

JOSEP M. COMELLES, ENRIQUE PERDIGUERO-GIL,
EDUARDO BUENO Y JOSEP BARCELÓ-PRATS

1. INTRODUCCIÓN

En diciembre de 1939 el director del Hospital Clínico de Barcelona, Vicente Carulla Riera (1896-1971), advirtió, en un capítulo sobre la asistencia sanitaria benéfica publicado en el libro *Aspectos y problemas de la nueva organización de España*, que los principales problemas de salud que el Nuevo Estado debía resolver eran el desempleo y la "enfermedad de la pobreza", que incidían en las elevadas tasas de mortalidad (Carulla, 1939: 69). Destacaba las pésimas condiciones de vida en muchas comarcas rurales en las que se había preservado "la pureza de las tradiciones del alma nacional", pero donde la presencia de médicos era escasa y la combinación de aislamiento y pobreza extrema obstaculizaban cualquier intento de ofrecer atención sanitaria adecuada (Carulla, 1939: 74). La situación no era mucho mejor en relación con otros sanitarios y en muchos pueblos no había ni matronas ni practicantes.

* Este estudio forma parte del proyecto "De la propaganda sanitaria a la educación para la salud. Ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)", HAR2015-64150-C2-1-P (MINECO/FEDER, UE), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Nuestro especial agradecimiento a Ángel Chamorro y a la familia del Dr. Jesús Chamorro por el obsequio en su día de la publicación no venal conmemorativa de sus 80 años. Nuestro agradecimiento a Jon Arrizabalaga y David Simón, así como a los responsables del depósito GEPA del Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya en el Parc de Gardeny (Lérida) y a los de la biblioteca de la Universidad de Barcelona en el depósito de Cervera.

Cuarenta años más tarde, la introducción al informe sociológico sobre *La asistencia en las zonas rurales* afirmaba:

La situación sanitaria de las zonas rurales constituye uno de los aspectos problemáticos de la sanidad nacional. Sin embargo, apenas se la conoce en profundidad. Casi solo se utilizan para determinarla experiencias personales o, a lo más, situaciones particularizadas de algunas entidades locales de población, que después se extrapolan sin más a un ámbito general calificado como rural. Sin duda alguna estas apreciaciones y experiencias particulares manifiestan situaciones reales, pero carecen de base suficiente para su generalización (Mayor, 1979a: 3-4).

Los dos escritos citados indican que la asistencia sanitaria en el medio rural fue un problema durante todo el franquismo. Sin embargo, hoy en día el conocimiento de tal problemática no ha mejorado significativamente².

En este capítulo proponemos una primera aproximación al estudio de la medicina rural durante el franquismo, tomando como hilo conductor la transición entre el "modelo ideal de médico" (un *idealtypus* en el sentido weberiano del término)³, que suele asociarse a la representación social y cultural del médico rural, y el modelo de ejercicio médico asociado a la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1944, cuyo mayor impacto sobre la medicina rural no se produciría hasta finales de los cincuenta.

El *idealtypus* de médico, incardinado en el Estado liberal, se fue definiendo a lo largo del siglo XIX como un profesional legitimado por la universidad y por el Estado. Sus señas de identidad eran las de un médico vocacional, abnegado, sacrificado, dispuesto a ejercer su profesión en situaciones de gran adversidad profesional y personal⁴. Este modelo se enraizó profundamente en la cultura profesional y corporativa de los propios médicos. En la España del franquismo este *idealtypus* fue el telón de fondo de todas las reivindicaciones de los médicos rurales ante la colectivización de la asistencia médica y el papel subalterno que les fue reservado en este proceso.

La asistencia médica rural, en el periodo que estudiamos, la ejercían principalmente los médicos titulares de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), que, tal y

2. Son pocos los estudios sobre medicina rural que aborden el franquismo (Altés, 2005; Zarzoso, 2010; Comelles, Alemany y Francés, 2013; Zafra, 2016; Fernández, 2017). Tampoco abundan los dedicados a otras profesiones sanitarias: el de Blázquez (2017) sobre los practicantes no alcanza el franquismo, y, sobre las matronas, véase el trabajo de Ruiz-Berdún en este volumen y la bibliografía que en él se aporta. La escasez de investigaciones sobre la actividad asistencial rural probablemente tiene que ver con la dispersión de las fuentes, las dificultades de acceso y su complejidad.

3. Véase Cahnman (1965), Rogers (1969) y Hoffman (2006).

4. Sobre el modelo profesional de la medicina es aún indispensable Freidson (1970), que lo utilizó como paradigma de la *profesión* en el sistema capitalista. El *idealtypus* se fue definiendo durante el siglo XIX en publicaciones diversas, algunas de las cuales eran conferencias impartidas sobre ese tema a estudiantes de medicina (Comelles, 1998).

como veremos, adquirieron este nombre antes de la Guerra Civil. Dependían de la Dirección General de Sanidad (DGS) del Ministerio de Gobernación y coexistieron, desde 1944, con el desarrollo *independiente* de la nueva organización asistencial del SOE. Este último era un dispositivo inicialmente de carácter urbano, pero que con los años también llegó al agro y acabó asimilando a los titulares que ejercían en partidos rurales. La novedad asistencial que supuso el médico general de zona urbano del SOE, que en pocas horas atendía a decenas de pacientes sin tiempo para la exploración y el diagnóstico y con la receta como eje central del acto médico, estaba, como analizaremos más adelante, en las antípodas del *idealtypus* de médico. Además, el nuevo sistema de remuneraciones del SOE, los cupos, afectó directamente a los ingresos de los médicos rurales ligados a su sueldo como funcionarios al servicio de los municipios, a las igualas que percibían de sus convecinos y a la posibilidad de ejercer, simultáneamente, la práctica privada, algo de lo que, como veremos, se quejaron agriamente.

La transición entre ambos modelos, a lo largo de cuatro décadas, abocó a los médicos rurales a vivir una situación complicada, tal y como expresó, ya en periodo constitucional, Francisco Aguilar, médico titular de Picassent (Valencia), al presentar una conferencia sobre el diagnóstico médico que impartió Pedro Laín Entralgo en la clausura del V Congreso Nacional de Medicina Rural y II Congreso Iberoamericano de Medicina Rural, celebrado en Valencia en 1980:

Usted conoce las tribulaciones que se pasan maletín en mano, (fonendo, Pachon⁵, termómetro, tiras reactivas), por esos campos de Dios. Pretendemos cambiar desde dentro nuestra imagen. Hasta ahora el médico de rural ha sido considerado como un médico de 3ª, ésta es la cruda y triste verdad, si se quita la capa de tópicos, usados a veces hasta con mayúsculas, el sacerdocio, la abnegación, el sacrificio, la soledad, con que la sociedad y los mismos médicos han querido cubrir una praxis rutinaria y alienante, bolígrafos, talonarios y papeleo (Aguilar, 1982: 29).

Laín Entralgo (1982: 37), en las postrimerías de su discurso incidió, como hijo de médico rural, en esta imagen: "del médico rural, después de la —en mi tierra, se llamaba así—, la llamada; [...] solo y a cuerpo limpio se dispone a cumplir la misión esencial del médico, [...] que consiste en curar, en prevenir, en aconsejar, en mejorar, por tanto, en ayudar, con su voluntad, con su técnica y con su ciencia a la esperanza del hombre sobre la tierra".

Para analizar las mutaciones que se fueron produciendo en la práctica médica rural durante el franquismo nos ocupamos, en primer lugar, de las fuentes disponibles para su estudio, poniendo de manifiesto tanto los criterios de selección

5. Es un tipo de esfingomanómetro puesto a punto por el fisiólogo francés Victor Pachon.

como los fundamentos teóricos que hemos aplicado para estudiar las descripciones de los cambios acaecidos. En segundo lugar, resumimos el andamiaje legislativo que trató de organizar la medicina rural, con el fin de allegar recursos asistenciales a todos los rincones del país, un esfuerzo que, a la postre, resultó infructuoso. En tercer lugar, analizamos los problemas de los médicos rurales desde 1939 hasta finales de los cincuenta, cuando dieron comienzo los intentos de crear la Mutua Nacional de Previsión Agraria para extender la cobertura del SOE a los trabajadores del campo. A pesar de la débil implantación del SOE en el agro, los médicos rurales la vivieron, desde el principio, como una gran amenaza a su modo de entender la práctica médica, la relación médico-paciente y los procesos de salud, enfermedad y atención. En cuarto lugar, analizamos el impacto que tuvo sobre los titulares rurales la extensión de la cobertura sanitaria que siguió a la creación del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, en 1966, y su devenir hasta la muerte del dictador. Finalmente, comentamos los análisis de la situación de la medicina rural realizados en las postrimerías de los setenta (Clos, 1976; Mayor, 1979a), que proporcionan una panorámica de la situación al final del periodo estudiado, poco antes de que se emprendieran las reformas ya en periodo democrático. Finalizamos con unas conclusiones.

2. LAS FUENTES

Para acercarnos a la práctica profesional de los médicos titulares rurales durante el franquismo contamos con muy diversos tipos de fuentes: legislativas, documentales, publicaciones oficiales, monografías, prensa periódica e informes sociológicos⁶. Su volumen es inabarcable y en este capítulo solo hemos utilizado algunas.

La legislación sobre medicina rural aporta la contextualización necesaria para comprender la evolución de los problemas profesionales que aparecen en las demás fuentes. Las variadas normativas trataron de evitar, sin conseguirlo, que hubiese partidos médicos sin médico titular. Extractamos lo fundamental de las diversas reglamentaciones en el apartado siguiente. Junto a estas fuentes hay documentación administrativa dispersa en repositorios estatales, locales, particulares, colegios provinciales, en el Consejo General de Colegios Médicos (CGCM) y en otros

6. Cabe añadir fuentes audiovisuales inexploradas preservadas en museos, archivos, filmotecas o archivos personales. El *No-Do* ha sido estudiado en su faceta de representación de las tecnologías médicas (Medina-Doménech y Menéndez-Navarro, 2005; Menéndez, 2007, 2009), pero está por hacer un estudio detallado sobre la representación de la asistencia sanitaria franquista, incluida la del ámbito rural. Una fuente singular es la película *Llegan siete muchachas* (Viladomat, 1957), una comedia sobre las cátedras ambulantes de la Sección Femenina cuyo nudo argumental opone al médico rural y a la médica incorporada a la cátedra ambulante.

organismos. Solo hemos prestado atención a algunos escritos⁷, dado el ingente volumen disponible.

Los informes sociológicos, publicados entre 1963 y 1979, constituyen un segundo grupo de fuentes. El Ministerio de Trabajo impulsó un Estudio Sociológico sobre el Seguro de Enfermedad, cuyos resultados se plasmaron en cinco volúmenes mecanografiados⁸, coetáneos al informe de Salustiano Del Campo (1964) sobre la profesión médica. Ambos contienen escasas referencias a la medicina rural. Los informes sociológicos publicados por la Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (FOESSA) sí aportan algunos datos sobre la situación sanitaria rural, pero desde la perspectiva del paciente⁹. En 1976 el médico Joan Clos presentó una pequeña encuesta realizada en Cataluña que desmentía el relato sobre los problemas económicos de los médicos rurales, al menos en esta zona.

El estudio más importante, por su alcance estatal y su especificidad, es el titulado *La asistencia sanitaria en las zonas rurales* (Mayor, 1979a), destinado a proporcionar información a partir de la cual "los políticos, cualquiera que sea su ideología, fundamenten sus decisiones y tomen responsablemente las medidas necesarias para ponerlas en práctica" (Mayor, 1979a: 279). Lo dirigieron Federico Mayor Domingo¹⁰ y el sociólogo Victorino Jimeno Martínez¹¹. Se basó en 2451 encuestas realizadas en 406 entidades locales, de menos de 10.000 habitantes¹², divididas en cuatro bloques: población general (1.627), personas cualificadas para aportar datos sobre la población (405), médicos (256) y farmacéuticos (163). El trabajo de campo se hizo a finales del año 1977, por lo que este libro es una fuente privilegiada para conocer el estado de la medicina rural en el inicio de la transición democrática. Aporta también datos de relevancia etnográfica sobre la práctica médica rural.

7. La documentación oficial tiene mayor interés a partir del II Plan de Desarrollo, en el que aparece la problemática específica del mundo rural en proceso de despoblación (Presidencia del Gobierno, 1967, 1972, 1976). Es de gran interés el Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (julio de 1975). Parte de esta documentación ha sido objeto de análisis en Perdiguero-Gil y Comelles (2019a).

8. Los tomos 1 y 5 fueron responsabilidad de Enrique Martín López (1964a, 1964b), director del conjunto del estudio. El 2 y el 3 lo fueron de Martín López, Gutiérrez y Montes (1964, 1964b) y el 4 se debió a Gómez-Reino y Valderrábanos (1964).

9. De Miguel y Gómez-Reino (1966); De Miguel, Romero y Almarcha (1970); Serigó (1975) y Murillo *et al.* (1983).

10. Era el gerente del laboratorio Leti-Uquifa y, posteriormente, de Antibióticos, S. A. (Rodríguez Nozal, 2017). Fue presidente de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica adscrita al Ministerio de la Presidencia durante la Transición (Lobo, 1979; Redondo y González, 2013; González *et al.*, 2017).

11. Publicaron otros informes sobre asistencia farmacéutica y sanitaria en general (Mayor, 1977, 1979b).

12. Los autores no eluden la problemática en torno al concepto "rural", como la disparidad regional o la existencia de ciudades cuya economía agrícola tiene un gran peso. Optan por considerar "rurales" las poblaciones de menos de 10.000 habitantes que el Instituto Nacional de Estadística calificaba como rurales y semirurales o semiurbanas (Domingo, 1979: 14-15). Así sigue siendo en la actualidad, véase Goerlich y Cantarino (2015).

El tercer bloque corresponde a las publicaciones periódicas cuyo principal objeto eran las problemáticas profesionales y corporativas¹³, en un contexto en el que no era posible la acción sindical. La más interesante para la práctica médica rural es *Profesión Médica. Suplemento de Gaceta Médica Española*¹⁴, publicada entre 1944 y 1971. Juan Noguera López dirigía la revista y el suplemento, mientras que su hermano, Enrique, era el redactor jefe¹⁵. Actuaba como portavoz de los intereses corporativos de los médicos vinculados a la Administración y publicaba numerosas informaciones sobre la situación de la práctica médica rural¹⁶. Cada folleto constaba de cuatro páginas hasta que, a mediados de los sesenta, incrementó su extensión. Incluía un editorial, "Cartas al director", sobre todo de médicos titulares que ejercían en municipios de mediano o pequeño tamaño y que vivían, a menudo, aislados de otros colegas; pequeñas columnas sobre temas profesionales, referencias de la actividad colegial y convocatorias de plazas. La publicación elogiaba al régimen franquista, pero publicó, tempranamente, opiniones contrarias al SOE. A finales de los años cincuenta, ante la posibilidad de ampliar la cobertura del SOE a los trabajadores del campo, arreciaron las críticas y las encendidas defensas de la medicina liberal. El *Suplemento* llegó a tener una tirada de 43.000 ejemplares a finales de los años sesenta, se financiaba mediante publicidad farmacéutica y, prácticamente, careció de competencia hasta 1964, lo que le confiere una especial significación. La revisión de su contenido permite conocer, desde la perspectiva de los médicos, sus condiciones laborales en el medio rural, los conflictos entre compañeros, las relaciones con las administraciones locales, los cambios culturales que indujo el SOE entre los afiliados¹⁷, los conflictos con la población, el problema de las retribuciones, los traslados o la transición entre el modelo de medicina liberal y el de los médicos del SOE¹⁸.

13. La prensa general publicaba ocasionalmente sueltos, columnas y reportajes sobre la asistencia médica rural, pero por su gran volumen y relativa falta de profundidad han sido omitidos en este estudio.

14. *Gaceta Médica Española* se publicó entre 1926 y 1979.

15. Juan Noguera López (1881-1962) trabajó en el Instituto Nacional del Cáncer desde 1925. Fundó *Gaceta Médica Española* en 1926 junto a su hermano Enrique. José Alberto Palanca, director general de Sanidad durante el primer franquismo (1938-1957), que coincidió con Juan Noguera como estudiante en la Universidad de Granada, aporta algunas noticias sobre él y su hermano Enrique (Palanca, 1963: 81-82; 96 y 212-215). Sobre la implicación de Enrique Noguera López con la eugenesia véase Nash (1985); Delgado (2007) y Cleminson (2008).

16. En 1961, en la mancheta de la publicación al habitual subtítulo "*Suplemento de la GACETA MÉDICA ESPAÑOLA*" se unió la frase "ÓRGANO DEFENSIVO DE TODOS LOS MÉDICOS DE ESPAÑA" y en un recuadro "GACETA Y PROFESIÓN portavoces de los médicos de A. P. D. y del S. O. E. por acuerdo clamoroso de sus últimas Asambleas nacionales". Posteriormente, la publicación también se erigió en portavoz de los médicos libres.

17. Barceló-Prats, Bueno-Vergara, Comelles y Perdiguero-Gil (2019).

18. Los boletines de las secciones de médicos del SOE (CASOE) de los colegios provinciales son interesantes, pero no suelen reflejar las vicisitudes de los médicos de zona urbanas, mucho menos las de práctica rural. La más interesante es *Horizonte* (1949-1956), publicada por la CASOE del Colegio de Médicos de Barcelona.

En 1964, patrocinado por Antibióticos S. A., comenzó a publicarse el semanario profesional *Tribuna Médica* (1964-1996), una de las fuentes más importantes para el estudio de la sanidad española hasta la transición democrática. *Tribuna Médica* rompió con el modelo de *Profesión Médica*, puesto que la dirigieron periodistas, dispuso de mayores recursos y, a diferencia de esta, no fue portavoz de un grupo corporativo específico. Distinguía claramente entre reportajes y columnas de opinión. Tras la relativa apertura que supuso la Ley de Prensa de 1966 aportó elementos críticos relativos a la reforma de la sanidad. Junto con *Tribuna Médica*, aparecieron otras publicaciones periódicas de interés¹⁹: *Noticias Médicas* (desde 1967); *Doctor: información profesional y administrativa* (1966-1979)²⁰, *Tauta: medicina y sociedad* (1972-1975)²¹ y *Jano. Medicina y Humanidades* (1971-2011). Financiadas mediante publicidad farmacéutica, con una presentación y calidad periodística, incorporaron equipos de colaboradores y publicaron columnas de opinión, cartas al director, noticias de agencias internacionales, reportajes específicos, reseñas de los principales congresos e información detallada sobre los problemas profesionales y la repercusión en la práctica médica de diversas disposiciones oficiales. Todas ellas se ocuparon, en mayor o menor medida, de la problemática de la medicina rural.

Todas estas fuentes hemerográficas incorporan notas y narrativas de valor etnográfico mediante reportajes de sus periodistas —como fue el caso de Ángel María de Lera en *Tribuna Médica*—, colaboraciones de los propios médicos o entrevistas. Las publicaciones posteriores a 1964, aunque también incluyen la voz de los médicos en forma de entrevistas, mesas redondas o páginas de opinión, tienden a posiciones más neutras y, muy a menudo, mucho más militantes en relación con las reformas que inevitablemente se producirían. Por su riqueza etnográfica, la fuente más utilizada ha sido *Profesión Médica*, un auténtico muro de las lamentaciones en la que los médicos rurales describen los escenarios y las limitaciones de su práctica.

Un cuarto bloque de fuentes son los libros que describen el ejercicio médico en el mundo rural durante el franquismo²². Entre ellos están los pertenecientes a

19. No siempre de fácil acceso. Está por realizar una exploración sistemática de la rica información que contienen.

20. Véase Molinero (1969), dentro del número dedicado a la medicina rural en España, o bien el número 62, *¿Qué ocurre con la medicina rural?*, monográfico con la misma temática, pero desde una perspectiva internacional.

21. Véase Martínez-Fornes (1969).

22. Durante el franquismo algunos médicos relevantes escribieron sobre los problemas profesionales de la medicina (Marañón, 1950; Marañón *et al.*, 1952; De la Fuente Chaos, 1958). Son de interés para conocer su punto de vista sobre la sanidad y la medicina rural durante el primer franquismo las entrevistas a José Alberto Palanca, director general de Sanidad entre 1938 y 1957, publicadas en *Profesión Médica*. También su discurso en la Real Academia Nacional de Medicina (1958), su libro de memorias (1963) y el texto crítico sobre el SOE que recoge Solé Sabarís (1965). Una buena parte de su obra miscelánea e inédita contiene aportaciones relevantes para la historia de la sanidad franquista (Palanca, 2014).

dos géneros en franco declive y que aportan poca información sobre la práctica médica. Nos referimos, por un lado, a las obras de folklóre médico publicadas durante los años que comprenden nuestro estudio (Comelles y Perdiguero-Gil, 2014; Perdiguero-Gil y Comelles, 2014)²³, que describían las costumbres populares en relación con la salud y la enfermedad, a menudo con datos obtenidos antes de la Guerra Civil, pero que proporcionaban noticias de la práctica médica. Por otro lado, han de considerarse las ya escasas topografías médicas (Urteaga, 1980; Casco-Solis, 2001; Jori, 2013) que aportan información sanitaria y datos sobre la gestión popular de la salud y la enfermedad.

Algunos médicos publicaron libros de carácter autobiográfico sobre su práctica en el medio rural. Suelen ser de difícil rastreo y acceso incierto²⁴. No tienen pretensiones académicas, sino literarias, y sus lectores potenciales eran (y son) sobre todo colegas, pero también familiares, vecinos, amigos y el público general.

Entre los que hemos utilizado se encuentra *El Noi del Miseret*, autobiografía del médico y folklorista Josep Pla i Duat (1992), en la que el autor narra sus cuatro décadas como titular en la Pobla de Segur (Lérida)²⁵. Las *Memòries d'un metge* de Albert Pla Naudi (2000)²⁶ combinan su autobiografía con descripciones etnográficas sobre el mundo rural andorrano, de donde era oriundo, y de su tarea en Preixens (Lérida) como médico de ejercicio libre. *Recuerdos de una Vida* de Jesús Chamorro (2002) es una publicación no venal, editada por sus familiares a partir de la compilación de sus notas de campo²⁷. A través de descripciones etnográficas de gran calidad, Chamorro describe perfectamente la transición de la práctica médica entre 1950 y 1990 en diversos ámbitos: municipios rurales, una ciudad pequeña y, finalmente, una gran ciudad antes de jubilarse. Se trata de un itinerario que muchos otros médicos titulares seguían con el objeto de mejorar su posición

23. A destacar Lis Quibén (1949) y la inmensa obra de Castillo de Lucas (Fernández García y Castillo Ojuga, 1998). Sobre folklóre médico véase Martínez-Hernández, Perdiguero-Gil y Comelles (2015) y Perdiguero, Comelles y Erkoreka (2000).

24. Hemos prescindido de aquellas biografías sobre médicos rurales que quedan fuera del rango cronológico citado.

25. La obra de Josep Pla i Duat (Sort, 1921-1994) la publicó una importante editorial catalana, fruto de su relación con el periodista Josep M. Espinàs, que le había entrevistado previamente en el programa *Identitats* de TV3 (la televisión pública catalana), con un amplio testimonio de su actividad profesional.

26. Albert Pla Naudi (Canillo, 1915-¿?), andorrano, ejerció como médico rural en la comarca de La Noguera (Lérida) entre 1949 y 1952. Se trasladó a Barcelona, donde ejerció como médico general hasta su jubilación en 1985. Su obra, presentada como un libro de memorias, se construye sobre un itinerario autobiográfico que le permite hacer incursiones extensas en la etnografía y el folklóre de Andorra y de la subcomarca del Sió (entre el Urgell, la Segarra y la Noguera, Lérida).

27. Jesús Chamorro (Valladolid, 1922-2013) fue médico titular desde 1949 y, tras un itinerario por municipios de escasa población en Asturias, Galicia y Guadalajara, ejerció en Oñate y, finalmente, en Zaragoza. El libro es un presente de sus familiares en su octogésimo cumpleaños. Los editores estructuraron el libro en forma de autobiografía profesional a partir de las notas de campo que fue organizando tras su jubilación, con la supervisión de Jon Arrizabalaga, Profesor de Investigación de Historia de la Ciencia (CSIC, Institució Milà i Fontanals, Barcelona).

social, económica y profesional. Fernando García Garreta, titular desde principios de los sesenta, siguió un itinerario similar²⁸. Junto a estos relatos de médicos, la práctica obstétrica y las relaciones entre los médicos y una matrona titular en un contexto rural que la inmigración estaba transformando fueron recogidas en un diario literario con gran valor etnográfico: *Com neixen els catalans* de Ramona Via (1972), matrona titular en el Prat de Llobregat (Barcelona).

