

La problemática de la asistencia médica rural en la España franquista (1939-1966)

Enrique Perdiguero-Gil¹, Eduardo Bueno², Josep Barcelo-Prats³
y Josep M. Comelles⁴

Introducción⁵

Recién finalizada la Guerra Civil española (1936-1939), tras la victoria militar de quienes se sublevaron contra el régimen republicano constitucional y establecieron una dictadura encabezada por el general Francisco Franco, el Boletín Oficial del Estado publicó una orden por la que se consideraba necesario convocar oposiciones al Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria⁶:

...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 cargo. (Boletín Oficial del Estado, 1939, p. 5712-5713)

Algo más de una década después, en 1950, en *Profesión Médica*, publicación periódica que actuaba como portavoz oficioso de los médicos titulares, apareció el artículo “Lo que el viento se llevó” que, aunque no se refería tan solo al medio rural, expresaba gran inquietud por el futuro de la actividad médica tal y como había venido ejerciéndose en los últimos decenios, debido a la colectivización de la asistencia. Escrito

¹Doctor en Medicina. Catedrático de Universidad, Instituto Interuniversitario López Piñero, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España.

²Doctor en Historia. Profesor Ayudante Doctor, Instituto Interuniversitario López Piñero, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España.

³Doctor en Antropología. Profesor Lector Serra Hünter, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

⁴Doctor en Medicina y Cirugía. Catedrático Emérito de Antropología Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

⁵Este trabajo ha sido financiado por el proyecto “Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención” (HAR2015-64150-C2-1P, Ministerio de Economía y Competitividad de España/Fondos FEDER de la Unión Europea) y realizado en el marco de la red temática NISALDes (RED2018-102413-T, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades).

⁶Los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria eran los que asistían en los municipios a los enfermos sin medios económicos. Con anterioridad se les denominó médicos titulares.

como si se relatase algo que “...razonaba a su joven ayudante cierto médico viejo, esperando sentado en su consulta particular que entrase algún cliente...”:

¡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 borrado 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 EEUU 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, p. 1)

Poco después, en 1951, en la revista *Horizonte*, portavoz de los médicos del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Barcelona que trabajaban para el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), se decía con respecto al tipo de ejercicio médico que en el mencionado seguro estatal se llevaba a cabo:

Consecuencia en gran parte de todo ello, y es lo más grave, es que el médico pierde su influencia social y cristiana en el seno de las familias. Aquel médico de cabecera, afectuoso, paternalista, que nos vio nacer, que nos conoce y que en momentos de angustia y de dolor lleva la tranquilidad al hogar que se siente seguro bajo su sombra, tiende a desaparecer para dejar paso a una caricatura de médico funcionario que no conoce a sus pacientes, que desconfía de ellos, que tiene miedo de ser engañado, que ve limitados su conciencia y práctica por las frías normas de un reglamento a veces ilógico.

El médico que hasta ahora (inclusive fuera del ejercicio de su profesión) gozaba por sus conocimientos y más por los valores morales inherentes a su misión de un saludable prestigio en la sociedad, formando parte de este caudal de defensas espirituales que atesora la clase media, irá paulatinamente perdiendo este carácter hasta verse despojado de toda influencia que no sea estrictamente burocrática. (Baselga & Abelló Vila, 1951, p. 8)

En 1966, en un libro compendio de artículos sobre medicina rural, debidos a Ángel María de Lera, un escritor hijo de médico rural, que previamente habían aparecido

en la revista profesional *Tribuna Médica*⁷, se discutía la mutación que había sufrido la práctica profesional con la creciente incorporación del campesinado al SOE. Así, un médico indicaba, hablando de sí mismo:

...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 Seguro Obligatorio de Enfermedad. 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, etcétera. ¿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, p. 59)⁸

Recientemente, se ha publicado el libro *Cuando ya no puedes más* (Gavilán, 2019), en el que su autor narra el desgaste que le había supuesto la práctica de la medicina en un centro urbano de atención primaria. Su opción para superar su *burnout* le llevó a trasladarse al ámbito rural. En la entrevista en la que el diario *El País* se hacía eco de la publicación, Enrique Gavilán afirmaba:

La medicina de familia tal y como la conozco sigue subsistiendo en el medio rural, que es donde conserva su esencia, donde se le puede dedicar el tiempo suficiente al paciente, hay cercanía, se puede trabajar de cara a la comunidad, una atención continuada a lo largo del tiempo [...] En un entorno urbano es más complicado. La demanda es más alta, la presión asistencial, también. (Linde, 2019)

Estos fragmentos ponen de manifiesto algunos de los problemas que la asistencia médica, en particular la ejercida en el medio rural, tuvo durante el franquismo: imposibilidad de cubrir todos los puestos previstos para proveer de atención médica a los municipios rurales, especialmente a los de menor tamaño; sentimiento por

⁷Se publicaron 23 capítulos, con periodicidad semanal, desde el 8/05/1965 hasta el 8/10/1965. Los números de la revista *Tribuna Médica* fueron del 51 al 73 ininterrumpidamente.

⁸El “volante” era el documento por el que los médicos titulares o los médicos de zona urbanos remitían los enfermos a los especialistas. En este caso se refiere a todo documento que debía expedirse para llevar a cabo la asistencia sanitaria en el seno del SOE.

parte de los médicos de pérdida del modo de practicar la medicina tal y como idealmente venía siendo concebida (Valenzuela Candelario, 1994); pérdida de su ascendiente sobre los pacientes y de su condición de figuras de referencia para las familias; modificación de las demandas de los pacientes, burocratización de la asistencia como resultado de la implantación del SOE; y, hasta hoy mismo, la consideración de la práctica médica rural como el único ejercicio médico verdadero. Estas cuestiones han de situarse en un contexto en el que los habitantes del agro no tuvieron acceso a una asistencia sanitaria equiparable a los residentes en el ámbito urbano hasta 1966, y no del todo, pues solo a mediados de la década de 1970 se produjo la equiparación total (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2015). Asimismo, hay que tener en cuenta que España sufrió un creciente despoblamiento del medio rural como consecuencia de la paulatina migración a las ciudades. En 1900, el 50,8% de la población vivía en municipios de menos de 5.000 habitantes; en 1930 este porcentaje descendió el 40,2% y en 1950 al 33,5%. La tendencia se aceleró tras el abandono de la autarquía y la incorporación de España, a inicios de la década de 1960, a la economía de mercado. En 1970, la población que residía en municipios de menos de 10.000 habitantes ya solo era del 33,9%. En las aglomeraciones urbanas de más de 100.000 habitantes vivía el 36,7% de la población, un porcentaje que en 1980 ya suponía el 40% (Instituto Nacional de Estadística, 1900-1980).

