

El médico rural, custodio de la salud

En la sociedad

INTRODUCCIÓN

Desde la Edad Media **hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX**, los avances en medicina fueron exiguos.

El **siglo XX de** luces y sombras fue determinante en la historia de la humanidad por los enormes progresos que se desarrollaron en materia tecnológica, científica y médica, así como los profundos cambios sociales y políticos que cambiaron el panorama internacional.

Debemos tomar conciencia de la labor que en condiciones irrepetibles, hicieron los médicos rurales durante este periodo.

Los médicos rurales en la primera mitad de siglo, pese a no disponer de vacunas, antibióticos y con escasos medios técnicos de diagnóstico, afrontaron con vocación y humanidad estas carencias y nunca se apartaron de sus pacientes.

En la segunda mitad de siglo los médicos pese a la escasa ayuda por parte de la ADMINISTRACION DEL ESTADO supieron adaptarse de forma prodigiosa a los nuevos avances tecnológicos y terapéuticos.

El médico más completo es un buen médico general, guardián de cuerpos y espíritus, consejero de la salud física y confesor de las dolencias psíquicas, que conocía y atendía a sus enfermos en todas las etapas de la vida.

Siempre tenía presente al ser humano al que atendía.

HITOS HISTÓRICOS DE LA MEDICINA RURAL

En el siglo XIII **Alfonso X** crea las Facultades y promulga un fuero en cuya ley se establece que los médicos ya establecidos en el lugar, examinarían al recién llegado y si lo consideraban apto, el alcalde le extendía el título para ejercer.

Doscientos años después, los **Reyes Católicos**, crean en **1477** el *Real Tribunal del Protomedicato*, cuyos miembros son médicos revalidados con títulos expedidos por las Universidades donde han aprobado.

En el mundo rural los médicos se rigen por el Reglamento del **Consejo Supremo de Castilla (1746)**; son contratados en el lugar que se establezcan durante un periodo de tres años, bajo el control del *alcalde* y de los "*Señores veinticuatro vecinos*" que deciden del buen comportamiento del médico.

El inicio de dignificación se consigue en el reinado de **Fernando VII**. El Reglamento **General de las Reales Academias de Medicina y Cirugía** de **1830**, en donde la elección de los médicos titulares no se hacen por los alcaldes, sino por oposición a través de las Reales Academias y no podrán ser trasladados de sus puestos sin motivo probado.

En **1904** se crea el **CUERPO DE MÉDICOS TITULARES con formación universitaria, asalariados por los concejos para asistencia a los pobres y que ejerce la medicina por cuenta propia**. Son Funcionarios Públicos con el cargo de *Inspectores Municipales de Sanidad*. Al mismo tiempo se clasifican adecuadamente *los partidos médicos*.

En el **34**, se instaura el **CUERPO DE MÉDICOS DE ASISTENCIA PÚBLICA DOMICILIARIA (APD)**.

En el **53** se desarrolla la **Ley del Reglamento de Sanitarios Locales**, donde los Médicos tienen condición de Funcionarios Técnicos del Estado, **dependientes del Ministerio de Gobernación**.

En el **63** se asentó la doctrina de que, si bien los Sanitarios Locales **son funcionarios** de la **Administración Civil del Estado**, lo son de un **cuerpo Especial**, y se rigen por sus **disposiciones específicas**.

Se hace mención de su obligación de permanecer de servicio las 24 horas del día y los 365 días del año, prestar asistencia médico-quirúrgica a los enfermos incluidos en el Padrón de Beneficencia Municipal gratuita, prevenir la salud pública, vacunaciones, verificar defunciones, sustitución al Forense, reconocimiento de quintos, inspección escolar y de establecimientos públicos, declaraciones de enfermedades obligatorias, asistencia a Guardia Civil y mutilados etc., nunca se podía dar más por menos dinero...UN MULTIUSOS A PRECIO DE GANGA

HITOS HISTÓRICOS DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD

Desde la Baja Edad Media hasta bien entrada la década de los 50 se mantuvo ampliamente vigente la suscripción periódica a los servicios médicos mediante la **Iguala o Avinza en Galicia**. Las familias pagaban al médico una cantidad anual estipulada, bien en dinero o en especies y el médico se comprometía a cambio, dar asistencia médica a todos los miembros de la familia durante un año.

