades –reales, pero no insuperables– de extender a los labradores y a sus familias las prestaciones sociales. Durante mucho tiempo, los servicios sociales fueron diseñados y aplicados tomando como destinatarios a los obreros industriales y a sus familias, convencido el régimen de la necesidad de atraerlos políticamente o de al menos, atenuar, con mecanismos más allá de los puramente represivos, su potencial y/o real disidencia política. Paradójicamente, -y destacado motivo de agravio comparativo- un «Estado de campesinos», como era aquella España hasta prácticamente los setenta, planificaba y ejecutaba políticas de Previsión para proletarios urbanos. De ahí la proliferación de los «Regímenes Especiales Agrarios» de la Seguridad Social y de las polémicas estructurales que acompañaban a cualquier proyecto de reforma de los mismos.

⁴⁵ Daniel Lanero, “La extensión de los seguros sociales en el mundo rural gallego: entre el clientelismo político y los ecos del “Estado de bienestar” 1940-1966”, en *Historia del Presente*, 9 (2007). Pp. 149-162.

No en balde, será, precisamente durante la dictadura, cuando, con todas las imperfecciones y deficiencias que queramos, se pongan en marcha estrategias y políticas de protección social, especialmente sensibles en el medio rural. Servirán, entre otras cosas, para generar un cierto consenso y notables apoyos y fidelidades inquebrantables. Sin embargo, después de muchos años de pasividad y sometimiento, las incipientes y progresivas movilizaciones campesinas y la creación de sindicatos agrarios también hicieron cundir la aspiración campesina de una equiparación de la Seguridad Social Agraria con la rama general y su integración en una única Seguridad Social. Obviamente, se daba por hecho que esa reforma, cada vez más anhelada, debería ir en paralelo a una mayor participación del Estado en su financiación, hasta alcanzar los estándares similares a las de países de la CEE. En esas reivindicaciones también se contemplaba la supresión de la cuota empresarial y su sustitución por un sistema más justo, que podría estar relacionado con una contribución en base al líquido imponible de las explotaciones⁴⁶. Tampoco se olvidaban las necesarias mejoras en las prestaciones de la Seguridad Social –invalidez, vejez, fallecimiento, protección a la familia, indemnizaciones por accidente de trabajo o enfermedad profesional y servicios sociales en atención a situaciones especiales–, pero lo cierto es que la legislación era más bien restrictiva y, por tanto, muy lejos de un sistema de servicio universal⁴⁷.

Todavía a la altura del año 1973 el agricultor recibía, a cambio de las cantidades exigidas, unos reducidos subsidios por hijos y esposa, intervenciones quirúrgicas si se había accidentado en el tajo, pero no tenía derecho al abono de medicinas ni a asignación salarial en caso de baja. La falta de atención llegaba a tales extremos que algunas poblaciones se encontraban a tres, cuatro y hasta cinco horas del centro sanitario más próximo, dando como resultado un elevado número de muertes que se producirían todos los años en los traslados a la residencia sanitaria de la capital⁴⁸.

Lo cierto es que entre los partidos políticos y las organizaciones sindicales, en este caso concreto podemos hablar de la Unión de Campesinos Asturianos, se había ido despertando un gran interés entre la población primero para la equiparación de la S.S. Agraria con la rama general y, después, con la puesta en marcha de un Plan Sanitario que acabaría en frustración o “amargura” cuando el propio ministro, Rovira Tarazona, confirmó que “no se preveían nuevas instalaciones

⁴⁶ Daniel Lanero y Ana Cabana, “El conflicto en torno a la cuota empresarial de la Seguridad Social agraria (1960-1980)”, en *VI Encuentro de Investigadores del Franquismo*, Zaragoza, 2006. Págs. 520-533.

⁴⁷ *Actualidad Agraria*, 18/11/1979. “La asistencia sanitaria en Asturias”. En concreto, se hablaba de una terrible falta de equipamiento sanitario en las zonas rurales de Asturias, calificado como “inaudito, equivalente a una situación tercermundista”.

