

Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Jerònia Pons Pons, Universidad de Sevilla

Introducción

El desarrollo de los seguros sociales antes de la I Guerra Mundial marcó la creación de diferentes modelos de estados de bienestar en los países industrializados¹. En el caso de España, su desarrollo fue lento y se aplicaron con retraso respecto a la ratificación de los convenios internacionales derivados de instituciones como la OIT². Entre todos los seguros sociales, los programas de enfermedad y maternidad fueron los que se introdujeron más tardíamente. Las primeras legislaciones sobre seguro de enfermedad se aprobaron en Alemania (1883), Austria (1888), Hungría (1891), Suecia (1891), Dinamarca (1892) y Bélgica (1894). A este grupo de países se añadieron otros entre 1909 y 1912 y finalmente se incorporaron en la década de los años veinte otro grupo de países en los que se encontraba España, aunque en este último caso parcialmente aprobando sólo el seguro de maternidad³. Los programas aplicados podían ser obligatorios o voluntarios, o incluso en algunos países simplemente se concedía un subsidio público a los fondos mutuos voluntarios. En algunos casos sin embargo, los subsidios en programas voluntarios tuvieron una cobertura mayor que en algunos programas obligatorios. La literatura reconoce cuatro sistemas de seguro de enfermedad en Europa desde mediados de 1880 hasta la I Guerra Mundial (Murray, 2007, pp. 38-62). En primer lugar el modelo de Francia y Bélgica, el cual siguiendo la ideología propia de los Estados liberales mantuvo fondos de enfermedad voluntarios, sin supervisión gubernamental aunque con ciertos privilegios y con la importante

¹ Sobre los diferentes modelos desarrollados en torno al Estado de Bienestar puede consultarse las obras de Margaret S. Gordon (1988), Peter Baldwin (1992), Paul V. Dutton (2002) y Bernard Harris (2004).

² Para la evolución de los seguros sociales en España hasta la guerra civil pueden consultarse los trabajos de Cuesta (1988), Montero y Martínez (1988) y Samaniego (1988) publicados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. A partir del franquismo los artículos de Rodríguez Ocaña (1990) y García Padilla (1990).

³ A partir de los datos de Gordon (1990, p. 260), entre 1909 y 1912 se aprobaron normas sobre el seguro de enfermedad en Italia, Noruega, Gran Bretaña, Rumania, Suiza, Rusia, Reino de Serbia, Croacia y Eslovenia. En los años veinte Polonia (1920), Japón (1922) y Francia (1928). Véase el cuadro sobre la evolución de la implantación de los seguros sociales en Europa, en especial el seguro de Enfermedad en Samaniego (1988, pp. 419-422). De los 23 países europeos recogidos, 21 tienen leyes de seguro de enfermedad antes de 1931.

contribución en los presupuestos de los socios honorarios. En segundo lugar estuvo el seguro de enfermedad de los Países Escandinavos con unos programas también voluntarios pero con subsidios que cubrían un tercio de sus presupuestos en 1910 y con una importante cobertura rural, sobre todo en Dinamarca donde los fondos cubrían el transporte al médico⁴. El tercer modelo se correspondería con el seguro obligatorio de enfermedad alemán que cubrió desde 1883 a más de la mitad de los trabajadores de ese país. Finalmente se establece un cuarto modelo, el de Gran Bretaña, en transición del modelo voluntario al obligatorio bajo la *Nacional Insurance Act* aprobada en 1911. La comparación de estos modelos con países como Estados Unidos que mantuvieron un sistema de fondos de enfermedad privados parece conducir a la idea de que no fue tan importante su obligatoriedad o voluntariedad sino su cobertura. Programas como el de Dinamarca cubrían en 1913 casi dos quintas partes de la población que recibía asistencia médica y hospitalaria a través sistema de seguro voluntario. En los años 30 las subvenciones públicas directas ascendían al 40% de las cuotas de los afiliados y el 90 % de los gastos de hospitalización de los asegurados se cubrían por impuestos públicos (Gordon, 1990, p. 261). Tras la II Guerra Mundial la mayor parte de esos programas de seguro de enfermedad evolucionaron hacia programas estatales, a excepción de Estados Unidos⁵.