Las especies más frecuentes eran leña para lumbre, hierba para la manutención del caballo, productos de las matanzas de animales domésticos etc.

En la Segunda República se produce un importante desarrollo normativo (seguro de maternidad, seguro de accidentes de trabajo, creación del Ministerio de Sanidad, etc.) que se detiene en la posguerra, hasta la creación, en **1942**, del "**Seguro Obligatorio de Enfermedad**". Este fue un hito importante que, sin embargo, tuvo un impacto modesto en el medio rural: los trabajadores que

disfrutan de cobertura son escasos porque apenas hay empresas empleadoras y, las pocas que hay, tienden a no asegurar a los trabajadores.

Pero el verdadero efecto ascensor en el financiamiento de la salud rural no se dará hasta **el 74**. A partir de este año se implanta el llamado **Régimen Agrícola**, que extiende la cobertura de salud a los trabajadores del campo. Las reticencias iniciales del médico rural pronto se diluyen: el aumento en progresión aritmética del número de asegurados es generosamente compensado por el aumento en progresión geométrica de la remuneración. La palabra para definir este fenómeno es reveladora: **un maná**. Ciertamente que la alegría de los médicos duró poco: los salarios se ajustaron a la baja y el médico rural se convertiría en funcionario indefinidamente.

El resto es historia reciente. La creación del **Sistema Nacional de Salud** en **el 86** trae consigo (con secular retraso) la sanidad para todos, que en los noventa, con el **Pacto de Toledo**, se financiará con los impuestos y no con las cotizaciones de los trabajadores.

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Los recursos de que dispone el médico rural son, sobre todo en la primera mitad del siglo XX muy limitados.

Los elementos de exploración son básicos, por lo que deberá confiar en su ojo clínico, del cual a veces hace gala: **sus ojos y sus oídos eran su mejor aparato de rayos**.

El reconocimiento del paciente, a veces, se limitaba a una **imposición de manos** por la cual se suponía que el médico recibía información fidedigna del estado del paciente.

Aún a principios de siglo no era excepcional la auscultación directa-pegando la oreja al pecho del enfermo.

El médico dispone casi siempre de un **fonendo**, que será su principal instrumento diagnóstico.

Para la iluminación usa **espejos colocados en la frente**, que reflejarán sobre las áreas de exploración del paciente a la luz de un candil o lámpara y, posteriormente, linternas portátiles que pueden llevar un depresor metálico ajustado para mirar la garganta.

El **esfigmomanómetro** de mercurio está presente en las consultas de los médicos de la primera mitad del siglo, así como más tarde, el modelo aneroide portátil. Con todo, su uso es exiguo, cuando menos, hasta los años cincuenta, debido a la escasa importancia que se otorga a la hipertensión como causa de enfermedad, concepción que no cambiará casi hasta finales de siglo. Más bien lo que preocupa era la tensión baja, que el profesional deduce por la debilidad del pulso, y se verá acompañada de síntomas generadores de atención-palidez, debilidad o mareo.

Para la **exploración ginecológica** utiliza un espéculo metálico, un estetoscopio de Pinard de madera y un pelvómetro.

Para la **exploración neurológica** utiliza un martillo de reflejos similar al actual.

El **oído** lo explora mediante un **espejo auricular** al que dirige la luz reflejada en el espejo frontal. Dispone de jeringa de irrigación para lavados de oídos y de estiletes de diferentes tamaños para la extracción de cuerpos extraños.

En nuestro medio a principios del siglo XX no solía el médico rural llevar **termómetro** en su maletín. La fiebre se deducía por el estado del paciente, por calor que desprendía por la temperatura y la medición de la frecuencia cardíaca.

El médico siempre ha querido contemplar el interior del cuerpo humano. En la antigüedad difícilmente se podía conseguir mediante heridas (las vendas del cuerpo de Galeno) o autopsias de cadáveres, cuando la religión lo permitía. En este sentido, el uso médico de los rayos X representó un salto tecnológico sin precedentes y la **radioscopia** se convirtió durante varias décadas en el medio de diagnóstico técnicamente más avanzado al alcance del médico rural.