El médico titular

La figura del médico titular tiene su origen en los médicos de pobres que aparecieron en la Baja Edad Media en pueblos y ciudades (McVaugh, 1993; Ferragud, 2005). Eran contratados por los municipios para atender a los enfermos que por su situación económica no tenían acceso a asistencia médica. Esta figura se consolidó a lo largo de la Edad Moderna (Ortiz Gómez *et al.*, 1995; Fernández Doctor & Arcarazo García, 2002; Granjel, 2002). Por ejemplo, una ciudad portuaria como Alicante, situada al sureste de la península ibérica, contaba con dos o tres de estos médicos que constituían la cúspide de los asalariados sanitarios locales. Sus obligaciones eran atender a los “pobres de solemnidad”, censados por el municipio, pasar visita a los enfermos ingresados en el hospital y elaborar aquellos informes que sobre cualquier asunto de salud pública les solicitase el consistorio (Perdiguero Gil, 2002; Bueno Vergara & Perdiguero Gil, 2014, 2017). El municipio también contrataba a cirujanos (sin formación universitaria), una matrona y a los “morberos”, encargados de la sanidad marítima y, por tanto, de evitar la importación de enfermedades epidémicas (Perdiguero Gil & Zarzoso, 2010; Bueno Vergara & Perdiguero Gil, 2015). Los médicos titulares continuaron existiendo a lo largo de todo el periodo contemporáneo, extinguiéndose paulatinamente tras la aprobación de Ley General de Sanidad, de 1986, ya superada la dictadura franquista.

En el caso de los municipios de menor tamaño, solo era posible obtener asistencia médica a través del médico titular, puesto que habitualmente era el único residente en la villa. No solo se ocupaban de los pobres. El resto de la población tenía

acceso a sus cuidados mediante el pago de una cantidad satisfecha periódicamente denominada “igualada”, cuyo montante era muy variable según la región y el número de habitantes del municipio. El médico recibía un tanto fijo por cabeza, con independencia del uso de la consulta, la edad, el sexo y las necesidades de los “igualados”. Con ello, el médico se aseguraba unos ingresos fijos y los “igualados” y sus familiares se aseguraban la atención médica. En las ciudades, en las que también existían médicos titulares, quienes se lo podían permitir tenían acceso a la medicina privada, con pago por acto médico. En las zonas más industrializadas del país (Madrid, Cataluña, Navarra, el País Vasco) fueron surgiendo mutuas, evolución de las sociedades de socorros mutuos, mediante las cuales los trabajadores, pagando unas cuotas periódicas, obtenían asistencia médica y farmacéutica (León-Sanz, 2016). Para los pobres, además de los “titulares”, quedaban los cuerpos de beneficencia municipal, existentes en ciudades de mayor tamaño, y los hospitales de beneficencia, tanto pública como privada. Mediado el siglo XIX, la Ley de Sanidad de 1855 estableció la obligatoriedad de que cada provincia contase con un hospital civil, situado en la capital, que se ocupase de los menesterosos.

La presencia de los médicos titulares y sus obligaciones fueron reguladas a nivel estatal desde inicios del siglo XIX y, especialmente, en el primer tercio del siglo XX. Se estableció su número en función de la cifra de habitantes del municipio o conjunto de municipios, los “partidos médicos” (1854, 1964, 1905); se constituyó y reglamentó el Cuerpo de Médicos Titulares al que se accedía mediante una prueba de carácter nacional (1904); se consolidaron sus atribuciones en el ámbito de la salud pública, pasando a ser considerados Inspectores Municipales de Sanidad (1925); y en 1934, durante la II República, un nuevo reglamento estableció, a partir del cuerpo de titulares, el de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que, en buena medida, seguiría vigente en las siguientes décadas, usándose, indistintamente, ambas denominaciones (Comelles *et al.*, 2020).

La irrupción del Seguro Obligatorio de Enfermedad

El nuevo Estado que se edificó tras la victoria rebelde, en un contexto de cruenta represión contra la población vencida, supuso un reparto de competencias entre las diferentes facciones que habían apoyado la sublevación militar. El Ministerio de Trabajo fue confiado al sector falangista, situando al frente a José Antonio Girón de Velasco, que ejerció el cargo entre 1941 y 1957. Bajo su égida se desarrolló la política de asistencia sanitaria del régimen, que tuvo en la implantación del SOE la máxima expresión de la peculiar idea de revolución social que sustentaba este partido fascista (Thomàs, 2001; 2019). Las actividades relativas a la salud pública, dependientes del Ministerio de Gobernación, y en el que estaban encuadrados los médicos de asistencia pública domiciliaria, fueron confiadas al sector católico-militar, que no pudo competir con el empuje de los falangistas (Serrallonga i Urquidi, 2007). El SOE se puso en marcha de manera efectiva en 1944 (Bueno Vergara & Perdiguero-Gil, 2019). La tarea de planificación, desarrollo y gestión fue encomendada

al Instituto Nacional de Previsión (INP), que ya había desarrollado planes al respecto con anterioridad a la guerra, que no pudieron llevarse a la práctica (Álvarez Rosete, 2009). Su diseño, de configuración bismarckiana, se inspiró, como tantas otras políticas del momento, en los modelos de la Alemania nazi y la Italia fascista (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2013).

El SOE estaba destinado únicamente a trabajadores de bajo nivel salarial y, teóricamente, debía financiarse a través de las primas aportadas por trabajadores, empresarios y el Estado. Sin embargo, las aportaciones estatales tuvieron un carácter testimonial. En un primer momento, se consideraron trabajadores con bajos salarios a aquellos “productores” —término usado en el primer franquismo para designar a los trabajadores— que ingresaban menos de 9.000 pesetas anuales, umbral que fue aumentando con los años. Aunque la base de beneficiarios del SOE fue aumentando con el paso del tiempo, en 1954 solo un 30% de la población estaba cubierta y, a principios de la década de 1960, poco antes de aprobarse un nuevo marco legislativo sobre seguros sociales, que incluía la asistencia sanitaria, la Ley 193/1963 del 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social, la cobertura apenas alcanzaba al 50% de la población (Pons Pons & Vilar Rodríguez, 2014)⁹. Además de los asegurados también quedaban bajo la cobertura del seguro el cónyuge, ascendientes, descendientes, hijos adoptivos, hermanos menores de 18 años o incapacitados permanentes para el trabajo, una idea que estaba en sintonía con la conformación de la familia como unidad fundamental del nuevo Estado. Inicialmente, la cobertura se limitó a la medicina general, asistencia a los accidentes de trabajo, intervenciones quirúrgicas y partos. Desde 1947-1948 se fueron incluyendo especialidades, a excepción de la psiquiatría, cuya estructura asistencial se reorganizaría en el tardo-franquismo (Novella, 2019; Simón Lorda, 2020). La hospitalización por patologías correspondientes a la medicina interna no fue incluida hasta los años sesenta. Las consultas de medicina general se llevaban a cabo en los consultorios propios del seguro, entidades concertadas, o, incluso, en los domicilios de los médicos, a no ser que el enfermo no pudiera desplazarse, en cuyo caso se producía la visita domiciliaria. Habida cuenta de la gran carencia de infraestructuras sanitarias del SOE, empresas privadas, mutualidades o igualatorios médicos —estructuras asistenciales gestionadas por los propios médicos— (Espriu, 1950), actuaron como “entidades colaboradoras” que a través de conciertos con el SOE asistían a los asegurados. Nada de esto estuvo disponible para la población rural.

