

## INFORME

# LA MEDICINA RURAL

**JUAN LUNA DELGADO**

No abundan los estudios de conjunto sobre la Medicina rural. Es significativo, por ejemplo, que en el número extraordinario de «Cuadernos para el Diálogo» de mayo de 1970, dedicado monográficamente a la crisis de la Medicina en España,

(\*) Las ideas y reflexiones contenidas en este artículo fueron expuestas en dos conferencias; una, en la Facultad de Medicina de Valencia, el 24 de abril, y otra, en el Círculo Cultural Juan XXIII, de Córdoba, el 30 de mayo de 1972.

no figurara ningún artículo específico sobre el tema concreto de la Medicina rural. En lo que se refiere a las revistas profesionales de nuestro país, los trabajos que sobre la Medicina rural aparecen en ellas no suelen plantear los problemas básicos y fundamentales de dicha modalidad del ejercicio médico, sino que, por el contrario, la mayor parte de ellos no son otra

cosa que simples denuncias, muchas veces parciales y fragmentarias, de aquellos aspectos profesionales que, por ser evidentemente injustos y contradictorios, polarizan la atención de los numerosos médicos que se ven obligados a soportarlos. En dichos trabajos suelen sugerirse soluciones más o menos originales y realizables, siempre a corto plazo, todas ellas provi-

sionales y accidentales, las cuales, al no atacar las causas profundas y esenciales de los males que aquejan a la actual Medicina rural, no permiten vislumbrar una solución definitiva y permanente para los mismos.

La problemática que plantea la actual Medicina rural no puede estudiarse, comprenderse ni, menos aún, resolverse si no se tienen en cuenta los factores que inciden en ella y determinan que la actual Medicina española, en su conjunto, resulte insatisfactoria, discrimina-



toria e injusta, del mismo modo que no se puede hacer un estudio aislado de la Medicina de nuestro país sino teniendo en cuenta las condiciones socio-económicas y políticas de la sociedad española.

La Medicina, como la cultura, la alimentación, la vivienda, etc., son resultantes, en el sector de los servicios básicos, de las relaciones de producción existentes. En una sociedad de clases, determinadas por la propia naturaleza de una estructura social liberal-capitalista, siempre existirá una alimentación para ricos y otra para pobres, una vivienda para ricos y otra para pobres, una educación para ricos y otra para pobres, y una Medicina para ricos y otra para pobres. De este hecho tendremos que partir para tratar de llegar a conocer las causas últimas de los males que aquejan a ese aspecto parcial de la Medicina española que es la Medicina rural.

La actual Medicina rural española se encuentra organizada oficialmente con criterios que si, en su día, ya lejano, pudieran ser sostenibles porque respondían a necesidades, mentalidades y relaciones de producción determinadas por la época, en la actualidad resultan totalmente anacrónicos, se encuentran desfasados con el desarrollo del país y son fuente constante de contradicciones.

Vamos a tratar de analizar los factores y circunstancias que más han influido y determinado el ejercicio y la práctica de la Medicina rural, hasta llegar a la situación actual. En primer lugar creemos obligado hacer reflexiones sobre el medio social en que se desenvuelve el médico rural y cuya población es el objeto de su propia razón de ser, esto es, el medio rural.

En el medio rural, en el campo, reina la pobreza, muy especialmente en Andalucía, Galicia, Extremadura y bastantes provincias castellanas. En el informe FOESSA 1970 se distingue una **pobreza específica** y una **pobreza general**. La primera se explica por un conjunto de carencias muy determinadas (vivienda, alimentación, educación, servicios, etc.), que caracteriza a algunos hogares. La segunda resume todas o algunas de esas características en un "modo de vida" que nosotros consideramos como una **forma de marginación**. Pues bien, esta segunda forma de pobreza es la que impera en el medio rural español, lo que determina que la mayor parte de la población campesina pueda ser considerada como un sector marginado de la sociedad española y, en cierto sentido, los médicos rurales constituyan a su vez un sector marginado de la Medicina española. Este hecho social, real, es de enorme importancia a los fines de nuestro estudio, pues desde hace tiempo es sabido que la base económica de una sociedad determina su estructura social en su conjunto, así como la psicología de las personas dentro de ella.



Las precarias condiciones de vida en el medio rural permiten explicar numerosos casos de ciertos tipos de enfermedades, tífus, paratífus, salmonelosis...

La general incultura, cuando no el más completo **analfabetismo**, es uno de los factores que más influyen negativamente el ejercicio de la Medicina rural. Esta incultura incide desfavorablemente en la relación médico-enfermo, produciendo desconfianza mutua, es origen de prácticas curativas supersticiosas, impide comprender a la población la real importancia de las normas y reglas higiénicas, etcétera.

El analfabetismo ha sido, y en gran parte continúa siendo, un mal crónico del campesinado, transmitido y agravado de generación en generación. El campesino analfabeto suele ser hijo de analfabetos, nieto de analfabetos y así en toda su ascendencia; suele casarse con otra analfabeta y, prácticamente, a lo largo de su vida sólo habla y convive con analfabetos o semianalfabetos. Consideramos imposible formarnos idea de cuál puede ser la **actitud psicológica de tales personas**, a qué grado de desconfianza, de miedo, de incertidumbre pueden llegar, qué cantidad de sufrimientos y humillaciones se han visto obligados a soportar. Entre estos seres humanos ha de ejercer su profesión el médico rural.