Las **pruebas diagnósticas** que podía hacer el médico rural eran pocas. A partir de los años 50 disponen de una pipeta de Westergren para medir la velocidad de sedimentación. Algunos galenos sobre todo en la segunda mitad del siglo adquirirían un microscopio **con el objetivo de** hacer un examen de sangre periférica **para** recuento de glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y realizar el diagnóstico de embarazo por el método de Galli- Mainini.

La **electrocardiografía** se generalizó en el rural sobre los años 80. Su retraso fue debido a la falta de formación de los profesionales.

El uso de la **historia clínica** como instrumento de **ayuda diagnóstica y seguimiento** era inexistente por el conocimiento personal de los pacientes.

INSTRUMENTAL TERAPÉUTICO: NADA DE USAR Y TIRAR.

En la primera mitad del siglo XX, el instrumental era, en su mayoría de cirugía menor, y todo reutilizable, y con pocas variaciones respecto de épocas pretéritas.

Para las **suturas**, utilizaba agujas curvas o rectas, seda trenzada y catgut; este último elaborado de material biológico se mantenía para su conservación aséptica en un recipiente de solución fenicada. También se utilizaba el lino normal, adquirido a bajo precio en mercería.

Se sujetaban con pinzas y porta agujas como las actuales. No se usaban guantes estériles ni material fungible para el campo quirúrgico. El médico tocaba y amasaba la carne y la sangre del enfermo con la mano, recurriendo a su lavado periódico en soluciones antisépticas a lo largo de la intervención.

Las **inyecciones** se practicaban con jeringas de metal o de vidrio y las agujas eran de diferentes tamaños y calibres.

Como **recipientes** se usaban cubetas para instrumental y bateas de `porcelana o metal para contener soluciones.

Para las **curas** usa **compresas**, que a veces hacia el propio facultativo cortando trozos de tarlatana sin almidonar. El **algodón** se usa especialmente para aplicar antisépticos en las heridas. Las vendas también se confeccionaban con tarlatana almidonada o de lienzo o franela.

Los **antisépticos** más utilizados eran de alcohol de 90º y la tintura de yodo, aunque también se usaba agua fenicada y los mercuriales.

Los procedimientos de **esterilización** eran variados para los instrumentos metálicos; se usaba la **flameación** (se colocaban en una cubeta metálica y se vertía alcohol de 90º, al cual se prendía fuego y se dejaba arder hasta su consumición) o los **hervían en agua**, procedimiento frecuente en las intervenciones domiciliarias.

TERAPIAS PRUDENTES Y ANACRÓNICAS

El médico rural suele ser conservador en su práctica terapéutica. El descanso, la buena alimentación y la espera de la remisión de la enfermedad son la base de su arte. Esta es la tendencia que marcó al oficialismo durante mucho tiempo, al menos hasta la segunda mitad del siglo.

En esta línea de recuperación de la salud a través de la búsqueda del equilibrio perdido, recurre a medios terapéuticos inocuos que ayudan a limpiar el organismo de sus males, como el uso de las **aguas medicinales**. Hasta los años 60 las aguas de *Cabreiroá, Sousas, Mondariz etc* se publicitaban en la prensa médica nacional como curativas para el hígado, estomago, vías urinarias, diabetes, artritis, gota.

Los **balnearios** como cura casi milagrosa proliferó, sobre todo, hasta la segunda mitad del siglo XX, pero la estancia en los balnearios siempre ha estado asociada, en principio, a un cierto estatus económico alejado del campesinado.

Los tratamientos de **talasoterapia**, muy recomendados por los médicos desde finales del siglo XIX, tampoco son muy accesibles para los agricultores. Para los que no podían acceder a estos tratamientos, un farmacéutico municipal de Ourense, ponía a la venta "sales y algas del Cantábrico", para "tomar baños de mar en casa".

La **sangría** (la extracción de sangre mediante un corte en el brazo con la creencia de que tendría un efecto curativo) cayó en desuso en el siglo XIX, aunque su eficacia había sido cuestionada durante mucho tiempo. Sin embargo, el médico rural todavía usa la sangría. Al menos hasta los años cuarenta del siglo pasado. La historia de una paciente, está ambientada en esas fechas: "Mi hermano tenía neumonía. Todavía no fue a la mili. Ya trajeron al cura a la casa para que se confesara. Entonces llegó el médico y dijo: 'A ver, este se está muriendo, ¿no? Entonces vamos a

hacer lo último'. Tomó una palangana y le sacó una cantidad de sangre de un brazo; la sangre era negra... Se salvó».