Los autores incluyen en sus libros presentaciones o prólogos justificativos. Ramona Via, Albert Pla Naudi y Josep Pla i Duat destacan su vocación folklorista o literaria: "escric perquè m'agrada. No tinc pas consciencia que és l'última cosa que faig o haig de fer. M'hi trobo bé fent-ho" (Pla i Duat, 1992: 14). En cambio, Chamorro y García Garreta parecen más interesados en utilizar la escritura como lenitivo²⁹, como forma de comprender, con cierta distancia, los cambios que sucedieron a su alrededor. Todos escriben en primera persona y su subjetividad se expresa en forma de emociones y sentimientos. Son obras con un gran valor, puesto que la mirada etnográfica les es indispensable para contextualizar la memoria de su actividad profesional, describir sus condiciones de trabajo y sus contextos sociales y culturales y vindicar un modelo de medicina entre vocacional y misional que, según la mayoría, ya habría desaparecido³⁰.

Es preciso detenerse en el valor heurístico de estos escritos. A diferencia de la inmensa mayoría de los breves artículos publicados en la prensa profesional, los libros permiten a sus autores descripciones extensas y *densas*³¹ sobre el mundo

28. Fernando García Garreta (Arganda del Rey, 1939) ejerció en Ciheula (Soria) en 1963 (interino). Al cabo de cinco meses, con la plaza de APD en propiedad ya ganada, se fue a San Esteban de Valdeuza (León). En 1966 tomó posesión de una plaza en Laguna de Cameros (La Rioja). A principios de los setenta llegó a Flix, a finales de la década, terminó su trayectoria profesional en Reus, ambos municipios tarraconenses. En 1989-1990 escribió dos textos autoetnográficos sobre su experiencia como médico rural (García Garreta, 1989, 1990). En noviembre de 2018 Josep Barceló y Josep M. Comelles rodaron con él una extensa entrevista en vídeo, cuyos materiales hemos utilizado para este capítulo.

29. En un artículo clásico, Peter (1984) ya observó el papel lenitivo que la escritura había tenido durante crisis epidémicas en los médicos. Su propuesta interpretativa es aplicable a todos los autores que hemos citado, incluidos los que publicaban en la prensa profesional.

30. Lo mismo se observa en las entrevistas realizadas a los médicos de la Vall d'Aro, Gerona (Comelles, Alemany y Francès, 2013). Se trata de notables locales descritos con nostalgia y respeto por sus ciudadanos o por muchos de los entrevistados por Fernández Álvarez (2013, 2017) en Ourense, cuya posición social y económica desmiente muchas de las exageradas lamentaciones presentes en *Profesión Médica*.

31. Clifford Geertz (1987: 19-40) popularizó el término "descripción densa" —*thick description*— como una estrategia que permite al etnógrafo componer un escrito coherente basado en observaciones y fuentes, a menudo muy heterogéneas, describiendo no solo lo que pasa, sino también el contexto. El producto final, según él, debería ser reconocible tanto para los lectores como para los informantes, esto es, para aquellos que compartieron la experiencia descrita por el etnógrafo. Su propuesta desbordó los límites de la etnografía positivista y abrió un debate sobre el significado literario de la etnografía y la presencia en ella del protagonismo, la subjetividad o las emociones del propio autor (Geertz, 1989). Aunque pensadas para la antropología profesional, sus propuestas pueden ser aplicadas a cualquier fuente que contenga información etnográfica, tal y como hacen determinadas corrientes historiográficas (Comelles y Perdiguero-Gil, 2014).

que conocieron. Los que hemos utilizado contienen descripciones —que podemos calificar de *densas*— desde dos perspectivas complementarias, puesto que a una etnografía de *los otros* —en este caso de sus pacientes y vecinos— se añade una etnografía de *sí mismo* —la descripción de su propia práctica profesional—. La primera deriva de notas de campo, como en Via, Chamorro, Pla i Naudi y Pla i Duat; la segunda, de la memoria personal, ocasionalmente registrada en notas y diarios.

Los autores considerados no fueron del todo conscientes durante el proceso de escritura, salvo quizás Via, por su vocación literaria y porque es un diario reelaborado, del valor etnográfico de su tarea. Sus notas de campo, en la mayoría de los casos, se basan en una mirada etnográfica positivista —esto es, lo que *ven*—. Lo que cambia su perspectiva y, por tanto, su valor heurístico, es la carga subjetiva y emocional y el compromiso profesional e ideológico de sus autores, presente tanto en los libros como, de modo más leve, en la prensa profesional. Esto es así porque no ven las cosas con plena distancia, sino que están *implicados* (Allué, 2002). Un médico-folklorista como Pitrè (1896) podía distanciar su tarea profesional como folklorista de su condición de médico rural, amparándose en una matriz teórica de clasificación de sus datos. Escribía en tercera persona y él *no está* en su libro³². Estos médicos rurales *están* omnipresentes en sus escritos; escribieron lo que hoy llamaríamos autoetnografías³³. Ahora bien, es preciso situar los límites de lo que nos ofrecen las que hemos analizado. En Antropología se utiliza el contraste *etic/emic* para describir dos posiciones distintas en la mirada etnográfica. Lo *etic* corresponde al punto de vista del autor, el cual aplica sobre lo que ve —y lo que escucha— una matriz interpretativa o descriptiva propia³⁴. Los autores de los libros a los que hacemos referencia —y quienes escriben en prensa— siguen pautas *etic* en su mirada etnográfica positivista. Por su condición de hombres de ciencia, en sus observaciones cotidianas y en el momento de su escritura es hegemónico *lo visto* frente a *lo*

32. Aceptamos el valor de la obra Pitrè (1896) porque es un referente del folklore de su tiempo o el de Lis Quibén (1949) porque su libro es acorde con lo que proponía el siciliano.

33. A la combinación de autobiografía y etnografía suele llamarse hoy día autoetnografía, un género etnográfico ya reconocido (Reed-Danahay, 1997; Alegre-Agís y Riccò, 2017; Fernández-Garrido y Alegre-Agís, 2019) en el que la etnografía se construye a partir de la experiencia personal del autor en un campo del que él mismo forma parte (Strathern, 1987). Surgió también a partir de la posición de algunos antropólogos que, por circunstancias personales dramáticas, optaron por describir etnográficamente sus propios itinerarios personales (Allué, 1996; DiGiacomo, 1987) o por otros que, tras una trayectoria como etnógrafos de campo, describieron su propio itinerario profesional (Mallart-Guimerà, 1993). Las autoetnografías tienen valor si aceptamos que la escritura etnográfica es un género literario diverso que ofrece una flexibilidad notable en relación con la rigidez de la etnografía positivista o de muchas otras escuelas en las que el yo autoral era inaceptable. La publicación de *Tristes Tropiques* (Lévi-Strauss, 1955) dio lugar a un debate colectivo sobre la dimensión autoral que el autor quiso dar a un relato etnográfico, biográfico y literario (Hayes y Hayes, 1970). Fue desarrollado posteriormente por Geertz (1989) y Clifford, Marcus y Fontán (1995), entre otros, en un contexto de experimentos etnográficos, también en Antropología Médica (Scheper-Hughes, 1992; Taussig, 1991).

34. Así Pitrè, por ejemplo, describió la patología popular con la estructura narrativa de la patología médica, una posición *etic*: ve, escucha; pero, sobre todo, describe desde su *auctoritas* médica.

oído o escuchado. Aunque tomaron notas de campo, es pertinente en nuestro caso la distinción que Van Maanen (1988) hiciera entre relatos *realistas*³⁵, *confesionales* e *impresionistas*. Realista es el diario de Ramona Via y algunas descripciones de otros autores. En la prensa profesional encontramos microetnografías, anécdotas que les parecieron significativas y que deben ser consideradas relatos impresionistas. Pero los libros a los que nos referimos, por su condición de autoetnografías, tienen también un componente confesional, relatando su experiencia desde su condición no ya solo de autores, sino también de actores sociales. Por eso adoptan, sin necesariamente saberlo, la perspectiva *emic*. Esta característica nos permite estudiar dichos relatos en dos planos distintos. En primer lugar, desde el punto de vista *emic*; esto es, la descripción desde su punto de vista como médicos de pueblo y del registro de lo que los *otros* les cuentan. En segundo lugar, desde el punto de vista *etic*, sus observaciones de campo como autores les permiten describir y analizar cómo se produjeron y cómo vivieron las transformaciones de su práctica durante la dictadura franquista.

Junto con las obras citadas, las más estrictamente autoetnográficas, también hemos considerado otras que tratan de la medicina rural. La primera de ellas es *De la vida médica Rural*, de Juan Manuel Lara (1945, 1970)³⁶, un buen ejemplo de etnografía impresionista sobre la medicina practicada en el medio rural andaluz. Su primera edición, de autor, apareció en 1945 y tiene algo más de 30 capítulos. En 1970 apareció una segunda, con casi 50 capítulos y un prólogo de Palanca, en el que destaca la militancia de Lara antes de la Guerra Civil en defensa de los médicos rurales³⁷. El libro pertenece al género de *estampas literarias*: cortos ensayos, unos en primera persona y los más en tercera, en los que a partir de casos, anécdotas u observaciones se realizan reflexiones. Algunos capítulos describen sus ideas sobre las condiciones de trabajo y los problemas de la medicina rural.

El segundo texto analizado es *El médico encadenado*, de Francisco Polo y Fiayo (1959)³⁸, un rarísimo ejemplo de estudio social, crítico y rico en detalles etnográficos, sobre la evolución de la práctica médica, incluida la rural, durante el franquismo. Polo escribe en su libro:

35. La noción de "realismo etnográfico" (Clifford, Marcus y Fontán, 1995) ha dado lugar a un amplio debate sobre la dimensión *literaria* de la etnografía y su conexión con los estilos empleados en la ficción.

36. De Juan Manuel Lara tenemos escasos indicios biográficos. Terminó la carrera en 1909 y rondaba los 60 años en 1945. La edición de 1970 no era póstuma. Ejerció como médico titular en Castilleja de la Cuesta (Aljarafe, Andalucía) y debió de jubilarse hacia 1955.

37. Palanca (Lara, 1970: 8) le había conocido de joven en Andalucía como uno de los que luchaban contra el caciquismo y las componendas entre caciques y médicos.

38. Al menos desde 1904 ejercía como médico en Alcántara (Cáceres). Miembro del Sindicato unitario único de la Confederación Nacional del Trabajo, fue encarcelado durante la guerra y liberado en 1942. En 1949 era médico de La Lapa (Badajoz). Sus dos primeros libros son intentos de estudios sociales de la profesión médica en España (Polo y Fiayo, 1929, 1930). A inicios de los años treinta publicó varios artículos desde posiciones anarcosindicalistas. Sobre sus posturas frente a la colectivización de la asistencia sanitaria ver Rodríguez Ocaña (1986), Molero (1994) y Jiménez Lucena (1997, 2002).

Temeroso de la opinión médica y aun de la voz de la calle [...] con esa murmuración acerba que se ha desatado contra los médicos [...] como voz en desierto, no tendría finalidad si los médicos no sintieran curiosidad por lo que en él se dice, sabiendo que todo es por ellos y para ellos; pero también es para que el pueblo que lee y piensa sepa la verdad de la vida médica y no se sume a los maledicentes, seres zafios e ignorantes que jamás se dieron cuenta de la importancia social que tiene ese profesional benemérito, ni sabe hasta dónde alcanza el poder de la ciencia que él maneja ante una enfermedad oscura y hundida entre sombras desconocidas (Polo y Fiayo, 1959: 3).

Para un lector actual puede parecer que hay contradicciones entre sus escritos militantes de antes de la guerra (Polo y Fiayo, 1929, 1930) y los matices a los que el contexto político obliga, la autocensura y la obligatoria censura previa, que le llevan a publicar el libro él mismo. Pero hay continuidades en lo fundamental. Su posición respecto al prestigio y la legitimidad de la medicina científica es inequívoca, aunque tal postura le lleve a la idealización de un modelo de médico que sabe que está en crisis. El libro contiene, además, un "Prontuario de patología médica popular" con descripciones sintéticas de las enfermedades más relevantes en la vida cotidiana, similares a las que figuraban en los libros de medicina doméstica que aparecieron en España en los sesenta y setenta (Perdiguero-Gil, 2017).

Aunque tanto Lara como Polo y Fiayo pretenden, tímidamente, ir en busca de un lector ajeno a la medicina, su objetivo son sus colegas que están en activo. De hecho, están implicados en un debate que tiene que ver con la crisis que perciben en la práctica médica del país.

Poco después de comenzar a publicarse, *Tribuna Médica* le encargó al escritor Ángel María de Lera una serie de reportajes sobre médicos rurales que aparecieron durante 1965³⁹. Eran reportajes dirigidos a los médicos que recibían el semanario gratuitamente y que, con posterioridad, fueron recopilados en un libro destinado al público general (De Lera, 1966, 1970). De Lera entrevistó a más de cien médicos en todas las regiones, incluidas las insulares. Trató de evitar situaciones que, por extremas, pudieran ser menos representativas. El resultado final es una etnografía impresionista, en general amable, de los médicos rurales, pero sin eludir aspectos críticos. De Lera escucha a los médicos, estos le cuentan qué han visto y escuchado de sus pacientes y vecinos y construye, literariamente, un relato sobre su vida y su trabajo. El autor era huérfano de un médico rural "víctima de su deber" (De Lera, 1966: 18-19) y se esforzó, sin demasiado éxito, por tomar cierta distancia respecto a sus informantes.

39. Los reportajes de De Lera aparecieron en *Tribuna Médica* entre mayo y octubre de 1965. Fueron 23 artículos consecutivos entre el número 51 (8 de mayo) y el número 75 (22 de octubre), que anunció el libro que aparecería en 1966.

Los médicos que escribieron los relatos analizados eran conscientes de la necesidad de cierto distanciamiento, pero apenas lo consiguen. Ramona Vía, la única mujer, tenía una mirada muy crítica sobre la conducta de los médicos de su pueblo. Las narraciones de los médicos, sin embargo, tienden a idealizar su propia práctica. También es distinta la postura de los que publican durante el franquismo y los que lo hacen mucho después. Polo y Fiayo se autocensura para describir la crisis generada por el SOE, proyecto nuclear del franquismo. Lara, tras la fachada costumbrista, es consciente de cómo el SOE está transformando la práctica médica rural. En cambio, los escritos realizados en el posfranquismo pretenden reconstruir el mundo en el que vivieron sus autores y reivindicar su práctica.

Queda un último punto por esclarecer. Tras su publicación, cualquier etnografía pasa a ser una fuente histórica. También estos libros, pero ¿cómo interpretar su validez? Para ello nos valemos de algunas herramientas conceptuales que nos permiten contextualizarlos, relativizar sus contenidos, discernir su objetivo, evaluar los sesgos que los perfiles y los contextos de los autores les imprimieron⁴⁰. Esta problemática también está presente, mucho más de lo que parece, en las etnografías positivistas, de las que se predica, *a priori*, una *verdad indiscutible* en muchos de sus contenidos. Aceptamos, de oficio, que la narrativa positivista de Tucídides sobre la epidemia de peste en Atenas es *veraz*. Por el mismo principio, si revisamos la genealogía narrativa que va de Herodoto y Tucídides a Bernardino de Sahagún o Pitrè no habría diferencias significativas en lo que a este punto de vista concierne. Todos estos autores se reconocen con la autoridad suficiente para ser considerados como fuentes válidas para los hechos descritos.

François Hartog (1980) discutió este punto de partida acético de la *autoridad* de estos textos y resaltó la importancia de sus rasgos retóricos⁴¹. Estos pueden reconocerse en la inmensa mayoría de etnografías naturalistas posteriores, puesto que sus estructuras narrativas se inspiraron, precisamente, en ellos durante más de dos milenios. También, en cierta medida, están presentes en los escritos de los médicos rurales que hemos analizado, aunque no lo pretendieran. Cuando escriben sobre los subdesarrollados pueblos en los que trabajan, sobre sus ignorantes

40. Allué (2008) revisó críticamente el valor de las fuentes autoetnográficas sobre situaciones límite, entre las cuales se encuentra la literatura *concentracionaria*; esto es, las descripciones de valor etnográfico de la vida cotidiana en campos de concentración (Sánchez Zapatero, 2011).

41. A partir de la etnografía fundacional, las *Historiae* de Herodoto, demuestra que este último describe a partir de una retórica destinada, sobre todo, a capturar el interés de los lectores u oyentes de sus escritos, describiendo pueblos lejanos. Hartog se propuso ir más allá del valor etnográfico de la descripción y explorar su objetivo oculto. Sostiene que, para el lector u oyente griego, ese modo de describir pueblos y costumbres más o menos lejanas tenía por objeto que los griegos los contemplasen como un espejo para construir su propia identidad. Los recursos retóricos que Hartog destaca son la inversión, el uso de la fabulación, la comparación, la relación entre ver y escuchar y la exclusión de terceras partes para buscar siempre una oposición dual (Hartog, 1980: 225). *Las Historiae* eran, para los que las oían, un instrumento de lo que denominamos *reflexividad*.

convecinos, y etiquetan conductas alejadas de las suyas, hablan de los *otros* desde un *yo* de médico celoso de su *auctoritas*. Este *yo*, profundamente encarnado en la gran tradición cultural occidental, hace que su extrañamiento en el medio rural lo enlacen con la *vocación*, la *misión* y una forma de heroísmo. Contándonos sus aventuras estos médicos se identifican, sin saberlo, con las que cuenta Odiseo en la corte de Antínoo para ser reconocido como notable. Jesús Chamorro, Juan Manuel Lara, Albert Pla Naudí, Josep Pla y Duat o Fernando García Garreta se sienten próximos a aquellos médicos heroicos, preocupados ante un lecho de muerte, representados en *The Doctor* (1891) por Luke Fields o en *Ciencia y caridad* (1896), por Picasso.

3. REGLAMENTAR PARA FRACASAR. EL ESTADO Y LA MEDICINA RURAL DURANTE EL FRANQUISMO

La realidad de los médicos titulares durante el franquismo giró en torno a un problema fundamental: la dificultad de proveer todas las plazas que aseguraran la cobertura de la asistencia médica en los municipios rurales⁴². Este problema, causado por la falta de incentivos económicos y las difíciles condiciones de vida y trabajo, generó una abundante legislación que trató de conseguir lo imposible: que los pueblos, en especial los más pequeños, tuviesen, al menos, un titular. Este deseo ya aparece en 1939, pocos meses después de acabar la guerra, en una Orden en la que se urgía a la DGS a que convocase oposiciones de médicos titulares dado el crecido número de vacantes⁴³. No obstante, esta cifra era desconocida, puesto que habían de pedirles datos a las jefaturas provinciales de Sanidad.

Es muy complicado saber cuántos médicos estaban trabajando realmente como titulares en un momento dado dentro del periodo considerado en este estudio, como también es complejo conocer el número total de médicos en ejercicio antes de los años cincuenta. Solé Sabarís (1965: 293) habla de unos 18.000 médicos en 1944, una cifra que resulta dudosa si la comparamos con las que aportan los Anuarios Estadísticos de España para los años cincuenta y sesenta. De Miguel (1973: 108), a partir de los datos oficiales, señala que en 1952 había 28.931 médicos y 41.932 en 1967, con un ritmo de incremento que solo superó los 1.000 médicos más al año a partir de 1965⁴⁴. Resulta, por tanto, difícil asumir un aumento de casi

42. Tomamos aquí el límite de 10.000 habitantes, pues es el que siguió en el periodo considerado el Instituto Nacional de Estadística.

43. Orden de 30 de septiembre de 1939 disponiendo que por la Dirección General de Sanidad se proceda a la convocatoria de oposiciones a plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (BOE de 11 de octubre de 1939).

44. En 1974 los médicos colegiados ya eran 54.533 (Anuario Estadístico de España, 1977: 335).

11.000 médicos entre 1944 y 1952. Los datos de los anuarios indican que los médicos se concentraban en las capitales de provincia, albergando en 1956 casi al 50%, porcentaje que se incrementaría en los siguientes años (54% en 1965 y 68,6% en 1975)⁴⁵, en consonancia con las dinámicas demográficas de esos años⁴⁶.

En los concursos de antigüedad o prelación que se convocaron a lo largo de los años estudiados para proveer plazas en propiedad a los integrados en el Escalafón Oficial del Cuerpo de Médicos de Asistencia Médica Domiciliaria, cientos de plazas quedaban sin cubrir, pero es difícil saber cuántos y dónde trabajaban los médicos titulares⁴⁷. Así, por ejemplo, en el concurso que se resolvió en 1952, varias decenas de plazas quedaron desiertas, en especial las de 4ª (menos de 2000 habitantes) y 5ª categoría (menos de 1.000 habitantes)⁴⁸. Además, muchos médicos titulares no llegaban a tomar posesión de su plaza⁴⁹. Tales problemas no eran nuevos, como tampoco lo fueron los intentos legislativos de reorganización que se habían ido produciendo, como veremos a continuación, desde mediados del siglo XIX.

3.1. LA CONFIGURACIÓN DEL CUERPO DE MÉDICOS TITULARES (1855-1935)

La asistencia médica a cargo de médicos contratados por los municipios se había ido configurando durante el siglo XIX⁵⁰. El servicio de "médico de pobres", junto a las acciones destinadas al mantenimiento de la policía sanitaria, fue objeto de distintas legislaciones que, principalmente, sancionaron las prácticas contractuales que se venían realizando desde antiguo. Para entender las normas que regularon a los titulares que ejercieron durante el franquismo es preciso tener en consideración la Instrucción General de Sanidad de 1904, hito normativo fundamental en la recapitulación y ordenación de los aspectos que debían regular su ejercicio. A nivel

45. Los datos son los que constan en el Anuario Estadístico de España de 1956, el de 1966 y el de 1977.

46. En 1900 el porcentaje de quienes vivían en ciudades mayores de 10.000 habitantes era del 32,4%, a finales del siglo lo hacía un 76,3%. Otro dato de esta tendencia: en 1930 en un 95% de los municipios rurales vivía el 54,61% de la población; pero en 1981 había descendido a 31,85%. Véase el detallado estudio dirigido por Goerlisch y Más (2006) para los pormenores del despoblamiento rural que se produjo, sobre todo, en la España interior.

47. Según José Alberto Palanca, en 1947 eran 8.722 (Palanca, 1947) y unos 10.000 hacia 1950 (Palanca, 1951), cifras que contrastan con los más de 21.000 que formaban parte del escalafón.

48. Orden de 30 de abril de 1952 por la que se resuelve el recurso de antigüedad o de prelación en el escalafón del Cuerpo Médico de Asistencia Pública Domiciliaria (BOE de 16 de mayo de 1952).

49. Por ejemplo: Orden de 10 de noviembre de 1959 por la que se eliminan del Cuerpo y escalafón de Médicos titulares a los facultativos que se relacionan, por haber dejado transcurrir más de diez años en situación de excedencia voluntaria sin reingresar al servicio activo, o por no haber tomado posesión de la plaza de plantilla del Cuerpo que les fue adjudicada en concursos y oposiciones en el periodo reglamentario (BOE de 27 de noviembre de 1959).

50. En 1855 se desarrolló una legislación más detallada sobre los médicos titulares en la que sus atribuciones, por entonces enteramente municipales —incluyendo el pago de honorarios—, quedaron bajo la tutela de las diputaciones a través de las juntas provinciales de Sanidad. Véase la Ley de 28 de noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el servicio general de Sanidad (*Gaceta de Madrid* de 7 de diciembre de 1855).

organizativo destaca la constitución del Cuerpo de Médicos Titulares⁵¹, al que, a partir de entonces, se accedería por oposición. En noviembre de ese mismo año se aprobó su reglamento y la creación de un "escalafón", una ordenación por orden de prelación de los médicos que constituían el cuerpo a fin de priorizar la ocupación de las vacantes⁵². En 1905 se convocaron las primeras oposiciones para el ingreso en él⁵³ y se aprobó una Real Orden disponiendo que se publicasen los estados de clasificación de las plazas del cuerpo (tabla 1)⁵⁴.