Otras breves reflexiones merece el **hábitat** del campesino y especialmente la **vivienda**. La población rural puede vivir reunida en pequeños grupos de caseríos o completamente aislada en lugares de muy difícil acceso. Aun en el caso de

mentación corriente en el medio rural suele ser muy escasa en proteínas y de bajo valor calórico, no obstante el rudo trabajo físico que se ven obligados a realizar tales obreros. Es obvio que ello repercute, sobre el ejercicio médico en el **salud física y mental** de la población campesina y, por consiguiente sobre el ejercicio médico en el medio rural. Algo similar se puede decir de los pescados, artículo que apenas llega al medio rural del interior, y cuando llega suele ser porque no reúne las garantías sanitarias mínimas. En cuanto a la leche, debido a la concurrencia de varios factores, principalmente la falta de control sanitario y la ignorancia de la población, es causa frecuentísima de brucelosis, enfermedad endémica en la comarca donde ejercemos.

Debido a la concurrencia de todos estos factores y de otros no menos importantes, entre los que destaca la **falta de centros de educación**, estamos asistiendo, desde hace años, a un éxodo masivo de campesinos y también de médicos rurales. En efecto, según el informe FOESSA 1970, a principios de siglo, cerca del 70 por 100 de la población activa española se dedicaba a la agricultura; en el año 1940 continuaba trabajando en el medio rural más de la mitad de la población activa de nuestro país; en la actualidad, los trabajadores agrícolas representan sólo el 25 por 100 de la población activa, previendo dicho informe que para 1975 aún se reducirá su número hasta el 20 por 100. En cuanto a los médicos rurales, en un artículo del doctor Álvarez Martínez, publicado en la revista oficial del Consejo Nacional de Colegios de Médicos a finales de 1971, se afirma que «hoy, 700 puestos de trabajo de médicos titulares están acumulados al de al lado, por no desearos ningún sanitario, ni siquiera interinamente». Según datos publicados en «Tribuna Médica», del 22 de enero de 1971, en 1960, el número total de médicos en España era de 33.788, de los cuales ejercían en capitales de provincia 18.056 y en lugares distintos a las capitales de provincia 15.732. En 1970, el número total de médicos en España se ha elevado hasta 41.762, pero a pesar de ello no se ha modificado prácticamente el número de los que ejercen en lugares distintos a las capitales de provincia, que era de 15.784. Dicha revista predice que para 1980 el número total de médicos en nuestro país será de 49.915, de los cuales sólo ejercerán en lugares distintos a las capitales de provincia 10.012.

Para quienes vivimos en el medio rural o en el semirural, estas cifras no son sino mera corroboración de un hecho que percibimos a diario: los campos españoles se despueblan y, según todas las apariencias, van a seguir despoblándose.

Alfonso C. Comín («Noticia de Andalucía», 2.ª ed., febrero 1971) publica un cuadro estimativo del volumen total de la emigración de

los pequeños núcleos urbanos, las deficiencias de la vivienda son verdaderamente graves: falta la luz eléctrica, ausencia de alcantarillado y de abastecimiento de agua potable, etc. Estas carencias materiales repercuten negativamente sobre el estado sanitario de la población. Ellas permiten explicar, por ejemplo, los numerosos casos de tífus, paratífus, salmonelosis y otras infecciones vehiculadas por las aguas que estamos habituados a ver los médicos que ejercemos en nuestra comarca (2).

También merecen ser tenidas en cuenta las **deficiencias en la alimentación**. En nuestra región, incluida entre las no ganaderas del país, el consumo de carne resulta difícil hasta para las personas pudientes debido a la escasez de la misma, sin tener en cuenta su precio (aproximadamente un kilo de carne de ternera vale unas 175 a 200 pesetas, es decir, el salario del campesino). Si es cierto que actualmente se va consumiendo más carne de ave, de todas formas la ali-

(2) Conviene hacer la observación de que algunos de los conceptos expresados deben estar condicionados por la circunstancia geográfica, ya que se refieren a una área concreta: una comarca de la campiña cordobesa. No obstante, confiamos en que, en líneas generales, estas reflexiones puedan ser válidas para el estudio de la problemática médica y rural de todo el país, pues, en el fondo, las causas de sus males son las mismas.

# LA MEDICINA RURAL

nuestra región para el período 1950-1964, cuyas cifras totales indican que en dicho período emigraron de Andalucía (bien al interior o al extranjero) 596.444 personas de la zona oriental y 303.683 de la occidental; es decir, en total, **novecientas mil personas**. Por lo que se refiere a la provincia de Córdoba, que es donde ejercemos, durante el período de tiempo 1961-1968 emigraron al interior 94.253 personas, y al extranjero (Europa continental), 21.473, sin contar los de la emigración temporal a Francia, que sólo en el período 1965-1968 alcanzó la cifra de 16.345 personas, todo esto según datos de un estudio económico de la provincia de Córdoba realizado por el Banco Meridional.