Los atendidos por el SOE tenían derecho a una prestación farmacéutica dispensada con generosidad. Gratuita y sin restricciones supuso una de las mayores bazas propagandísticas del sistema asistencial, considerado por el régimen como el buque insignia de sus políticas de “justicia social” (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2013)¹⁰. Esta característica inicial del SOE —el “Seguro” como era conocido por las personas aseguradas y beneficiarias— fue construyendo un modo de relación

⁹Con el paso de los años, fue aumentando. A finales de 1970 ya era del 63,4% y a finales de 1974 era del 80,2% (Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona, 1972; Soler-Durall, 1978).

¹⁰Para un catálogo de las prestaciones del SOE, véase Instituto Nacional de Previsión (1958).

médico-paciente basado en la prescripción (García Guerras, 1946). Las consultas de medicina general en ámbito urbano suponían la “atención” a 50 o 60 pacientes en un par de horas (Lanzas Orellana, 1945; Adoneguín, 1966). Sin tiempo para un reconocimiento, ni siquiera somero, la “receta” se constituyó en la moneda de cambio del acto médico (Miguel Andreu, 1966). El gasto farmacéutico resultado de estas circunstancias fue una de las causas que hizo del SOE un sistema insostenible (Pons Pons & Vilar Rodríguez, 2012). Pronto hubo que limitar la prescripción a un número limitado de medicinas, el denominado “petitorio”, a pesar de las reticencias de los falangistas (Redondo Rincón & González Bueno, 2013), muy conscientes del valor propagandístico de las recetas ante una asistencia médica que no alcanzaba los objetivos y expectativas que se había propuesto el SOE. La negativa percepción de los médicos ante esta situación aparece con frecuencia en las fuentes consultadas desde la implantación del SOE:

Aquí se da un caso semejante, con la agravante de que como no les ha de costar nada las medicinas, les cuesta menos trabajo llamar, sea para lo que sea: una simple coriza, una cefalalgia, una leve dermatitis y para que la niña o el niño, a quien la vecina encontró algo desmejorado, se le recete un bote o unas inyecciones buenas; para que la gruesa adelgace, para que la neurótica no se excite, para mitigar las contrariedades de un disgusto... y no terminaríamos nunca [...] También conocemos lo que se llama la “consulta médica familiar”. Le llaman a uno para un caso; después de reconocido y diagnosticado se le formula, y cree uno que ha terminado cuando dice la madre, la tía o cualquier persona de la familia: “Dígame, a mí me duele algo el *estómago*, aprovecho que ha venido usted para decírselo y que me mande”. En este momento surgen varias voces: “Pues a mí también me tiene que ver, porque me duele la cabeza”. “Y a mí, que estoy sin apetito”. “Pues a mí me tiene que mandar algo, que se me está cayendo el pelo”. (Orellana Lanzar, 1945, p. 2)

Esta situación persistía décadas después en el ámbito urbano, poco antes de la inclusión de los trabajadores del campo en la Seguridad Social:

Llega una mujer con un niño al médico del consultorio del Seguro Obligatorio de Enfermedad.
—Doctor, el niño no me come.
—¿No? Pues este niño tiene muy buen aspecto...
—Sí, pero no me come. Usted, la otra vez, le recetó unas vitaminas que le fueron muy bien.
—¿Sí? ¿Qué vitaminas eran?
Y ya está extendiendo la receta.
—Verá usted como ahora recobra el apetito. Ya me lo dirá la próxima vez que...
La invita a salir, pero la mujer prosigue:
—Al que lo tengo verdaderamente mal es al abuelo. No para de toser en todo el santo día.

—Bueno, eso se debe a que fuma demasiado.
 —No, no. Usted le dio un jarabe tiempo atrás...
 —A ver, qué clase de jarabe...
 Receta y hace el ademán de despedirla. Pero la mujer le explica, puesta en pie para marchar:
 —Y mi marido, el pobre, lleva un cansancio encima! Si le viera, siempre está cansado.
 —Bueno —dice el médico —; después de catorce horas de trabajo cómo quiere usted que esté...
 —Sí, pero usted le mandó una vez ciertas inyecciones...
 Receta al canto, otra vez. Pero ya en la puerta, la mujer aclara:
 —Doctor, en realidad, yo venía porque mi reuma...
 —¿Y qué quiere que le hagamos a su reuma? Ahora, de cara al buen tiempo, este se le pasará.
 El doctor piensa: “Si no la saco de aquí acabará por contarme qué le duele a su cuñado, a su suegra y a su prima”. (Candel, 1976, p. 210)¹¹

El (des)encaje de la medicina rural en las políticas asistenciales del franquismo

Como venimos indicando, campesinos, autónomos o pescadores quedaron fuera de la cobertura del SOE, aunque solo la agricultura ya ocupaba en torno a un 46% del total de la población activa cuando este se instauró (Nicolau, 2005). Esta situación se explica por dos motivos fundamentales. Por un lado, por el rechazo a asumir las contribuciones empresariales por parte de los propietarios agrícolas, uno de los sectores que había apoyado el golpe de Estado. Por otro lado, por las dificultades para recaudar las cuotas de los campesinos, debido a las peculiaridades de la actividad agrícola —en especial, la de los temporeros— una parte muy importante de los trabajadores del campo. De este modo, la falta de voluntad política y las dificultades técnicas supusieron que más de la mitad de la población quedase, durante más de dos décadas, fuera del esquema de aseguramiento de Estado.