Merecen también ser nombradas tres regulaciones anteriores a la Guerra Civil. En primer lugar, durante la dictadura de Primo de Rivera se creó, a partir del Cuerpo de Titulares, el Cuerpo de Titulares-Inspectores Municipales de Sanidad, consolidando, con esta nueva etiqueta, la labor desarrollada en el ámbito de la salud pública⁵⁵. En segundo lugar, a principios de 1931 se estableció el Escalafón de Médicos Titulares⁵⁶. En tercer lugar, en 1934, durante la Segunda República, se

51. Pasaron a formar parte del cuerpo quienes llevaran más de cuatro años en una misma titularidad, seis en varias o una titularidad de menos de cuatro años, pero sin haber registrado quejas, siempre que no hubiesen sido retirados de su plaza. En la misma Instrucción se creaba la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos Titulares, encargada de su clasificación, disciplina interior, representación y defensa. Su finalidad era tratar de restar protagonismo a los poderes políticos a la hora de llevar a cabo la contratación de los médicos titulares.
52. Real Decreto de 11 de octubre de 1904 aprobando el Reglamento del Cuerpo de Médicos titulares de España (*Gaceta de Madrid* de 12 de octubre de 1904). No obstante, dicho escalafón no se constituirá hasta décadas después, siendo también objeto de distintos intentos organizativos.
53. Real Orden de 23 de marzo de 1905, aprobatoria del programa de oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Médicos titulares (*Gaceta de Madrid* de 24 de marzo de 1905). En la orden aparece un texto muy indicativo de la imagen que se tenía del médico titular, especialmente el rural, haciendo referencia a las "circunstancias difíciles que embarazan y complican la práctica de una profesión" y las carencias de todo tipo que marcaban su ejercicio cotidiano: "Lejos, por regla general, de los Centros científicos, sin la emulación ni el consejo de sus compañeros; sin tiempo material que dedicar al acopio progresivo de sus conocimientos; sin el estímulo moral que proporcionan los éxitos profesionales; pobremente retribuido y hasta careciendo con frecuencia de estimación y gratitud a que tanto derecho tiene una vida llena de abnegación y sacrificio, la situación del Médico del partido es seguramente de las menos envidiables, y ahora, como en tiempos pasados, encuentra muy justa aplicación la desconsoladora frase de Quevedo cuando, refiriéndose a un personaje de sus obras clásicas decía: 'Y por fin tomó el partido de hacerse médico de partido, que fue el peor partido que pudo tomar'".
54. Real Orden de 6 de abril de 1905 disponiendo se publiquen en la *Gaceta* los estados de clasificación de las plazas de médicos titulares (*Gaceta de Madrid* de 9 de abril de 1905). Con posterioridad se fueron definiendo las categorías de las diferentes provincias, por ejemplo: Clasificación de las plazas de Médicos titulares (provincia de Alicante) (*Gaceta de Madrid* de 20 de junio de 1905). Esta clasificación se mantuvo en lo esencial, con rectificaciones de detalle y de monto de los salarios. Véase, por ejemplo, lo que Barona (2000: 58-65) comenta sobre la provincia de Valencia.
55. Real Decreto de 9 de febrero de 1925 aprobando el Reglamento de Sanidad Municipal (*Gaceta de Madrid* de 17 de febrero de 1925). No obstante, poco después se reconoció la confusión de la organización de esta colectividad administrativa en la legislación al apuntarse que "el ingreso en el Cuerpo de Médicos titulares ha venido efectuándose desde su creación, en 1904, por procedimientos diversos y condiciones distintas, de tal manera, que hoy la situación de muchos titulares es confusa y ellos mismos ignoran si legalmente pertenecen o no al expresado Cuerpo, y, en consecuencia, si pueden o no pertenecer al de Inspectores municipales de Sanidad", véase Real Orden de 29 de septiembre de 1926 relativa a los médicos que serán considerados como funcionarios pertenecientes al Cuerpo de titulares Inspectores municipales de Sanidad (*Gaceta de Madrid* de 30 de septiembre de 1926).
56. Real Orden de 27 de enero de 1931 disponiendo que sean incluidos en el escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares-Inspectores Municipales de Sanidad, ocupando el número que les corresponda,

publicó el Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que, en buena medida, seguiría vigente en las siguientes décadas bajo esta denominación⁵⁷. En él figuraban las obligaciones que debían cumplir los médicos titulares y se establecía que sus salarios debían ser satisfechos por las Juntas de Mancomunidades que habían sido creadas recientemente⁵⁸. También se reguló el modo en que se cubrían las vacantes⁵⁹, nombrando entretanto interinos no intergrados en el escalafón para que no se interrumpiera el servicio⁶⁰.

TABLA 1

REAL ORDEN DE 6 DE ABRIL DE 1905 DISPONIENDO QUE SE PUBLIQUE EN LA *GACETA* LOS ESTADOS DE CLASIFICACIÓN DE LAS PLAZAS DE MÉDICOS TITULARES

CATEGORÍA DE LA PLAZA	RETRIBUCIÓN SALARIAL	NÚMERO DE HABITANTES Y CONDICIONES
Primera categoría	2.500 pesetas mensuales	Municipios o agrupaciones municipales con más de 10.000 habitantes, siempre que el titular tuviese que recorrer un perímetro mayor de 4 kilómetros de radio desde el punto de su residencia
Segunda categoría	2.000 pesetas mensuales	Municipios de entre 10.000 y 20.000 habitantes, no cabezas de partido judicial Municipios cabeza de partido judicial que tengan dos o cuatro plazas de titulares Agrupaciones municipales de entre 2.000 y 10.000 habitantes. El perímetro de la agrupación debía superar los 4 kilómetros y tener una o dos plazas de médico titular
Tercera categoría	1.500 pesetas mensuales	Municipios de entre 2.000 y 10.000 habitantes que no sean cabeza de partido judicial Municipios cabeza de partido judicial que solo tengan una sola plaza de titular Agrupaciones de pueblos entre 1.000 y 2.000 habitantes, cuyo número de familias pobres no exceda de 200. El perímetro de la agrupación debía exceder los 4 kilómetros.
Cuarta categoría	1.000 pesetas mensuales	Municipios entre 1.000 y 2.000 habitantes Agrupaciones de pueblos con menos de 1.000 habitantes y no más de 100 familias pobres. El perímetro de la agrupación debía ser superior a los 4 kilómetros
Quinta categoría	750 pesetas mensuales	Municipios o agrupaciones de pueblos de menos de 1.000 habitantes y no más de 100 familias pobres. Estas poblaciones debían estar enclavadas en un perímetro de menos de 4 kilómetros

Fuente: Elaboración propia.

- todos los funcionarios que a tales efectos hayan completado su expediente en la fecha en que la Dirección General de Sanidad publique el mismo en forma de folleto (*Gaceta de Madrid* de 29 de enero de 1931). A finales de ese año se reiteró la orden de publicarlo con las modificaciones pertinentes, aunque no hemos podido localizar el citado folleto. El escalafón constaba entonces de 12.174 médicos.
57. Orden de 29 de septiembre de 1934 aprobando el Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria (*Gaceta de Madrid* de 18 de octubre de 1934).
58. Ley de 11 de julio de 1934 referente a servicios sanitarios (*Gaceta de Madrid* de 15 de julio de 1934).
59. Las vacantes se debían cubrir por traslado entre quienes se incluían dentro de la misma categoría y, si quedaban sin cubrir, por orden de prelación en el Escalafón del Cuerpo, oposición libre entre médicos, concurso de antigüedad en el cuerpo entre las categorías inferiores y oposición restringida entre médicos del cuerpo. También se regula la composición del ejercicio para las oposiciones.
60. Para más datos sobre la evolución normativa de los titulares véase Lorenzo (1971) y Villarino (1997).

3.2. A VUELTAS CON EL ESCALAFÓN. LA REGULACIÓN DE LOS MÉDICOS DE APD DURANTE EL FRANQUISMO

En la reorganización llevada a cabo en mayo de 1941 por el Nuevo Estado constaban en el escalafón 21.535 médicos⁶¹. En 1943 se ordenó su actualización, haciendo patente en el proemio de la disposición la confusión que persistía sobre el particular, al tiempo que se daba entrada a los Médicos de Sanidad Militar y de la Armada que solicitaran formar parte de este⁶². Sin embargo, el escalafón seguía sin ser una herramienta eficaz para distribuir las vacantes de titular generadas, reconociéndose, en 1947, que estaba compuesto por "un exagerado volumen" de médicos, en contraste con la gran cantidad de vacantes que persistían. Por eso, se ordenaron una serie de medidas a fin de purgar dicha escala⁶³. Los médicos operaban desde una perspectiva por la que, si tras solicitar una plaza en un concurso de traslados no la obtenían, preferían mantener la que ocupaban, lo que suponía que muchas plazas vacantes quedaban sin cubrir por falta de candidatos⁶⁴.

Una década más tarde no se había resuelto el alto número de interinidades que caracterizaba el ejercicio de la medicina rural. Tratando de acabar con esa situación, en 1958 se formaron dos escalafones: el A y el B. El primero lo constituían aquellos que ya figuraban en el escalafón, mientras que, quienes habían desempeñado titularidades con carácter interino, podían solicitar su inclusión en el segundo. La normativa trató de reconocer, a efectos de quinquenios y otro tipo de

61. Orden de 10 de mayo de 1941 por la que se dictan normas para la rectificación del Escalafón del Cuerpo de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad (BOE de 13 de mayo de 1941). Poco después mediante el Decreto de 30 de mayo de 1941 se concedía un aumento de sueldo en las plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (BOE de 7 de junio de 1941).

62. Orden de 27 de enero de 1943 por la que se aprueba la rectificación del Escalafón de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (BOE de 30 de enero de 1943).

63. Orden de 24 de marzo de 1947 por la que se disponen normas para regularizar la situación anómala del Escalafón actual del Cuerpo de Médicos titulares (Asistencia Pública Domiciliaria) (BOE de 5 de abril de 1947). En adelante, para concurrir a una convocatoria se debía acompañar la solicitud de una declaración jurada con el compromiso de desempeñar la plaza solicitada, pudiendo ser sancionado, en caso contrario, con la exclusión del cuerpo o postergación en el escalafón. Si llevaban más de diez años en excedencia y no habían tomado posesión de una plaza, obligatoriamente deberían solicitar vacantes en las próximas convocatorias hasta que les fuera asignado un destino. Transcurridos los diez años sin solicitar plazas y no habiendo desempeñado cargo por al menos dos años, serían dados de baja del escalafón del cuerpo. Por último, se establecía la declaración forzosa de plazas desiertas: aquellas que no habían sido solicitadas por nadie, y se asignaban obligatoriamente por orden, excluyendo a quienes no tomaran posesión y ejerciesen durante dos años.

64. Como es natural, este problema dejó su impronta en la prensa profesional y, por ejemplo, en las páginas del *Boletín cultural e informativo* del Consejo General de Colegios de Médicos de España. Manuel Pérez (1947), médico de APD en Cumbres de San Bartolomé (Huelva), analizaba la problemática en torno al acceso a las plazas de titular a través del escalafón en un artículo al que dio el singular título de "Cómo puede ser fallado el pleito entre Don Oportuno, Don Víctima y Don Importuno en futuros Concursos de Antigüedad entre médicos de A. P. D.". La revista *Boletín cultural e informativo del Consejo General de Colegios de Médicos de España* fue publicada entre 1947 y 1966 por la institución homónima. El punto de vista que ofrece como órgano de expresión tal organismo merece ser abordado de manera detenida en futuros estudios.

derechos, el trabajo desarrollado de manera eventual, además de computar como mérito para su inclusión en el escalafón principal. El preámbulo que acompaña a la normativa es muy elocuente, manifestando la necesidad de "poner fin a viciosas prácticas de nuestra Administración que redundaban en una deficiente selección de funcionarios", junto con el habitual relato sobre "la consideración humana de que numerosos facultativos han dedicado muchos años, quizá los mejores de su actividad al servicio de la Administración y de la Sanidad Nacional y alcanzan ya edades inadecuadas para causar su vida por derroteros de la oposición"⁶⁵. El desarrollo de este segundo escalafón fue escaso, declarándose a extinguir en 1969⁶⁶.

3.3. LOS PARTIDOS CERRADOS

Los municipios con escasa población, como venía siendo habitual, tenían grandes dificultades para atraer y mantener médicos. Esto había tratado de solucionarse mediante la configuración de "partidos cerrados" en los que únicamente podía ejercer el titular. En 1951 se abordó nuevamente el tema, lo que trasluce el escaso impacto de las medidas que ponían veda al ejercicio médico libre. En esta ocasión, la Administración franquista se refirió a la actitud de muchos titulares, responsabilizándoles de la falta de atención que se experimentaba en no pocas poblaciones. Lo hizo aludiendo a "la controversia profesional entre los propios compañeros, originaria de enemistades y discordias que con tanta facilidad prenden en el ánimo del vecindario, dando lugar a veces a problemas de difícil solución"⁶⁷. Se organizaron comisiones en las provincias para formar partidos cerrados⁶⁸, para lo que sería necesario tener en cuenta la población, su dispersión, la extensión topográfica, las vías de comunicación, la riqueza local y su actividad económica principal, el número de plazas de APD y SOE disponibles, así como el número de familias no comprendidas en el "padrón de pobres"; es decir, según la normativa, las "familias pudientes". Quienes estuviesen ejerciendo libremente en el momento de establecerse los partidos cerrados serían respetados, a excepción de aquellos que lo habían hecho como interinos⁶⁹. Durante

65. Ley de 26 de diciembre de 1958 sobre reorganización del escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares (BOE de 29 de diciembre de 1958).

66. Ley 56/1969, de 30 de junio, de Reestructuración de los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local (BOE de 1 de julio de 1969).

67. Orden de 22 de junio de 1951 por la que se dan normas para el ejercicio libre de la profesión de los Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria de los Ayuntamientos cuyo censo no exceda de 6.000 habitantes (BOE de 29 de junio de 1951).

68. Cada comisión provincial debía estar compuesta por el gobernador civil, cinco alcaldes, cinco médicos titulares con plaza y dos médicos colegiados sin plaza de titular.

69. Orden de 19 de noviembre de 1951 por la que se aclaran dudas surgidas con motivo de la interpretación y aplicación de los preceptos de la Orden de 22 de junio de 1950 (BOE de 25 de noviembre de 1951).

mayo de 1953 se fueron declarando, por provincias, los partidos libres y cerrados⁷⁰.

La existencia de partidos cerrados tenía, a ojos de las autoridades, un peligro derivado de las malas prácticas de los propios titulares, proclives a ausentarse de su puesto de trabajo. El absentismo fue una cuestión que fue apareciendo regularmente en la legislación durante diferentes épocas históricas, lo que da cuenta de su relevancia⁷¹. No es posible señalar en qué medida era una práctica generalizada, si bien no faltan testimonios al respecto:

TSF, nacida en Oímbra en 1936, fala dun dos antigos titulares da zona: "Don C. Era médico dentista, pero non era médico nin era dentista: era cultivador de viñas". Outros testemuños refírense ao Dr. R. de San Xoán de Río, como "máis pendente de atender as propiedades que aos enfermos", ou ao Dr. G. da Mezquita dicindo que "de medicina entendía pouco, o seu eran as vacas..." (Fernández, 2017, p. 29).

3.4. UNA TRIPLE ADSCRIPCIÓN COMPLICADA

El encaje de los médicos titulares en el Estado franquista compartió la tendencia hacia el centralismo observada en décadas anteriores. La situación legal que había caracterizado al médico titular era su doble adscripción: formaba parte del cuerpo de funcionarios locales y, como inspector municipal de Sanidad, dependía también de la DGS. Sus honorarios debían correr por cuenta del municipio o de las mancomunidades sanitarias provinciales (a partir de la contribución de las entidades locales). En diciembre de 1941 se estableció que los titulares de tercera, cuarta y quinta categoría, aquellos que desarrollaban su oficio en los partidos más pequeños, fuesen retribuidos directamente por el Estado⁷². 20 años más tarde se

70. Al final del periodo estudiado, como resultado de la afluencia de turistas en determinadas poblaciones rurales, se estableció que, si en una época del año la población sobrepasaba los 6.000 habitantes, el partido quedaba abierto al ejercicio de otros facultativos: Orden de 24 de abril de 1974 por la que se establecen normas para declarar la apertura de partidos médicos cerrados (BOE de 6 de mayo de 1974).

71. En 1945, amparándose en las "quejas y reclamaciones" elevadas ante la DGS por los ayuntamientos y otros titulares, se establecieron una serie de controles para frenar el absentismo. Estos pasaban por la obligatoriedad de dar cuenta al Ayuntamiento cuando se abandonaba la población, debiendo llevar el consistorio un registro en el que se detallaran la causa de la ausencia, duración, nombre del sustituto temporal y localidad a la que se trasladaba. Cuando los periodos eran más prolongados debían ser concedidas por la Jefatura Provincial de Sanidad y la DGS. Asimismo, se establecieron medidas disciplinarias, procediéndose a la retirada de la plaza y el descenso en el escalafón entre 1.000 y 3.000 puestos si se apreciara absentismo no autorizado en el titular. Véase Orden de 27 de junio de 1945 por la que se dan normas a las que habrán de ajustarse los Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria para ausentarse del lugar de su destino (BOE de 2 de julio de 1945).

72. Ley de 31 de diciembre de 1941 por la que se dispone que los haberes correspondientes a los Médicos Titulares de Asistencia Pública Domiciliaria de las categorías 3ª, 4ª y 5ª se harán efectivos con cargo al Presupuesto General del Estado (BOE de 14 de enero de 1942). En el preámbulo de esta Ley se

estableció que los salarios de todas las categorías de APD dependiesen de los Presupuestos Generales del Estado, consumando el secular proceso de centralización de los titulares⁷³.

Desde mediados de los años cuarenta, tras la puesta en marcha del SOE, la doble adscripción institucional de los APD se convirtió en triple. En 1947 se llevó a cabo la unificación formal, determinándose que "todo Médico titular o de Asistencia Pública Domiciliaria en activo será designando automáticamente Médico del Seguro Obligatorio de Enfermedad"⁷⁴. La normativa pronto requirió aclaración, por lo que tuvo que concretarse que formarían parte del SOE aquellos APD que estuviesen "en servicio activo con plaza en propiedad o interinamente de todas las categorías"⁷⁵. Hasta el momento, los titulares solo se habían encargado de la asistencia a los pobres, pero a partir de entonces también deberían atender a aquellos trabajadores (y sus familias) que estuviesen afiliados al SOE. En un principio este hecho no tuvo mayor trascendencia, pues los trabajadores del campo quedaron fuera de la cobertura del SOE, pero tendría sus repercusiones con la puesta en marcha de los sucesivos regímenes agrarios que corrigieron tal situación a finales de los cincuenta y principios de los sesenta. La triple adscripción fue la causa de los temores de los APD, que veían peligrar su estatus.

4. LA MEDICINA RURAL DURANTE EL PRIMER FRANQUISMO (1939-1959)

En este apartado se describe, desde los presupuestos metodológicos ya comentados, la práctica médica rural desde el final de la Guerra Civil hasta la puesta en marcha del Plan de Estabilización. El límite cronológico inicial lo podemos situar en la ya comentada Orden de 30 de septiembre de 1939, por la que se consideraba necesario convocar oposiciones al Cuerpo de Médicos de Asistencia Médica Domiciliaria ya que

reconocía la imposibilidad de satisfacer los salarios de los médicos a cuenta de las arcas municipales, tomando esta decisión para "evitar que, por gran número de Ayuntamientos, por falta de medios económicos, se mantenga una deuda creciente con los Médicos Titulares, cuyos modestos haberes en las últimas categorías exigen el percibo regular de los mismos".

73. Ley 4/1961, de 19 de abril, por la que se dispone que los haberes correspondientes a los Médicos titulares de primera y segunda categoría se hagan efectivos con cargo al Presupuesto General del Estado (BOE de 21 de abril de 1961). Según esta norma, se daba la paradoja de que, en las plazas de tercera categoría, donde el salario era sufragado por el Estado, les correspondían *de facto*, en muchas ocasiones, un importe mayor que el que se obtenía en partidos de segunda clase.

74. Orden de 25 de noviembre de 1947 por la que se unifican los servicios de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y los del Servicio del Seguro de Enfermedad (BOE de 4 de diciembre de 1947).

75. Orden de 26 de enero de 1948 (BOE de 16 de febrero de 1948).

actualmente [hay] un número considerable de plazas vacantes [...] [y] se hace preciso, en méritos de justicia, facilitar el acceso al expresado Cuerpo, con la mayor rapidez posible a aquellos Médicos que habiendo aportado en una u otra forma su contribución personal a la Reconquista de España, sientan a la vez deseos y vocación para el ejercicio del referido cargo⁷⁶.

El periodo lo cerramos en 1959, año en el que se produjeron dos hechos significativos en el proceso de modificación del mercado médico en el que estaban incardinados los médicos titulares. Por un lado, se creó la Mutua Nacional de Previsión Agraria, que pretendió equiparar al trabajador del campo con el que desarrollaba otras actividades (Montoya, 1966; Lanero, 2007; Vilar y Pons, 2015). Por otro lado, empezó a aplicarse la ya citada Ley de Reorganización del Escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares, promulgada en los últimos días de 1958.

Un primer apartado lo dedicaremos al relato de las percepciones de los médicos rurales sobre sus condiciones de vida y trabajo en un medio que, en parte, iría desapareciendo a lo largo de los años sesenta al compás de los profundos cambios económicos, sociales y culturales que se dieron en la sociedad española. Un segundo apartado lo dedicamos al impacto que tuvo el despliegue del SOE en la práctica médica rural desde el momento mismo de la promulgación de la ley por la que se creaba⁷⁷.

4.1. LO QUE EL VIENTO SE FUE LLEVANDO: VIDA Y PRÁCTICA DE LOS MÉDICOS RURALES

La descripción de la práctica médica rural en prácticamente todos los textos analizados siempre se iniciaba con una alusión a su condición heroica: "Recuerdo cuando, estudiante de Fisiología, se nos hablaba de que en la experimentación había que aprender a clavar con una sierra y a serrar con un martillo. Y recuerdo que aquello nos sonaba a exageración. Pero luego, ¡cuántas veces hubo que clavar con la sierra y serrar con el martillo!" (Zapatero, 1944)⁷⁸. Junto a este punto de partida aparecen otros que permiten acercarnos a las características de la práctica y la vida de los médicos rurales desde inicios de los cuarenta hasta el final de la etapa más dura del franquismo.

76. Orden de 30 de septiembre de 1939 disponiendo que por la Dirección General de Sanidad se proceda a la convocatoria de oposiciones a plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (BOE de 11 de octubre de 1939). Hay que tener en cuenta, también, los procesos de depuración que sufrieron algunos médicos titulares (véase Simón, 2002).

77. Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad (BOE de 27 de diciembre de 1942).

78. El autor del escrito de 1944 es Emilio Zapatero Ballesteros, quien en su relato *Un médico*, escrito en 1958, pero publicado en 2014 por sus nietos, narra de forma novelada su experiencia como médico rural (Zapatero, 2014, pp. 189-295). En la novela reproduce el contenido del artículo de 1944 que, referido a los años veinte, muestra la idealización de la práctica médica rural que el viento se fue llevando.

Una primera cuestión se refiere a las pésimas condiciones económicas en las que, en opinión de los propios titulares, se desarrollaba su labor, lo que explicaría el hecho de que el Estado se hiciese cargo en 1941 de sus sueldos en los municipios más pequeños:

El médico titular no tiene independencia; procediendo de clase humilde, rara vez dispone de otros ingresos que los de la profesión. Sueldo mezquino y no abonado con puntualidad, hasta la creación de la Mancomunidad, era un arma poderosa que el cacique, señor local, degradada representación del feudalismo, esgrimía contra el modesto sanitario para coartarlo en el ejercicio de su noble misión, para someterle a sus caprichos, exigencias o arbitrariedades, en suma, para restarle autoridad en el desempeño de su función. A esta falta de puntualidad en la percepción de los haberes oficiales, se unen los exiguos honorarios de los vecinos pudientes—igualatorios con cantidades ridículas y obligaciones máximas— o remuneración por visitas, que en ningún caso compensan el trabajo delicado y asiduo y la capacidad técnica (Lara, 1945: 119-120).

Los habitantes de los municipios no incluidos en la Beneficencia pagaban por acto médico y abonaban los medicamentos⁷⁹. Podían, a menudo, negociar las iguales, una cantidad fija que permitía disponer del médico sin pagar por acto. Por ejemplo, en Luelmo (Sayago, Zamora) se realizaba mediante un contrato impreso, como el que firmaron el 1 de Julio de 1947 el médico Gerardo Pardal y el vecino Lorenzo Rodrigo representando a sus convivientes. Era de "tercera" y estipulaba un horario de atención a domicilio en dos espacios horarios de mañana y tarde, según las estaciones, y la visita en consultorio de 12:00 a 13:00⁸⁰. Las iguales dependían de la prosperidad del municipio⁸¹ y también variaban en función de la posibilidad de igualar familias de partidos vecinos, ya que "muchos pueblos muy próximos a capitales de provincia no han tenido más personal sanitario, toda la vida, que el médico y con residencia en otra localidad, ni botiquín de urgencias, ni local adecuado para intervenciones salvadoras" (Lara, 1945: 121). Mussons (1948), médico en Sant Joan les Fonts (Gerona) criticaba ante esta situación:

79. En Guitiriz (Lugo), pueblo en el que Jesús Chamorro ejerció de 1953 a 1954, "existía como en los demás municipios de España un censo de personas necesitadas, pobres de solemnidad, que teóricamente eran atendidos por la Beneficencia Municipal a través de los Médicos Titulares, pagando el Ayuntamiento las recetas a estas familias. Pero para evitar un abuso desmesurado de estos servicios gratuitos, la ley establecía que ningún médico titular podía atender en cada municipio a más de 300 familias en su lista de beneficencia" (Chamorro, 2002: 87).