La causa de este vasto fenómeno social, como la de todos, no es otra que el **desarrollo de las fuerzas productivas**. En efecto, el desarrollo de las fuerzas productivas en nuestro país ha acentuado una contradicción que resulta cada día más evidente: la **antinomía campo-ciudad**. Las masas campesinas, obligadas a vivir en una época de consumismo desbocado, en una sociedad agraria cuyas relaciones de producción son de tipo precapitalista cuando no semifeudal, donde imperan los bajos salarios, los largos paros estacionales, la incertidumbre de las cosechas, el bajo nivel de vida, la falta de adecuados servicios educativos y sanitarios, la nula expectativa de mejorar de situación en ese medio; esas masas campesinas, decimos, se han visto empujadas, casi ineluctablemente, a vender su fuerza de trabajo en las zonas industriales, bien de España o del extranjero, donde, al menos, encuentran mejores salarios, empleos de más larga duración y mejores servicios.

Con todo lo expuesto salta a la vista un hecho: los médicos rurales, que, a principios de siglo atendían al 70 por 100 de la población española, en la actualidad sólo han de atender al 25 por 100 de dicha población. Esta sensible variación cuantitativa ha influido decisivamente sobre el ejercicio médico rural; pero en ese mismo período de tiempo han ocurrido otros hechos de gran repercusión sobre la Medicina en general y sobre el ejercicio rural en particular. Estos dos hechos son: la **implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad** (origen de la actual Seguridad Social) y la **complejidad creciente de la ciencia médica y su aplicación práctica**. A ambos vamos a dedicar unas reflexiones.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad fue creado en 1942 (3). Llama

(3) No se pueden olvidar, como antecedentes históricos importantes la creación del Instituto Nacional de Previsión (1908), del Seguro de Retiro Obligatorio (1919), del Seguro de Maternidad (1929) y el de Accidentes del Trabajo (1932). Asimismo, es importante recordar que en julio de 1936 se encontraba en estudio en las Cortes un proyecto de Ley para introducir el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

la atención un hecho sorprendente: en tanto los obreros industriales estuvieron acogidos a los beneficios del Seguro Obligatorio de Enfermedad desde la citada fecha, tales beneficios no fueron aplicados a la población activa agraria (por lo menos a los obreros agrícolas eventuales, que constituyen su inmensa mayoría) hasta 1961, es decir, casi veinte años después de su implantación, hecho que hemos calificado de sorprendente teniendo en cuenta que la población campesina ha sido siempre y continúa siendo la peor remunerada y la más desvalida del mundo laboral de nuestro país. Otra contradicción análoga subsiste respecto a la cobertura del riesgo de paro: en tanto los obreros industriales están protegidos por el subsidio de paro, los obreros agrarios eventuales se encuentran sin protección alguna frente a ese riesgo, y ya la propia denominación de **obrero agrícola eventual** define una injusticia social flagrante. En nuestra opinión, tales contradicciones sólo pueden explicarse por las relaciones de producción existentes en el campo español, representando probablemente uno de los últimos vestigios de las relaciones feudales que secularmente imperaron en él. Pero siguiendo con el desarrollo de nuestro estudio nos interesa resaltar este hecho: aunque tardíamente, la población campesina española se encuentra protegida desde hace diez años por la Seguridad Social frente al riesgo de enfermedad. Este hecho también ha de incidir profundamente en el ejercicio de la Medicina rural, en unos aspectos, favorablemente, y en otros, menos favorablemente.

No puede negarse que la creación de la Mutualidad Agraria supuso una evidente mejora en la asistencia médica de los obreros agrícola-

las y de sus familiares, especialmente en el aspecto quirúrgico. Hasta entonces, la población campesina estaba atendida oficialmente por las beneficencias municipales y su asistencia corría a cargo de los médicos titulares; en el aspecto quirúrgico, y en ciertos casos graves de enfermedad, recibían asistencia en los hospitales provinciales, sostenidos por las diputaciones. En la práctica, y en los casos ordinarios, debido a las deficiencias de este tipo de asistencia, la población rural no tenía otra opción que la de recurrir al médico particular, bien mediante el pago de sus honorarios por acto médico o bien mediante el sistema de iguales.

De las muchas repercusiones producidas sobre el ejercicio médico rural por la creación de la Mutualidad Agraria, sólo vamos a resaltar dos: una de orden económico y otra de orden psicológico.

Desde el punto de vista económico, con la implantación de la Seguridad Social agraria el médico vio reducidos sus ingresos particulares y en algunas zonas éstos quedaron prácticamente reducidos a cero. A esta reducción contribuyó también el vasto proceso migratorio del que nos hemos ocupado antes.

En el orden psicológico, la Seguridad Social ha ido cambiando notablemente el papel del médico rural, ha deteriorado su prestigio y le ha hecho asumir funciones burocráticas enojosas. A los ojos de la población campesina, el médico rural ha pasado a ser un médico de segunda categoría, sólo capaz de atender los casos leves y triviales; para la población rural los médicos «buenos» son los del ambulatorio de zona y sobre todo los de las **suntuosas residencias sanitarias**; de esta suerte, el médico, ante los ojos de los campesinos asignados a su cuidado, aparece cada vez más como

un subalterno de los de la capital, cuando no como un mero escribiente de recetas y volantes. A la larga, este proceso ha influido en la psicología de muchos médicos rurales que han llegado a pensar si esta imagen que de ellos tiene la población acogida a sus cuidados no es, desgraciadamente, cierta.