La aplicación de **dispositivos de succión** fue una práctica utilizada tanto por la medicina oficial como por la popular hasta bien entrado el siglo XX. Existían diversos artilugios con efecto de succión que hacían el vacío sobre la piel; y también métodos más artesanales, como el que cuenta la mujer de un paciente que recuerda que, en los años cuarenta, un médico le ordenó acostarse y le aplicó una sustancia en el vientre, luego colocó sobre ella esparto ardiendo y a continuación le puso un vaso. "El vaso se llenó y me alivió el dolor. Me dio unas cuantas sesiones así y fue curativo".

Las **sanguijuelas** forman parte de la terapéutica oficial desde hace siglos y también en el ámbito hospitalario. Estos anélidos de la laguna de Antela, en la región de Limia, eran muy conocidos y celebrados.

Otro remedio utilizado por el médico rural hasta la segunda mitad del siglo XX eran las **cataplasmas**, que eran medicinas en forma de pasta, aplicadas sobre la piel dentro de una gasa o trapo, con la creencia de que al causar inflamación se producía un desvío de sangre del órgano enfermo y que así se descongestionaba.

La **hetero y auto sueroterapia** fue una técnica utilizada en la primera mitad del siglo XX basada en la evidencia empírica de que el suero convaleciente de una enfermedad infecciosa era eficaz en el tratamiento de un paciente en estado agudo y eso era debido a que contenía anticuerpos específicos contra el agente causal. En la práctica rural, era común obtener sangre entera extraída por venopunción de un familiar e inyectarla al afectado por vía intramuscular.

Los **sueros anti infecciosos** ya totalmente aprobados por la medicina científica se utilizaron como terapia eficaz para muchas enfermedades transmisibles antes de la llegada de los antibióticos.

HISTORIA DE LA FARMACOPEA RURAL

Hasta los años treinta del siglo pasado en nuestro medio, la farmacoterapia se prescribía mayoritariamente a través de fórmulas magistrales. El médico redactaba una receta detallando los componentes del medicamento y confiaba la preparación al farmacéutico utilizando las siglas M.F.S.A. (**mezcla fiat secundum artem**).

La presentación del medicamento era variada: los sellos (principio activo entre dos láminas circulares de barquillo) y las pastillas (bolas hechas de masa medicinal) eran las presentaciones más comunes; no obstante el boticario también hacía gránulos, perlas, pócimas, infusiones, tabletas, soluciones, ungüentos, linimentos, etc.

Pero el avance de los medicamentos fabricados industrialmente -los llamados **específicos o especialidades farmacéuticas**- era imparable. Liberaron al médico del conocimiento de la galénica y simplificaron la prescripción.

Un acontecimiento que acompaña a los tratamientos farmacológicos son las tendencias de prescripción. Los **tónicos reconstituyentes** y los supuestos **analépticos del apetito** estaban muy de moda en la primera mitad del siglo XX. El **Ceregumil**, producto de elaboración española a base de azúcar, miel y extractos de cereales fue especialmente popular.

Otra preferencia eran los **vinos dulces y ácidos**, como Aníbal y Sansón o "El vino tónico y reconstituyente Aurelio F. Román" que se anuncia como de "excelentes resultados en los embarazos", para mujeres que van a dar luz en estados anémicos y débiles.

A partir de los años cincuenta se produce una gran proliferación de **complejos vitamínicos**, paradójicamente, justo cuando la sociedad ya empieza a estar mejor nutrida.

El **tratamiento del dolor** no es una prioridad en las zonas rurales. La cultura popular era tolerante con el sufrimiento al que se considera un mal menor de la enfermedad y un efecto secundario de la cura.

El médico rural encuentra en la **morfina** un gran aliado para combatir el dolor, la sedación y también como tratamiento paliativo. En referencia a los opiáceos siempre se prescriben de forma insuficiente y cuando hay fácil acceso a los preparados comerciales, su uso está sujeto a restricciones legales.