La no inclusión del campesinado en el SOE no evitó que, desde el principio, los médicos titulares mostrasen sus reticencias a que el “Seguro” llegara al campo. La oposición de los médicos a cualquier colectivización de la asistencia sanitaria ha sido la norma a lo largo de la historia, pero en el ámbito urbano, a pesar de las protestas de los que se agruparon en el seno de los colegios profesionales en comisiones de contratados por el Seguro Obligatorio de Enfermedad (CASOE), la llegada del nuevo esquema de aseguramiento suponía nuevas oportunidades. Dado que trabajar en el SOE no exigía dedicación exclusiva, el sueldo obtenido por dos horas

¹¹La obra que contiene esta descripción fue publicada en 1968 (Candel, 1968), pero fue censurada, secuestrados los ejemplares distribuidos y no pudo ver la luz hasta después de la muerte del dictador (Candel, 1976).

de consulta, más las visitas domiciliarias, suponían un atractivo para unos profesionales que podían mantener sus consultas privadas, la atención a los afiliados a las mutuas y empleos en otras ramas de la administración sanitaria. Sin embargo, en el medio rural, los médicos lo percibían como una clara desventaja económica. La asistencia a los pobres, que justificaba la existencia de las plazas de médicos de asistencia pública domiciliaria, no llevaba aparejada, en especial en los municipios de menor tamaño, un sueldo acorde con lo que los médicos esperaban recibir como universitarios. Aparte de la consulta privada, solo saneada en municipios de mayor tamaño, una parte sustancial de sus ingresos eran generados por la “igualada”. La perspectiva, al inicio solo teórica, de una población asegurada y que, por tanto, no necesitase pagar esa “igualada”, suponía una grave amenaza para el modo de vida de los médicos rurales, que ya consideraban su práctica en tal medio como aislada y sometida a sevicias como el servicio permanente, sin libranzas ni vacaciones.

Los médicos de asistencia pública domiciliaria quedaron desde el primer momento asimilados al SOE (1944), de modo que debían prestar asistencia a cualquier asegurado que residiese en su partido médico. Las dudas generadas al respecto, pues se trataba de una superposición de dos redes asistenciales diferentes, cada una dependiente de dos ministerios que no se coordinaron entre sí (Palanca, 1965), obligaron a que se dictasen normas aclaratorias a finales de 1947 e inicios de 1948 (Boletín Oficial del Estado, 1947, 1948). Se unificaron, por tanto, ambas redes asistenciales, pero con consecuencias muy diferentes para la población y los médicos según la actividad económica y el lugar de residencia. La población rural solo continuó teniendo acceso a los médicos de asistencia pública domiciliaria, excepto en los pocos casos en los que algunos colectivos se pudieron afiliar al SOE (por ejemplo, los mineros). En el medio urbano, aunque lentamente, el número de asegurados fue creciendo. Como hemos comentado, para los médicos trabajar en el SOE suponía un estipendio más dentro de un contexto de pluriempleo médico generalizado. En el medio rural, aunque al inicio no hubo casi cobertura del SOE, la perspectiva de lo que podría ocurrir en un futuro supuso una oposición al nuevo esquema, todo lo frontal que podía ser en un régimen dictatorial. La medicina rural, por tanto, no encontró un encaje adecuado en el esquema asistencial generado en torno al SOE. El progresivo despoblamiento del agro, con una mengua en los ingresos procedentes de las “igualadas” fue un factor determinante en el rechazo al esquema asegurador puesto en pie por los falangistas.

Las autoridades trataron de evitar, mediante reformas frecuentes, que los municipios rurales quedasen sin atención médica. Una de las primeras medidas, para remediar los impagos del salario de los médicos de asistencia pública domiciliaria por parte de los consistorios fue abonarlos con cargo a los presupuestos del Estado en el caso de los pequeños municipios (1941). También se “cerraron” partidos médicos en poblaciones de menos de 6.000 habitantes, de modo que en ellos solo pudiese ejercer el médico de asistencia pública domiciliaria, en 1951. Se trató, sin éxito, de facilitar el acceso a las plazas de médico titular teniendo en cuenta el tiempo en el que se había ejercido en un municipio como interino, en 1958. En 1961, los salarios de los municipios de mayor tamaño también pasaron a ser abonados por el Estado

y no por las corporaciones locales (Comelles *et al.*, 2020). Ninguna de estas medidas consiguió que se cubriesen las numerosas vacantes de médicos de asistencia pública domiciliaria en municipios pequeños, por lo que la menguante población rural tuvo cada vez más dificultades para obtener asistencia médica. En este contexto, hay que situar los diversos planes de extensión de la cobertura sanitaria a los trabajadores del campo. Se trataba de aminorar el éxodo migratorio a las ciudades ofreciendo mejores servicios, aunque el vaciamiento de la España interior era ya imparable. Estos proyectos, fracasados en las primeras intentonas (Vilar Rodríguez & Pons Pons, 2015; Perdiguero Gil & Bueno Vergara, 2020), se consideraron por parte de los médicos de asistencia pública domiciliaria como el anuncio de un empeoramiento radical en su economía, práctica profesional y consideración social, por lo que fueron rechazados con creciente virulencia. José Ramón Reparaz, su representante nacional, y presidente del Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, indicaba:

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 [...] la ampliación de la base de afiliación a treinta y cuarenta mil pesetas, y la pretendida extensión del seguro de enfermedad al sector agrícola produjeron entre los médicos un profundo desasosiego por la pérdida del ejercicio profesional privado y consiguiente disminución en los ingresos. (Reparaz, 1960, p. 1-2)

La extensión de la cobertura a los trabajadores agrícolas podía suponer la pérdida de las igualas y de la clientela privada, por lo que:

Hoy, como ayer, el médico desea defender su economía y ejercicio tradicional, aceptando un seguro social que ampare, única y exclusivamente, a los económicamente débiles [...] ya que considera imprescindible la existencia de una masa de población formada por familias de recursos limitados, y clase media que permita el ejercicio privado de la profesión, y de esta forma poder complementar — las retribuciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que siempre, por mucho que mejoren, serán deficitarias para la economía de los médicos. (*Profesión Médica*, 1960, p. 5)

Según Antonio Salamanca, médico titular de Villaverde de Medina (Valladolid) y presidente de la Asamblea Nacional de Médicos Titulares:

La Seguridad Social [no se] puede transformar en inseguridad médica [...] tenemos también perfecto derecho a exigir que la obra social se realice con respeto absoluto a estos tres postulados: 1º, Respeto a todos los derechos adquiridos en nuestra profesión; 2º, que no se nos haga perder nuestro excelso carácter de médicos de familia, base del prestigio, la confianza y la eficacia de nuestra asistencia, y 3º, remuneraciones decorosas. (Salamanca, 1960, p. 4)