Con esto pasamos a ocuparnos del otro hecho al que aludimos, el cual, a nuestro juicio, es el más grave de todos los enumerados y el que incide más profundamente sobre el ejercicio profesional del médico rural. Nos referimos a la **complejidad creciente de la ciencia médica y su aplicación práctica**. A este grave problema ha dedicado José Aumente las siguientes reflexiones:

«Averiguar primero lo que tiene el enfermo, y tratar después la alteración diagnosticada, no son ya unas actividades sencillas que puedan resolverse directamente, de tú a tú, entre médico y paciente. Será así para las alteraciones triviales de una Medicina casera, de consulta rural o visita domiciliaria, pero nada más. Las complejidades técnicas se suelen ir interponiendo, crecen elefantásicamente, hasta destruir a veces toda posibilidad de relación médico-enfermo.

«En este sentido, la revolución que supuso la introducción de la auscultación mediata de Laennec a través del fonendoscopio, o sea, la objetivación de signos que permitirían enjuiciar lo que ocurre en el cuerpo, ha seguido creciendo y ampliando su brecha... Entre médico y enfermo se interpone así todo el fabuloso aparato de la técnica exploratoria moderna.

«Y no es ya solamente una muy especializada técnica de examen, un análisis de laboratorio, una placa radiográfica, un trazado electrocardiográfico o electroencefalográfico, sino el cada vez más numeroso grupo de hombres técnicos, incluso no médicos, los que se incluyen, interfieren y complejizan el acto médico. De aquí también que, como dice Pedro Pons, "el médico de hoy no puede vivir aislado, no puede ejercer con su propio saber e inspiración una profesión que es cada vez más compleja y exige mayor suma de conocimientos».

Siendo esto así, y todos sabemos que lo es, hay que preguntarse: ¿Qué clase de Medicina puede practicar el médico en el medio rural? ¿A qué tensiones de ánimo está sometido y qué frustraciones no ha de padecer el médico rural consciente? Es claro que el médico «per se» no es responsable de los males que aquejan a la Medicina rural, sino que el médico, como el enfermo, son víctimas de una estructura social que los oprime y en muchos sentidos los aliena. Hay que reconocer este hecho: si la población rural puede no ser consciente de que los males de que adolecen los servicios médicos que se le prestan obedecen a estas causas estructurales, a las que suele ser ajeno el médico encargado de atenderla, éste, el médico, con frecuencia,

En nuestro país no existen prácticamente hospitales rurales, existiendo muy pocos comarcales. Por el contrario, en el medio urbano han sido erigidos y continúan erigiéndose centros hospitalarios grandiosos... El contraste es bastante significativo.



# LA MEDICINA RURAL

tampoco es totalmente consciente de ello.

Angel Sopeña Ibáñez ha escrito: «Desgraciado aquel médico, o comunidad médica, que viva marginado de las aspiraciones socio-político-económicas-culturales de su pueblo. Y da la casualidad que en España es casi común el que nos enfrentemos con un tipo de médico, por otra parte competente, que viva «aislado» en su más amplio sentido, de los problemas donde él mismo ejerce su profesión». En el mismo artículo, el doctor Sopeña añade: «El médico actual debe biografar al enfermo inserto en una estructura socio-económica y cultural. En este caso, la del hombre español. Veámosla: El hombre español que vive en el campo se siente, o aunque no «se sienta» inferior por su aislamiento, su anafía o semianalfabetismo, su incultura, su limitación económica, su necesidad perentoria de emigración, sensación de ser explotado, sometimiento a diferentes formas de represión y, por último, y ya en lo que se refiere al objeto de este artículo, el hombre-enfermo-campesino no puede manifestarse ante su médico con naturalidad, porque se lo impiden sus propios defectos».

Pues, bien; pensamos nosotros que todo lo dicho puede ser aplicable a gran número de médicos rurales, que también son **hombres-españoles-que viven en el campo**, exceptuando, claro está, lo referente a las circunstancias culturales, las cuales, en todo caso, se encuentran muy influenciadas desfavorablemente para el médico rural por las condiciones adversas del medio social donde vive. En virtud de un proceso psicológico muy semejante al del campesino, muchos médicos rurales pueden llegar a tener una conciencia muy deformada, tanto de la «realidad social» como de su propia realidad humana y profesional, y ello en virtud de condicionamientos materiales que le son ajenos desde el comienzo mismo de sus estudios universitarios.

En efecto, el médico rural, al igual que la inmensa mayoría de todos los médicos españoles, ya se encuentra condicionado por su deficiente formación; pero, al contrario de los que ejercen en otros medios más favorables, en grandes ciudades, próximos a centros universitarios, etcétera, donde existe por lo menos una posibilidad de mejorar su formación, los médicos rurales no pueden casi nunca aumentar su capacitación si no por sus propios medios, siempre imperfectos. A mayor abundamiento, la mayor parte de los médicos que ejercen en el medio rural no lo han hecho caprichosamente, sino obligados por las circunstancias; y una vez en ese medio, ya no han podido salir de él, por las condiciones objetivas en que se desenvuelven.