Desde sus inicios muchos de estos programas de seguro de enfermedad incluían subsidios por maternidad financiados por el Estado⁶. Noruega aprobó una ley sobre el seguro de enfermedad en 1909 en la que se incluía un subsidio pagado por el Estado para las madres aseguradas y para las esposas de los asegurados. En la ley de 1915 para la infancia se incluyeron ayudas para las madres solteras. Los movimientos feministas de la época reivindicaron el pago del seguro por parte del Estado. En los Países Bajos la ley de seguro obligatorio de 1913 también fue financiado a cargo del estado (Bock y Thane, 1996, p. 27). Por su parte, Alemania el primer país en aprobar una ley de seguro de enfermedad en 1883 estableció un subsidio de maternidad durante tres semanas de baja después del nacimiento equivalentes a la mitad o tres cuartas partes del salario

⁴ Para el caso Sueco véase Edebalk (2000).

⁵ Es interesante para explicar el diferente comportamiento de Estados Unidos el estudio de Maioni (1997) que compara el desarrollo del seguro de salud en Estados Unidos y Canadá. El aspecto institucional es el elemento diferenciador señalado por la autora.

⁶ El seguro de maternidad dentro de las políticas de género y la creación de los Estados de Bienestar en diversos países europeos puede verse en la obra de Bock y Thane (1996). En esta obra se realiza un estudio comparativo de siete países de Europa Occidental sobre algunos aspectos del desarrollo del Estado de Bienestar y los movimientos de mujeres entre los años 1880 y 1950. La base del estudio es la maternidad.

(Stoehr, 1996, p 388). En el caso de Gran Bretaña, la ley de seguro de enfermedad de 1911 establecía un subsidio de 30 chelines que recibían las esposas de los varones asegurados, es decir trabajadores manuales que era asumido por el estado (Lewis, 1996, p. 186). En Francia la ley de 17 de junio de 1913 (Ley Strauss) establecía una baja por maternidad obligatoria de cuatro semanas después del parto y una disposición económica especial incluía un subsidio de entre 0,5 y 1,5 francos diarios, más otro medio franco para las mujeres que criasen a su hijo. Esta disposición cubría a todas las asalariadas incluso a las del servicio doméstico (Cova, 1996, p. 236). La mayoría de estos tempranos programas de seguros de salud ofrecían coberturas y subsidios modestos y no cubrían a todos los trabajadores, sino exclusivamente a los obreros industriales.

En España, hubo un gran atraso en la aplicación de los seguros sociales de salud. No se aprobó un seguro de enfermedad antes de la guerra civil y cuando se implantó el seguro de maternidad obligatorio, en la tardía fecha de 1929, se vinculó extrañamente al retiro obrero, único seguro obligatorio existente en el país. Tras la participación en la Conferencia de Washington en 1919⁷ y tras muchas deliberaciones y estudios que culminaron en la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Maternidad e Invalidez celebrada en Barcelona en Noviembre de 1922⁸, el gobierno, impulsado por las propuestas del Instituto Nacional de Previsión consideró que había llegado el momento de desarrollar el seguro de enfermedad. Sin embargo, a falta de infraestructuras y presupuesto estatal sólo se instituyó un subsidio de maternidad. El 1 de Mayo de 1923 el gobierno llegó al compromiso de la implantación inmediata del seguro de maternidad separadamente del de enfermedad aunque en el futuro el INP preveía que *“en su día puedan integrarse ambos seguros conforme a la conveniencia que el Consejo de Patronato de esa Institución ha señalado”*. El 29 de Agosto de 1923 se abrió un plazo de información pública sobre quiénes debería beneficiarse, los auxilios a los que tendrían derecho, los órganos oficiales y particulares que deberían

⁷ En esta conferencia de la Organización Internacional del Trabajo se estableció un convenio que recogía que el periodo de permiso laboral por causa de parto sería de seis semanas de forma obligatoria después del alumbramiento y hasta otras seis semanas a elección de la obrera antes del parto si sus condiciones físicas lo necesitaban y además se establecía un avance al conceder un subsidio en metálico para sustituir el salario que la obrera dejaba de percibir (Samaniego, 1988, p. 272).