Los médicos, ante esta situación, aportaron soluciones a los problemas técnicos que podían ayudar a “cualquiera que sea la fórmula salvadora del seguro de enfermedad, hoy en crisis deficitaria” (Noguera, 1960, p. 1). Se centraron en múltiples aspectos organizativos, pero sus propuestas siempre estaban jalonadas de referencias constantes a su argumento principal:

...porque es cristiano y es justo y es el único que la economía española permite: CEÑIR 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, 1960, p. 1). (Las mayúsculas en el original)

La extensión de la cobertura sanitaria al campesinado fue finalmente establecida por la Ley 38/1966, del 31 de mayo, sobre Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, promulgada en el contexto de las arduas negociaciones que finalmente permitieron aplicar a inicios de 1967, lo dispuesto en la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963). No obstante, el régimen agrario mantuvo algunas desigualdades en la cobertura de los campesinos con respecto a los trabajadores de otros sectores que no se corrigieron del todo hasta la aprobación del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974, del 30 de mayo).

La desacralización del ejercicio médico rural

Como hemos visto al inicio de este capítulo, Enrique Gavilán se refugió en el ejercicio médico rural debido a la alienación de su práctica en el ámbito urbano que ya no le confería aquel carácter de “genuino”. Las razones de esta afirmación son, en parte, de carácter técnico: menos pacientes, mayor posibilidad de atención personalizada, oportunidades para la acción comunitaria, etcétera. No obstante, mantienen la ligazón con lo “prístino” de una determinada manera de entender la práctica médica como una profesión “diferente”. No es solo Gavilán el que incide hoy día en la cercanía de la medicina de familia, especialmente tangible en el medio rural. Los representantes de la Organización Médica Colegial, que agrupa a todos los Colegios Oficiales de Médicos, a los que es preciso afiliarse para ejercer la medicina, y de diversos colectivos médicos, expresan con frecuencia opiniones similares:

La medicina general y de familia debe mantener un dinamismo extraordinario para acumular conocimiento específico con el que buscar permanentemente la excelencia; un espíritu de servicio y carácter vocacional

desinteresado, por encima de intereses personales o de lucro; alto sentido del deber, capacidad de sacrificio y entrega en caso de necesidad, lo que es imposible especificar en contrato público. Debe ofrecer confianza al paciente mediante su capacidad para resolver o atender problemas, pero, además, generar confianza que, junto a la pericia, constituyen el eje de la relación especial entre médico y el paciente. El MGF debe considerar que es un agente nuclear en la sociedad actual, por la tecnificación de la actividad que realiza y por los altos costes de esta, por asignar buena parte de los costes variables del sistema a partir del conocimiento experto, experiencia y valores intrínsecos, y también por mantener una alta visibilidad social. Todo ello se corresponderá con el prestigio y valoración social y contribuirá al cambio de las condiciones de ejercicio profesional. (Rodríguez Sendín, 2018, p. 91-92)

La presencia, o al menos cercanía, del ejercicio de la medicina en el nacer y en morir, en el enfermar y en el sufrir, ha constituido una gran parte del rechazo a la colectivización de la asistencia médica, y por tanto a la burocratización y “funcionarialización”, se basó —y, en cierto modo, se basa— en la pérdida de ese papel “diferencial” de la profesión.

En el contexto de una España imbuida por el nacionalcatolicismo del régimen, el lenguaje utilizado durante el primer franquismo tuvo otros matices —aunque son similares en otros contextos—, e incidió en la “desacralización” del ejercicio médico, esto es en un alejamiento del su papel “sacerdotal”. Además, el médico rural —casi no había médicas—, formado en el medio urbano, debía adentrarse en tierra extraña, en el ámbito de las creencias y las supersticiones, y ejercer una labor “misional” anunciando la buena nueva: la ciencia médica. Rodríguez López (1895, 1896, 1910), un médico gallego, expresó claramente en sus obras la lucha del médico por imponer su hegemonía en lo que consideraba el ambiente rural como hostil. En la misma línea pueden interpretarse las obras de “folkmedicina” que, describiendo las prácticas populares, trataron de dar razón de las negociaciones (implícitas) que el médico rural de inicios y mediados del siglo XX llevaba a cabo para tratar de establecer la preeminencia de sus modos de gestionar la salud y la enfermedad frente a aquellos que estaban arraigados en la población (Perdiguero & Comelles, 2014).

El presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, una provincia de la España interior, expresaba la “pérdida” que percibían los médicos de su “misión” frente al triunfo de la tecnología:

Nos preocupa la proletarización del médico. Por un lado, hay una parte de la sociedad, la más culta pero menos numerosa, que propugna una medicina clásica, liberal, “sacerdotal”, en la que el enfermo elija libremente a su médico, estableciéndose así una comunicación de confianza mutua, de simbiosis espiritual. Del otro lado está la gran masa, en su mayoría acogida a los seguros sociales, que cree que el médico es un mero servidor de la técnica que les deslumbra y a la que tuvieron escaso acceso hasta muy recientemente. Ignoran incluso el nombre del médico que les asignan y únicamente les

interesan los “rayos”, los “análisis”, la “tensión” y toda suerte de aparatos, con muchos “botones” y “luces” [...] ¡mucho mejor! Esta medicina innominada, proletaria, burocrática, barata es una medicina deshumanizada. [...] Nos preocupa la situación de los médicos rurales, con emolumentos en descenso por la despoblación constante de muchos lugares, en algunos de los cuales es francamente alarmante. [...] Nos preocupa sobre todo la pérdida de prestigio y la creciente desconsideración que se advierte para con el médico. (San Martín, 1964, p. 9)

Tal visión, matizada, también apareció en los informes sociológicos que, no por casualidad, se publicaron cuando se estaba discutiendo la trabajosa reforma que cerró la etapa del SOE y llevó al nuevo esquema de Seguridad Social (Vilar-Rodríguez & Pons-Pons, 2020). Es el caso del referido a la provincia de Barcelona:

La imagen ideal del profesional de la Medicina sigue siendo la del médico de cabecera o general [...] las cualidades típicas de la profesión —que no se relacionan con el virtuosismo o una capacidad extraordinaria— se perfilan con referencia al médico general. Seguramente los mejores puestos de trabajo se logran siendo un buen especialista, pero el gran público concede su aprecio al doctor que atiende todos sus males, que le pregunta por sus hijos y que se preocupa de su bienestar general. (Del Campo Urbano, 1964, p. 30)