¿Cuáles son las condiciones objetivas en las que se desarrolla la vida del médico rural? Vamos a tratar de enumerar las que consideramos más importantes y las que ma-

yor influencia parecen ejercer en su actitud humana y profesional.

1.º **Aislamiento.** Probablemente sea ésta una de las circunstancias que más influyen y condicionan desfavorablemente la vida del médico rural. Este aislamiento no se refiere solamente al aspecto profesional, lo que ya es gravísimo, sino al aspecto cultural en su más amplio sentido. En el caso del médico obligado a ejercer en los llamados partidos cerrados, este aislamiento puede alcanzar un grado difícilmente soportable, y sus consecuencias afectar profundamente al ejercicio médico.

2.º **Inseguridad.** Esta inseguridad es tanto económica como puramente profesional. La primera deriva de los factores ya mencionados (Seguridad Social, emigración, bajo nivel de vida, etcétera). La segunda se debe tanto a la falta de medios materiales de diagnóstico y de tratamiento, a que ya hicimos mención, como a la multiplicidad y diversidad de problemas que se ve obligado a atender, muchos de ellos acuciantes y gravísimos. El médico rural se ve sometido a una constante y angustiosa tensión psíquica, que, en muchos casos, puede llegar a afectar gravemente su propia salud.

3.º **Servicio permanente.** El médico rural, especialmente el que ejerce en los llamados partidos cerrados, se encuentra obligado a permanecer de guardia constantemente. Para él no existe descanso ni aun en los días festivos, y si alguna

vez ha de ausentarse de su residencia, lo hace lleno de la mayor zozobra y siempre temiendo una denuncia que puede acarrearle graves sanciones. Esta penosa situación de gran número de médicos rurales permite decir, sin exageración alguna, que es equivalente a la de prisioneros de por vida.

4.º **Falta de información científica.** Derivada de su aislamiento, que le impide intercambiar observaciones y experiencias con otros compañeros, y, con mayor motivo, actualizar sus conocimientos y su práctica mediante periódicos desplazamientos a centros adecuados. Con demasiada frecuencia su única fuente de información científica está constituida por las que suministran las revistas publicitarias editadas por la industria farmacéutica, cuya solvencia científica suele estar supeditada al interés comercial.

5.º **Constante deterioro de su prestigio.** Ya aludimos a ello anteriormente, al considerar las repercusiones del establecimiento de la Mutualidad Agraria sobre el «rol» del médico rural. Ahora queremos añadir otra causa que estimamos importante en la génesis de este deterioro de su prestigio. Nos referimos a la crítica adversa que suelen hacer algunos médicos de la capital (y, por supuesto, también los del Seguro), que tratan de acrecentar su clientela y sus ingresos a costa del «pobre e ignorante» médico del pueblo o de la aldea. Un caso particular es el del partido

donde ejercen dos o tres médicos, los cuales, guiados por el egoísmo que engendra la noción de la «Medicina liberal» en una sociedad competitiva y depredadora, aun dentro de los límites de un pequeño pueblo, están constantemente criticándose y desprestigiándose mutuamente. Si, como suele decirse, «el hombre es lobo para el hombre», parece serlo mucho más dentro de la familia médica.

6.º **Incomodidad.** Las condiciones materiales en que se desenvuelve la vida de los médicos rurales, siempre muy inferiores a las de los que ejercen en el medio urbano, en muchos casos llegan a ser de una dureza extrema. Disponen de pésimas viviendas y consultas, con mucha frecuencia sin servicios de agua, ni alcantarillado, ni mucho menos teléfono. El mal estado de los caminos e incluso la falta de ellos le obligan a desplazarse a pie o en caballerías para atender a pacientes que residen en lugares que son inaccesibles por otros medios.

Esta incomodidad afecta también a los allegados del médico, principalmente a su esposa, aunque también a los hijos. Al acudir al consultorio los enfermos y lesionados, la familia del médico se ve inmersa en el drama: enfermos con grandes hemorragias o pacientes vomitados y diarreicos que manchan de sangre o excretas los muebles o utensilios; los hijos del médico se ven precisados muchas veces a contemplar escenas que pueden ejercer sobre ellos graves traumas psicológicos: la presencia de heridos y enfermos graves, algunas veces niños, que mueren en el consultorio. Esto, sin olvidar la exposición al contagio que todo lo descrito conlleva.

7.º **Imposibilidad de mejorar de situación.** En general, el médico rural sólo puede aspirar a mejorar de partido, lo cual puede suponer un alivio para su penosa situación, pero nunca una mejora radical y efectiva, pues siempre seguirá sometido a las frustraciones inherentes al ejercicio rural. Este médico no puede soñar en ejercer en un hospital ni en practicar una medicina científica, viéndose obligado de por vida a su deficiente quehacer profesional, que le resulta más evidente e insatisfactorio cuanto más avanza la Medicina científica, y esta penosa convicción se va acentuando en él cada vez más con el transcurso de los años.