80. "Contrato de iguala médica", disponible en <http://www.luelmo.com/htm/igualas.htm> [consulta: 25 de junio de 2019]. Se hace referencia a pagos por especies. En la misma página se reproduce un recibo de iguala de 1962 correspondiente al Dr. Santos de Vega y expedido a nombre de Isabel Conejo por un monto de 65 pesetas al trimestre.

81. Polo y Fiayo (1959: 134) comenta que variaba en función de lo "que da de sí aquel predio y son disputadas locamente entre los compañeros—uno o varios— que también sufren de las mismas fatigas que los titulares, tendremos que todos viven mal y aguantan. Porque ¿dónde van si todo el suelo nacional está sembrado de las mismas espinas?".

Una tan sobresaliente falta de compañerismo [...] por permanecer impertérritos nuestros honorarios de iguala, ya considerados en general como misérrimos en 1936, cuando la vida, comparada con la de ahora, resultaba paradisiaca.

Los médicos damos la impresión de que solo sabemos quejarnos, sin interrupción, todos los días. [...] parecemos indefensas plañideras dolientes de tanto llorar.

En Gerona el aumento colegial de las igualas a cien pesetas anuales no se aplicaba en muchos municipios "por las competencias y mezquindades entre profesionales" de los galenos locales (Mussons, 1948), de ahí que algunos médicos exigieran reformarlas (Espriu, 1950). Las igualas no incluían la prestación farmacéutica, pero muchos titulares aprovechaban las muestras suministradas por los laboratorios farmacéuticos para reducir algo la factura de la farmacia. Los laboratorios calculaban que por cada muestra entregada se venderían tres o cuatro envases (Comelles, 2004).

Junto a las dificultades económicas aparece una visión del médico rural que evoca un ideal, situado en una época indefinida, en la que los titulares no tenían ningún tipo de competencia en municipios pequeños, combinando su sueldo con las igualas y la práctica privada:

Recordemos cómo estaban constituidos los servicios cuando hace pocos años que existía el médico de familia, en el que se confiaba plenamente y al que se admiraba precisamente porque se sabía que la ciencia dejaba mucho que desear y él suplía esa medianía con afecto y asiduidad en sus visitas [...]; y aquel médico, sin fe en su propia misión, oía, sin embargo, su nombre en medio de alabanzas y repetido con cariño, al mismo tiempo que era regalado con mercedes.

[...] No obstante, aquel médico de familia hacía honor a su cargo con sacrificios en el servicio, con una moral altruista y elevada; en realidad era lo único bueno que daba de sí la organización sanitaria de aquellos tiempos [...] (Polo y Fiayo, 1959: 10-11).

A pesar del poco halagüeño panorama, los puestos de titulares eran relativamente codiciados. Los médicos recién graduados se enfrentaban a un futuro incierto a no ser que perteneciesen a dinastías de médicos, fuesen hijos de la burguesía o de campesinos con fortuna. Ejercer en el mercado libre no era fácil. Los jóvenes sobrevivían mediante suplencias, interinidades o trabajar casi gratis para lo que, cáusticamente, denominaban "putas, porteras y pobres" (Gispert, 1976: 50-52)⁸².

Por tanto, la principal salida profesional, al margen de la práctica privada, era opositar al Cuerpo de Médicos Titulares. Chamorro (2002: 39) comenta que en

82. Algunos recurrían a empleos alternativos; los laboratorios farmacéuticos contrataron médicos como asesores comerciales o como cuadros medios y superiores, otros traducían libros o hacían trabajos editoriales diversos (García Garreta, 1989, 1990).

1947 "se dio el caso peregrino de que las oposiciones de Médico Militar estaban convocadas para 200 vacantes y solamente se presentaron 150 aspirantes. Para Médicos Titulares había 500 vacantes y nos presentamos 5000 opositores [...]". Aprobada la oposición, la incorporación a la plaza podía estar llena de vicisitudes, tal y como indicaba Noguera (1945):

Un señor sigue todo el proceso descrito, pero cuando llega al pueblo se encuentra, verbigracia, con los siguientes apartados:

a) El pueblo obtenido se lo han "pisado" en las reclamaciones. No hay en ello gran desgracia, porque el hombre se entera posteriormente de que en aquel pueblo actúa un médico libre, nativo, con grandes propiedades, y como en él se cobra por visitas, iba a pasar que si él las hubiera puesto a 2 pesetas, el oriundo las hubiera rebajado a dos reales.

b) Le dan otro pueblo [...] y se va a él. Había leído que ese pueblo tenía ferrocarril, coches de línea, farmacia, teléfono, etc. En vista de tanta "civilización", lo pidió en su lista, y ahora se traslada de Norte a Sur de España en busca de la "bicoca". Pero...si, si. Al llegar le dicen: "A su distrito le corresponde un pequeño agregado, a tres o cuatro kilómetros" [...]

c) Se entera de que al que allí llaman segundo distrito (donde estaba antes el interino) llegó un buen día el propietario, "pactó" con el interino y se largó, aunque, para los efectos oficiales, sea el propietario el que figura en el puesto.

d) Se va en borrico al nuevo segundo distrito. [...] Pero allí hace más de un año que no pagan la titular [...].

El problema de los interinos, recogido por la prensa profesional en repetidas ocasiones⁸³, ya había preocupado al presidente del Consejo General de Colegios Médicos (CGCM), Mariano Gómez Ulla (1944: 3):

[...] La solución no podrá ser perfecta si los médicos [...] no ayudan a resolver el problema que, en muchos casos, ambiciones y egoísmos personales agravan y envenenan extraordinariamente. Un ejemplo: [...] Un compañero es sancionado por su Colegio con toda justicia; la sanción supone la privación del ejercicio profesional en determinado pueblo, el cual ejerce como interino.

83. En un breve titulado "El problema de los médicos interinos", 1944, *Profesión Médica*, 3, p. 2, se destaca que "una nutrida Comisión de médicos interinos de A.P.D. estuvo días pasados en Madrid, entregando al Sr. Director General de Sanidad una razonada instancia" para que los médicos interinos, en virtud de sus méritos, pudieran ser incluidos en el escalafón de APD sin necesidad de tener que presentarse y aprobar la preceptiva oposición. En 1942 ya se había ordenado crear una comisión formada por un secretario técnico de la DGS, el secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y el jefe de la Sección de Médicos de APD de la DGS, y dos representantes del Cuerpo de APD, debido a las dificultades generadas por la interinidad. Y es que, en ocasiones, los titulares interinos se convertían en los favoritos de las familias "pudientes", aquellas que acudían mediante las igualas o a través del pago por consulta. Así, cuando el titular lograba su plaza definitiva, se encontraba que le era imposible completar los ingresos como APD, puesto que el mercado ya estaba copado por el interino.

Pues bien; este compañero, lejos de acatar la sanción que le había sido impuesta, valiéndose de influencias caciquiles, logra que una autoridad superior, seguramente mal informada, anule la sanción, autorizando a este incomprensivo compañero a continuar en el pueblo con sus iguales⁸⁴.

Otras de las cuestiones que condicionaron el ejercicio médico fueron las desavenencias, cuando no conflictos abiertos, surgidas entre los titulares de nuevo nombramiento y aquellos ya establecidos en los municipios. Albert Pla Naudi (2000: 169-212) narra una de estas situaciones. Hacia 1950 el médico titular de Preixens (Lérida) residía en la vecina Agramunt. A Pla Naudi le propusieron atender Preixens, la localidad de su esposa, como médico libre, por la demanda de atención que había en la zona. Pla Naudi da cuenta de la cadena de conflictos que hubo de resolver con el titular absentista en los tres años en que ejerció como médico libre mediante una licencia del Colegio de Lérida. Dos décadas más tarde, Fernando García Garreta decidió abandonar el partido cerrado en que ejercía en La Rioja y trasladarse a Flix (Tarragona), este abierto. Al tomar posesión de esta nueva plaza, el jefe provincial de Sanidad de Tarragona, Alfredo Bardají, le advirtió que tendría problemas con dos compañeros que ya ejercían allí, un titular y el médico de empresa de la Electroquímica de Flix, puesto que monopolizaban las clientelas locales.

Las razones de estos conflictos que habían subsistido durante décadas eran, sobre todo, económicas. Muchos partidos médicos vivían aún de una economía casi de subsistencia y las igualas eran inciertas, aunque estudios realizados en áreas concretas y estimaciones del alza continua de los salarios de los médicos rurales desde los años cuarenta desdichan estas estrecheces (Fernández, 2017). Para Polo y Fiayo (1959: 54) había una competencia feroz: "este lastre lo lleva la profesión desde que nació y se difunde grandemente, en términos dañinos para la clase; quizá sea más dañino para ésta el excesivo individualismo que hemos notado entre nuestros profesionales".

Otro importante motivo de conflicto procedía del modo en el que se proveían las plazas:

La Dirección General de Sanidad, en su deseo de arreglar estos asuntos, facilitando la colocación de todos o de la mayor parte de los médicos que se encuentran en el aire, rodando de pueblo en pueblo, con familia y casa a cuestas, convoca concurso tras concurso que, desgraciadamente, no han dado todo el rendimiento que hubiera sido de desear [...] Ahora hay unas oposiciones en las

84. Los pleitos en relación con los interinos no se habían resuelto 15 años más tarde. Véase Amérigo (1960) y la respuesta que se publicó de un interino (Salazar, 1960).

que se permite la entrada a los interinos, pero ¿qué se conseguirá con que entren algunos señores más en el escalafón, si seguramente se quedarán sin plaza, porque persisten las demás causas importantes que impiden la provisión? (Martínez, 1944).

En los partidos médicos con población dispersa el médico tenía a su cargo la asistencia de varios pueblos, la cabeza de partido y los llamados anejos, recorriendo a caballo la distancia que los separaba del lugar de residencia: "todos los compañeros que pasan por ese calvario saben lo que representa de penoso un día de lluvia envuelto en un capote impermeable y teniendo que bajar y subir del caballo tantas veces como enfermos haya en la localidad" (Lara, 1945: 53-54)⁸⁵. Así, por ejemplo, según el médico del partido de Mirabueno (Guadalajara), en los años cuarenta este: "constaba de seis pueblos y durante los ocho años que estuve tuve que recorrerlos en bicicleta. [...] me presenté [en 1948] a otro concurso y conseguí el de Canredondo, con seis anejos más otro pueblecito vecino del cual estaba separado por el Tajo y se llegaba a él en un cajón que se deslizaba por un cable [...]"⁸⁶.

Una vez llegados al domicilio, las condiciones de la visita dependían del contexto social y cultural de los demandantes. En Vic (Osona, Barcelona), en un entorno de clase media:

La visita mèdica seguia uns rituals típics, i, més o menys, era el que feien tots. Després de saludar a la persona que els rebia, passaven a la cambra del o de la malalta, on s'asseia en una cadira al costat del llit, a la vora del capçal (d'aquí ve el nom de metge de capçalera). Aleshores feia una exploració del malalt al qual anava observant el seu aspecte, inclosa la seva olor tot fent-li les preguntes adients [...].

Després, especialment si el cas era greu, feien passar al metge a una altra peça, per poder parlar lliurement de la situació real del malalt. Com és lògic, el que mes interessava a la família era el pronòstic, i si aquest era pessimista, aleshores es plantejava la conveniència d'una consulta per conèixer l'opinió d'un altre metge (Altés i Pineda, 2005: 259-260).

El contexto de la visita, sin embargo, era muy diferente en los partidos rurales, en los que imperaba otro tipo de lógica frente al padecimiento:

En todas las cabeceras de los enfermos graves había siempre en su mesilla y en el tablero de la cama una serie de estampas de vírgenes, cristos y santos milagrosos que intercedían y protegían

85. Esta dificultad daba pie para subrayar, una vez más, la figura heroica del médico rural: "[...] una noche en que el agua caía abundante y persistente y el frío hacía sentir sus efectos sobre el cuerpo aterido y mojado [...] el último enfermo por visitar, en un anejo distante [...] hice la visita a la ligera, aplazando para el siguiente día el reconocimiento detallado del enfermo —un niño de ocho o diez meses aproximadamente—. Cuando estaba ya subido al caballo [...] surgió la pregunta *fatídica*. —¿Tendrá mi niño pulmonía? [...] Entré de nuevo [...], efectivamente, el niño padecía una bronco-neumonía" (Lara, 1945: 53-54).

86. "¿Qué ocurre con la medicina rural?", 1971, *Doctor. Política Profesional*, 62, p. 74.

al enfermo durante su grave enfermedad. Y siempre aparecía algún pariente o vecina que le traían una nueva postal de un nuevo santo que había hecho no sé cuántos milagros en pacientes "incurables". Un buen barómetro de la fe en el médico de marras era la cifra de estampas. Si no veían claro la pericia sanadora de médico, las estampas aumentaban al mismo ritmo que disminuía la fe en la ciencia del galeno de turno (Chamorro, 2002: 46)⁸⁷.

De gran relevancia para el ejercicio fue la disponibilidad a la que estaban sujetos los titulares en partidos con un solo médico, puesto que debían asegurar atención permanente 24 horas, los 7 días de la semana⁸⁸:

Los médicos atienden a los enfermos cuando los solicitan y según costumbres establecidas por la necesidad, pero como quiera que las necesidades sociales van modificando lo mismo trabajo que costumbres, la ley existente se ha estancado, cuando debiera de ponerse a tono con aquellas necesidades. Verdaderamente puede decirse que padecemos de algún letargo de la Sanidad Nacional y, desde luego, con *la falta de médicos*, para lo mucho que hay que hacer frente a una población no del todo defendida como desea la Seguridad Social (Polo y Fiayo, 1959: 47)⁸⁹.

En los partidos pequeños el acceso a la vivienda y poder disponer de un espacio para pasar consulta podía resultar problemático. Los médicos jóvenes y solteros solían alquilar una habitación y el servicio⁹⁰; los ya casados necesitaban otro tipo de alojamiento. José Alberto Palanca (1963: 225-227) conocía la compleja casuística local, por lo que desaconsejó al ministro de la Gobernación que la ley de sanidad de 1944 incorporase la construcción de casas para médicos rurales uniformizadas, porque sabía de la dificultad de llevarla a cabo y de las diversas necesidades de los titulares, como los que tenían familia numerosa.

Los titulares atendían a pacientes de todas las clases sociales. Practicaban una medicina liberal que en nada parecía a la que más tarde se nos ha ido imponiendo a los médicos por las diferentes administraciones que han ido viniendo. Prácticamente eran todos pacientes privados a los que cobrabas por visitas o consulta. La Seguridad Social comenzaba sus primeras andaduras [...]. Yo solamente tenía 100 o ciento y pico cartillas correspondientes a los mineros existentes en el pueblo. El resto de la población eran agricultores que en su inmensa mayoría no

87. Lisón (1971: 36-50) describe aproximadamente lo mismo en la zona oeste de Ourense en los sesenta.

88. En los setenta hubo propuestas para establecer turnos de guardia como la de la que se hizo en comarca de Amposta: "Reglamentación para la instauración de un servicio médico de guardia en días festivos" (1971), *Boletín del Colegio Oficial de Médicos de Tarragona*, 17, pp. 10-11. Finalmente, se reglamentaron en 1972: Orden de 20 de mayo de 1972 por la que se faculta a los Gobernadores civiles para establecer, en el medio rural, turnos de médicos de guardia en días festivos (BOE de 7 de junio de 1972).

89. El énfasis en el original.

90. Véase el ya citado relato de Zapatero (2014) referido a los años veinte.

tenían seguro ni iguala alguna, por lo que podían llamar al médico que les viniese en gana [...]. (Chamorro, 2002: 39).

Sin embargo, el médico había de estar atento a las posibilidades económicas de sus clientes:

[...] los médicos titulares y en general todos los que trabajan en el medio rural, no se atreven a tales asaltos al bolsillo de sus enfermos, aunque comprendan que la supervalía también les alcanza de la misma manera que a los demás [...] la pobre gente del pueblo preferirá morir antes que aflojar la bolsa para pagar en términos adecuados a los tiempos (Polo y Fiayo, 1959: 79-80).

También debían reconocer las deficiencias de su propio saber. En muchos de los documentos manejados se reconocen las limitaciones del joven que llega al pueblo, sin experiencia. Suelen contar, pues los recuerdan bien, sus primeros casos complejos (García Garreta, Naudi, Chamorro). Como en los partidos cerrados la rotación de médicos jóvenes era elevada, puede comprenderse que, en muchas localidades, los médicos no fuesen bien valorados⁹¹. La descripción de casos clínicos en las fuentes utilizadas, inscritos en contextos específicos —aunque bastantes puedan considerarse excepcionales— tienen un considerable valor etnográfico. Sin embargo, no suelen corresponder a los padecimientos más corrientes, sino a aquellos casos en que los médicos se vieron más implicados emocionalmente y hubieron de resolver con una enorme penuria de medios.

En cuanto a las, llamemos, peculiaridades de la práctica de algunos médicos, eran el fruto de

la permanencia durante muchos años en el mismo pueblo y el conocimiento de las costumbres, hábitos y formas de desarrollar su vida nuestros clientes, nos permite el lujo de hacer algún diagnóstico a distancia y evitarnos al mismo tiempo la molestia de la salida a deshora. Recuerdo que una mañana muy temprano —las seis aproximadamente— oí la alarmante llamada "levántese Vd. corriendo que a mi madre le ha dado una cosa".

—Oye Joselito [...] vuelve a tu casa y si cuando llegues no se le ha quitado a tu madre lo que tiene, vienes otra vez y me iré contigo y si no, cuando yo salga a la visita me llegaré. No volvió y yo me gané las tres horas de sueño (Lara, 1945: 93-94).

91. Polo y Fiayo (1959: 99) indica que los titulares eran "un cuerpo profesional que siempre se ha mirado despectivamente, siempre que hubo ocasión de mortificarla restándole todos sus méritos y tomarlo como de ínfima categoría científica y social; todos olvidaban sus sacrificios, aunque sólo fuera por vivir en el medio áspero en que circunstancias especiales les obligaron a aceptar; y si se quiere seguir desestimando en esa forma al cuerpo más heroico de la Sanidad, todo sea por Dios, pero en tal caso siempre será incongruente que para un cargo mínimo de bracero sanitario, un señor médico no pueda colocarse automáticamente en un mísero pueblecillo del agro español y necesite una imponente oposición para lograrlo".

Desde su prisma de *luchador* contra las costumbres de la población, Lara consideraba inútiles las reiteradas demandas. Su conocimiento de las relaciones sociales y familiares le lleva a afejar lo que valoraba como *errores populares*:

Sabido [sic] es la influencia que ejerce sobre todos los miembros de una familia la abuela, desde luego la materna, porque la otra -la verdadera suegra-, queda eliminada automáticamente. No importa que su inteligencia sea escasa, ni su educación deficiente, ni nula su cultura; la "experiencia" [sic] de los años, si esta reforzada por el dinero más el respeto que tiene la hija hacia su madre y el que le hace *sentir* al marido, la colocan en inmejorables condiciones para fiscalizar todos los actos de la casa y dirigir la crianza del nieto [...] que tiene que sufrir los que se derivan de la ignorancia y los prejuicios de ese elemento autoritario de la familia. Ella es la culpable de que no acuda la hija a la consulta de las embarazadas en los centros maternos o a la particular del médico del Seguro de Maternidad (Lara, 1945: 64).

4.2. LA IRRUPCIÓN DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD

El dispositivo asistencial del SOE que se esbozó en 1944 (De la Quintana y Espinosa, 1944) solo estaba implantado muy parcialmente 15 años después. Fue un proyecto ambicioso de estatalización asistencial al margen de la beneficencia provincial y local y de la DGS. La teoría se basaba en delimitar dispositivos que asegurasen la asistencia a sectores administrativos de 100.000 habitantes, aun reconociendo la diversidad de situaciones —"urbano y rural, población diseminada o concentrada"—. Se pretendía delimitar las relaciones "con el resto de la población que caiga fuera de la órbita del Seguro" (De la Quintana y Espinosa, 1944: 7), lo que significaba dejar fuera al "agro español". Se estimó que, en 1960, un 60% de la población estaría protegida por el SOE (en realidad apenas sobrepasó el 40%)⁹², un 12% quedaría a cargo de la beneficencia y, el resto, un 28%, "recibiría libremente su asistencia" (De la Quintana y Espinosa, 1944: 8). El proyecto, que se ocupa fundamentalmente de instalaciones sanitarias⁹³, definía tres niveles de atención: domiciliario, ambulatorio en dispensarios o policlínicas y en hospitales. La asistencia domiciliaria la asegurarían médicos generales a cargo de un máximo de 500 familias⁹⁴, con un promedio de seis a siete asistencias diarias (De la Quintana y Espinosa, 1944: 45).

92. Pons y Vilar (2014: 127).

93. Se proponía la construcción de "clínicas rurales" de menos de 50 camas en núcleos urbanos de más de 20.000 habitantes que debían "ocupar un lugar estratégico en relación con las vías de comunicación" y "Dispensarios-Policlínicas de tipo rural", también situados en los núcleos de población más importantes bien comunicados que tendrían una población de referencia de 100.000 habitantes, el doble que los "Dispensarios-Policlínicas de tipo urbano" (De la Quintana y Espinosa, 1944: 44-45).

94. Tal y como había establecido el Decreto, de 11 de noviembre de 1943, por el que se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley del Seguro de Enfermedad. Artículo 118 (BOE de 28 de noviembre de 1943).

Dentro de los médicos generales se encontraban los titulares (INP, 1947: 27), que tal y como recogió la ley de creación del SOE⁹⁵ habían tenido prioridad —no exenta de críticas⁹⁶— para incorporarse a él, aunque la integración automática solo se produjo, como ya se ha dicho, en 1947. La preeminencia para integrarse en el SOE, junto con los médicos que pertenecían a entidades privadas que hubiesen practicado el seguro de enfermedad antes del golpe de estado, fue defendida por Criado del Rey⁹⁷. Al tiempo que alababa al ministro de Trabajo, Girón de Velasco⁹⁸, le atribuía haber dado "[...] al médico de Asistencia Pública Domiciliaria una clientela privada, que ya no puede ser manejada por los caciques, la clientela del Seguro de Enfermedad, que para el médico de Asistencia Pública tiene que ser, de por vida, el símbolo de la redención de su economía, y, sobre todo, de su dignidad" (Criado del Rey, 1947: 21).

Convertir a los titulares en médicos del SOE era una solución barata, puesto que el número de asegurados rurales era muy bajo. Pero la incorporación de los APD al SOE no fue bien recibida y estuvo plagada de problemas, tal y como muestran abundantemente las páginas de *Profesión Médica*. Aunque los médicos de APD manifestaran al ministro de Trabajo su "obediencia y disciplina absoluta para la implantación y cumplimiento" del SOE (Hernández, 1945), no perdieron oportunidad para expresar su descontento:

El Seguro quiere hacer del médico a su servicio un burócrata más; le recarga (es indudable) de partes y de hojas a llenar. [...] Todo esto entorpece mucho la labor del médico, le quita tiempo para estudiar, para leer, para ver enfermos y para explorarlos debidamente.

[...] y al propio tiempo estudiando también un posible aumento de cuota a percibir, porque cuatro pesetas por familia asegurada cubren necesidades allá donde es grande el número de asegurados, las 500 familias propugnadas. ¿Pero y allí donde no hay este número de familias o

95. Disposición transitoria primera de la Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad (BOE de 27 de diciembre de 1942).

96. "Los médicos de A.P.D. defienden su posición privilegiada en que de repente se les situó, y para convencer de que lo merecen, de que tienen más derecho y preferencia sobre los demás esgrimen el argumento de que ellos han demostrado su capacidad acudiendo a una oposición. Este argumento sería aun poco admisible si cuando se puso en marcha el Seguro todos los médicos titulares existentes en España lo fuesen por oposición, pero tendrán que reconocer que una gran parte no lo son por este sistema; lo son porque se les nombró hace ya tiempo por el procedimiento que fuese, aunque no por oposición; más tarde se les respetó este nombramiento, se les incluyó en el escalafón y en él se encuentran. Pero para aquellos que están comprendidos en el primer caso hay que hacerles ver que el Seguro de Enfermedad no se hizo sólo para los de Asistencia Pública Domiciliaria, y el que obtuvieran una plaza no les da derecho exclusivo ni es patente de curso para los de Asistencia Pública Domiciliaria y el que obtuvieran una plaza no les da derecho exclusivo ni es patente de solvencia científica sobre los demás" (Castillo, 1945).

97. Sebastián Criado del Rey, abogado vallisoletano, era el director de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad.

98. José Antonio Girón de Velasco, falangista, fue Ministro de Trabajo entre 1941 y 1957. Fue el responsable de la puesta en marcha del SOE.

donde hay pocos habitantes y consecuentemente pocos asegurados? Entonces, si antes de la puesta en marcha del Seguro la iguala a percibir por el médico era más alta que la de cuatro pesetas mensuales [...] la totalidad de ingresos lógicamente ha disminuido, ha mermado globalmente considerada (Rodríguez, 1945).