Un informe publicado por el propio Ministerio de Trabajo, del que dependía el SOE, interpretaba la contestación de la profesión médica:

Un reproche general a la institución ha sido el de que ha eliminado la relación médico-enfermo, elemento trascendental de todo proceso curativo, al que ha interpuesto todo un enojoso “aparato burocrático” entre el médico y el asegurado, que por sí mismo hace distante y fría la relación que debería ser humana y cordial. Pero probablemente la argumentación esté basada más en un ideal de hoy, que en una realidad del pasado; no es tanto una aspiración antes satisfecha y ahora frustrada, cuanto el ideal de resolver hoy un problema que ciertamente existe. (Andrés Orizo, 1964)

La situación de menoscabo percibida por los médicos rurales generó una iniciativa, la construcción de “Un grandioso monumento al médico rural” (Visea Bustamante, 1964a). Propuesta por varios médicos de Guadalajara, provincia situada en el centro de España y en la que se ubicaría, partía de la imagen “misional” a la que venimos aludiendo:

...una noche del invierno pasado, áspera, dura, en que caía una lluvia fría que calaba hasta dentro, estábamos cenando en una venta de una carretera de la provincia, y al salir pensamos que quién sería el pobre médico que esa noche tuviera que andar por los campos. Nos conmovió la idea [...] y pensamos que

había que levantar un monumento a ese médico heroico, que lo ha entregado todo por la humanidad y por la humilde gente de los campos. (Visea Bustamante, 1964a, p. 4)

Historias muy similares habían aparecido y seguirían apareciendo en obras que se ocupaban del ejercicio médico en el ámbito rural (Lara, 1945; De Lera, 1966), así como en varios relatos autobiográficos (Comelles *et al.*, 2020).

El proyecto tuvo una gran acogida entre la profesión, sucediéndose en los meses siguientes a la propuesta numerosas noticias y comentarios sobre el particular en la revista *Tribuna Médica*. Presidentes de colegios de médicos, a quienes se entrevistaba en una sección fija de la revista (*Al habla con...*), manifestaron lo idóneo de la iniciativa y su apoyo a tan merecido reconocimiento. Altos cargos del régimen apoyaron el proyecto, como el director general de Sanidad, Jesús García Orcoyen, el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Alfonso de la Fuente Chaos e, incluso el propio Francisco Franco, según recogía el reportaje publicado en la cabecera profesional (Visea Bustamante, 1964a).

Conviene que nos detengamos en el boceto del monumento que hizo el escultor encargado de su diseño y ejecución, Victorio Macho, pues muestra el “carácter espiritual” que se le confería a la práctica médico rural, cuya continuidad estaba amenazada. De grandes dimensiones, en su interior se ubicaría una ermita abovedada, mientras que el exterior estaría adornado de grandes tallas en altorrelieve que representaban el nacimiento, la vida y la muerte (Visea Bustamante, 1964a, p. 5). El conjunto monumental sería rematado por la representación del médico rural, una escultura ecuestre en clara alusión al Quijote —según el propio autor— de algo más de seis metros de alto, con el doctor sobre “un broncíneo rocinante”, envuelto en una capa con grandes pliegues, cabellos agitados por el viento, el brazo derecho frenando la marcha del caballo y el izquierdo extendido en ademán “fraterno hacia los niños, los ancianos, las madres, los enfermos y agonizantes que le invocan y esperan su humanísima y bienhechora llegada” (Visea Bustamante, 1964a, p. 5). Macho pretendía representar a los médicos rurales como “unos verdaderos sacerdotes que se han hecho dignos de este homenaje”. En otra entrevista concedida a propósito del mismo tema, abundando en estos calificativos, los hacía poseedores de “lo que podemos llamar una santidad laica” (Visea Bustamante, 1964b, p. 11). Una columna, publicada en una cabecera de prensa generalista, definía al médico rural, evocando la obra pictórica de Pablo Picasso, como un “el verdadero apóstol de la caridad y la ciencia [...] representación de una vida heroica que jamás podrá ser comprendida, agradecida ni ensalzada a tono de sus merecimientos” (Soroa, 1964, p. 17).

El monumento ecuestre se erigió finalmente, pero ni fue el “grandioso” proyecto de Victorio Macho, ni se realizó en el punto geográfico elegido... ni siquiera se desarrolló en la etapa del régimen franquista. Fue en 1986, en la localidad cántabra de Potes, en una zona montañosa del norte de la península ibérica, en la que se instaló una obra mucho más modesta, pero que mantiene la esencia del arquetipo del médico rural: a caballo, ataviado con capa, protegiéndose del viento con su mano derecha y sosteniendo las bridas con la izquierda. Si en la década de 1960 resultaba

un anacronismo representar al médico a lomos de un equino, todavía lo era más a mediados de la década de 1980, pero seguía simbolizando la práctica médica “genuina”, la del médico/misionero rural.

Epílogo

El frustrado monumento al médico rural es una buena muestra de las contradicciones de la problemática de la medicina rural en los primeros 25 años de la España franquista.

Tras más de dos décadas de abandono de la población rural, el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social (1966) supuso un nuevo escenario en el que la meneguante población rural fue obteniendo unas prestaciones sanitarias similares a las del resto de trabajadores. Pero los encargados de prestar tal asistencia consideraban que la continuidad de su modo de entenderla no iba a resultar posible. El éxodo poblacional que se produjo desde el interior peninsular hacia los enclaves costeros y la capital del Estado fue un aspecto que condicionó muy seriamente la presencia de sanitarios titulares en poblaciones más reducidas y dispersas. Los pueblos, vaciados de moradores y de actividad económica, no ofrecían a los médicos un mercado de clientes mediante el cual completar unos salarios que, en todo momento, fueron considerados incompatibles con la dignidad de profesionales universitarios. Tampoco el modelo ideal de médico tenía cabida en el sistema asistencial de la Seguridad Social.

La anacrónica figura del heroico médico rural del proyectado monumento de 1964 y del finalmente instalado en 1986 muestra una medicina rural que no pudo ni quiso adaptarse a los cambios sociales y de la práctica médica. El arquetipo de médico rural —todavía vigente hoy día— fue enarbolado como símbolo del genuino ejercicio médico y depositario de las supuestas esencias de una España agraria en franco declinar.