8.º **Precaria situación económica.** Derivada de sus exiguos ingresos, esta precaria situación económica es causa de gran parte de los problemas que afectan al médico rural, problemas que no son sólo profesionales, sino puramente humanos y familiares, y esta situación es a su vez, en gran medida, efecto de su deficiente quehacer médico, del cual, desde luego, no es responsable, por venirle impuesto por toda esta serie de condicionamientos que venimos enumerando. Las repercusiones de esta situación sobre el médico y su familia son

El hecho cardinal de que debe partirse es que no puede transformarse la Medicina rural si no se transforma previamente el medio donde se ejerce.



transcendentales, pues llegan a afectar a su mayor, y muchas veces única esperanza: los hijos, los cuales pueden verse desprovistos de medios adecuados de formación y de cultura.

No obstante lo dicho, hay que reconocer que también existe un gran número de médicos rurales y semirurales cuya situación económica no es tan precaria como la descrita; pero, aun en estos casos, conviene tener en cuenta que su inferioridad económica con respecto a los que ejercen en el medio urbano resulta patente si consideramos, por ejemplo, que los gastos que origina la educación de los hijos son siempre mucho mayores para el médico rural.

Finalmente, también debemos admitir que hay bastantes médicos rurales cuyos ingresos pueden ser muy importantes. De éstos sólo diremos que, en nuestra opinión, el ganar excesivo dinero, tanto en el medio rural como en el urbano, puede suponer una forma de dejarse comprar la conciencia profesional del médico, contribuyendo así al mantenimiento de la deficiente situación sanitaria.

Aunque aún pudieran ser enumerados otros factores que influyen negativamente la actuación profesional y la vida del médico rural, creemos que los señalados son suficientes para explicar la actitud de muchos de ellos.

Al llegar a este punto pensamos que puede ser oportuno referir un caso real y objetivo, que, con su intenso dramatismo, resume, ilustra y demuestra que cuantas deficiencias y males hemos venido exponiendo no son meras elucubraciones teóricas ni exageraciones, sino una lamentable realidad. El caso, ocurrido el pasado año, es el siguiente:

Una madre que vive en el campo, lejos de la carretera y sin medios de comunicación, advierte, a primeras horas de la madrugada, que uno de sus hijos, de unos cinco años de edad, parece encontrarse gravemente enfermo. El niño tiene convulsiones, fiebre muy alta y su cara refleja un gran sufrimiento. Como su esposo, trabajador agrícola, se encontraba ausente y en las proximidades del cortijo no vivía nadie, la madre tomó a su hijo en brazos y, tras recorrer un par de kilómetros a través de los campos, se situó al borde de la carretera general Málaga-Madrid, a unos diez kilómetros de Lucena, confiando en que alguno de los numerosísimos vehículos que circulan por dicha vía pudiera conducirlos a esta última ciudad y allí solicitar asistencia médica, pues eran beneficiarios de la Mutualidad Agraria. Desgraciadamente, durante varias horas, no pasó ningún vehículo, y sólo al amanecer se detuvo uno de ellos. El niño, ya en gravísimo estado, fue examinado por un pediatra de la Seguridad Social, el cual prescribió un tratamiento de urgencia, y dispuso el inmediato traslado del niño a la capital, dado que no disponía de medios adecuados para atenderle con toda garantía en aquel medio, donde la Seguridad Social sólo tiene instalado un ambulatorio. El pequeño falleció apenas iniciado el viaje.



Los médicos rurales que a principios de siglo atendían al setenta por ciento de la población española, sólo atienden hoy al veinticinco por ciento de esa población.

Sería ingenuo por nuestra parte incurrir en la tentación de proponer medidas concretas y prácticas con la pretensión de solucionar los gravísimos problemas que tiene planteados la Medicina rural, entre otras razones porque no nos consideramos capacitados para ello. Nosotros vamos a limitarnos a seguir exponiendo unos criterios generales, con la casi absoluta convicción de que sólo teniéndolos en cuenta será posible crear una correcta y humana Medicina rural, tanto para el enfermo como para el médico. Pensamos que la comunicación de estas reflexiones tal vez pueda contribuir, si bien muy modestamente, a que todos formemos mejor juicio acerca de la problemática de la actual Medicina rural. Dos ideas básicas han de presidir cualquier intento de reforma: Primera, el derecho a la salud es un derecho básico del ser humano; en consecuencia, en toda sociedad bien organizada no deberá existir discriminación alguna respecto a la calidad de los servicios médicos que se presten a la población, sea ésta urbana o rural. Segunda, de acuerdo con la definición de la OMS, debemos entender por salud «el estado de completo bienestar corporal, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad».

El hecho cardinal del que debemos partir es que no se puede transformar, en sentido positivo la Medicina rural si no se transforma previamente el medio donde se

ejerce. La transformación del medio rural no es una cuestión médica, pero sobre ello es ineludible hacer unas breves reflexiones, porque, queramos o no, la Medicina, como cualquier actividad humana, está determinada por las estructuras socio-económicas.

Mientras no se transforme el campo, material y culturalmente, no podrá mejorarse la calidad de la Medicina rural; mientras no se disponga en el campo de vías de comunicación en buen estado, servicios higiénicos, centros de educación y personal docente, equiparables en cantidad y calidad con los del medio urbano, no se podrá resolver ninguno de los problemas esenciales que tiene planteados la Medicina rural.