Hasta la segunda mitad del siglo XX, solo estaban disponibles un par de medicamentos antiinflamatorios (**antipirina y piramidón**). La aspirina, aunque obtenida a finales del siglo XIX, no fue muy utilizada en nuestro medio hasta la década de 1940. En los años 50 aparecen las primeras **recetas de fenilbutazona -Tanderil- y en los 60 la indometacina -Inacid-, así como los corticoides- Dacortin y Urbasón.**

En cuanto a los **anti infecciosos** el médico rural se mueve entre la iatrogenia y el vacío terapéutico hasta la llegada de los antibióticos.

En la primera mitad de siglo se limita la terapia a arsenicales, bismuto y mercuriales para la sífilis y quinina para el paludismo.

El 10 de marzo de 1944 se introdujo la **penicilina** en A Coruña, pero la zona rural tendrá que esperar. En nuestro medio su uso es tardío y complejo porque era un fármaco caro y difícil de conseguir. Sólo las economías solventes podían permitirse costear los envases que se adquirían de contrabando en Portugal y llegaban a menudo de forma escasa, adulterada o en mal estado de conservación.

En el año 1959 se realizó la primera edición del **Vademécum Internacional** que describía la composición, dosificación, posibles interacciones y contraindicaciones de los medicamentos.

EL MEDICO COMO OBSTETRA DE PARTOS DIFICILES

La práctica obstétrica en el medio rural era precaria. La mujer rural no visitaba al médico para vigilar su embarazo.

El parto hasta fechas muy avanzadas de este siglo ocurre en el propio domicilio, normalmente con el auxilio de mujeres de familia o próximas. En ocasiones recurre a una vecina considerada experta, que ejerce de **partera** de forma altruista.

Como máximo el médico disponía de un pelvómetro y un estetoscopio rígido de madera. También podía hacer controles tensionales para descartar una pre eclampsia y a **partir de los años cincuenta podía determinar albumina y glucosa en la orina.**

El médico rural es siempre tocólogo de los partos complicados.

Es diestro en la primera mitad del siglo en el manejo del **fórceps**, que siempre ocupa un lugar preferente en su material de partos; además dispone desde los años treinta de **puitrina y ergotina.**

Progresivamente la farmacología para la inducción del parto se amplía y perfecciona. Proliferan los alcaloides que se presentan en gotas o en soluciones inyectables, con el nombre de **Panergot, Purpuritan, Secacornine o el popular Methergin-** se administraban 15 gotas por vía oral-.

En la segunda mitad del siglo, los médicos van retirando de su maletín los fórceps a favor de una farmacopea más eficaz. Ya se usa la **oxitocina** por vía intramuscular, o sublingual, como el clásico **Pitocín.**

En los años setenta comienza a usarse **la ventosa obstétrica**, sobre todo en centros privados.

Una de las consecuencias ineludibles del parto complicado era la mortalidad que podía considerarse una plaga más, que desafiaba al médico rural.

Aunque en el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 1954 afirmaba que la asistencia a los partos normales se prestara siempre que fuese posible en Maternidades, la realidad es que, para el medio rural, **los partos empiezan a ser hospitalarios en la década de los años setenta.**

LA ATENCIÓN DE NIÑOS EN EL RURAL

En nuestra zona, las condiciones higiénicas, nutricionales y sanitarias en que se desenvolvía la vida del niño eran claros determinantes de la salud y poco podía hacer el médico rural para intervenir, más allá de denunciar la demora en la atención y la pobreza.

Un imponderable al que se enfrentó el médico fue la **nutrición infantil defectuosa.** La lactancia no era la única particularidad nutricional y se llevaba a cabo en condiciones subóptimas. Si no se podía amamantar, se usaba leche de vaca, a menudo sin hervir. A mediados del siglo XX, quienes podían permitírselo recurrían a la leche condensada y comenzó a dispensarse la leche maternizada, siendo el **Pelargón** la más popular.

Pero pronto el niño come la misma dieta "**vegetariana obligatoria**" que el adulto: hipocalórica, baja en pescado y carente de contenido proteico.

Las condiciones de vida no eran buenas: casas oscuras, mal ventiladas, alrededor de animales como fuente de enfermedades y abundantes infestaciones de sarna, pulgas, piojos y chinches. Cohabitan con heces y detritos, donde aguardaban la fiebre tifoidea, la hepatitis o la disentería; la proximidad al fuego de la chimenea, a menudo incendiaba la ropa de los niños.