No todos los médicos se mostraron reacios al SOE. Manuel Castillo, médico de Burriana (Castellón), indicaba que, frente a las 5.000 pesetas del sueldo anual de una plaza de titular de 1ª categoría anuales, las 48 pesetas anuales por cartilla, con 500 cartillas, suponían 24.000 pesetas, más de lo que cobraba entonces un catedrático de universidad de 3ª categoría. Para evitar esta desigualdad en la distribución de rentas y los distintos modos de acceder a médico del SOE, Castillo sugería un cupo máximo de 250-300, lo que permitiría atender "mejor a los enfermos, no habría tantos partes que redactar y menos recetas que llenar y los que se quejan por esto dispondrían de más tiempo libre", además de llevar "paz y unión" entre los compañeros de profesión (Castillo, 1945).

Por tanto, el sistema de remuneración del SOE, podía resultar positivo para los titulares, porque el cupo incrementaba el sueldo, tal y como veremos que ocurrió, de manera muy notable, ya en las postrimerías del franquismo.

Al empezar su andadura el SOE, los médicos observaron cambios en la conducta de los asegurados. Antes de su puesta en marcha, aunque sus condiciones de trabajo fuesen malas, el titular era un *notable* local, *alguien*, pero se quejaron de que con la implantación del SOE se les había perdido el respeto y la confianza. Ni los titulares más adeptos al régimen ni los que lo eran menos cuestionaban las ventajas del SOE, pero les costaba comprender los cambios de actitud de los ciudadanos hacia ellos y la pérdida, en buena medida, de su autoridad:

Pues por parte del enfermo o familia, creer que porque está en el Seguro tiene derecho a la visita a todas horas y cuando él quiera, porque como nada le cuestan las medicinas, va a pedir hasta bocadillos de jamón y, si andando el tiempo, muchos señores asegurados que si bien tienen grandes virtudes, también tienen grandes defectos y en más o menos en ellos sigue escondido el odio al señor médico (que ellos llaman señorito), llueven las quejas por si no se les asistió bien, porque es triste ver morir a un familiar [...]99.

Los médicos percibieron profundos cambios que estaban modificando el sistema rol-estatus sobre el que se había asentado, durante decenios, la relación entre el paciente, su red social y el médico *apóstol de la ciencia*. Aunque en el ámbito rural tal mudanza quedó atemperada en un primer momento por la baja afiliación al

99. "Chácharas de un médico rural. Sueños de una noche de enero" (1946). *Profesión Médica*, 58, p. 3.

SOE, los médicos fueron constatando que los enfermos y su entorno ya no podían ser considerados como actores pasivos, tal y como asumía el modelo de apostolado. Se habían tornado en defensores de sus derechos, fruto del poder que les asignaba la pertenencia obligatoria al Seguro con la que el franquismo pretendió legitimarse. La perplejidad e incomodidad de los titulares fue en aumento, según crecía el número de asegurados y, con ellos, las exigencias:

En tanto que la asistencia pública ha sido puramente liberal y cada médico ha hecho y deshecho lo que buenamente le parecía, situación que la costumbre nos hizo estimar como buena, una vez que aquella libertad va desapareciendo, porque lo exige el Seguro de Enfermedad en términos parcial hoy y totalmente mañana, que razonablemente habrá de crear unas normas que han de ser obligatorias, aunque sean opuestas a nuestras clásicas costumbres, no sería indiscreto que se fuera pensando en estudiar algún Código del Trabajo Médico, que en el medio rural podría ser de tolerancia, de acuerdo con los jefes del Seguro y en relación con la población asegurada. Repercutiría favorablemente en las relaciones médico-enfermo, necesario para que hubiera sensatez en ellas (Polo y Fiayo, 1959: 32).

La situación había cambiado significativamente. Palanca, un observador bien informado, afirmaba que en 1940 —podía haber dicho en 1944— era imposible anticipar los cambios que la profesión médica iba a sufrir a lo largo de la década, al igual que en esa fecha era imposible predecir las mutaciones que ocurrirían en los futuros diez años; y se preguntaba: "¿Van a seguir los médicos de A. P. D. dentro de su marco de organización actual no variando ni en estructura, ni en funcionamiento ni en número? [...] el día en que los obreros eventuales figuren como beneficiarios del Seguro, los padrones y listas de beneficencia van a ser reducidísimos y de cada cinco médicos de A. P. D. van a sobrar casi cuatro". También los hospitales de beneficencia quedarían arrinconados "[...] cuando las residencias sanitarias que se están construyendo entren en servicio [...]" (Palanca, 1951: 12).

Además, la mayor accesibilidad a especialistas, laboratorios, servicios de radiología e instituciones asistenciales se valoró como una merma del modelo de asistencia rural:

Lo que parece se está iniciando, ante la existencia de tantos especialistas, es el divorcio del enfermo con el médico general, al que quiere quitar su crédito y no desea ya buscarlo ni contarle sus cuitas, quiere saltar por encima de él y marchar junto al especialista, sin comprender que eso sería como tomar el tren sin sacar el billete que indica adonde se quiere ir, como el médico general sabe con más suficiencia que el enfermo al especialista que debe acudir en primer lugar (Polo y Fiayo, 1959: 43).

Chamorro (2002: 119), décadas después, jubilado en la ciudad de Zaragoza, consideraba que

uno de los mayores errores de la Administración fue eliminar la figura del médico de cabecera, que era una institución, pararrayos y parapeto de todas las dolencias y vicisitudes de la sociedad. Lo sustituyeron por el médico de zona, el médico general, que sonaba a más moderno. Pero a este señor, a este ente, lo habían transformado en un funcionario más del engranaje sanitario oficial, cuya misión principal era transcribir recetas de otros y expender volantes a los mil y un servicios de la Seguridad Social. Se le convirtió en un engranaje intermedio entre el celador de la portería de entrada y los demás Servicios.

La narración de Chamorro es idealizada y evoca un médico que nunca existió. Su relato, como el posterior de García Garreta —ambos terminaron su vida profesional en ciudades grandes tras su paso por la medicina rural—, tiene una mirada nostálgica de un pasado que no conocieron, puesto que se incorporaron a la medicina rural después de la creación del SOE.

Es cierto que el desprestigio del médico de cabecera, a pesar de la retórica sobre su utilidad, se confirmaría con creces en las décadas posteriores, así como los cambios en el estatus de los profesionales, valorados, una vez más, en clave del imaginario perdido. Hoy día, por razones solo parcialmente diferentes, se ha señalado que tal desprestigio también afecta al especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Gervas *et al.*, 2007).

La mayor disponibilidad de recursos hizo que la demanda asistencial aumentase de forma significativa y que, según los médicos, fuesen menos tolerados los fracasos en la curación de las enfermedades. Polo y Fiayo lo vincula a un cambio en la experiencia del enfermar basado en el aumento de las expectativas generadas por el SOE y el uso de los antibióticos¹⁰⁰:

Creemos que este organismo ha hecho más patente el derecho a la salud, el temor a las enfermedades largas y el deseo incontenible de curar pronto cualquier afección, tenga o no gravedad [...]. Es preciso que haya una penicilina distinta para cada enfermedad; no basta que ésta siga un curso favorable, como nos indica la práctica, y que haya médicos vigilantes a todas horas, lo que se desea simplemente es que el enfermo cure rápidamente. Todo el mundo cree que estamos ya en la era de las curaciones rápidas; que no hay más que exigir las para tenerlas, y si el médico no lo consigue es un inepto o un equivocado (Polo y Fiayo, 1959: 35).

100. Sobre el conocimiento de la existencia de la penicilina y los avatares de su circulación en España véase Santemas (2018).

En fecha tan temprana como 1950 un editorial de *Profesión Médica*, “Lo que el viento se llevó”, escrito como si se relatase algo que “[...]razonaba a su joven ayudante cierto médico viejo, esperando sentado en su consulta particular que entrase algún cliente [...]”, mostraba inquietud por la supervivencia de la profesión médica:

¡Malos tiempos para los médicos y buenos para los enfermos! Los hombres de ciencia y los sociólogos se dan mucha prisa por acabar con las enfermedades y con las injusticias humanas. Las sulfamidas y los antibióticos han barrido materialmente capítulos importantísimos de la Patología. A este paso nos quedaremos pronto sin tíficos, sin tuberculosos y sin conecrosos [sic]; en fin, sin ejercicio profesional. Las reformas sociales, a su vez, colaboran con los investigadores para dejarnos en mitad de la calle.

Los Estados Unidos que entienden la sanidad como todo, a lo grande, han votado cantidades astronómicas para el estudio de los últimos productos terapéuticos (Cortisona y A.C.T.H.) que apuntan la solución de los reumatismos y de la alergia. Casi, amigos, lo único que nos quedaba [...]

Esto se acaba. Y habrá que ir pensando seriamente que en una sociedad civilizada y socializada, los médicos resultan algo superfluo, a no ser que a falta de enfermos que curar se transformen a su vez, en profilácticos (Noguera, 1950).

Noguera no tuvo razón. Ni desaparecieron los médicos ni las enfermedades infecciosas —aunque sí disminuyeron— ni la alergia ni la Salud Pública atrajo a la mayoría de los médicos. Pero queden sus palabras como respuesta reaccionaria a las transformaciones de la práctica médica, a los cambios sociales y a la evolución del patrón epidemiológico que se estaba produciendo a inicios de los cincuenta¹⁰¹. El cambio fue más pronunciado cuando sectores cada vez más significativos de los trabajadores agropecuarios fueron teniendo acceso a los servicios sanitarios en condiciones similares a los dedicados a otras actividades económicas.

5. LA MEDICINA RURAL DURANTE EL SEGUNDO FRANQUISMO (1959-1975)

5.1. LA MEDICINA RURAL A LAS PUERTAS DEL DESARROLLISMO

Como señalamos con anterioridad, en 1960 el SOE atendía a un 40% de la población (Pons y Vilar, 2004: 127). Su prodigalidad era ya decisiva para el proceso de medicalización del Estado, puesto que había facilitado el acceso a la atención,

101. Al respecto véase Pérez Moreda, Reher y Sanz (2015).

incorporado progresivamente nuevos medios diagnósticos y terapéuticos y promovía una nueva imagen del hospital mediante la construcción de *residencias* provinciales (Comelles, 2004; Comelles, Alegre y Barceló, 2017; Vilar-Rodríguez y Pons-Pons, 2018a). Según afirmaba en 1964 el médico de Corte de Peleas (Badajoz), Miguel de Diego Capote, "los servicios del S.O.E. en Badajoz, ha de reconocerse que funcionan muy bien, tan bien que muchos enfermos se familiarizan con la residencia del seguro hasta el punto de no querer salir de ella y de buscar cualquier pretexto para visitarla de nuevo" (De Lera, 1966: 48).

La oposición médica al sistema sanitario, sin embargo, se mantenía. Los problemas provenían, por una parte, del mal uso por parte de los asegurados: "es obvio que su falta de preparación ha llevado tras sí una estela de abusos y de irrespetuosidades de todos sobradamente conocidas que representan ni más ni menos que la falta de reconocimiento a la institución que los protege y la explotación a ultranza de la clase médica" (Mussons, 1961: 2). Por otra, de la inseguridad laboral de los médicos y del modo en el que había que ejercer la medicina:

Nadie está tranquilo y el ejercicio de nuestra profesión se ha ido transformando en una auténtica rutina sin estímulo de ninguna clase. Nos hemos transformado en funcionarios por no decir asalariados, que nadie conoce, pues ni los propios pacientes se molestan gran cosa por distinguirnos con nuestros nombres, y así, cuando les duele cualquier lugar, buscan al médico de tal cosa o al especialista de tal otra y, así, despersonalizados, vamos prodigando una medicina muy particular (Mussons, 1961: 2).

El mismo autor pone de relieve el problema que supuso transitar de un modelo basado en la beneficencia y en la medicina liberal, tanto pública como privada, a otro colectivizado, que fue aumentando su cobertura poblacional: "El Seguro Obligatorio se implantó en España sin preparación previa de los que debían recibir sus beneficios y de los que debían prodigarlos, es decir, que ni los asegurados ni los médicos estaban en condiciones óptimas de comprender las nuevas rutas por las que debía transcurrir en lo sucesivo la asistencia médica" (Mussons, 1961: 2). La alarma cundió todavía más entre los médicos cuando la Administración empezó a discutir la extensión del aseguramiento a los trabajadores agrícolas. El médico rural Joaquín Catalán (1956) expresaba su temor:

El Seguro de Enfermedad [...] es justo. Como quiera que los trabajadores agrícolas son tan económicamente débiles o más que los de la industria, su extensión a esta parte de la población es necesaria. [...] Los médicos [...] la apoyaremos [...].

Mas antes de implantarse debe estudiarse y meditarse [...] el alcance de tal medida. No es justo que para aliviar a unos se perjudique a otros —los médicos— [...].

Si tal como están ahora las iguales hay médicos económicamente muy débiles, ¿qué sería si se extiende el S.O.E. y los honorarios no se elevan? Pues que el número de médicos económicamente débiles aumentará. [...] habrá quienes tengan que abandonar la plaza que desempeñan.

Su estimación le lleva a concluir: "¿Puede vivir un médico con estos ingresos? Todos estarán conformes con que no es posible subsistir". No se puede saber qué ganancias consideraba Catalán suficientes, pero es obvio que temían una pérdida de estatus¹⁰².

En enero de 1959 el ministro de Trabajo anunció la creación de la Mutualidad de Previsión Agraria. Se estimaba que ingresarían en ella entre tres y cuatro millones de nuevos beneficiarios, trabajadores agrarios. El Ministerio no abordó ni sus costos ni su financiación, por lo que su puesta en marcha estuvo plagada de obstáculos (Vilar y Pons, 2018b).

Los Colegios de Médicos se opusieron a la extensión del SOE a los trabajadores agrícolas si no revisaban sueldos y remuneraciones para compensar la reducción de las iguales. José Ramón Reparaz, presidente del Colegio de Médicos de Vizcaya y representante de los titulares, expresaba sus temores ante la ampliación de la cobertura sanitaria: "Hay una diferencia entre la Medicina Social y la socializada. Y ello hay que discriminarlo bien, para no restar eficacia y humanidad a la asistencia, para no despersonalizarla al convertirnos en unos funcionarios más, sin alma ni ideal"¹⁰³. Respondía a las manifestaciones del falangista Labadie Otermín, presidente del Instituto Nacional de Previsión: "Convénzanse. La Medicina individual no puede subsistir"¹⁰⁴.

La alternativa propuesta desde Vizcaya fue un Reglamento Nacional de la "Iguala Médica" (Noguera, 1960b)¹⁰⁵. Enrique Noguera, redactor jefe de *Profesión Médica*, se decantaba por los igualatorios médicos¹⁰⁶, para superar

102. La valoración realizada por otras fuentes, aún sin datación concreta, al menos en ciertos territorios como la provincia de Ourense, es muy diferente: "En compensación do agre sacrificio da liberdade, a economía do médico rural é das máis saneadas do lugar. Permítanlle vivir sen estreitez e facer moderados investimentos. Normalmente dispuña dunha casa céntrica no municipio ou piso de dimensións xenerosas, ademais de propiedades adquiridas ou herdadas e unha certa tendencia a posuír unha segunda vivenda na capital ou en zona de veraneo. Em ocasións investía tamén no campo, en cultivos, viñas ou gandaría que traballaba por conta allea, aínda que ás veces el mesmo tiña como afección ou segundo oficio o de labrados ou gandeiro" (Fernández, 2017: 28-29).

103. "El semipleno colegial extraordinario reunido en Bilbao", 1960. *Profesión Médica*, 575, 1. Véase también Reparaz (1960: 1-2).

104. *Ibidem*.

105. Colegio Provincia de Vizcaya. Proyecto. Reglamento Nacional de la "Iguala Médica", 1960, *Profesión Médica*, 565, 1.

106. El modelo era el Igualatorio Quirúrgico y de Especialidades, puesto en marcha en 1934, precisamente en Bilbao.

[...] los errores denunciados por los médicos, con verdadera visión, experiencia y desinterés, se hace imprescindible la revisión nacional de las cartillas de beneficiarios para desplazar a los que gravitan indebidamente sobre el gasto; la supresión del fraude en las aplicaciones, altas, bajas, cambios y subsidios; la participación porcentual del asegurado en el gasto de farmacia; los cupos mínimos, etc. Y un criterio realizado valientemente, tajantemente, porque es cristiano y es justo y es el único que la economía española permite: CENIR EL SEGURO A LOS ECONÓMICAMENTE DÉBILES PARA QUIENES FUE CREADO. Y DEJAR A LOS TRABAJADORES AUTÓNOMOS, A LOS QUE TRABAJAN POR CUENTA PROPIA —A LOS QUE PUEDEN COSTEARSE LA ASISTENCIA COMO SIEMPRE SE LA COSTEARON— PARA LOS IGUALATORIOS COLEGIALES, EN MANOS DE LOS PROPIOS MÉDICOS, SIN AFANES DE EXPLOTACIÓN INDUSTRIAL NI INTERMEDIARIOS. Los igualatorios colegiales darían trabajo a los médicos libres con clientelas expropiadas (Noguera, 1960a)¹⁰⁷.

Reaccionario, una vez más, proponía la revitalización de la beneficencia y la privatización parcial del SOE. Los igualatorios no resolvían el problema del control de la prestación farmacéutica ni las derivaciones a especialistas y a instituciones hospitalarias. Preservaban, eso sí, una *auctoritas* del médico, cuya pérdida era la herida más profunda percibida por los médicos ante el despliegue del SOE:

Ya se sabe que el médico del Seguro, lo mismo libre que obligatorio, no es, como antiguamente, Don Juan o Don José. Hoy es solo el médico del Seguro. El mismo cirujano ya no tiene nombre. De nada le valen sus sacrificios, sus méritos científicos, sus estudios y las prácticas que haya realizado. Para el asegurado será siempre el cirujano del Seguro, si acaso llega a decir lo de cirujano. De cómo se llama, ni se entera (Hernández, 1960).

Según el médico de la Deleitosa (Cáceres), tras el establecimiento de las pirámides asistenciales del SOE, que permitían la derivación a especialistas y hospitales, los médicos rurales "no somos ya más que unos guardias de la porra, como quien dice: usted, al especialista de estómago; usted, al de pulmón y corazón; aquella, al ginecólogo, etc." (De Lera, 1966: 43-44).

Para mantener su estatus, los médicos titulares propusieron soluciones organizativas que no menoscabasen el que —consideraban— debía ser su nivel de vida. Según Félix de Corral, titular en Puertomarín (Lugo):

El médico de Medicina general, estimamos que debe cubrir las necesidades más esenciales y perentorias, capacitado para la asistencia general. Por tanto, una zona sanitaria rural ha de tener un espacio y una población mínima que, atendiendo en una doble misión de asistencia sanitaria y medidas de higiene-profilaxis, ha de cubrir debidamente algo más que las necesidades del médico [...].

107. El énfasis en el original.

Estas zonas sanitarias [...] en muchos casos, serían dispares con las divisiones actuales de los Ayuntamientos. Han de considerarse constituidas por espacios de una superficie de seis a diez kilómetros de radio de acción, que incluyesen a unas 450 familias como mínimo [...]

Las zonas sanitarias han de ser un compendio o conjunto de Casas de Socorro, Centros de Higiene Rural, Asistencia Pública Domiciliaria. Incluso debe disponerse de medio de locomoción apropiado [...] lo mismo para atender al enfermo que para trasladarlo a un medio hospitalario (De Corral, 1960).

Este tipo de propuestas no fueron frecuentes. Ni los Colegios de Médicos ni las administraciones propusieron alternativas al modelo mixto público-privado, que suponía bajos sueldos por parte de la DGS y del SOE, a cambio de tiempos de dedicación que permitiesen ingresos privados de muy distinto origen. Si para los médicos que ejercían en medio urbano este modelo permitía ganancias saneadas por la existencia de un mercado médico amplio, en muchos partidos rurales cerrados ya no era posible.

Sin embargo, el énfasis se siguió poniendo en el mantenimiento del modelo previo a la extensión del SOE. Así, la Asamblea de Titulares reunida en Madrid en 1961 "aprobó unánimemente" una Reglamentación nacional de la Iguala Médica aplicable a poblaciones de menos de 6.000 habitantes, exigiendo que la Mutualidad Nacional de Previsión Agraria la respetase¹⁰⁸. Para la Asamblea de los representantes provinciales de los médicos del SOE "la reforma y perfección del S.O.E." consistía en conseguir ventajas salariales y defender la libre elección de médico¹⁰⁹.

La uniformización de las igualas, desde luego, no resolvía los problemas de la medicina rural pues, en opinión de Tomás Sánchez, médico de Entrín Bajo (Badajoz):

La organización actual de la Sanidad en los pueblos es anticuada y no corresponde ya a los tiempos que vivimos. Debería descansar sobre la célula comarcal, con todos sus servicios, incluso el de hospital. Solo saldrían de allí los casos especiales, muy restringidos, que únicamente pudieran ser atendidos y resueltos en centros de más alta especialización, radicados en las cabeceras de las provincias. De esta forma, la vida profesional sería más relacionada y más intensa (De Lera, 1966: 53)¹¹⁰.

108. "Asamblea nacional de representantes colegiales de los médicos titulares de España. Madrid, 12-13 mayo", *Profesión Médica*, 609, pp. 2-3.

109. "Asamblea de los representantes provinciales de los médicos del SOE", *Profesión Médica*, 602, pp. 3-14.

110. Sobre la comarcalización y la regionalización véase Perdiguero-Gil y Comelles (2019) y Comelles, Barceló y Perdiguero-Gil (2019a: 65). El Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto (BOE de 21 de septiembre de 1978), por el que se establecía la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional, tal mapa sanitario debía basarse en "La estructuración del medio rural en Unidades Sanitarias Locales, Subcomarcas y Comarcas Sanitarias".

El análisis realizado por el titular enmienda el simplismo de las propuestas de los representantes de las organizaciones colegiales, que limitaban los problemas de la sanidad rural a los intereses salariales de la "clase médica", sin abordar su complejidad y la variada casuística local. Agustín Monteoliva, médico en Castro-Urdiales (Cantabria), en un contexto social y cultural bien distinto al extremeño, opinaba como algunos de sus colegas: "Lo ideal sería [...] organizarla comarcamente, creando un centro donde radicasen todos los servicios. Ello resolvería, en su conjunto, los problemas técnicos y humanos de la profesión. Se ha hablado mucho de esto, pero nos tropezamos con la oposición de los viejos, ferozmente individualistas y refractarios a las modernas fórmulas sociales (De Lera, 1966: 35).

Los médicos sentían que ejercer en el mundo rural condicionaba sus proyectos vitales, personales y familiares, así como su formación continuada en un contexto histórico de profundos cambios técnicos en la medicina. Además, reconocían que el ejercicio de la medicina se había transformado y el médico rural:

[...] ya no es más que "el tío del volante". El papeleo nos vuelve locos. Jamás he gastado tanta tinta como desde que se estableció el S.O.E. Todavía no comprendo el porqué de tener que extender una receta para cada producto. Si, por ejemplo, se prescriben cuatro medicinas para un mismo paciente, es de precepto escribir cuatro recetas, en cada una de las cuales ha de hacerse constar el nombre del beneficiario, número de la cartilla, etc. ¿No es perder demasiado tiempo y esfuerzo? Eso sin contar los partes, los oficios que se reciben y qué sé yo la de órdenes, contraórdenes, instrucciones y demás que tiene uno que aprenderse de memoria para no incurrir en falta [...] Pero aguarde usted, amigo, que la gente no hace más que pedir: "Don Cecilio, que necesito algodón y alcohol para las inyecciones esas que usted me mandó"; "Don Cecilio, que quiero que me mande usted otra vez aquellas pastillas que me sentaron tan bien" ... y aspirinas, y supositorios, y colirios. Nada, que el médico termina por no ser más que un escribiente, lo que yo digo: "el tío del volante". Se recetan ellos mismos y ¿qué ha de hacer uno?, ¿estarse enfrentando a cada momento con la gente, llevándose disgustos y más disgustos? (De Lera, 1966: 59).

De Lera incluyó en su libro una serie de valoraciones sobre la situación de la asistencia médica rural en España que resultan útiles para comprender cómo, durante los sesenta, los propios médicos intuían que vivían un final de etapa que les llenaba de zozobra. El novelista consideraba que todos sus entrevistados [...] están acordes en considerar la Medicina social como un progreso indiscutible, piensan asimismo que su implantación, por la forma en que se ha producido, ha venido a contribuir al desmantelamiento de sus ya modestas posiciones económicas". Añadía que un "[...] gran número de los opinantes se muestra partidario de la socialización total de la medicina, siempre y cuando, naturalmente, se tenga en cuenta que los médicos deben vivir con cierto decoro [...]". Asimismo, entendía

que, por la llegada de la Seguridad Social al agro, "es natural que tiemblen por un porvenir que, si ya era problemático y oscuro, ha pasado a ser francamente temible" (De Lera, 1966: 26).