De nada serviría una mejora material, en el caso de que se hiciera, si no va acompañada de un mejoramiento cultural, cuestión que plantea prácticamente los mismos problemas que los de la asistencia sanitaria. El personal docente rehúye vivir, no ya en el campo, sino en los pequeños núcleos urbanos, como consecuencia de la que antes hemos llamado antinomia campo-ciudad.

Es claro que lo que dificulta, si no impide, la realización de todas estas transformaciones no es otra cosa que la propia estructura agraria. Si el desarrollo de la producción industrial requiere cada vez más obreros cualificados con un mínimo nivel cultural, la producción agraria, tal como todavía se desarrolla en la mayor parte de nuestro país, sólo exige trabajo rudo, pero

sin cualificar; trabajo de hombres, mujeres, ancianos y niños, que todos realizan faenas agrícolas, sobre todo en la recolección; pero, desde este punto de vista, no importa que sean o no analfabetos o semianalfabetos.

Muchos de los males de la agricultura española provienen de la irregularidad y anarquía de la producción, de la poca rentabilidad de ciertos cultivos, del elevado precio de la maquinaria agrícola, etcétera; problemas éstos cuya solución no está en manos de los agricultores, sobre todo de los más modestos; concretamente, en nuestra comarca, supeditada al monocultivo del olivar, hay que reconocer que la sustitución de los olivares por otros cultivos exigiría unos recursos económicos y provocaría unos conflictos sociales de tal magnitud que hacen impensable una tal sustitución en tanto persistan las actuales relaciones de producción.

No quisiéramos extendernos más en este punto; no obstante, creemos que lo expuesto evidencia que mientras no se produzcan las aludidas transformaciones, no podrán resolverse de modo satisfactorio los problemas del ejercicio médico rural. Y ahora vamos a ocuparnos, también brevemente, de dos cuestiones de gran importancia: los hospitales rurales y la Seguridad Social.

Parece evidente que la actual Medicina, para ser practicada de modo eficaz, exige el medio hospitalario, porque sólo allí es posible utilizar todos los recursos de la ciencia médica, dado que el campo de sus conocimientos se ha ampliado de tal manera que una sola persona no puede abarcarlos todos y por otra parte sólo en él es posible disponer de los complicados y costosos medios materiales de diagnóstico y de tratamiento que requiere la práctica de la Medicina científica; en suma, la actual Medicina sólo puede practicarse en equipo y éste requiere el hospital.

Hay quienes sustentan la tesis de que la Medicina ejercida a título individual debe desaparecer; nosotros pensamos que durante cierto tiempo seguirá siendo necesario el médico general o médico de cabecera, y que donde más tiempo seguirá siendo necesario es, precisamente, en el medio rural; pero estamos convencidos también de que es urgente llevar el hospital al medio rural y tratar de integrar en él al médico que ejerce en dicho medio.

En nuestro país, prácticamente, no existen hospitales rurales, habiendo muy pocos comarcales. Resulta muy llamativo el hecho de que el medio rural español se encuentre desprovisto de centros hospitalarios, en tanto en el medio urbano han sido erigidos y continúan erigiéndose hospitales grandiosos, cuya construcción parece estar presidida con un criterio de «americanización», como ha señalado Baltar. Tal contradicción no puede ser explicada sino por las mismas razones

# LA MEDICINA RURAL

ya repetidamente expuestas a lo largo de nuestro estudio.

En relación con el punto que tratamos no podemos dejar de consignar que el III Plan de Desarrollo anuncia la creación de una red de centros comarcales, siendo muy curioso que en el II Plan se decía textualmente: «Salvo en la hospitalización de enfermos mentales, el equipo hospitalario existente es capaz (en cuanto al número de camas) de subvenir a las necesidades de la población actual sin más que un pequeño aumento». Recientemente, el Informe Baltar (ver TRIUNFO números 476 y 477) ha demostrado que España ocupa el último puesto de los países europeos en número de camas de hospital, con menos de la mitad de la media europea, por debajo de Portugal y Grecia.

No podemos conocer la eficacia de los hospitales comarcales cuya construcción se anuncia, si bien, en principio, somos escépticos respecto a su posible rendimiento, fundando nuestro escepticismo en un hecho harto conocido: la diversidad y dispersión de la organización sanitaria española. Porque esto suscita la cuestión de a cargo de quién van a estar tales hospitales, una vez construidos, si de la Dirección General de Sanidad, de la Seguridad Social, de los municipios, etcétera, que plantilla tendrán, y otra larga serie de interrogantes, que ignoramos si obtendrán respuesta adecuada.

Con esto pasamos a otro punto esencial, ya anunciado y al que nos hemos referido anteriormente: el de la Seguridad Social. Nosotros esta-

mos convencidos de que, en términos generales, la asistencia médica de todo país debe estar en manos de la Seguridad Social, y, con mayor motivo, en países como el nuestro, en el que existe tan desigual e injusta distribución de la renta. Si toda la Medicina debe ser socializada, con mayor razón debe serlo la Medicina rural, siempre, naturalmente, que se haga con los criterios que deben presidir una verdadera y auténtica socialización. Sobre este punto creemos que todos los médicos deberían tener unos conceptos muy claros, y, por supuesto, todos los trabajadores.