Cuando aparecía la enfermedad, se demoraba la notificación al médico, porque se recurría primero a la medicina casera y popular o a los ritos religiosos.

Hasta la **década de 1940**, las enfermedades infantiles se trataban con poco más que resignación. Enfermedades que ahora parecen cuentos de hadas, como el sarampión, la difteria o la tos ferina, mermaban la población infantil cada vez que había una epidemia. Todos los médicos de la época vieron morir a algún niño cuyas manos estaban marcadas con las "flores de la muerte". Hubo muchos niños que tropezaron con el virus de la polio y nunca volvieron a caminar correctamente. **El aislamiento del campo gallego, grave flagelo del bienestar de Galicia, se convirtió entonces en la única ventaja epidemiológica.**

El desfile de ataúdes blancos era común en nuestros pueblos y la sociedad rural normalizaba la muerte de niños; médicos y familiares compartían tanto el dolor como la resignación. Se aceptaba que la muerte era preferible a un futuro de improductividad y dependencia; **en el cálculo reproductivo se descontaba la disminución de parte de la descendencia.**

En la **segunda mitad del siglo** la principal misión pediátrica del médico rural era **preventiva**, especialmente en inspecciones escolares y vacunación contra la viruela; pero esta tarea tampoco fue fácil: hubo dificultades en la provisión de la vacuna, problemas de conservación de la linfa vacunal, absentismo escolar o "antivacunas", arraigado en una población muy unida que seguía considerando las epidemias como un diseño de la providencia o de un castigo divino.

La mortalidad infantil pasó de 204 por mil nacidos vivos a principios de siglo a 19 en el 75.

ASISTENCIA EN LA CABECERA DEL ENFERMO

En la primera mitad del siglo el aviso de asistencia médica era a través de un **emisario** que se desplazaba a la consulta.

Los pacientes de las aldeas carecían de **teléfono** hasta tiempos muy avanzados. Su uso generalizado data de los 90.

Cuando el médico llegaba a la aldea de visita, era frecuente que otros enfermos que había en el lugar aprovecharan el viaje del facultativo para demandar su consulta.

El paciente recibía al médico en su cama y este lo exploraba y ordenaba un tratamiento.

En la atención nocturna, la luminosidad era penosa. La **electricidad** llega con mucho retraso a algunos municipios. Las campañas de electrificación rural datan de los **años cuarenta** y en algunos núcleos hasta los **cincuenta o sesenta**. Hasta esas fechas el campo exploratorio se iluminaba con candiles de aceite o velas y posteriormente con linternas de carburo o quinqués alimentados con petróleo.

El arsenal clínico se reducía a lo que podía portar en su **maletín** (fonendoscopio, esfigmomanómetro y termómetro clínico de mercurio).

Dentro del maletín lleva una caja de medicaciones urgentes: **aceite alcanforado** subcutáneo- para el mareo o hipotensión, **codeína** para la tos, **eufilina** antiasmático, **efedrina y lobelina** en casos de insuficiencia respiratoria, así como **estrofantina** para angina de pecho o infarto, y **digital** para insuficiencia cardiaca. Además, puede llevar morfina, y para la fiebre: **aspirina o piramidón**. También portaba **sueros salinos y agujas** para su administración.

En situaciones agudas el médico permanecía en la cabecera del enfermo hasta que se estabilizara.

El reposo absoluto en cama era una prescripción pertinaz hasta finales de los años cincuenta. Había la creencia de que el enfermo debía evitar el aire, pues se considerada agravante de la enfermedad.

En la segunda mitad del siglo hay pocas modificaciones y se amplía el arsenal farmacológico:

Reargón, Cardiazol, Efortil, Methergin, Buscapina, Dolantina.

MEDIOS DE LOCOMOCIÓN

El viaje a los domicilios, con todas sus modalidades de locomoción, supone una de las labores más características del médico rural y tal vez la que mejor permite visualizar la realidad asistencial en el campo y su evolución a lo largo del tiempo.

En la primera mitad del siglo el caballo es la forma más eficiente de locomoción para llegar a la puerta del paciente. Lleva con él, un maletín de pequeño formato, de apertura superior y portando dentro el material imprescindible.