Usando las palabras del médico de Corte de Peleas, Miguel de Diego, De Lera muestra cómo el mercado asistencial en el que vivía el médico rural se desvanecía:

[...] este es un pueblo donde cunde la emigración, lo que implica necesariamente dos cosas: la disminución de las cartillas del S.O.E., por un lado, y, por otro, como muchos que se van dejan aquí a su familia, la obligación de asistir a éstas —al estar en otro lugar el cabeza de familia— por la mitad justa de la remuneración normal. Por otra parte, dado que la propiedad está en pocas manos —solo uno de los propietarios posee la mitad del término municipal y vive fuera de la localidad—, resulta que apenas si quedan ya iguales libres (De Lera, 1966: 48).

5.2. UNA MEDICINA RURAL FUERA DE PLANO

Los testimonios recogidos por De Lera, entre la resignación y cierta indignación, son casi coetáneos a los debates sobre la reforma del SOE y la puesta en marcha de la Seguridad Social. *La Vanguardia Española* editorializó sobre el particular:

Nos parece urgente evitar todo riesgo de que el Plan de reforma de la seguridad social nazca un tanto de espaldas a quienes son directos interesados en el mismo. Las reacciones que encadena —y hasta desordenadamente—, están produciéndose frente o en apoyo del mismo; la precipitación advertida en ciertas tomas de posición; el apasionamiento despertado; sobre todo, la inquietud que en numerosos sectores de la vida española se ha creado, constituyen motivos más que suficientes para pensar en una especie de marcha a contracorriente, algo así como si quisieran quemar etapas. Y los principios que se dirimen en el Anteproyecto, las consecuencias que de la reforma pueden derivarse, exigen, a nuestro juicio, ponderación y método. [...] En todo caso, una cosa aparece fuera de toda duda: que antes de seguir los cauces normales que permitan consagrar como norma un Proyecto de reforma de la seguridad social, se abra una información pública a través de cuyo cauce emitan opinión autorizada los órganos representativos y responsables de todos los sectores afectados¹¹¹.

El rotativo, secundando la posición del poderoso Colegio de Médicos de Barcelona (Cañellas, Torán y Solé Sabaté, 1994), avalaba el diálogo colegial con la Administración, dejaba traslucir la inquietud de los médicos catalanes, pero ignoraba la situación de los médicos rurales. Los numerosos textos publicados en *Profesión Médica* entre 1960 y 1967 permiten comprender la evolución de esos

111. "Editorial. Reforma de la Seguridad Social, 1963", *La Vanguardia Española*, 25 de octubre de 1963, p. 1.

debates profesionales y las reclamaciones de los médicos ante las autoridades. Tienen poco que ver con la Ley de Hospitales de 1962, puesto que no afectaba directamente a los colegiados. Tampoco les afectaba directamente el I Plan de Desarrollo Económico y Social (Perdigueru-Gil y Comelles, 2019a, 2019b), que apenas contempló la situación marginal de la medicina rural¹¹².

La medicina rural también estuvo ausente de los estudios que pretendían valorar los cambios sociales que se estaban produciendo en el país. Durante los primeros años del desarrollismo comenzaron a realizarse encuestas que proporcionasen datos más o menos fiables sobre la situación social y económica. En la dirigida por Salustiano del Campo (1964) sobre los problemas de la profesión médica española no se prestó atención a la medicina rural¹¹³. Enrique Martín López dirigió un extenso trabajo sociológico, en cinco volúmenes, sobre el SOE, a partir de estadística sanitaria y demográfica y encuestas¹¹⁴. La situación de la medicina rural se exploró a partir de la presencia de afiliados al SOE en todos los municipios y se correlacionó con datos de morbilidad y variables económicas. De especial interés es el tomo 4 (Gómez Reino y Valderrábanos, 1964), dedicado a la opinión de empresarios, farmacéuticos, asegurados y médicos. En este trabajo, si bien es cierto que no se plantean de manera individualizada los problemas del medio rural, los autores aprecian la necesidad de distinguir entre las cuestiones que afectan a las capitales de provincia respecto del resto de poblaciones de la misma, presentándose, de este modo, separadamente los resultados.

Los estudios sobre la situación social de España, realizados por la fundación FOESSA, dedicaron capítulos a la sanidad, pero no aportan casi información sobre la asistencia médica en el medio rural, excepto en el caso de la opinión de la población afiliada al SOE. El capítulo sobre Sociología de la sanidad del primer informe sociológico de FOESSA hacía una referencia a la actitud de rechazo de los médicos frente al SOE. Apoyándose en el estudio sociológico sobre el SOE ya referido, indicaba que esta actitud se debía a que percibieron un ataque a su sistema de valores (De Miguel, Gómez Reino y Orizo, 1967: 139), argumento que articula la mayoría de las opiniones médicas que venimos comentando.

El segundo informe FOESSA (De Miguel *et al.*, 1970) tan solo se refiere a la necesidad de que las reformas sanitarias tomen en consideración que la población

112. El I Plan de Desarrollo Económico y Social (1963-1967) incluyó un informe sobre la sanidad local (Presidencia del Gobierno, 1963) en el que se prestaba, sobre todo, atención a las enfermedades infecciosas y a cuestiones de saneamiento. Solé Sabarís (1965: 305) criticó el I Plan por la falta de criterios sobre la localización de los centros rurales y por su insuficiencia.

113. Se trata de un informe sobre la profesión médica en Barcelona y el SOE basado en metodologías sociológicas cuantitativas. Concluye que nadie estaba conforme con el funcionamiento del SOE (1964: 55) y que sus defectos no eran imputables a los médicos, sino a su organización (1964: 59).

114. Martín López, (1964a, 1964b); Martín López, Gutiérrez González y Montes Cano (1964a, 1964b); Gómez Reino y Valderrábano, (1964).

rural tenía graves dificultades de acceso a la asistencia médica. De estas dificultades también se había hecho eco Felip Solé Sabarís (1965), desde la medicina social, en su estudio específico sobre la situación sanitaria incluido en la traducción al castellano de *Le grand tournant de la médecine libérale* (Hatzfeld, 1963)¹¹⁵.

5.3. LA IMPOSIBLE REFORMA EN EL CONTEXTO DEL DESPOBLAMIENTO RURAL

Durante los sesenta los médicos rurales fueron testigos de los procesos migratorios que cambiaron la fisonomía humana de los pueblos. Asistieron al declive de las igualas, asociado al incremento de los asegurados, y tuvieron que asumir el proceso de "despersonalización" —en sus propias palabras—, que cuestionaban su estatus de médicos generalistas mientras crecía la demanda y el prestigio de la asistencia especializada y hospitalaria.

La priorización de las inversiones en hospitales del SOE, señaladas en el I Plan de Desarrollo, no incidía en la práctica cotidiana de los médicos. Por eso proseguían las reivindicaciones colegiales. En mayo de 1966 el Consejo General de Colegios de Médicos, presidido entonces por uno de los muñidores del SOE, Alfonso de la Fuente Chaos, elevó a Franco una carta firmada también por los presidentes de los colegios provinciales donde se declaraban incompatibles con la Administración del SOE por negarse esta a negociar. Insistían en la necesidad de la libre elección de médico y en el concierto económico basado en honorarios por acto médico¹¹⁶. En reuniones previas, los colegios provinciales pretendían una ruptura inmediata con el Seguro y rechazaban el nuevo Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social "por no respetar las características asistenciales y deontológicas que para estos regímenes de nueva creación señalan los principios de la Carta Médica Nacional"¹¹⁷. Los problemas de adjudicación de plazas, oposiciones e interinidades se discutieron en los Coloquios Nacionales de la Juventud Médica¹¹⁸. De estos debates se hizo amplio eco la prensa general¹¹⁹, incluyendo la problemática de la medicina rural, generada por la despoblación del campo¹²⁰.

115. En el original, publicado en la editorial de la CFDT (el sindicalismo católico francés), Hatzfeld debatía sobre el modelo francés de *praticien* concertado con la Seguridad Social.

116. "Los médicos españoles no aceptan una total socialización de la medicina" (1966), *Profesión Médica*, 833, pp. 1-2. En la primera página se hacía una llamada de atención a los 18 procuradores en Cortes que eran médicos.

117. "Reunión plenaria de los presidentes colegiales convocada por el Consejo General, 12 mayo 1966". *Profesión Médica*, 833, p. 2.

118. "Coloquios Nacionales de la Juventud Médica. Conclusiones aprobadas", *Profesión Médica*, 833, p. 2.

119. Esta conflictividad se reflejó también en la prensa profesional: "La situación actual de la profesión médica en España", *ABC*, 22 de mayo de 1966, p. 64; "Encuesta sobre la seguridad social. Contesta el Doctor Don José Espriu Castelló", *La Vanguardia Española*, 17 de diciembre de 1966, p. 27; "Asistencia Sanitaria. Problemática para una encuesta", *ABC*, 29 de junio de 1966, pp. 74-75.

120. "Retirada de los representantes de los médicos en los organismos del Seguro de Enfermedad", *ABC* (Sevilla), 19 de mayo de 1966, p. 53.

El II Plan de Desarrollo Económico y Social (1968-1971) sí reconoció que el problema de la medicina rural no era solo retributivo, sino relacionado con las "dificultades y la dureza del medio" y que requería de "otros elementos para hacer posible la estabilidad deseada del médico y garantizar a la población campesina una asistencia correcta y moderna" (Presidencia del Gobierno, 1967: 44). Se proponía, siguiendo la Ley 116/1966, de 28 de diciembre, sobre retribuciones de los Sanitarios locales, reorganizar los "Cuerpos de Sanitarios Locales, [...] para atemperar las funciones públicas necesarias de nivel local a las circunstancias del momento y coordinarlas siempre que sea posible con las de niveles superiores" (Presidencia del Gobierno, 1967: 45). También se consideraba preciso resolver el problema del alojamiento, pues "muchos médicos no pueden hacerse cargo de sus plazas por no encontrar local adecuado, lo que origina falta de asistencia en algunos partidos cerrados"¹²¹. Así describía De Lera el Centro Rural de Higiene de Cortes de Peleas:

[...] situado a la entrada de la pequeña población [...] fue construido, al parecer, con tierra apisonada, pues basta hurgar con el dedo en sus muros para hacer un agujero y comprobar lo fácilmente que se desmorona. Ventanas y puertas -alabeada la madera- no ajustan y en la techumbre aparecen hendeduras que no tienen nada de tranquilizadoras. ¿Cómo puede vivir el médico en esta casa? (De Lera, 1966: 46-47).

El II Plan se hizo eco de una experiencia piloto, un centro de demostración, con coordinación de funciones sanitarias en Talavera de la Reina¹²², pero no una comarcalización *stricto sensu*.

Aunque la prensa profesional siguió publicando abundantes columnas, cartas al director o sueltos sobre medicina rural, es particularmente interesante, ya a inicios de los setenta, la mesa redonda con médicos rurales que recoge la revista *Doctor*¹²³. Los participantes consideraban que se habían convertido en expendedores de volantes y de radiografías, se quejaban de la sobrecarga de trabajo por la transformación en suburbios de partidos cercanos a grandes ciudades con el

121. Según el II Plan (Presidencia de Gobierno, 1967: 45) en 5.239 partidos cerrados había ya instaladas 1778 "Casas de médico". Para los 3.461 partidos restantes se precisarían del orden de 2.350, para lo cual se definió un modelo estandarizado. Se contemplaba también la adquisición de 105 ambulancias para el medio rural en sus cuatro años de vigencia. El otro aspecto considerado fue la formación continuada de los médicos rurales. Sobre las reivindicaciones de las características de las casas véase lo que indica un médico de Segovia, que sugiere que se construyan con calefacción y garaje (Egido, 1967).

122. No abriría sus puertas hasta 1976 (Atenza, 2001; Atenza, Díaz y Rodríguez Ocaña, 2008; Rodríguez Ocaña y Atenza, 2019).

123. "¿Qué ocurre con la medicina rural?" (1971) *Doctor. Política Profesional*, (62), pp. 74-93. Participaron 15 médicos que ejercían en pueblos de las provincias de Madrid (4), Barcelona (4), Gerona (3) Lérida (3) y Zaragoza, titulares, libres y sustitutos.

aumento de afiliados al SOE, reclamaban formación específica, sugerían rotaciones tutorizadas de médicos jóvenes en los pueblos y periodos de formación continuada cada quinquenio. Ruiz de las Heras (Madrid), veterano titular desde 1932, consideraba aún al médico de cabecera "insustituible". Según afirmaba: "Por muchos centros comarcales que se construyan, siempre existirán pueblos más o menos alejados de ellos y es indispensable el médico clasificador que oriente el traslado de los enfermos o decida no evacuarlo porque pueda resolverse allí mismo"¹²⁴. Pero había problemas de coordinación. Juan Guarch, médico de L'Ametlla del Vallès (Barcelona), no podía "hacer una exploración completa, para cualquier análisis tengo que enviar al enfermo al ambulatorio de Granollers. Total, una semana para hacer un diagnóstico un poco complicado. Eso lo podrían hacer los equipos comarcales y el médico rural dedicarse a los casos urgentes". Pero, además, se quejaba: "Tengo que perder tiempo atendiendo a los enfermos que no lo son, recetando cosas que no necesitan y atendiendo urgencias que no lo son. Esto es fatal si te viene un paciente pidiéndote unas vitaminas o exigiendo determinada receta porque a su cuñada le ha ido estupendamente [...] te conviertes en recetista"¹²⁵.

El III Plan de Desarrollo (1972-1976) (Presidencia del Gobierno, 1972) pretendía actuar sobre la infraestructura sanitaria rural reconociendo que la población no tenía acceso satisfactorio ni a la asistencia cotidiana ni, mucho menos, a los exámenes complementarios. Reconocía que el dispositivo con titulares y "partidos" estaba desfasado por la jerarquización del SOE, que incluía la hospitalización médica. Los médicos rurales carecían de instalaciones y medios para cumplir su misión y el trabajo era poco estimulante frente a las ofertas en el medio urbano y en los hospitales. El III Plan proponía "equipos de salud" rurales comarcalizados, coordinados con niveles superiores de atención¹²⁶.

Según la Documentación básica del IV Plan Nacional de Desarrollo (Presidencia del Gobierno, 1976)¹²⁷, a inicios de 1974, de las 7.785 plazas de Titulares, 1.290 puestos (el 16%) no se atendían o lo hacían por acumulación¹²⁸. De las 24.890

124. "¿Qué ocurre con la medicina rural?", 1971, *Doctor. Política Profesional*, (62), p. 78.

125. "¿Qué ocurre con la medicina rural?", 1971, *Doctor. Política Profesional*, (62), p. 80.

126. Las juntas comarcales de los Colegios de Médicos en algunos casos realizaron estudios de comarcalización, pero en conjunto carecían de utilidad como denunciaban algunos médicos (Escudero, 1971b). El debate sobre la falta de coordinación sanitaria también apareció en la prensa general; véase, por ejemplo, Gandesa. "Deficiente estructura sanitaria en la Terra Alta", *La Vanguardia Española*, 10 de febrero de 1973, p. 36.

127. El IV Plan no llegó a aplicarse (De Miguel, 1979: 76-77). En lo que se refiere a la medicina rural, dado que las inversiones realizadas para la reestructuración de la sanidad rural previstas en el III Plan habían "tropezado con la carencia de una normativa coordinadora adecuada con la Seguridad Social", se proponía una infraestructura sanitaria adecuada, descentralizar la asistencia ambulatoria al medio rural, crear una red nacional de urgencias, coordinar la DGS y la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y asegurar la promoción y la formación de los médicos rurales (Presidencia del Gobierno, 1976: 418-423).

128. Según Escudero (1971a), a inicios de los setenta había unos 300 pueblos sin médico.

plazas de Cuerpos de Sanitarios Locales, un 23% estaban mal atendidos (Presidencia del Gobierno, 1976: 366). No cabe duda de que los problemas y las tensiones profesionales no se habían resuelto.

A finales de 1974 se creó una Comisión Interministerial¹²⁹ que debía abordar los principales problemas de la Sanidad para llevar a cabo una reforma que permitiera una programación global¹³⁰. En el Informe al Gobierno publicado en julio de 1975, la problemática de la medicina rural se considera en el contexto más amplio de la "medicina de familia"¹³¹, que también incluía la medicina general de la Seguridad Social en el ámbito urbano. Se propuso organizar la asistencia sanitaria en "centros y servicios convenientemente distribuidos geográficamente y conectados entre sí", asegurando "la disponibilidad del personal sanitario en cantidad y calidad adecuada para la demanda asistencial de la comunidad" (Comisión, 1975: 37).

Se consideraba que la medicina de familia practicada por los titulares y médicos de zona atravesaba una auténtica crisis, pero era, al mismo tiempo, insustituible para el funcionamiento de la organización asistencial:

El médico de familia —especialmente en el medio rural—, practica un ejercicio profesional amplio, polidimensional, no especializado —en el sentido estricto de la especialización técnica, aunque sí en cuanto a su vocación especializada—, que presta asistencia completa al individuo y a la familia y orienta a los enfermos hacia los servicios especializados e institucionales. Tiene además una acción sobre la colectividad en el orden de la prevención, de la educación sanitaria y de la promoción de la salud (Comisión, 1975: 37-38).

El informe reconocía que la práctica de la medicina de familia exigía una dedicación completa y que la división entre médico de zona y titular no tenía sentido, destacando las escasas posibilidades de promoción profesional de estos últimos dada su "innecesaria 'adscripción a la tierra' que, en definitiva, resulta inefectiva" (Comisión, 1975: 39). Se denuncia que "el tipo formación [...] en las Facultades de Medicina predispone para un ejercicio profesional rigurosamente tecnificado, exageradamente especializado y limitativamente hospitalario. Es decir no se prepara al futuro médico de familia, y mucho menos para ir a zonas rurales o semiurbanas" (Comisión, 1975: 38).

129. Orden de 26 de diciembre de 1974 por la que se crea la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (BOE de 28 de diciembre de 1974).

130. La necesidad de tal programación constaba en la Disposición Final Decimosexta del Decreto 1541/1972, de 15 de junio, por el que se aprobó el texto refundido de la Ley del Plan de Desarrollo Económico y Social (BOE de 16 de junio de 1972).

131. Resulta interesante el uso de este concepto en el informe. Años después, el Real Decreto 683/1981, de 6 de marzo de 1981 (BOE de 14 de abril de 1981), reguló la obtención del título de Especialista de Medicina de Familia y Comunitaria, sobre el que pivotaría la Atención Primaria de Salud que consagró la Ley General de Sanidad de 1986.

En las zonas urbanas las visitas domiciliarias solían hacerlas médicos recién egresados, algo imposible en el campo, por la soledad de los titulares de guardia permanente. El informe insistía en que solventar la crisis de la medicina de familia era una cuestión de la profesión médica "individual y corporativamente, a quien incumbe, en forma insustituible, su mantenimiento" (Comisión, 1975: 39).

Con la muerte del dictador, las recomendaciones que aparecieron en los trabajos de la comisión cayeron en el olvido, sepultadas por los profundos cambios que se iban a articular durante la Transición y en los primeros años de la democracia.

6. LA MEDICINA RURAL DURANTE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA (1975-1979)

Para valorar la situación de la medicina rural tras la muerte de Franco contamos con dos informes: uno de ámbito bastante restringido y otro de carácter nacional. En ellos se da cuenta de la situación de los médicos rurales, pero también de los comportamientos de los pacientes, por lo que es posible conocer en qué medida persistían los problemas que se han ido analizando en apartados anteriores.

El médico Joan Clos (1976) presentó una ponencia sobre medicina rural en el Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana celebrado en Perpiñán¹³². A pesar de lo restringido del ámbito al que se refiere, nos permite tener una visión de la situación de la medicina rural a finales del periodo considerado, en una zona con una situación económica mejor que la de otras regiones españolas¹³³. La situación personal de los médicos rurales era, en opinión de Clos, contradictoria. Por una parte, estaban profesional y culturalmente aislados, y preocupados por los interrogantes que les planteaban la educación de sus hijos y las relaciones sociales; pero, por otra, se ganaban muy bien la vida. La mayor parte de los médicos que entrevistó llevaban más de dos décadas de ejercicio como titulares y mantenían posiciones políticas conservadoras. La imagen de su práctica estaba basada en una medicina personalizada, sin interferencias técnicas; el epítome de la medicina liberal. Combinaban su estatuto funcional o interino, por el que debían ocuparse de labores preventivas y de medicina escolar, con el de médicos de la Seguridad Social¹³⁴. El equipamiento para llevar a cabo exploraciones complementarias era

132. Joan Clos i Matheu (1949-), tras ejercer varios cargos de responsabilidad en el ámbito de la sanidad, fue alcalde de Barcelona entre 1997 y 2006 y ministro de Industria, Comercio y Turismo (2006-2008).

133. Estaba basado en entrevistas a 14 médicos de en la demarcación de Lérida y en observaciones personales realizadas en torno a 1975 en la comarca de La Garrotxa (Gerona).

134. Además, tenían las mutuas, las igualas, la práctica privada y, a veces, la medicina de empresa (Clos, 1976: 253).

propio y, por tanto, basado en criterios de rentabilidad, lo que explica la frecuente presencia de equipos de rayos X, más raramente de oftalmoscopios. Las clínicas y los pequeños hospitales locales no disponían de laboratorios, por lo que los análisis bioquímicos eran realizados por los farmacéuticos locales¹³⁵. Los hospitales y clínicas cercanos se limitaban a la cirugía general, la obstetricia y, solo en tercer lugar, a la medicina interna. Los médicos rurales consideraban la hospitalización como una pérdida de control sobre sus pacientes¹³⁶. Por tanto, las residencias de la Seguridad Social, situadas en las capitales de provincia, no resolvían los problemas de los médicos rurales. Al no haber especialistas próximos cubrían la pediatría y la obstetricia y las urgencias, por las que cobraban una sobretasa (Clos, 1976: 254-255).

La descripción del medio le lleva a comprobar que, aunque incluso en *masies* aisladas ya podían encontrarse electrodomésticos, la situación higiénica era todavía deficiente. A menudo no existían baños y duchas y convivían personas y animales en el mismo edificio.

Clos (1976: 257-258) pone de relieve la "reacción consumista y despersonalizada" asociada a la implantación del SOE, esto es, las recetas, la automedicación, los botiquines particulares, etc., palpable en los pueblos, algo menos en las *masies*, que solo llamaban al médico como último recurso¹³⁷.

Concluye que la principal afectada por la situación de la asistencia médica rural era la población: faltaban servicios de todo tipo, la medicina que recibían era de baja calidad, cara —porque la pagaban— y les exigía desplazamientos constantes. Los médicos también eran víctimas, pues a pesar de la compensación económica estaban aislados personal y profesionalmente, solo podían practicar una medicina limitada, realizar guardias permanentes, etc., lo que, en su opinión, suponía que los médicos jóvenes no vieran el ejercicio rural como una opción. Esta situación favorecía una medicina privada centrada en la enfermedad, sin afán preventivo, con total abandono de la educación sanitaria y sin la toma en consideración de factores epidemiológicos, sociales, económicos y culturales, tan importantes en el origen y el desarrollo de las enfermedades. Se requería, por tanto, una reforma radical de la sanidad rural (Clos, 1976: 258-259).

El estudio *La asistencia sanitaria en las zonas rurales* (Mayor, 1979a) llegaba a conclusiones similares, si bien su ámbito fue mucho más amplio, tanto geográfica como temáticamente, puesto que se ocupó de temas como el desarrollo urbano o la

135. Véase Comelles *et al.*, 2013.

136. Clos pone el ejemplo de un médico de La Garrotxa (Gerona) que prefería ingresar a sus pacientes en Montpellier, ciudad más próxima que las catalanas con este tipo de instituciones, para mantener la relación.

137. Un médico de Banyoles (Gerona) decía: "[...] *lo fomut, és que et criden cap al tard, 'con ve la fosca', com diuen ells, perquè han esgotat els seus recursos durant el dia, i lo que els espanta és la nit, ja que tot passa a la nit*" (Clos, 1976: 258).

disponibilidad de infraestructuras y servicios básicos de las entidades locales. Asimismo, se investigaron las condiciones de las viviendas particulares mediante preguntas acerca de la disponibilidad de agua corriente, saneamiento, luz eléctrica, frigorífico o televisor. Los servicios mínimos de los que debían disponer los municipios legalmente estaban establecidos desde la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, pero seguía existiendo un gran número de pueblos, sobre todo los de menor tamaño, que carecían de pavimentación en las calles (61,8%), alcantarillado (33,1%), alumbrado (11,9%) o de medios de transporte públicos (Mayor, 1979a: 23). Resulta ilustrativo que, como ya había señalado Clos, había un buen número de casas que poseían televisión, pero no retrete con agua corriente o lavabo (Mayor, 1979a: 27).