⁸ Se trata de la primera conferencia monográfica sobre los seguros de salud. En ella parece unánime la propuesta inicial de una unidad de los seguros de Salud. Sin embargo a lo largo de la conferencia se pusieron en evidencia los diferentes intereses contrapuestos entre compañías de seguros, médicos, farmacéuticos, patronos, obreros, etc. Un resumen de los diferentes planteamientos en Cuesta (1988, pp. 410-466).

administrarlo y el sistema para la fijación de tablas. Sin embargo, no se volvió a retomar el proyecto de seguro de enfermedad hasta la II República y su implantación e integración con el seguro de maternidad no se produjo hasta la dictadura franquista. El estado se limitó a financiar los subsidios de maternidad hasta la aprobación de la ley del seguro obligatorio de maternidad en 1929. Este seguro se creó en base a un sistema de cotización de trabajadoras, patronal y con financiación sin determinar del Estado. Por su parte, la aprobación de un seguro de enfermedad fue retrasándose y la población tuvo que continuar recurriendo al mercado o a la solidaridad mutual para cubrir esta necesidad.

Las sociedades de socorros mutuos⁹ y otras entidades como montepíos, mutuas¹⁰ y cajas de empresas, además de sociedades comerciales (igualatorios, etc.) cubrían el seguro de enfermedad dentro del ámbito de los llamados seguros libres (Rodríguez Ocaña, 1990, 321-330). El porcentaje de población cubierta por estas sociedades era muy limitada. A principios del siglo XX, véase el capítulo 1 del presente libro, el número de socios por provincia de las sociedades de socorros mutuos, no sólo de seguro de enfermedad, indicaba claramente una concentración en la zona levantina. En 1908, Barcelona tenía 11782 socios por cada 100.000 habitantes, seguida por Gerona con 8707 y Baleares con 4613. A estas le seguían Madrid con 4509, Tarragona con 3974, Alicante con 3444 y Guipúzcoa con 3232. La media de toda España era de 1889 (Montero, 1988: 89). Una de las zonas con mayor número de personas cubiertas era Barcelona. La Federación de Sociedades de Socorros Mutuos de la provincia de Barcelona estaba compuesta en 1917 por 726 sociedades integradas por 177234 socios. De ellas 454 estaban constituidas exclusivamente por socios varones (92.358), 115 sólo por mujeres (38.041) y 157 admitían socios de uno u otro sexo (26169 socios y 20666 socias). Estas sociedades ofrecían subsidios en caso de enfermedad, por defunción e imposibilidad, disponían de médicos y en algunos casos cubrían los gastos

⁹ Existen numerosos trabajos sobre las sociedades de socorros mutuos que se concentran en España en la zona levantina y de Madrid. Entre otros véase los artículos recogidos en Castillo (ed.) (1994), preferentemente Avalos Muñoz y Sanz Valdés, Fullana, Martín Gallego, Maza, Ralle, Rivera, Sánchez de Madariaga y Sola. Un análisis de la gestión, tipo de cobertura y decadencia de alguna de estas sociedades en Baleares en Pons Pons (1998, 81-101).

¹⁰ Sobre el papel de las mutualidades en la evolución del seguro en diferentes sociedades europeas véase Leingwiler (2006) y Dreyfus y Gibaud (eds.) (1995). La importancia de algunas de estas sociedades en Inglaterra en Gorsky, Harris y Hinde (2006).

farmacéuticos¹¹. En 1924 agrupaba a 641 entidades con 166894 socios (Rodríguez Ocaña, 1990, 334). Sin embargo, las sociedades de seguros mutuos empezaron a entrar en declive. A partir de esta década se inició el descenso de la afiliación de los trabajadores jóvenes y la reducción de las altas. Ello fue debido, en parte, a la introducción de la legislación y práctica de los seguros sociales por parte del estado, también a las cajas de previsión propias creadas por las grandes empresas privadas, y el aumento de los costes farmacéuticos y médicos derivados de la aparición de nuevas técnicas (especialidades y atención hospitalaria).