⁴⁸ Al médico *del rural*, con el paso de los años y la llegada de las innovaciones sanitarias y la mejora de las comunicaciones, se le recuerda con nostalgia y reconocimiento. Sin embargo, esta suerte de “romanticismo” puede banalizar las enormes dificultades con las que se vieron obligados a trabajar. Algunas iniciativas recientes nos permiten aproximarnos a los riesgos de estas posiciones. Véase, por ejemplo, *La Región* de Ourense, los días 25 de marzo o 22 de julio de 2018. (“La memoria del médico del rural, “genios en el silencio”” e “Historias de un médico rural”, respectivamente). En el segundo caso se puede leer: “Qué llevaba un médico dentro del maletín, un fonendo, un aparato para medir la tensión, para mirar el azúcar, una lamparilla”. También se daba cuenta de la creación del primer Museo del Médico del Rural en Galicia.

sanitarias ni a corto ni a medio plazo. Así, el Mapa Sanitario de Asturias no dejaba de ser papel seco o mojado”⁴⁹.

En pleno debate sobre el modelo sanitario a construir, con extremos que oscilaban entre las privatizaciones y la socialización del sector, desde el medio rural se fue también presionando y concienciando a la población y los responsables públicos sobre la situación. Así, progresivamente, también se fue asumiendo entre los parlamentarios la idea de la discriminación sanitaria del campo como punto de partida para una profunda reforma sanitaria con la planificación adecuada y la debida instrumentación. Y es que entonces, mientras la mayor parte de los aproximadamente 60.000 médicos que ejercían en el país se concentraban en los grandes núcleos urbanos, el campo “carece de servicios y jamás ha sido objeto de una profunda educación sanitaria”⁵⁰.

El impacto de las reformas en el medio rural mereció la atención de los afectados cada vez con más preocupación a pesar de que, desde el propio Ministerio, Rovira tratara de calmar los ánimos con afirmaciones tan ilusionantes como que “el mundo rural va a dejar de ser un entorno sanitariamente aislado”. El propósito era construir unas unidades de medicina rural, formadas por tres o cuatro médicos que, continuando su residencia en los respectivos municipios y comunicados por teléfono o radioteléfono, dispondrían de un centro rural de la salud, dotado de un laboratorio para análisis básicos, exámenes radiológicos, electrocardiógrafo y otras dotaciones⁵¹. Por parte de la UCD se subrayaban los presumibles efectos positivos de la nueva reglamentación en el área rural “el sector en el que posiblemente más repercusión tenga esta reforma”, porque “la descentralización y consiguiente regionalización de los servicios de salud van a traer como consecuencia una mejor salud de los españoles que viven en el campo”⁵².

El Ministro Juan Rovira Tarazona iba incluso más allá al defender que el medio rural saldría favorecido por su reforma al entender que se cubrirían con ella las tres áreas: Medicina curativa o asistencial, la Medicina preventiva o profiláctica y la Medicina de comunidad o social. Aunque en su intervención hacía hincapié en defender en primer lugar lo relativo a la Medicina primaria a cargo del médico de familia. En resumen, según la imagen idílica expuesta por el responsable ucedista, se trataba de iniciativas que “acercarán enormemente la Medicina especializada al mundo rural y que constituirá una base de apoyo fundamental a la acción de los médicos rurales”⁵³.

⁴⁹ *Ibidem*. Como contestación, desde las asociaciones ciudadanas, “se preguntaban de quién es el dinero de la Seguridad Social, y dicen estar dispuestos, por los medios que sean, de sacar al campo asturiano del subdesarrollo sanitario que padece”.

⁵⁰ *Actualidad Agraria*, 9/12/1979. “El medio rural, una voz en la reforma sanitaria”.

⁵¹ *Actualidad Agraria*, 9/12/1979. “Vuelve la antigua polémica entre privatización y socialización de la Medicina”.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ *Actualidad Agraria*, 9/12/1979. “El ministro Rovira Tarazona se defiende. Entre privatización y socialización políticamente nos situamos en el fiel de la balanza”.

Para los representantes sindicales, en concreto para el Secretario General del Sindicato Libre de España, Carlos Kaiser, el desarrollo cultural sanitario que ofrecían las zonas rurales era, todavía a la altura de finales del año 1979, insuficiente. En sus declaraciones dejaba constancia del notable atraso que ofrecía la sanidad agraria porque al médico rural se le había dejado aislado, “sin la menor instrumentación técnica y sin el calor humano que antes tenía”. Para solucionar esta situación se pronunciaba a favor de 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 enfermos⁵⁴. El dirigente sindical entendía que en el proceso de la reforma se había abusado de la política y apostaba por “escuchar más a los técnicos y profesionales” con el objetivo de que la población rural y agrícola tuviera las mismas oportunidades sanitarias que las urbanas.