La cobertura de la Seguridad Social había alcanzado ya al 83,4% de la población, mientras que el resto recibía atención médica a cargo de la asistencia privada (3,8%) u otros medios (2,3%). Sin embargo, se mantenían las igualas (23,6%), en especial en pueblos de menos de 1.000 habitantes, y los seguros libres (12,9%). De este modo, un 22,2% de los asegurados disponía de cobertura múltiple, algo atribuible, sobre todo, a razones culturales. Así, se explica la pervivencia de estos convenios entre médico y paciente como vía de acceso a la atención sanitaria, una situación que en entidades rurales casi duplicaba (11,85%) a la que existía en las ciudades (Mayor, 1979a: 106-108).

En 1975 los trabajadores autónomos del campo se incorporaron a la Seguridad Social, aunque con desventaja en la prestación farmacéutica¹³⁸, que no fue eliminada hasta 1978¹³⁹. Para conocer la valoración que hizo la población rural de esa nueva cobertura se les preguntó si, una vez incluidos, habían percibido una mejor atención. Para un 46% no supuso ninguna mejora pues, en los partidos cerrados, les atendía el mismo médico que lo venía haciendo previamente (Mayor, 1979a: 111-112). El cambio sí fue una verdadera mejora para los médicos, al menos en zonas como Ourense, tal y como recuerda en una entrevista José María V. P.: "En 1975 pedí traslado (de Carballeda de Avia a Ribadavia) porque se cobraba más. Y ese fue

138. Ley 20/1975, de 2 de mayo, por la que se perfecciona la acción protectora de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social (BOE de 5 de mayo de 1975). En el apartado 1º de su artículo primero, y único, se dice que: "La asistencia sanitaria se prestará con la misma extensión, términos y condiciones que para los trabajadores por cuenta ajena de este Régimen Especial", pero, en su Disposición Transitoria Primera, se aclara: "No obstante lo previsto en el apartado primero del anterior artículo único, y mientras las disponibilidades económicas del Régimen Especial Agrario no permitan equiparar totalmente, y en el plazo más breve posible, a los trabajadores por cuenta propia con los trabajadores por cuenta ajena en la prestación farmacéutica, los beneficiarios de la presente Ley participarán en el precio de los medicamentos en la forma y cuantía que anualmente se determine por el Ministerio de Trabajo, sin que nunca pueda exceder de la mitad de dicho precio".

139. Real Decreto 945/1978, de 14 de abril, por el que se da nueva regulación a la aportación del beneficiario de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas.

un error, porque en ese año entró la agraria y todos en Carballada pasaron a la agraria y aquello fue un maná..." (Fernández, 2013: 193)¹⁴⁰.

En el momento de realizarse el estudio el 86,33% de los partidos médicos lo componían el municipio sede y una media de 2,7 anejos, esto es, casi cuatro núcleos de población, aunque con una marcada diversidad regional (Mayor, 1979a: 100-101). Al realizarse la encuesta, una abrumadora mayoría de partidos médicos tenían menos de 10.000 habitantes; en las provincias de Ávila, Guadalajara, Segovia y Soria suponían el 99% de todos los partidos (Mayor, 1979a: 98). Los partidos con menos de 6.000 habitantes se consideraban por defecto como cerrados, siendo un 92,4% del total, si bien al amparo de la ya citada Orden de 22 de junio de 1951 era posible el ejercicio de la medicina libre bajo determinadas circunstancias (Mayor, 1979a: 100).

Algo más de la mitad de los partidos no tenían adjudicado un médico titular y la plaza estaba ocupada por un contratado interino. La disparidad regional era muy acusada: en Aragón un 64,99% de los partidos estaban en esa situación, mientras que en Asturias y Galicia solo un 24,73% (Mayor, 1979a: 103). La diferencia también se apreciaba dentro de la misma zona geográfica, puesto que, en los núcleos de menos de 1.000 habitantes, el 72,13% de los partidos estaban vacantes. Un 14,69% del conjunto de las demarcaciones sanitarias estaban absolutamente desatendidas, es decir, sin médico, ya fuese interino o titular, y solo en un 35% de los municipios de menos de 1.000 habitantes residía un médico (Mayor, 1979a: 102-104).

En 1977 casi la totalidad de médicos ejercientes en partidos rurales lo hacían simultáneamente como titulares de la DGS y como médicos de zona de la Seguridad Social. Un número reducido ejercían por libre o atendían a los afiliados a otras entidades aseguradoras (Mayor, 1979a: 217-218). La presencia de la iguala era menor a medida que aumentaba el número de habitantes de la localidad, mientras que el ejercicio libre era más frecuente cuanto mayor era la entidad local (Mayor, 1979a: 218).

Según el informe, si se tenían en cuenta a los médicos titulares y a aquellos que ejercían por cuenta propia en municipios de menos de 10.000 habitantes, sumaban 6.585, lo que suponía el 11,6% de facultativos en activo en el país¹⁴¹. A cada uno de ellos le correspondía una media de 1.728 habitantes frente a los 634 del conjunto del país (Mayor, 1979a: 210). Esta situación se agravaba habida cuenta de la gran dispersión de la población en los entornos rurales.

140. El mismo médico afirma: "En 1975 cobraba 25.000 pesetas al mes por la Seguridad Social y unas 30.000 por la otra (APD) [...] en Ribadavia ya se cobraban 150.000. Cuando vino la Seguridad Social del campo los sueldos se igualaron y se pasó a cobrar unos 300.000 o 400.000 o más" (Fernández, 2013: 172).

141. El Anuario estadístico de 1978 solo aporta datos sobre el número de médicos colegiados (69.080), por lo que los ejercientes en el medio rural con respecto al de colegiados supondría un 9,53%.

Resulta significativo que en el ámbito rural existiese una mayor proporción de médicos menores de 30 años y de más de 50, lo que, con toda probabilidad, indicaba que los médicos de mediana edad, con una trayectoria consolidada, evitaban trabajar en ese entorno (Mayor, 1979a: 215). La incorporación de médicos jóvenes no resultaba beneficiosa para los partidos, puesto que solía deberse a interinidades, generando un exceso de rotación en la plaza, especialmente en los partidos más pequeños (Mayor, 1979a: 138).

El aislamiento de los municipios más pequeños, alejados de los centros urbanos y mal comunicados, generaba problemas para acceder a centros médicos de mayor nivel y para la interacción entre profesionales. En estas condiciones la formación continuada resultaba casi imposible (Mayor, 1979a: 235). Los médicos consideraban las estancias temporales en los hospitales como el medio más adecuado para su puesta al día, pero tan solo el 19,9% había realizado alguna. El 90% de los encuestados se formaban, sobre todo, mediante la lectura de libros y revistas especializadas, aunque no los considerasen los canales de formación más adecuados (Mayor, 1979a: 236). Los visitantes de los laboratorios les suministraban la información de sus productos, les enviaban muestras gratuitas, revistas, periódicos, folletos y tarjetas. La totalidad de los médicos encuestados recibía semanalmente alguna de esas formas de promoción (Mayor, 1979a: 238-239).

Aproximadamente el 17,1% de los municipios rurales carecía de un espacio físico para la asistencia sanitaria, ya fuese consultorio, dispensario, ambulatorio, casa de socorro o centro subcomarcal, una carencia más evidente en localidades de menos de 1.000 habitantes (31,6%) (Mayor, 1979a: 114). Solo en un 36,3% de los casos la vivienda del médico la proveía el municipio, a pesar de estar obligados por ley a suministrarla (Mayor, 1979a: 223). De todos los centros en los que se llevaba a cabo asistencia sanitaria, el 30% pertenecían a Sanidad, el 21,2% era de titularidad municipal; el 40% eran de la Seguridad Social, mientras que el 8,8% eran privados.

Junto a las limitaciones relacionadas con las instalaciones y el personal, también se pone de manifiesto la penuria de equipamiento. Los medios y el instrumental básico necesarios para la atención clínica, cuando existían, los costeaban los propios médicos en un 83,6% de los casos. Cuando se trataba de dispositivos de mayor complejidad técnica para el diagnóstico, como los rayos X o aparataje básico de laboratorio, solo un tercio de los titulares disponía de ellos. En la mayoría de los casos los habían adquirido los propios médicos. Todo ello repercutía en una menor calidad de la asistencia (Mayor, 1979a: 223).

Si resultaba complicado para la población de los pequeños municipios acceder a un médico, todavía resultaba más dificultoso, por la lejanía, el acceso a especialistas o a centros asistenciales de mayor envergadura (Mayor, 1979a: 144). Un tercio de la población rural debía desplazarse para ser atendida, bien a un pueblo cercano

(12,4%) bien a las capitales de provincia (17,9%), por la ausencia de especialistas en las poblaciones más pequeñas (Mayor, 1979a: 147). La proporción de ingreso hospitalario en los municipios menos poblados estaba tres puntos por debajo de la media del país (11% frente al 14%) y, en valores absolutos, en el mundo rural se producían 65,29 hospitalizaciones por cada 1.000 habitantes, frente a la media nacional de 74,9; ambas cifras lejos de los valores europeos que superaban las cien. La gran mayoría de enfermos ingresaba en los hospitales a través de la Seguridad Social (68,5%) (Mayor, 1979a: 177-178)¹⁴². Un 54,1% de traslados se realizaba en el coche particular, solo un 27% en ambulancia; el resto, por otros medios (Mayor, 1979a: 184).

A pesar de todas las dificultades personales y limitaciones para el ejercicio profesional, el médico rural gozaba de prestigio. El 86% de la población del estudio se mostraba satisfecho con ellos, el 10,2% tenía una opinión neutra y solo un 3,8% manifestaba su descontento. Ante la pregunta de qué profesión situarían en primer lugar según su prestigio, un 50,5% declaró que era el médico, muy por delante del maestro (24%), del veterinario (6,8%) y, en menores porcentajes, el farmacéutico, el cura, el secretario del Ayuntamiento y el practicante. Los autores del estudio se encargan de recordar que estos resultados positivos no debían relacionarse con la calidad general de la atención. La cercanía que mostraban los médicos rurales y su labor curativa les podían granjear esa opinión favorable que, en ningún caso, debía enmascarar las carencias que presentaba la asistencia en las zonas rurales (Mayor, 1979a: 221-222).

Este estudio es muy significativo porque es un hito que puede considerarse el cierre de una etapa. Entre la implantación del SOE¹⁴³, en septiembre de 1944, y la puesta en marcha en 1979 de diversos regímenes de la Seguridad Social, límites cronológicos de este estudio, casi un 82% de la población disponía de cobertura sanitaria. Un año antes, en 1978, se había regulado la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria¹⁴⁴, el pilar del futuro modelo de Atención Primaria de Salud que consagraría la Ley General de Sanidad, del cual ya existían experiencias piloto (Fajardo, 2007). En julio de 1981 se convocaron oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Médicos Titulares, incluyendo un buen número de plazas en partidos

142. Los seguros libres eran la vía de acceso a la asistencia hospitalaria del 14,6%, mientras que la asistencia particular lo era en un 12,4%. Un 4,5% de los casos accedía por otras vías.

143. Denominado "Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social" a partir del Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social (BOE de 28 de noviembre de 1967).

144. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica (BOE de 2 de febrero de 1979). El Real Decreto 683/1981, de 6 de marzo de 1981 (BOE de 14 de abril de 1981), por el que se regulaba la obtención del título de Especialista de Medicina de Familia y Comunitaria otorgó tal título de especialista a todos los integrantes del Cuerpo de Médicos Titulares.

rurales¹⁴⁵. Se convocaron 3.800 plazas (3.000 por el turno restringido y 800 por libre), 216 de turno restringido en Cataluña y 105 del mismo tipo en el País Vasco. Fueron las últimas en convocarse.

7. CONCLUSIONES

El análisis histórico y etnográfico que hemos llevado a cabo nos permite desarrollar una serie de conclusiones provisionales, en un tema que, como ya hemos señalado, carece aún de una masa crítica de investigación sistemática.

El régimen franquista heredó la organización de la asistencia médica rural, así como los problemas de los que adolecía: dificultades para llevar la asistencia a las poblaciones más pequeñas y desorganización del cuerpo de APD. No fueron tampoco originales en sus propuestas de solución: se legisló para racionalizar el acceso a las plazas de médico titular, consolidar el proceso de control del cuerpo por parte del Estado central (en detrimento de municipios y diputaciones) y evitar la desatención de los partidos rurales. No se consiguió, permaneciendo a finales de los setenta, solucionar buena parte de los problemas detectados en décadas anteriores. Los cambios organizativos llegaron, sin embargo, de la mano de la puesta en marcha de la clave de bóveda de la política social franquista: el SOE.

Se configuró de este modo la coexistencia de dos tipologías de médicos (los titulares de APD y los de zona del SOE) fruto de las vicisitudes de la evolución de las políticas del régimen, tanto durante el franquismo autárquico como durante el desarrollismo, en un contexto de importantes procesos de cambio social, económico y cultural. Desde el punto de vista de las culturas profesionales, las dos tipologías de médicos evolucionan hacia una convergencia final que supondría, de hecho, la progresiva extinción del concepto de médico titular funcionario frente a la figura del médico de familia que fue hegemónica tras la Transición.

La medicina rural, personificada en los titulares, no pudo afrontar ni las profundas modificaciones tecnológicas de la práctica clínica ni la aparición de nuevos significados en torno a la imagen del médico general, de los especialistas, de otras profesiones sanitarias, de los hospitales y de la propia experiencia misma de enfermar¹⁴⁶.

El cambio más significativo fue, sin duda, la transición del ejercicio casi solitario del titular a la práctica médica que fue desarrollando un dispositivo asistencial mucho más complejo. Los médicos rurales vivieron esa transición, no solo como

145. Orden de 30 de julio de 1981 por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso en el Cuerpo de Médicos Titulares (BOE de 8 de agosto de 1981). El Cuerpo de Médicos Titulares, sigue existiendo, y cada año se convocan algunas plazas para cubrir servicios centrales del Ministerio de Sanidad.

146. Véase Barceló-Prats *et al.* (2019).

una afrenta a su modo de ejercer la medicina y de ganarse la vida, sino también como un atentado contra el ideal de práctica médica que pretendían encarnar y que utilizaban para legitimar su posición social. Los escritos que hemos analizado describieron, con mayor o menor implicación y distancia crítica, los cambios sociales que minaban la práctica médica rural. La mayoría los consideraron el fruto de una modernización explicada mediante un funcionalismo vulgar que trastocó gravemente su estatus. Les afectaba económicamente, pero, además, estimaban que su labor, su misión, dejaba de ser reconocida. Su condición de *notables* en el medio rural se desvaneció ante las ventajas económicas de los médicos urbanos y del prestigio social de los especialistas, sobre todo de los hospitalarios. Frente a lo que valoraron como un ataque a su identidad, se mostraron casi absolutamente incapaces de ofrecer alternativas. Salvo en algún caso, su *relato colectivo* se limita a describir la pérdida de su hegemonía, no solo entre sus convecinos, sino también entre los colegas. Los médicos rurales habían sido alguien, pero fueron adquiriendo conciencia de que, como médicos del Seguro, ya no eran nadie, solo "el tío del volante". Desde la implantación del SOE se sintieron amenazados por la actitud exigente de los afiliados y beneficiarios de las cartillas, que les fueron considerando meros expendedores de recetas, de partes de baja o de derivación. Muchos de los procesos asistenciales de los que fueron, tiempo atrás, protagonistas, casi héroes, ya no los diagnosticaban ni los trataban en el pueblo. La nueva situación les obligaba a derivarlos a especialistas y hospitales que les robaban su prestigio con sus técnicas y saberes. El todopoderoso hospital estaba transformando la casa del médico y los consultorios rurales en fósiles vivientes en un mundo en desaparición.

¿Qué hacer? ¿Cómo adaptar la medicina rural al vendaval de cambios científicos, sociales, económicos, demográficos, culturales y, finalmente, políticos? Solo hacia finales de los sesenta algunos (pocos) asumieron que era necesaria una profunda reforma.

En la España de inicios del siglo XXI persiste una aparente nostalgia relativa a la desaparición del *idealtypus* en algunos relatos de especialistas, médicos hospitalarios y gestores. Por ejemplo, dentro del ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria no es extraño encontrar reivindicaciones ante los pacientes como: "Las personas que han resuelto siempre sus problemas de salud y a quienes les han contado esos asuntos de los que no se habla con nadie más. Ellas conocen sus niveles de tensión, su peso y hasta sus malas costumbres, trataron a sus padres y lo están haciendo con sus hijos" (González, 2019). Sin embargo, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria solo la escogen, en su mayoría, los que no pueden escoger otra tras realizar el examen MIR¹⁴⁷. De igual manera, en el marco de un debate

147. "Medicina de Familia, 'patito feo' de los mejores MIR: solo la elige el 1%". *Redacción Médica*, 23 de abril de 2019. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/medicina-de-familia-patito-feo-de-los-mejores-mir-solo-la-elige-el-1--5955> [consulta: 25 de junio de 2019].

sobre si los médicos tratan enfermedades o pacientes, publicado por el portal *Redacción Médica*, el presidente de la mutua Previsión Sanitaria Nacional, Miguel Carrero, señalaba la casi total pérdida del médico de cabecera, sustituido por "equipos multidisciplinares donde la despersonalización es la norma. Hoy le ve uno, mañana le ve otro... no se puede empatizar de esa manera con el enfermo, no se puede preocupar de él, no se puede pelear para que sea visto el día siguiente"¹⁴⁸. La labor misional sigue de algún modo presente, como podemos comprobar, por ejemplo, en las palabras de Albert Jovell, un médico formado en Estados Unidos y que, tras una grave enfermedad, fundaría y presidiría el Foro Español de Pacientes:

De hecho, cuando exploro mi vida hacia atrás veo esos valores en la tarea cotidiana de treinta años de profesión de mi padre, médico de cabecera en un barrio humilde de Sabadell. Es allí, en la consulta de mi padre, dónde aprendí que ésta era una profesión abnegada, con grandes carencias y que exigía un gran sacrificio. Dicha abnegación solo se veía superada por la compensación que se recibe siendo útil a los demás, estando al servicio del otro y de las poblaciones vulnerables. Quien no lo vea así no sirve para esta profesión (Jovell, 2009).

La mirada etnográfica de los titulares rurales del franquismo es un testimonio fundamental para comprender que el proceso de medicalización en España no debe ser únicamente interpretado desde la perspectiva del control social o de las biopolíticas del poder. La población fue incorporando los crecientes recursos asistenciales a su vida diaria, ya que suponían una mejora sustancial en el modo de afrontar la enfermedad y la muerte. La práctica cotidiana de millares de titulares fue una etapa previa al cambio cultural que indujo la generalización de los seguros sociales al posibilitar el acceso a los servicios sanitarios.

Con la última oposición a titulares en 1981 su figura se fue desvaneciendo—su presencia es hoy residual— en beneficio de los nuevos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Sin embargo, en los médicos actuales que reivindican el viejo *idealtypus* parecen resonar las palabras de los que, hace décadas, advertían de la pérdida de lo que consideran la verdadera esencia de la práctica médica, aquella que pretendían encarnar los médicos rurales y que el viento—y el Seguro— se fue llevando.

148. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/-para-humanizar-hay-que-poner-en-valor-la-figura-del-medico-de-cabecera--2782> [consulta: 25 de junio de 2019].

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, F. (1982): "Conferencia de Clausura. Presentación", Sociedad Española de Medicina Rural y Sociedad Iberoamericana de Medicina Rural (eds.), V Congreso Nacional de Medicina Rural, II Congreso Iberoamericano de Medicina Rural, Valencia, 1980, Barcelona, Servicios de Bibliografía Médica de Ferrer Internacional, p. 29.
- ALEGRE AGÍS, E. y RICCÒ, I. (2017): "Contribuciones literarias, biográficas y autoetnográficas a la antropología médica en España: el caso catalán", *Salud Colectiva*, 13(2), pp. 279-293.
- ALLUÉ, M. (1996): *Perder la piel*, Barcelona, Seix Barral.
- (2002): "El etnógrafo discapacitado: algunos apuntes sobre la observación de las conductas frente a la discapacidad", *Acciones e investigaciones sociales*, 15, pp. 57-70.
- (2008): *La piel curtida*, Barcelona, Bellaterra.
- ALTÉS I PINEDA, A. (2005): "Metges de després de la Guerra Civil a Vic", *Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina*, 43, pp. 259-264.
- AMÉRICO MOLINA, A. (1960): "Problemas de los médicos titulares en el medio rural", *Profesión Médica*, 556, p. 1.
- ATENZA FERNÁNDEZ, J. (ed.) (2001): *El centro regional de Salud Pública. 25 años de servicio sanitario (1976-2001)*, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- ATENZA FERNÁNDEZ, J.; DÍAZ DÍAZ, B. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2008): *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talvera de la Reina*, Talavera de la Reina, Colectivo de Investigación Histórica Arrabal.
- BARCELÓ-PRATS, J.; BUENO-VERGARA, E.; COMELLES, J. M. y PERDIGUERO-GIL, E. (2019): "The role of the 'Seguro'. The cultural construction of health insurance in the second half of the 20th century in Spain", comunicación presentada a la Conferencia *Risk and the Insurance Business in History*, 11-14 de junio, Sevilla.
- BARCELÓ PRATS, J. y COMELLES, J. M. (2016): "La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna", *Asclepio*, 68(1), p. 127. DOI: 10.3989/asclepio.2016.06.
- BARONA VILAR, C. (2000): "Organización y profesionalización de la asistencia médica domiciliar en los pueblos de la provincia de Valencia: 1854-1936", en C. Barona Vilar, M. J. Bágüena Cervellera, J. L. Barona, J. Lloret Pastor y J. Díaz Rojo (eds.), *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, pp. 13-70.
- CAHNMAN, W. J. (1965): "Ideal Type Theory: Max Weber's Concept and Some of Its Derivations", *The Sociological Quarterly*, 6(3), pp. 268-280.
- CAÑELLAS, C.; TORAN, R. y SOLÉ I SABATÉ, J. M. (1994): *El Col·legi de Metges de Barcelona*, Barcelona, Il·lustre Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- CASCO SOLÍS, J. (2001): "Las topografías médicas: revisión y cronología", *Asclepio*, 53(1), pp. 213-244. DOI: 10.3989/asclepio.2001.v53.i1.178.
- CASTILLO AGUILAR, M. (1945): "El Seguro de Enfermedad, tema profesional de máxima actualidad para los médicos", *Profesión Médica*, 40, p. 2.
- CASTILLO OJUGAS, J. (1998): "La obra del insigne polígrafo Dr. Castillo de Lucas", en J. Fernández García y A. Castillo Ojugas (eds.), *La medicina popular española. Trabajos dedicados al Dr. D. Antonio Castillo de Lucas en el centenario de su nacimiento*, Oviedo, Benito Lozano Llamazares, pp. 33-110.
- CATALÁN CEREZUELA, J. (1956): "El S.O.E. y el médico rural", *Profesión Médica*, 378, p. 3.
- CHAMORRO, J. (2002): *Recuerdos de una vida*, Oñate, Diletante.
- CLEMINSON, R. (2008): *Anarquismo y sexualidad (España, 1900-1939)*, Cádiz, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- CLIFFORD, J.; MARCUS, G. E. y FONTÁN DEL JUNCO, M. (1995): "Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography", *A School of American Research advanced seminar*, vol. 28, Berkeley, University of California Press.
- CLOS, J. (1976): "La medicina en el medi rural. Situació actual a Catalunya", *Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. II Ponència. Funció social de la medicina*, Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Societat Catalana de Biologia, vol. 2, pp. 249-260.
- COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE TARRAGONA (1971): "Reglamentación para la instauración de un servicio médico de guardia en los días festivos", *Boletín del Colegio Oficial de Médicos de Tarragona*, 17, pp. 10-11.
- COMELLES, J. M. (1998): "From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary State", en C. Greenhouse (ed.), *Democracy and ethnography: constructing identities in multicultural liberal states*, Albany, State University of New York Press.
- (2000): "The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(1), pp. 41-75.
- (2004): "Fiebres, médicos y visitantes: notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo", en J. Martínez Pérez, M. I. Porrás Gallo, P. Samblas Tilve y M. Del Cura González (eds.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 989-1015.
- (2016): "From superstition to folk medicine: The transition from a religious to a medical concept", *Medicine Anthropology Theory. An open-access journal in the anthropology of health, illness, and medicine*, 3(2), pp. 269-305.
- COMELLES, J. M.; ALEGRE AGÍS, E. y BARCELO PRATS, J. (2017): "Del hospital de pobres a la cultura hospitalocéntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán", *Kamchatka. Revista de análisis cultural*, 10, pp. 57-85.
- COMELLES, J. M.; ALEMANY, S. y FRANCÉS, L. (2013): *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública. la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*, Barcelona, Generalitat de Catalunya-Departament de Cultura.
- COMELLES, J. M.; BARCELÓ-PRATS, J. y PERDIGUERO-GIL, E. (2019): "Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978)", en M. I. Porrás Gallo, L. Mariño Gutiérrez y M. V. Caballero Gutiérrez (coords.), *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, Madrid, Los Libros de la Catarata, pp. 146-167.
- COMELLES, J. M. y PERDIGUERO GIL, E. (2014): "El folklore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina", en J. M. Uribe Oyarbide y E. Perdiguer Gil (eds.), *Antropología médica en la Europa meridional: 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*, Tarragona, Publicacions URV, pp. 11-49.
- COMISIÓN INTERMINISTERIAL PARA LA REFORMA SANITARIA (1975): *Informe al Gobierno*, Madrid, Ministerio de la Gobernación, Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria.
- CRÍADO DEL REY, S. (1947): *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión.
- DE CORRAL y FRANCESCH, F. (1960): "Zonas sanitarias primarias rurales o básicas", *Profesión Médica*, 559, pp. 2-3.
- DE GISPERT, I. (1976): *Memòries d'un neuròleg que fou metge de batalló*, Barcelona, Selecta.
- DE LA FUENTE CHAOS, A. (1958): *Los grandes problemas de la medicina actual*, Barcelona, Editorial Científico-Médica.
- DE LA QUINTANA LÓPEZ, P. y ESPINOSA FERRÁNDIZ, J. (1944): *Seguro de enfermedad. Estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión.
- DE LERA, Á. M. (1966): *Por los caminos de la medicina rural*, Salamanca, Graficesa.
- (1970): *Por los caminos de la medicina rural*, Esplugues de Llobregat, Plaza y Janés.
- DE LORENZO, A. (1971): *Estatuto jurídico del médico titular. Régimen funcional orgánico*, Madrid, Ruan.
- DE MIGUEL, A. (ed.) (1970): *Informe sociológico sobre la situación social de España. 1970*, Madrid, Editorial Euramérica.
- DE MIGUEL, A.; GÓMEZ REINO, M. y ORIZO, F. (1967): *Informe sociológico sobre la situación social de España (I Informe FOESSA)*, Madrid, Fundación FOESSA.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, J. M. (1973): "Health in the Mediterranean region: the case of Spain", *Revista Internacional de Sociología*, 31(5), pp. 83-137.
- (1979): *La sociedad enferma: las bases sociales de la política sanitaria española*, Madrid, Akal.
- (1980): "Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica", *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 9, pp. 53-80.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, A.; GÓMEZ-REINO y CARNOTA, M. y ANDRÉS ORIZO, F. (1966): "Sociología de la sanidad", *Informe sociológico sobre la situación social de España*, Madrid, Euramérica, pp. 119-148.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, A.; ROMERO, J. L.; DE MIGUEL RODRÍGUEZ, J. M. y ALMARCHA, A. (1970): "Sanidad", *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970*, Madrid, Euramérica, pp. 751-830.
- DEL CAMPO URBANO, S. (1964): *Problemas de las profesión médica española (informe preliminar)*, Madrid, Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias.
- DELGADO ECHEVERRÍA, I. (2007): *El descubrimiento de los cromosomas sexuales: un hito en la historia de la biología*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- DÍAZ, C. y DE LA FUENTE CHAOS, A. (1952): *El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo*, Madrid, Editora Nacional.
- DI GIACOMO, S. (1987): "Biomedicine as a cultural system. An Anthropologist in the Kingdom of the Sick", en H. Baer (ed.), *Encounters with Biomedicine. Case Studies in Medical Anthropology*, Nueva York, Gordon and Breach, pp. 317-346.
- EGIDO, S. (1967): "Algo más sobre la casa del médico rural", *Profesión Médica*, 861, p. 8.