En la década de los años veinte en las zonas más industrializadas y las grandes empresas dónde los patronos eran partidarios de reformas sociales y/o dónde las reivindicaciones sindicales eran más efectivas se empezó a contemplar la posibilidad de cubrir el seguro de enfermedad y maternidad de sus trabajadores. En ocasiones las mutualidades eran creadas y financiadas total o parcialmente por la patronal¹². Las empresas de gran tamaño habían establecido durante esta década sistemas de protección propios. Es el caso por ejemplo de Papelera Española, domiciliada en Bilbao, que estableció con sus trabajadores un convenio por el que satisfacía un canon sobre producción de papel que se entregaba a la Mutualidad de la Federación Obrera de La Papelera integrada por sus trabajadores que cubría asistencia médica y subsidio de enfermedad y otros complementos a los auxilios legales de accidentes de trabajo, socorro por fallecimiento y protección a la maternidad (INP, 1932, p. 25)¹³. En Madrid, las empresas eléctricas (La Unión Eléctrica Madrileña, Electra, Santillana, Hidrola y las centrales de la Castellana y Buenavista y la compañía de gas controlada por Unión e Hidrola-Electra) crearon en 1920 una Asociación médico farmacéutica para sus asociados. El personal y los familiares de estas empresas podían adherirse mediante el pago de una cuota. Estas empresas cubrían los déficits de la mutualidad en proporción al número de asociados de cada empresa. Las empresas eléctricas llegaron a financiar el 50% de ingresos de la mutualidad, además de cubrir su déficit (Aubanell, 1998, pp. 148-

¹¹ Esta federación se había creado en 1896 con el nombre de Unión y Defensa de los Montepíos de la Provincia de Barcelona. Esta información se incluyó en la revista *Los Seguros*, 15 de septiembre de 1919, pp. 175-180.

¹² Para el caso de Vizcaya véase Pérez Castroviejo (2008). Entre las más importantes mutualidades de socorros mutuos creadas por la patronal en Vizcaya cita las vinculadas a Altos Hornos de Bilbao y La Vizcaya.

¹³ Zaldúa (1998), p. 130-131 establece un incremento de los costes laborales de la empresa, además de por otros factores, por una serie de mejoras como la extensión del retiro obrero a determinados trabajadores y al establecimiento en 1920 de un canon de una peseta por cada 100 kg de papel facturado que se concedió a los sindicatos para sus obras sociales.

149). En lugar de fundar mutualidades, otros empresarios cubrieron a sus trabajadores a través de mutuas patronales ya existentes. Entidades aseguradoras de origen patronal, como el caso de Mutua General de Seguros empezaron a ofertar, además del seguro de accidentes de trabajo, el seguro de enfermedad, maternidad y muerte. El seguro se puso en marcha el 1 de julio de 1924. La cuota por obrero asegurado era de 2,50 pesetas mensuales, aunque se llegaron a acuerdos como con la Federación Patronal de Mataró cuyos socios pudieron suscribir un seguro para sus trabajadores por 1,75 pesetas mensuales¹⁴. Este seguro cubría la maternidad a través de su modalidad de seguro quirúrgico y de especialidades. Sin embargo con la aprobación del seguro obligatorio de Maternidad en 1929 se prohibió a las compañías de seguro dedicarse a prestar este servicio.

Por otra parte en el mercado existían numerosas entidades aseguradoras denominadas Igualatorios Médicos-Farmacéuticos que incluían desde el seguro de enterramiento, la asistencia médico-farmacéutica de los asegurados y el pago de subsidios por baja debida a enfermedad. El número de igualatorios-médicos se incrementó de forma extraordinaria. En la década de 1910 la mayoría eran empresas individuales. Cuando se aprobó la ley de 14 de Mayo de 1908 se estableció que aquellas entidades que se dedicaran, a cambio de cuotas fijas y periódicas, a cubrir el entierro de los igualados estaban exentas de la ley. Sólo aquellas que se dedicaban al seguro de enfermedad propiamente dicho, es decir, a la asistencia médico-farmacéutica y al subsidio del cabeza de familia, debían inscribirse en el registro de la ley de seguros privados. Por tanto, la mayoría de entidades inscritas fueron igualatorios médico-farmacéuticos domiciliados en Barcelona o en la región catalana puesto que en el resto de España se dedicaban mayoritariamente al seguro de entierro. En los primeros años todos ellas eran sociedades individuales, anónimas comanditarias o regulares colectivas puesto que las mutualidades se exceptuaban por ejercer el seguro en los límites de un Municipio o Provincial¹⁵. En 1912 se hallaban inscritas 32 entidades de seguros que operaban en el ramo de enfermedad y muerte, 22 de ellas estaban domiciliadas en Barcelona. Este número fue creciendo hasta alcanzar 76 entidades en 1934, aunque

¹⁴ Archivo de Mutua General de Seguros, Libro de actas nº 1. del comité del ramo de enfermedad, maternidad y muerte.