A mediados de la década de 1970, cuando la reforma sanitaria pasó a formar parte de la agenda política, los médicos titulares no encajaron en los sucesivos proyectos reformadores ni en la definitiva Ley de Sanidad de 1986 que consagró, sin demasiado éxito, el modelo de atención primaria de salud como el pilar del sistema asistencial (Perdiguero-Gil & Comelles, 2019). El halo misional del médico rural se mantuvo —se mantiene en cierto modo—, pero había muy poca tierra que evangelizar y el ejercicio médico especializado y hospitalario fue y es el realmente prestigioso.

Bibliografía

- Adoneguín, M. (1966). Antiguos problemas del SOE que se replantean en la Seguridad Social. *Profesión Médica*, n. 846, p. 4.
- Álvarez Rosete, A. (2009). Elaborados con calma, ejecutados con prisa. El avance de los seguros sociales y la evolución del Instituto Nacional de Previsión en España entre 1936 y 1950. En: Castillo, S.; Ruzafa, R. (eds.). *La previsión social en la Historia. Actas del VI Congreso de Historia Social de España. Vitoria, 3-5 de julio de 2008*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores. p. 235-263.

- Andrés-Orizo, F. (1964). Origen y estructuras formales del seguro obligatorio de enfermedad. En: Martín López, E. (ed.). *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. Secretaría General Técnica. s/p.
- Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona (ADHB) (1972). *Los hospitales españoles ante el III Plan de Desarrollo*. Barcelona: ADHB.
- Baselga, M.; Abelló Vila, P. (1951). La situación actual del médico como clase media. *Horizonte*, v. 3, n. 21-22, p. 7-8.
- Boletín Oficial del Estado (1939). Orden de 30 de septiembre de 1939 de la Dirección General de Sanidad. Convocatoria de oposiciones a plazas de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. Boletín Oficial del Estado del 11 de octubre de 1939.
- Boletín Oficial del Estado (1947). Orden de 25 de noviembre de 1947, se unifican los servicios de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y los del Servicio del Seguro de Enfermedad. Boletín Oficial del Estado del 4 de diciembre de 1947.
- Boletín Oficial del Estado (1948). Orden de 26 de enero de 1948, normas para que la Orden de 25 de noviembre de 1947 quede redactada en la forma que se indica. Boletín Oficial del Estado del 16 de febrero de 1948.
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2019). Mejor curar que prevenir: Dispositivos asistenciales y actividades preventivas en el primer franquismo. En: Moreno Seco, M.; Fernández Sirvent, R.; Gutiérrez Lloret, R. A. (eds.). *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. p. 1972-1983.
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2014). El papel del médico como *experto* en la gestión de la salud municipal en el Alicante del siglo XVIII. En: Campos Marín, R.; González de Pablo, Á.; Porras Gallo, M. I.; Montiel, L. (eds.). *Medicina y poder político*. Madrid: SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2015). Resguardo de la salud, comercio marítimo y centralismo borbónico: El caso del puerto de Alicante en el siglo XVIII. En: Iglesias Rodríguez, J. J.; Pérez García, R. M.; Fernández Chaves, M. F. (eds.). *Comercio y cultura en la Edad Moderna. Comunicaciones de la XII Reunión científica de la Fundación Española de Historia Moderna*. Sevilla: Universidad de Sevilla. p. 1229-1242
- Bueno Vergara, E.; Perdiguero Gil, E. (2017). La asistencia domiciliaria en sus raíces históricas. Estudio de caso: Alicante en el siglo XVIII. *Hospital a Domicilio*, v. 1, n. 1, p. 11-20. doi: 10.22585/hospdomic.v1i1.7.
- Candel, F. (1968). *Ser obrero no es ninguna ganga*. Barcelona: Ariel.
- Candel, F. (1976). *Ser obrero no es ninguna ganga* (2ª ed.). Barcelona: Laia.
- Comelles, J. M.; Perdiguero-Gil, E.; Bueno, E.; Barceló-Prats, J. (2020). Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979). En: Martínez-Pérez, J.; Perdiguero-Gil, E. (eds.). *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata. p. 63-124.
- 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.
- De Lera, Á. M. (1966). *Por los caminos de la medicina rural*. Salamanca: Graficesa.
- Esprui, J. (1950). Proyecto de igualatorio colegial y seguro obligatorio de enfermedad. *Horizonte*, n. 2, 4-5.
- Fernández Doctor, A.; Arcarazo García, L. A. (2002). Asistencia rural en los siglos XVII y XVIII: los tipos de "conducción" de los profesionales sanitarios en Aragón. *Dynamis*, v. 22, p. 189-208. Recuperado de: <https://bit.ly/32boAYX>.

- Ferragud, C. (2005). *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Gavilán, E. (2019). *Cuando ya no puedes más*. Valencia: Anaconda.
- García Guerras, L. (1946). El seguro social de enfermedad y las recetas de complacencia. *Profesión Médica*, n. 64, p. 2.
- Granjel, M. (2002). Médicos y cirujanos en Extremadura a finales del siglo XVIII. *Dynamis*, v. 22, p. 151-187. Recuperado de: <https://bit.ly/32cZOr0>.
- Instituto Nacional de Estadística (1900-1980). *Anuarios estadísticos de España*. Fondo documental. Recuperado de: <https://www.ine.es/inebaseweb/25687.do>.
- Instituto Nacional de Previsión (1958). *Las prestaciones del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión.
- Lara, J. M. (1945). *De la vida médica rural*. Dos Hermanas: Imprenta Díez.
- Lanzas Orellana, J. (1945). Comentarios sobre la práctica médica en el seguro de enfermedad. *Profesión Médica*, n. 29, p. 2.
- León-Sanz, P. (2016). Medical Assistance Provided by La Conciliación, a Pamplona Mutual Assistance Association (1902-84). En: Harris, B. (ed.). *Welfare and Old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance*: Pickering & Chatto. p. 137-166.
- Linde, P. (2019). Un jefe estúpido puede ser peor para el corazón que el colesterol. *El País*, 22 de octubre de 2019.
- McVaugh, M. (1993). *Medicine Before the Plague: Practitioners and Their Patients in the Crown of Aragon 1285-1345*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miguel Andreu, S. (1966). La misión del médico no puede reducirse a la de un simple dispensador de recetas. *Profesión Médica*, n. 835, p. 1-2.
- Nicolau, R. (2005). Población, salud y actividad. En: Carreras, A.; Tafunell, X. (eds.). *Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX*. Bilbao: Fundación BBVA. p. 79-154. Recuperado de: <https://bit.ly/33ID9nh>.
- Noguera, E. (1950). Lo que el viento se llevó. *Profesión Médica*, n. 187, p. 1.
- Noguera, E. (1960). Paréntesis y alerta. *Profesión Médica*, n. 563, p. 1.
- Novella, E. J. (2019). Los límites de la tecnocracia: el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica y la modernización autoritaria de la asistencia psiquiátrica en la España del segundo franquismo. *Dynamis*, v. 39, n. 1, p. 73-97. doi: 10.30827/dynamis.v39i1.8667.
- Orellana Lanzar, J. (1945). Comentarios sobre la práctica médica en el seguro de enfermedad. *Profesión Médica*, n. 29, p. 2.
- Ortiz Gómez, T.; Quesada Ochoa, C.; Valenzuela Candelario, J.; Astrain Gallart, M. (1995). Health professionals in mid eighteenth century Andalusia: Socioeconomic profiles and distribution in the Kingdom of Granada. En: Woodward, J.; Jutte, R. (eds.). *Coping with sickness. Historical aspects of health care in a European perspective*. Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications. p. 19-44.
- Palanca y Martínez-Fortún, J. A. (1965). Los errores iniciales del seguro obligatorio de enfermedad. En: Hatzfeld, H. *La crisis de la medicina liberal*. Adaptación española con introducción, notas y apéndice bibliográfico, a cargo de D. Felipe Solé Sabarís. Barcelona: Ariel. p. 201-211.
- Perdiguer Gil, E. (2002). Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII. *Dynamis*, v. 22, p. 121-150. Recuperado de: <https://bit.ly/3siQ7Cv>.