- ELSNER, J. y RUBIÉS, J. (1999): *Voyages and Visions: Towards a Cultural History of Travel*, Londres, Reaktion Books.
- ESCUDERO PÉREZ, J. (1971): "Los pueblos pequeños", *Profesión Médica*, 994, p. 22.
- ESPRIU, J. (1950): "Proyecto de Igualatorio Colegial y Seguro Obligatorio de Enfermedad", *Horizonte*, 2, pp. 4-5.
- FAJARDO ALCÁNTARA, A. (2007): *El proceso de especialización de Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980* [tesis doctoral], Granada, Universidad de Granada.
- FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, R. (2013): *El médico, el paciente y la medicina rural en Ourense (1900-1975)* [tesis doctoral], Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela.
- (2017): *Enfermos pobres, médicos tristes. Historia crítica de la medicina rural en tierras esquecidas*, Santiago de Compostela, Urco Editora.
- FERNÁNDEZ-GARRIDO, S. y ALEGRE-AGÍS, E. (2019): *Autoetnografías, cuerpos y emociones (I). Perspectivas metodológicas en la investigación en salud*, Tarragona, Publicacions URV.
- FREIDSON, E. (1970): *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, Nueva York, Harper y Row.
- GARCÍA GARRETA, F. (1989): *Antropología médica. Fernando García Garreta, autobiografía*, Tarragona [trabajo sin publicar].
- (1990): *Antropología médica. Fernando García Garreta, autobiografía II*, Tarragona [trabajo sin publicar].
- GEERTZ, C. (1987): *La interpretación de las culturas*, Barcelona, GEDISA.
- (1989): *El antropólogo como autor*, Barcelona, Paidós.
- GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; MINUÉ, S. y VIOLAN, C. (2007): "Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe", *Atención Primaria*, 39(11), pp. 615-618.
- GOERLICH GISBERT, F. J. y CANTARINO MARTÍ, I. (2015): "Estimaciones de la población rural y urbana a nivel municipal", *Estadística española*, 57(186), pp. 5-28.
- GOERLICH GISBERT, F. J.; MAS IVARS, M.; AZACRA ROS, J. y CHORÉN RODRÍGUEZ, P. (2006): "La localización de la población española sobre el territorio. Un siglo de cambios. Un estudio basado en series homogéneas (1900-2001)", *Investigaciones regionales: Journal of Regional Research*, 9, pp. 219-224.
- GÓMEZ-REINO, M. y VALDERRABANO, M. C. (1964): *Estudio sociológico sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Tomo 4. El seguro de enfermedad visto por sus personajes*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Secretaría General Técnica, Gabinete de Sociología.
- GÓMEZ ULLA, M. (1944): "Los problemas de los médicos en 1944", *Profesión Médica*, 2, pp. 1-3.
- GONZÁLEZ, A. (2019): "Reivindicación de la medicina de familia", *Diario de Burgos*, 4 de febrero. Disponible en <https://www.diariodeburgos.es/noticia/Z12A8E67 °C-F140-4900-DC7E7248EBDC7B5B/201902/reivindicacion-de-la-medicina-de-familia> [consulta: 25 de junio de 2019].
- GONZÁLEZ BUENO, A.; RODRÍGUEZ NOZAL, R. y CASTELLANOS RUIZ, E. (2017): "Social, technical and economic aspects related to the introduction of penicillin in Spain (1944-1959)", *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 83(4), pp. 421-432.
- HATZFELD, H. (1963): *Le grand tournant de la médecine libérale*, París, Les Éditions Ouvrières.
- HARTOG, F. (1980): *Le miroir d'Hérodote. Essai sur la représentation de l'autre*, París, Callimard.
- HAYES, E. y HAYES, T. (1970): *Claude Lévi-Strauss: the anthropologist as hero*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press.
- HERNÁNDEZ, F. (1945): "Puntos de vista de los médicos sobre el Seguro de Enfermedad. Gratitud sincera", *Profesión Médica*, 39, p. 1.
- HERNÁNDEZ MORA, A. (1960): "Escenas de la vida médica rural. El médico no se compra", *Profesión Médica*, 548, p. 2.
- HOFFMAN, J. (2006): "Ideal Type", en B. S. Turner (ed.), *The Cambridge Dictionary of Sociology*, Cambridge, Cambridge University Press.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN (1947): *Edificios sanitarios para el seguro de enfermedad. Exposición y concurso de anteproyectos para el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión.
- JIMÉNEZ LUCENA, I. (1997): "El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estalización de los servicios sanitarios en la Segunda República Española", *Asclepio*, XLIX(1), pp. 193-216. DOI: 10.3989/asclepio.1997.v49.i1.387.
- JORI, G. (2013): "El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica: temas, enfoques y métodos", *Biblio3W Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, 18(1029). Disponible en <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1029.htm> [consulta: 25 de junio de 2019].
- JOVELL, A. J. (2008): *Cáncer, biografía de una supervivencia: el esperanzador testimonio de un médico enfermo de cáncer*, Barcelona, Planeta.
- (2009): "El orgullo de ser médico", *Médicos y pacientes.com*. Disponible en <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-orgullo-de-ser-m%C3%A9dico> [consulta: 25 de junio de 2019].
- JOSUE GONZÁLEZ, J. (1950): "Un parecer más, acerca de la 'libre elección de médico'", *Horizonte*, 2, pp. 13-14.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1982): "Conferencia de Clausura. El diagnóstico en la medicina rural", Sociedad Española de Medicina Rural. Sociedad Iberoamericana de Medicina Rural (ed.), *V Congreso Nacional de Medicina Rural, II Congreso Iberoamericano de Medicina Rural, Valencia, 1980*, Barcelona, Servicios de Bibliografía Médica de Ferrer Internacional, pp. 29-37.
- LANERO TÁBOAS, D. (2007): "La extensión de los seguros sociales en el mundo rural gallego: entre el clientelismo político y los ecos del 'Estado de bienestar' (1940-1966)", *Historia del presente*, 9, pp. 149-162.
- LARA, J. M. (1945): *De la vida médica rural*, Dos Hermanas, Imprenta Díez.
- (1970): *De la vida médica rural*, Madrid, Índex.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1955): *Tristes tropiques*, París, Plon.
- LIARTE ANDRÉS, V. (1948): "Libres, Titulares, Interinos. Los médicos rurales, sus problemas y soluciones", *Profesión Médica*, 106, p. 2.
- LIS QUIBÉN, V. (1949): *La medicina popular en Galicia*, Pontevedra, Gráficas Torres.
- LISÓN TOLOSANA, C. (1971): *Antropología social en España*, Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- LOBO ALEU, F. (1979): "Política científica y desarrollo económico. 1959-1979", *ICE. Información Comercial Española*, 552, pp. 35-46.
- MALLART GUIMERA, L. (1996): *Soy hijo de los evuzok: la vida de un antropólogo en el Camerún*, Barcelona, Ariel.
- MARAÑÓN, G. (1950): *Crítica de la medicina dogmática*, Madrid, Espasa Calpe.
- MARAÑÓN, G.; MERCHÁN GONZÁLEZ, M.; GARCÍA DÍAZ, S.; ROF CARBALLO, J.; JIMÉNEZ DÍAZ, C. y DE LA FUENTE CHAOS, A. (1952): *El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo*, Madrid, Editora Nacional.
- MARTÍN LÓPEZ, E. (1964a): *Estudio sociológico sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Tomo 1. Fundamentación teórica y planteamiento metodológico. Origen y estructuras formales del seguro de enfermedad*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Gabinete de Sociología, Secretaría General Técnica.
- (1964b): *Estudio sociológico sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Tomo 5. El seguro de enfermedad como institución social en funcionamiento*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Gabinete de Sociología, Secretaría General Técnica.
- MARTÍN LÓPEZ, E.; ALCOVER IBÁÑEZ, M.; CHARROALDE VALLÉS, J. I.; PIÑERO GUILLAMANY, A.; SABATE MUÑO, E. y VILA LÓPEZ, L. (1983): "Seguridad social, sanidad y servicios sociales en España (1975-1982)", en F. Murillo Ferrol, M. Beltrán Villalva, J. Castillo Castillo, A. Pérez Peñasco, J. M. Díaz Mozaz y E. Martín López (eds.), *Informe sociológico sobre el cambio social en España. 1975-1983. IV Informe FOESSA*, vol. II, Madrid, Fundación FOESSA, pp. 789-916.
- MARTÍN LÓPEZ, E.; GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, J. y MONTES CANO, J. (1964a): *Estudio sociológico sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Tomo 2. El seguro de enfermedad a través de los datos estadísticos*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Gabinete de Sociología, Secretaría General Técnica.
- (1964b): *Estudio sociológico sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Tomo 3. El seguro de enfermedad a través de los datos estadísticos*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Gabinete de Sociología, Secretaría General Técnica.
- MARTÍNEZ-FORNES, S. (1969): "Encuentro con la medicina rural", *Tauta: medicina y sociedad*, 40-41, pp. 7-8.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A.; PERDIGUERO GIL, E. y COMELLES, J. M. (2015): "Genealogía de la Antropología Médica en España", *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70(1), pp. 205-233.
- MARTÍNEZ SÁNCHEZ, T. (1944): "Procedimiento para resolver de una vez el problema de las vacantes de A.P.D.", *Profesión Médica*, 11, p. 4.
- MAYOR DOMINGO, F. (ed.) (1977): *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España. estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión.
- (1979a): *La asistencia sanitaria en las zonas rurales*, Madrid, Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria.
- (1979b): *Necesidades sanitarias y recursos asistenciales*, Madrid, Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- MEDINA-DOMENECH, R. M. y MENÉNDEZ-NAVARRO, A. (2005): "Cinematic representations of medical technologies in the Spanish official newsreel, 1943-1970", *Public Understanding of Science*, 14(4), pp. 393-408.
- MENÉNDEZ NAVARRO, A. (2007): "Átomos para la paz... y para la medicina: la popularización de las aplicaciones médicas de la energía nuclear en España", *Medicina e Historia*, 1, pp. 1-15.
- (2009): "Una cámara para nuestro amigo el átomo: la representación de las tecnologías médicas nucleares en NO-DO", *Quaderns de cine*, 4, pp. 47-56.

- MOLINERO, R. (1969): "Situación actual de la medicina en los medios rurales", *Doctor: información profesional y administrativa*, 33, pp. 51-52.
- MOMIGLIANO, A. (2000): *La sabiduría de los bárbaros: los límites de la helenización*, México, Fondo de Cultura Económica.
- MONTOYA, A. (1966): "El régimen especial agrario de la Seguridad Social", *Revista de Política Social*, 72, pp. 95-131.
- MUÑOZ QUERO, J. (1948): "Ese médico mendigo", *Profesión Médica*, 80, p. 2.
- MUSSONS VILADOT, A. (1948): "Sobre el nuevo régimen de iguales", *Profesión Médica*, 90, p. 4.
- (1961): "Carta abierta al Doctor Fernández Cabeza", *Profesión Médica*, 599, pp. 2-3.
- NASH, M. (1985): "Aproximación al movimiento eugénico español: el primer curso eugénico español y aportación del Dr. Sebastian Recasens", *Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència*, 4, pp. 193-202.
- NOGUERA, E. (1945): "Editorial. Fantasías y realidades del ejercicio rural", *Profesión Médica*, 39, p. 1.
- (1950): "Editorial. Lo que el viento se llevó", *Profesión Médica*, 187, p. 1.
- (1960a): "Editorial. Paréntesis y alerta", *Profesión Médica*, 563, p. 1.
- (1960b): "Editorial. Hacia la reglamentación nacional de la iguala médica", *Profesión Médica*, 565, p. 1.
- PALANCA y MARTÍNEZ-FORTÚN, J. A. (1951): "Sobre el personal sanitario y sus problemas y necesidades", *Horizonte*, 18-19, pp. 12-15.
- (1958): *Sociología Sanitaria y medicina social en España. Discurso correspondiente a la solemne apertura del curso académico 1958-1959*, Madrid, Universidad de Madrid.
- (1963): *Medio siglo al servicio de la sanidad pública*, Madrid, Editorial Cultura Clásica y Moderna.
- (2014): *Cosas que fueron*, en M. C. Menárguez Palanca y M. T. Menárguez Palanca (eds.), El Ejido, Círculo Rojo.
- PERDIGUERO-GIL, E. (2017): "La popularización médica durante el franquismo: Un primer acercamiento", *Educación, comunicación y salud*, en J. M. Comelles y E. Perdiguero-Gil (coords.) *Educación, Comunicación y salud*, Tarragona, Publicacions URV, pp. 105-138.
- PERDIGUERO-GIL, E. y COMELLES, J. M. (2014): "Folclore médico y educación sanitaria en las dos primeras décadas del franquismo", en R. Campos Marín, A. L. González de Pablo, M. I. Porras Gallo y L. E. Montiel Llorente (eds.), *Medicina y poder político. XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, 11-13 de junio, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 289-293.
- (2019a): "The defence of health. The debates on health reform in 1970s Spain", 39(1), pp. 45-72.
- (2019b): "The Roots of the health Reform in Spain", en L. Abreu (ed.), *Health Care and Government Policy*, Évora, Publicações do Cidehus. Disponible en <https://books.openedition.org/cidehus/8327?lang=es> [consulta: 25 de junio de 2019].
- PERDIGUERO GIL, E.; COMELLES, J. M. y ERKOREKA, A. (2000): "Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000)", en E. Perdiguero Gil y J. M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 353-445.
- PÉREZ, M. (1947): "Cómo puede ser fallado el pleito entre Don Oportuno, Don Víctima y Don Importuno, en futuros Concursos de Antigüedad entre médicos de A.P.D.", *Consejo General de Colegios Médicos de España. Boletín cultural e informativo*, 2(7), pp. 46-47.
- PÉREZ MOREDA, V.; REHER, D. S. y SANZ GIMENO, A. (2015): *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*, Madrid, Marcial Pons.
- PETER, J. P. (1984): "Reparar el desorden del mundo: la medicina ilustrada ante la enfermedad epidémica (Bas-Poitou, 1784-1785)", en J. L. Peset (ed.), *Enfermedad y castigo*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 3-26.
- PITRÈ, G. (1896): *Medicina popolare siciliana*, Torino-Palermo, Carlo Clausen.
- PLA I DUAT, J. (1992): *El noi del Misseret. El món d'un metge de muntanya*, Barcelona, La Campana.
- PLA NAUDI, A. (2000): *Memories d'un metge*, Andorra la Vella, Edicions del Diari d'Andorra.
- POLO y FIAYO, F. (1929): *El gran esclavo, el médico*, Madrid, Ediciones Morata.
- (1930): *El médico gobernante. Por los fueros del pueblo*, Madrid, Ediciones Morata.
- (1959): *El médico encadenado. Seguro de enfermedad, seguridad social, asistencia médica libre, boticas y boticarios, prontuario de patología familiar*, Madrid.
- PRESIDENCIA DEL GOBIERNO (1963): *Obras y servicios de las corporaciones locales. Sanidad y asistencia social*, Madrid, Presidencia del Gobierno, Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social.
- (1967): *Comisión de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social. II Plan de Desarrollo Económico y Social*, Madrid, Presidencia del Gobierno, Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social.
- (1972): *Comisión de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social. III Plan de Desarrollo Económico y Social (1972-1975)*, Madrid, Presidencia del Gobierno, Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social.
- (1976): *Documentación básica del IV Plan Nacional de Desarrollo. Trabajo y promoción social. Seguridad social, sanidad y asistencia social*, Madrid, Presidencia del Gobierno, Subsecretaría de Planificación.
- REDONDO RINCÓN, M. G. y GONZÁLEZ BUENO, A. (2013): "La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955)", *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 79(4), pp. 658-688.
- REED-DANAHAY, D. (1997): *Auto/ethnography: Rewriting the Self and the Social*, Londres, Bloomsbury Academic.
- REPARAZ, J. R. (1960): "En defensa de la posición de los médicos ante las proyectadas ampliaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad", *Profesión Médica*, 545, pp. 1-2.
- RODRÍGUEZ BALANZAT, J. (1945): "Puntos de vista de los médicos sobre el Seguro de Enfermedad. Hablemos del Seguro", *Profesión Médica*, 39, p. 1.
- RODRÍGUEZ NOZAL, R. (2017): "La construcción de una industria farmacéutica autosuficiente en la España de la Autarquía: entre la necesidad, la utopía y la propaganda franquista", *Asclepio*, 69(1), p. 173. DOI: 10.3989/asclepio.2017.05.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y ATENZA FERNÁNDEZ, J. (2019): "El proyecto E30 OMS-España para el establecimiento de una zona de demostraciones sanitarias", en M. I. Porras Gallo, L. Mariño Gutiérrez y M. V. Caballero Gutiérrez (coords.), *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, Madrid, Los Libros de la Catarata, pp. 124-145.
- ROGERS, R. E. (1969): *Max Weber's ideal type theory*, Nueva York, Philosophical Library.
- RUBIÉS, J. (2006): "Theology, Ethnography, and the Historicization of Idolatry", *Journal of the History of Ideas*, 67(4), pp. 571-596.
- SALAZAR BERMÚDEZ, L. (1960): "Problemas de los médicos interinos en el medio rural", *Profesión Médica*, 556, p. 1.
- SAN MARTÍN ECHAVE, J. (1948): "Al habla con el médico rural. Consideraciones objetivas sobre el seguro libre de enfermedad", *Profesión Médica*, 93, p. 1.
- SÁNCHEZ ZAPATERO, J. (2011): "La representación de la experiencia concentracionaria: un caso de literatura universal", 1616: *Anuario de Literatura Comparada*, 1, pp. 325-337.
- SANJEK, R. (1990a): *Fieldnotes. The makings of Anthropology*, Ithaca, Cornell University Press.
- (1990b): "On Ethnographic Validity", en R. Sanjek (ed.), *Fieldnotes. The makings of Anthropology*, Ithaca, Cornell University Press.
- SANTESMASES, M. J. (2018): *The Circulation of Penicillin in Spain. Health, Wealth and Authority*, Londres, Palgrave-Macmillan.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1992): *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley, University of California Press.
- SERICÓ SEGARRA, A. (1975): "Sociología de la sanidad y de la alimentación", en L. González Seara (ed.), *Estudios sociológicos sobre la situación social de España 1975*, Madrid, Euramérica, pp. 407-528.
- SIMÓN LORDA, D. (2002): *Médicos ourensáns represaliados na guerra civil e na posguerra: historias da "longa noite de pedra"*, Santiago de Compostela, Fundación 10 de Marzo.
- SOLÉ SABARÍS, F. (1965) en H. Haztfeld: *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel.
- STRATHERN, M. (1987): "The limits of auto-anthropology", en A. Jackson (ed.), *Anthropology at home*, Londres, Tavistock, pp. 16-37.
- TAUSSIG, M. (1991): *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man: A Study in Terror and Healing*, Chicago, University of Chicago Press.
- URTEAGA, L. (1980): "Misericordia, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX", *Cuadernos Críticos de Geografía Humana* (29). Disponible en <http://www.ub.edu/geocrit/sv-58.htm> [consulta: 29 de junio de 2019].
- VAN MAANEN, J. (1988): *Tales of the field. On writing Ethnography*, Chicago, The University of Chicago Press.
- VELO ARCE, L. (1948): "Sobre jubilación de médicos titulares", *Profesión Médica*, 106, p. 1.
- VIA, R. (1972): *Com neixen els catalans*, Barcelona, Club Editor.
- VILADOMAT, D. (dir.) (1957): *Llegaron siete muchachas* [cinta cinematográfica], Huesca, Norte Films (productor), España.
- VILAR-RODRÍGUEZ, M. y PONS-PONS, J. (2012): "The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962)", *Social History of Medicine*, 26(2), pp. 267-287.
- (2015): "La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista", *Historia Agraria*, 66, pp. 177-210.

- (2018a): "El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del Franquismo (1942-1963)", en M. Vilar-Rodríguez y J. Pons-Pons (eds.), *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons, pp. 179-261.
- (2018b): *El triunfo del modelo hospitalario público sobre lo privado (1964-1986)*, Madrid, Marcial Pons.
- VILLAR AYMERICH, E. (1950): "Mi opinión acerca de la 'libre elección de médico'", *Horizonte*, 2, p. 12.
- VILLARINO SAMALEA, G. (1997): "El personal al servicio de la Sanidad local: Los funcionarios sanitarios locales", *DS: Derecho y salud*, 5(1), pp. 45-61.
- ZAFRA ANTA, M. A.; FLORES MARTÍN, C.; PONTE HERNANDO, F. J.; GIL GARCÍA, A.; GÓMEZ LÓPEZ, A. y FERNÁNDEZ DURÁN, C. (2016): "La medicina rural a principios de siglo XX. A propósito de Martínez Saldise (1855-1937), socio de honor de la Sociedad de Pediatría de Madrid en 1927", *Atención Primaria*, 48(1), pp. 54-62.
- ZAPATERO, E. (1944): "El ejercicio rural de la medicina", *Profesión Médica*, 2, p. 3.
- (2014): *Un médico, 1958*, Ciudad Real, Libros Mundi.
- ZARZOSO, A. (2010): "La Medicina a la ruralia catalana contemporània", *Plecs d'Història Local*, 137, pp. 2-4.

NUEVAS RESPUESTAS A VIEJOS PROBLEMAS