.La dependencia a la caballería caracteriza al médico de la zona norte de España. Había un apelativo de **medicina montada**, que usaban los castellanos al referirse a los doctores septentrionales.

En la segunda mitad del siglo el sustituto natural de la caballería fue la **bicicleta**, sobre todo en comarcas llanas y en edades juveniles.

La **moto** en ocasiones era de construcción artesanal a cargo de un mecánico ingenioso capaz de montar un motor sobre un cuadro de tubos de hierro soldados, pero no tenía la fiabilidad del caballo en campo a través ni en subidas difíciles, y además eran frecuentes las caídas

De la moto se pasó al **coche**; pero en los años cincuenta y aun en los sesenta el médico de nuestro ámbito tenía grandes dificultades para llegar con el automóvil a casa de los enfermos, **pues solo eran aptas para el tráfico rodado las carreteras que unen poblaciones importantes. En Galicia los núcleos rurales solo estaban comunicados por caminos vecinales.**

En los años **60** ya podían disponer de un Seat 600, pero las dificultades continúan y las **infraestructuras eran precarias**. El coche, por tanto, es tardío como vehículo profesional.

En los años **70** despegan las políticas de **apertura y pavimentado de los caminos vecinales** y el asfaltado de las carreteras comarcales. El coche deja de ser un vehículo exclusivo y se populariza.

EXPERIENCIAS COMO MÉDICO RURAL

LA GALERIA

Las visitas domiciliarias eran frecuentes en nuestro medio rural ya que eran escasos los vecinos que poseían coche para realizar sus desplazamientos y por supuesto algunas dejaron una huella imborrable en mi vida. Voy a contar una de ellas.

Me llamaron un día para que fuese visitar a un paciente, que desde hace años venía tratando de un proceso tumoral y según me relató su familia le parecía que estaba muy mal. Sabía muy bien de la gravedad del caso e intuía a lo qué me iba a enfrentar y sin dudarle, cogí el coche, el maletín y salí sin más dilación hacia su domicilio.

Al llegar y ya en su habitación, comprobé la veracidad de mis sospechas. Estaba en estado agónico. Al acercarme me susurró con apenas un hilillo de voz que lo sacase de cama y lo llevase a la galería, que quería estar sentado en su sillón. Me dijo con voz entrecortada:

-<<Sentado estarei mellor, xa que na cama cústame moito respirar>>.

Así que sin dudarle entre su mujer y yo lo trasladamos a la galería y al cabo de un rato, después de ponerle un sedante, me dijo:

-Paréceme que xa me encontro ben, pero non se marche do meu lado.

Me cogió con firmeza mis manos y no volvió a soltarlas.

Estuve a su lado sin hablar más de una hora, resultándome impactante su mirada perdida hacia lo infinito. El tiempo se detuvo y mi mente durante esos momentos estaba conectada al paciente.

Cada giro de su cabeza, se centraba en un lugar: *ver la sierra*, estaba un buen rato con la vista fijada en dicha zona y me apretaba las manos; otro giro y desviaba su mirada hacia un *río* próximo a su vivienda que iba muy crecido y otra vez seguía apretándome la mano; luego hacia otro lado donde había una *carballeira* y unos pastos con vacas y otro apretón; luego hacia las *nubes* y un sinfín de cosas que estaban en su galería.

Todo con calma y sin prisas; así durante una hora y sin hablar. Yo miraba su cara y percibía que, sin hablar, ambos experimentamos una extraña paz. Su mirada era penetrante. De pronto percibí que la presión de sus manos se aflojaba hasta que se soltaron de las mías, con lo que me percaté que aquella sesión de visualización de recuerdos había finalizado y así fue.

No necesité mucho arsenal terapéutico, solo un silencio, no decir nada y un apretón de manos. En la vida profesional del médico rural acontecimientos como este suelen ser frecuentes y cuando nos enfrentamos a ellos, en cierto modo nos endurece el carácter.

Al mismo tiempo son un aprendizaje de vida, siendo muy importante esa comprensión ante un proceso irreversible, así como acompañar al paciente terminal, aún sin decir ni una palabra.

Nuestra presencia ya es suficiente y de un enorme valor tanto para el enfermo como para la familia.

UN APRENDIZAJE SIN FIN

Entiendo que cuando alguien se decide a ejercitar la medicina es porque posee una vocación de servicio a los demás; al menos en mi caso así fue desde muy joven.