¹⁵ Comisaría General de Seguros. Memoria quinta correspondiente al año 1917 acerca de las entidades de seguros sometidas a los preceptos de la Ley de 14 de Mayo de 1908. Madrid, 1917.

seguía existiendo una fuerte concentración en Barcelona, ciudad dónde se domiciliaban 50 de ellas¹⁶.

El seguro de maternidad: de la voluntariedad a la obligatoriedad (1923-1929)

España asistió en 1919 a la Primera Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en Washington en el que se aprobó un proyecto de Convenio sobre el seguro de maternidad que afectaba básicamente a las trabajadoras industriales o comerciales. Hasta 1922, con la Ley de 23 de julio, no se autorizó al gobierno para que lo ratificara y creara una Caja de Seguro de Maternidad. El Convenio dejaba libertad a cada estado para que atendieran a la indemnización de la obrera madre a través de la asistencia o el seguro. Entre 1922 y 1923 se barajó la posibilidad de implantar el seguro de enfermedad con la inclusión del seguro de maternidad. Sin embargo, el gobierno lo consideró inviable debido al elevado coste y la inexistencia de la infraestructura necesaria. Se justificó la decisión de implantar separadamente y primero el seguro de maternidad porque los actuarios calculaban que los beneficios del seguro de maternidad costarían el 0,45 por 100 de los salarios y los del seguro de enfermedad el 2,82 por 100, es decir seis veces más. Esta carga se declaraba que no se podía asumir por la Hacienda pública ni era previsible que los trabajadores consintieran en que se les cargara sobre sus salarios (INP, 1928, pp. 26-27).

En la práctica no se aprobó ni uno ni otro. El gobierno se limitó a crear mediante el Real decreto de 23 de agosto de 1923 un subsidio de maternidad para cumplir algunas de las disposiciones del convenio de Washington. El subsidio empezó a regir el 15 de octubre de 1923. Se creó la Caja del Seguro de Maternidad que dispuso de 100.000 pesetas que correspondían al Art. 32 de la ley de Presupuestos. El Estado concedía un subsidio de 50 pesetas para costear la asistencia al alumbramiento y el sostenimiento de la madre y el hijo en el periodo de reposo. Tenían derecho al subsidio todas las mujeres cualquiera que fuera su edad, nacionalidad y estado civil¹⁷ que estuvieran afiliadas al régimen obligatorio de retiro obrero, que no abandonaran al recién nacido y se abstuvieran de trabajar durante dos semanas. El subsidio debía solicitarse dentro de un

¹⁶ Boletín Oficial de Seguros (1913), pp. 33-34 y Boletín Oficial de Seguros y Ahorro (1935), p. 467-468.

¹⁷ Este fue un tema debatido, también en el anteproyecto de Ley de Seguro Obligatorio en las que muchas asociaciones católicas, en defensa de la moral y la familia legítimamente constituida, excluían a las solteras que debían acogerse a la beneficencia (Samaniego, 1988, pp. 275).

plazo de tres semanas a partir del alumbramiento en la Caja colaboradora respectiva o al INP. Es destacable que para la aplicación de estos subsidios se utilizaría las mutualidades maternas locales o la extensa red de sociedades de socorros mutuos y montepíos de las que fueran mutualistas las trabajadoras. Desde la aprobación del Real Decreto de 23 de agosto de 1923 en el que se creó el subsidio de Maternidad hasta el 31 de diciembre de 1929 se concedieron subsidios a las mujeres incluidas el retiro obrero en compensación por 55838 partos cuyo monte monetario ascendió a un total de 2790400 pesetas. En el cuadro 1 se puede ver que casi el 50% de estos subsidios se habían concedido a través de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Cataluña y Baleares, región más industrializada dónde el existía el mayor número de afiliados al retiro obrero (Elu, 2006, p. 59). A esta región le seguía Andalucía Oriental con el 12%, Andalucía Occidental con el 11,44 y después Valencia y Vizcaya con el 8,85% y el 2,79 respectivamente¹⁸.