Un destacado protagonismo en la defensa del medio rural estaba ya jugando la Sociedad Española de Medicina Rural –SEMER- que había acordado un plan integral para poder abordar con garantías las necesidades del sector. Se trataba entonces de buscar la equiparación del régimen agrícola de los campesinos con la rama general de la Seguridad Social lo que equivaldría de inmediato a un considerable aumento de los recursos. En este punto, el aspecto más complejo para poder llevar a cabo la reforma de la Seguridad Social Agraria tenía que ver con el déficit crónico que venían arrastrando los presupuestos de aquel Régimen Especial, precisamente en un momento en el que la crisis de la agricultura tradicional y la pérdida progresiva de la población activa coincidía con el aumento del número de pensiones. Para los responsables del Instituto Nacional de la Seguridad Social esta equiparación sólo podía efectuarse con partidas procedentes de otros sectores productivos, lo que pasaba por el perfeccionamiento de la ley de Financiación de la Seguridad Social Agraria⁵⁵.

Mientras tanto, las cifras de las zonas rurales seguían poniendo en evidencia que la asistencia sanitaria en ellas era caótica, como demostraba que las 14.828 camas de los hospitales establecidos en zonas rurales representaban el 8,3% del total nacional para una población que suponía el 33,5% y que unos siete mil médicos ejercían en pueblos menores de 10.000 habitantes (es decir, el 11,6% del total del país)⁵⁶. De hecho, la mayor parte de los médicos rurales estaban concentrados en entidades locales de menos de tres mil habitantes. Aunque, en realidad, muchos pueblos por debajo de los mil habitantes carecían de médico y de farmacia. Con los últimos cambios llevados a cabo, la situación de la Seguridad Social cubría asistencialmente a la mayor

⁵⁴ *Actualidad Agraria*, 9/12/1979. “Opinan los médicos”. En sus declaraciones se mostraba muy moderado y equidistante con los planteamientos ideológicos que dominaban el debate porque entendía que “pueden existir fórmulas de privatización y socialización”. Una opinión muy parecida mostraba Juan Blázquez Sánchez, secretario general de la Comisión Permanente de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos Libres, al declarar en la misma entrevista que “hasta ahora los pueblos, municipios y la agricultura han estado discriminados sanitariamente. El pilar básico de la reforma sanitaria debe comenzar por la asistencia rural antes de llegar la reforma de hospitales y asistencia urbana”.

⁵⁵ *Actualidad Agraria*, 16/12/1979, “Un nuevo proyecto revisará la ley financiera de la Seguridad Social Agraria”.

⁵⁶ *Actualidad Agraria*, 16/12/1979. “La asistencia sanitaria es caótica”. Se recogían datos de una encuesta sociológica editada por el Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria, bajo el tema general “La asistencia sanitaria en las zonas rurales”. El muestreo contemplaba datos de unos cuatrocientos pueblos de Andalucía, Levante, Cataluña, Aragón, País Vasco, Navarra, Castilla-León, Asturias, Baleares y Canarias.

parte de los habitantes de las zonas rurales en una proporción similar a la población general del país. Esto había sido posible por la ampliación a los trabajadores agrícolas por cuenta propia desde 1975. Eso suponía que todavía quedaban fuera del ámbito de la Seguridad Social el 16,6% de la población rural. De ellos, a su vez, casi un 4% utilizaban sólo asistencia sanitaria totalmente privada. Sin embargo, las igualas seguían vigentes y todavía cubrían al 23,6% de la población rural, siendo especialmente operativas en localidades inferiores a los mil habitantes y superiores a los cinco mil.

Pero no se trataba sólo de cantidades. Lo cierto es que la calidad asistencial era más pobre en personal sanitario en bastantes casos porque en muchos partidos judiciales, un mismo médico era el titular y el representante de la Seguridad Social. Mayor gravedad tenía el hecho de que aproximadamente el 17,1% de las entidades locales de población rural carecían de cualquier centro de asistencia sanitaria, proporción que se elevaba hasta el 31,6% en los de menos de mil habitantes. Además, en los centros sanitarios no hospitalarios de las zonas rurales, sólo estaban garantizados los servicios de medicina general, incluidos los de pediatría y puericultura, pero no de forma especializada, lo que sólo se daba en muy pocos centros. De hecho, ni siquiera los servicios de enfermería tenían lugar en todos los casos.