Siempre traté de realizar mi trabajo con amor, dedicación y entrega, considerándolo como una gran aventura sin fin, sin dar la más mínima importancia a los grandes esfuerzos, triunfos o fracasos que durante mi larga vida como médico en el rural sin duda se produjeron

Es evidente que en cualquier profesión nunca se acaba de aprender, especialmente en el caso de la medicina, por lo variable y cambiante que resulta el proceso vital del ser humano y por los progresos científicos que aparecen sin cesar.

Durante toda mi vida, me consideré un aprendiz, admirando profundamente a los maestros que me brindaron la posibilidad de conocer todo lo que debía saber para iniciar el ejercicio de mi profesión con dignidad.

La formación continuada acorde con los constantes avances de la medicina, siempre fue una constante durante mi trayectoria profesional y que aún persiste, a otros niveles, una vez jubilado.

La conjunción de aprendizaje sin fin, esfuerzo y amor al trabajo, estuvo siempre presente en mi mente, poniéndola en práctica durante toda mi vida profesional.

EPÍLOGO: LOS CENTROS DE SALUD

En la década de los 90, comenzó una nueva etapa en la medicina rural, se instauraron los centros de salud y consecuentemente desapareció la figura del médico rural como se entendía hasta entonces.

CONCLUSIONES

El objetivo del trabajo fue realizar un estudio sobre la medicina rural durante el siglo XX y cuya finalidad era resaltar los valores del médico rural: Vocación y humanidad.

Considero que vivían para el enfermo, sabían de sus miserias e inquietudes y tenían el placer de sentarse en su cama y darle un consuelo, rematando con una palmadita en el hombro que le daba confort.

Doy fe de que la vida del médico rural de aquella época fue una lucha difícil, una vida de servidumbre total, muy dura y responsable, y por eso muy edificante.

Siempre tenían en mente el **Juramento Hipocrático**, atendiendo de forma gratuita y facilitándole los medicamentos que necesitaban a los pobres de solemnidad que no estaban inscritos en el **restrictivo padrón de beneficencia municipal** y **para que sus pacientes tuviesen una buena atención** médica **sufragaban de su paga el consultorio médico en su vivienda, todo el instrumental médico, los medios diagnósticos y de locomoción.**

En nuestros pueblos dichos galenos eran considerados como **médicos de los pobres.**

Estos héroes silenciosos, auténticos artesanos de su oficio, con pocos medios diagnósticos y terapéuticos a su alcance, también contribuyeron a **augmentar la longevidad** pasando de **42** años a principio de siglo a **82** en la actualidad, y situar a nuestra sanidad en primera fila del ranking mundial.

Todo lo expuesto no debe quedar en el olvido y el esfuerzo de esos médicos que en condiciones irrepetibles ejercieron su labor, sean recordados en la posteridad y que las futuras generaciones conozcan la **ardua semilla** de la actual medicina rural.

La dotación del premio fue íntegramente donada al Museo del médico rural de Maceda, pionero en su género en Europa, del que soy su fundador y donde está reflejada toda esta historia y me sentiría orgulloso de que lo visitasen. Mi más sincero agradecimiento a Previsión Sanitaria Nacional, a la Real Academia de Medicina de Galicia y a todos los presentes en este acto por su apoyo a la medicina rural.

COMO MUESTRA DE AGRADECIMIENTO A LA REAL ACADEMIA, EL MUSEO LE DONA EL LIBRO RETAZOS DE LA VIDA DE UN MEDICO RURAL QUE ESCRIBI DURANTE LA PANDEMIA Y UN CUADRO DEL MÉDICO RURAL DONADO AL MUSEO DEL PINTOR REALISTA PACO ASCÓN, NACIDO EN BARCELONA Y MUY VINCULADO A LA CIUDAD DE LA CORUÑA DONDE EJERCIÓ SU PROFESIÓN EN FENOSA Y UNA VEZ JUBILADO ATRAIDO POR EL PAISAJE GALLEGO Y SUS GENTES SE ESTABLECIÓ EN UN PUEBLO DE LA VEIGA CERCANO A PEÑA TREVINCA- XARES- DONDE TIENE SU ESTUDIO DE PINTURA.