Habiéndose publicado excelentes trabajos sobre esta cuestión (4), nosotros sólo queremos añadir unas consideraciones sobre un hecho contradictorio que incide profundamente en el ejercicio médico. Todos sabemos que, a pesar de estar acogida a la Seguridad Social la mayor parte de la población española, la principal fuente de ingresos de muchos médicos suele seguir siendo la consulta privada, dándose con frecuencia el caso de que un mismo enfermo acuda a la consulta particular de su propio médico del

(4) Pueden verse, entre otros, los siguientes: J. Aumente, «Los nuevos condicionamientos profesionales del médico», número 474 de TRIUNFO, correspondiente al día 3 de julio de 1971; F. Soler Sabarís, «Problemática de la Seguridad Social», en «Cuadernos para el diálogo», número XX, extraordinario, mayo 1970; finalmente, el de Cruz-Barón-Serrano, «Banquero barato», en el número 17 de «Cambio 16», del 13 de marzo de 1972.

Seguro, porque está totalmente convencido de que no puede ser atendido adecuadamente en la multitudinaria consulta del ambulatorio. Es esta una de las contradicciones que, como ha señalado Aumente, invade la propia conciencia del médico, que, a lo largo de su diaria jornada de trabajo, ha de atender funciones muy distintas en el orden social y profesional que se esquematizan, a nuestro juicio, en una fundamental: la mayor parte de los médicos españoles, a ratos, ejercen una Medicina oficial, retribuida mediante sueldo que es totalmente insatisfactoria para ellos y para los enfermos, y, a ratos, una Medicina privada, que, aunque tampoco es satisfactoria, por lo menos lo es en mayor medida que la oficial, y esta contradicción no puede por menos que gravitar sobre la mente y la conciencia del médico honesto. La pésima calidad de la Medicina oficial, en general, estructuralmente determinada por condicionamientos a los que suelen ser ajenos médicos y enfermos, es la razón y causa fundamental de que la Medicina particular o privada pueda seguir siendo la principal fuente de ingresos para que muchos médicos españoles puedan vivir decorosamente y algunos ostentosamente.

Es muy curioso que todas o la mayor parte de las contradicciones señaladas y que resultan tan llamativas, particularmente esta última, no hayan tratado de resolverse adecuadamente a lo largo de los años, pareciendo que han de persistir para siempre; ello no puede obedecer más que a esta razón: no toda

socialización de la Medicina es auténtica, porque toda auténtica socialización exige inexorablemente la transformación de las relaciones de producción.

Aumente ha escrito, refiriéndose a la socialización de la Medicina en los países capitalistas y neocapitalistas, las siguientes palabras: «Y es que en realidad, por mucho que se socialice la Medicina las bases socio-económicas del sistema no sólo permanecen intactas, sino que se verán reforzadas. Por un lado, al no afectar para nada a las relaciones de propiedad referidas a los medios de producción, nos encontramos así con un sector de servicios que no ofrece el más mínimo riesgo para los intereses económicos prevalentes. Y por otro, por si fuera poco, es una buena política de estímulo al desarrollo, puesto que al asegurar económicamente el riesgo de enfermedad, invalidez o accidente, permite al trabajador invertir en bienes de consumo —a veces hasta en electrodomésticos caros, televisores, etc.— aquellos recursos que en otro caso habrían de dedicarse al ahorro en previsión de aquellas contingencias desgraciadas. Fomentan, pues, el desarrollo de una sociedad de consumo, tan cara hoy al neocapitalismo vigente. Y por último, incluso es muy rentable económicamente. En cualquier sector de la economía capitalista, lo que en realidad se suelen nacionalizar son las pérdidas».

Por su parte, Soler Sabarís ha escrito: «La Seguridad Social española, desde el punto de vista financiero, es la única Seguridad Social europea que tiene superávit en su presupuesto. De aquí se infieren dos conclusiones: la primera, que se ha utilizado y se está utilizando la Seguridad Social como un instrumento de ahorro forzoso, con lo cual se están desvirtuando sus fines, que consisten en la cobertura de unos riesgos de forma adecuada y a un mínimo coste. En segundo lugar, este ahorro forzoso se está verificando a costa del consumo de las clases más modestas, porque además de reducirse los salarios reales, las cargas sociales repercuten en los precios, como sucede en cualquier impuesto sobre el consumo». Dice también Soler Sabarís que la Seguridad Social se está empleando en otros fines ajenos por completo a su verdadera naturaleza, como es la construcción de hospitales propios y la subvención, constantemente denunciada, a las Universidades Laborales, evaluada en 4.000 millones de pesetas anuales. Parecidas consideraciones podrían hacerse sobre el papel financiero de las mutualidades, basado en la necesidad de crear un ahorro forzoso con el cual financiar las empresas del INI, dedicando las citadas mutualidades la mayor parte de sus reservas a la inversión en fondos públicos, especialmente en obligaciones de las empresas del INI.

■ J. L. D.

La población rural puede vivir reunida en pequeños grupos de caseríos o completamente aislada en lugares de muy difícil acceso. Aun en el caso de los pequeños núcleos urbanos, las deficiencias de la vivienda suelen ser verdaderamente graves.