En las informaciones utilizadas se hablaba con frecuencia de la insuficiencia de personal sanitario en las zonas rurales en paralelo al de las instalaciones. Como principal problema se subrayaba la insatisfacción del personal que, “mientras han podido”, han rehusado instalarse en el medio rural por no ofrecer atractivos de promoción humana y social. En todo caso, la aparente frialdad de las cifras no puede empañar la gravedad de una situación que afectaba a tres millones de familias, grosso modo, y once millones de habitantes, agrupados en unos ocho mil municipios con menos de diez mil habitantes.

Los problemas del medio rural en su acceso a la equiparación de servicios de la S.S. no terminaban aquí. Durante aquellos inestables momentos otra permanente amenaza que se cernía sobre el sector era la posibilidad del embargo y el debate sobre las jornadas de trabajo teórico como ponían de manifiesto algunos medios a lo largo del año 1979⁵⁷. Cuando se producía el impago, la Inspección de Trabajo obligaba al deudor a pagar en un plazo determinado. De no hacerse efectivo, se pasaba con rapidez a actuaciones más contundentes, como era el embargo, con la intervención de autoridades judiciales y la propia Guardia Civil, viviéndose situaciones de extrema tensión.

El asunto se solucionó de manera provisional por parte de la UCD, pero se optó por una medida que acabaría perpetuándose por mucho tiempo a pesar de convertirse en una constante reivindicación del sector que no vería, finalmente, la eliminación de la medida hasta los años noventa⁵⁸. Por entonces, todavía se hablaba del déficit del Régimen Agrario a la Seguridad Social.

⁵⁷ *TRIA*, núm. 345, febrero de 1979. “Sanidad amenaza con el embargo”.

⁵⁸ *El País*, “El Gobierno elimina el pago de las jornadas teóricas agrarias a partir de 1995”, 14 de noviembre de 1994.

No olvidemos que en 1976 la cuota sindical significaba más de tres mil millones de pesetas frente, por ejemplo, a los apenas dos mil millones de la Contribución Rústica y Pecuaria.

Y es en este punto donde el asunto admite una interpretación como factor de creación de conciencia política y social por parte de muchos agricultores que, durante la transición, decidieron dar un paso al frente para su empoderamiento que les permitiera ser protagonistas del cambio que estaba experimentando el país y el propio medio rural. El impago masivo de las llamadas “jornadas teóricas”, aunque no fue unánime, si se convirtió en un banderín de enganche en muchas regiones del país que movilizaron a muchos “del rural” para conseguir acabar con discriminaciones y olvidos⁵⁹. La propuesta consistía en ampliar prestaciones y conseguir distribuir las cargas con arreglo a un sistema más justo de cotización empresarial que aquel que se había construido, en 1971, de manera provisional. Y es que el resultado del experimento fue un modelo que perjudicaba al pequeño y mediano agricultor y favorecía claramente al propietario con muchos empleados fijos o temporales. Todo ello derivado del peculiar sistema de representación en el que las Hermandades de Labradores y sus epígonos en las Cámaras Agrarias jugaban a favor de los intereses de los grandes propietarios⁶⁰. El problema, además, para estos agricultores era que, para poder disfrutar de similares prestaciones, un empleado de la industria tenía que cotizar a la Seguridad Social el 12% de su renta y un pequeño agricultor un 34%. La situación se agravaría con el paso del tiempo ya que hasta mayo de 1979 el gobierno no implantó la cotización por jornadas reales y, mientras tanto, el sistema se demostró altamente ineficaz porque la propia Administración no llevó a cabo un control real de las cartillas de identificación que, supuestamente, los jornaleros deberían de llevar al día para la actualización de la información.

⁵⁹ Alberto Sabio Alcutén, “Cultivadores de democracia...” *Ob.Cit.*

⁶⁰ La aparición de las nuevas organizaciones sindicales en el medio rural activó la conciencia obrera –no pagar se convirtió en una cuestión de *dignidad*- y promovieron un movimiento de reivindicación y protesta en favor de servicios sociales y, en concreto, en mejoras sanitarias. Frente a ellas, las viejas estructuras del vertical intentaron utilizar sus todavía importantes recursos para acallar las tensiones de clase y seguir controlando políticamente al campesinado en favor de las organizaciones más afines y continuistas. De esta manera también se fomentó un discurso paternalista que mitificaba las relaciones rurales y las estrategias que se habían llevado desde el poder.