- Perdiguero Gil, E.; Bueno Vergara, E. (2020). Hay una diferencia entre la medicina social y la socializada: las resistencias de los médicos españoles a la colectivización de la asistencia sanitaria y la ampliación de la cobertura sanitaria (1944-1963). En: González Madrid, D. A.; Ortiz Heras, M. (eds.). *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*. Madrid: Sílex. p. 95-124
- Perdiguero, E.; Comelles, J. M. (2014). Medicina popular, compromiso profesional y educación sanitaria en España. *Scripta Ethnologica*, v. 36, p. 7-40.
- Perdiguero Gil, E.; Comelles, J. M. (2019). The defence of health. The debates on health reform in 1970s Spain. *Dynamis*, v. 39, n. 1, p. 45-72. doi: 10.30827/dynamis.v39i1.8666.
- Perdiguero Gil, E.; Vidal Hernández J. M. (eds.). *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Mahón (Menorca): Institut Menorquí d'Estudis. p. 29-48
- Perdiguero Gil, E.; Zarzoso, A. (2010). La sanidad marítima en dos ciudades mediterráneas de la corona de Aragón durante el siglo XVIII: Barcelona y Alicante. En: Perdiguero Gil, E.; Vidal Hernández, J. M. (eds.). *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis. p. 29-48.
- Pons Pons, J.; Vilar Rodríguez, M. (2012). Labour repression and social justice in Franco's Spain: the political objectives of compulsory sickness insurance, 1942-1957. *Labor History*, v. 53, n. 2, p. 245-267. doi: 10.1080/0023656X.2012.679400.
- Pons Pons, J.; Vilar Rodríguez, M. (2014). *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Profesión Médica* (1960). Conclusiones de la Asamblea de Médicos Titulares de España. *Profesión Médica*, n. 549, p. 5.
- Redondo Rincón, M. G.; 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*, v. 79, n. 4, p. 658-688.
- Reparaz, J. R. (1960). En defensa de la posición de los médicos ante las proyectadas ampliaciones del seguro obligatorio de enfermedad. *Profesión Médica*, n. 545, p. 1-2.
- Rodríguez López, J. (1895). *Ligeros apuntes sobre las supersticiones en Galicia*. Lugo: Imprenta de El Regional.
- Rodríguez López, J. (1896). *Las preocupaciones en medicina*. Pontevedra: Gráficas Torres.
- Rodríguez López, J. (1910). *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares*. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas.
- Rodríguez Sendín, J. J. (2018). El médico general y de familia que necesita la sociedad en el siglo XXI. *Medicina General y de Familia*, v. 7, n. 3, p. 91-92. doi: 10.24038/mgyf.2018.030.
- Salamanca, A. (1960). Los representantes provinciales de los médicos titulares ratifican en su Asamblea los acuerdos de la Junta Central. *Profesión Médica*, n. 549, p. 3-5.
- San Martín, C. M. (1964). Al habla con el presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, el Dr. Enrique López de Coca Moreno. *Tribuna Médica*, 7 de noviembre de 1964, v. 1, n. 25, p. 9-11.
- Serrallonga i Urquidi, J. (2007). El cuento de la regularización sanitaria y asistencial en el régimen franquista. Una primera etapa convulsa, 1936-1944. *Historia Social*, n. 59, p. 77-98.
- Simón Lorda, D. (2020). Atención psiquiátrica. Salud mental y salud pública en el tardofranquismo. En: Martínez Pérez, J.; Perdiguero Gil, E. (eds.). *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata. p. 127-154
- Soler-Durall, C. (1978). La planificación de la salud pública en su vertiente hospitalaria. *Jano*, n. 306, p. 11-19.

- Soroa, A. (1964). *Hoja del Lunes*, 27 de enero de 1964, p. 17.
- Thomàs, J. M. (2001). *La Falange de Franco: fascismo y fascistización en el régimen franquista, 1937-1945*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Thomàs, J. M. (2019). *Los fascismos españoles*. Barcelona: Ariel.
- Valenzuela Candelario, J. (1994). El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, v. 14, p. 269-304. Recuperado de: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/105960>.
- Vilar Rodríguez, M.; Pons Pons, J. (2013). The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962). *Social History of Medicine*, v. 26, n. 2, p. 267-287. doi: 10.1093/shm/hks082.
- Vilar Rodríguez, M.; Pons Pons, J. (2020). La ley de bases de la Seguridad Social de 1963: ¿una oportunidad perdida? En: González Madrid, D. A.; Ortiz Heras, M. (eds.). *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*. Madrid: Silex. p. 125-156
- Vilar Rodríguez, M.; Pons Pons, J. (2015). La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista. *Historia agraria: Revista de agricultura e historia rural*, n. 66, p. 177-210.
- Visea Bustamante, J. M. (1964a). Un grandioso monumento al médico rural. *Tribuna Médica*, 24 de octubre de 1964, v. 1, n. 23, p. 4-5.
- Visea Bustamante, J. M. (1964b). El monumento al médico rural visto por Victorio Macho. *Tribuna Médica*, 7 de noviembre de 1964, v.1, n. 25, p. 11.