Cuadro nº 1. Beneficiarias del subsidio de Maternidad entre 1923 y 1929 por cajas regionales.		
Álava	171	0,30
Andalucía Occ.	6387	11,44
Andalucía Or.	6895	12,35
Aragón	817	1,46
Asturias	646	1,15
Canarias	486	0,87
Castilla la Nueva	121	0,21
Castilla la Vieja	808	1,44
Cataluña y Baleares	27111	48,57
Extremadura	488	0,87
Galicia	1434	2,56
Guipúzcoa	961	1,72
Instituto (Madrid y Provincia)	1492	2,67
León	23	0,04
Murcia (1928)	259	0,46
Navarra	43	0,07
Salamanca	170	0,30
Santander	879	1,57
Valencia (1928)	4941	8,85
Valladolid y Palencia	117	0,20
Vizcaya	1559	2,79
	55808	100
Fuente: INE. Anuario de 1929		

¹⁸ Sobre la evolución de las diferencias regionales en la percepción del subsidio de maternidad puede verse Cuesta (1986, p. 334, anexo I.B.)

El régimen de subsidio, considerado provisional, y un paso hacia el seguro de maternidad prestó auxilio hasta su sustitución por el seguro obligatorio a 84.000 trabajadoras con un coste para el estado de 4,2 millones de pesetas (López Argüelles, 1932, p. 11)¹⁹.

El seguro obligatorio de maternidad y los proyectos de unificación de los seguros sociales en el periodo republicano.

El atraso en la implantación del seguro respecto a países industrializados, la tesis del reducido número de sus beneficiarios y su interés para los patronos y el Estado impulsó finalmente su creación. El Real decreto-ley de 22 de marzo de 1929 estableció el seguro de maternidad cuya estructura y funcionamiento se reguló mediante el Reglamento del 29 de enero de 1930 y se implantó por el Decreto del Ministerio de Trabajo y Previsión el 26 de mayo de 1931²⁰. Empezó su vigencia el 1 de Octubre de 1931 para aquellas mujeres asalariadas que estaban inscritas al Retiro Obrero obligatorio. Por tanto, a diferencia de otros países del entorno que vincularon el seguro de maternidad al de enfermedad, en España se insistió la vinculación con el seguro de jubilación. El nuevo sistema se basaba en un régimen de cotización. El patrono debía abonar una cuota de 1,90 pesetas trimestrales por asalariada y la cuota obrera era de 1,85 el trimestre. El empresario era el encargado de descontar la cuota obrera del jornal. La gestión se encargaba al INP y a las Cajas colaboradoras creadas para el retiro obrero. Estas cuotas constituirían un fondo destinado a las prestaciones del seguro maternal, al que contribuiría el Estado y el resto de corporaciones públicas (Ayuntamientos, Diputaciones). Para percibir la compensación del seguro las obreras debían estar inscritas al menos 18 meses en el retiro obrero antes del parto. La indemnización era de 15 pesetas por cada cuota trimestral del Seguro satisfecho dentro de los tres años anteriores a su primera semana de reposo. Por tanto, la indemnización mínima por una permanencia de 18 meses era de 90 pesetas y la máxima correspondiente a los tres últimos años de cuotas satisfechas era de 180 pesetas. En los tres primeros años el estado asumiría las 90 pesetas para todas las mujeres inscritas en el retiro obrero aunque su cotización fuera reciente. Por otra parte, a pesar de los informes recogidos en el

¹⁹ El importe de la subvención en 1929 y 1930 fue de 632.750 y 575.700 pesetas respectivamente (Nuñez Pérez, 1986, p. 363)

²⁰ Las etapas previas en Cuesta (1986, p. 332).

periodo previo a su aprobación por el INP, quedaron sin cobertura las trabajadoras del servicio doméstico y sólo se contempló un periodo de descanso para la madre de 6 semanas después de dar a luz (Samaniego, 1988, p. 277).

La implantación del seguro de maternidad, a pesar del amplio despliegue de propaganda²¹ realizado por el Ministerio de Trabajo presidido por Largo Caballero se encontró con rechazos y oposición en el ámbito político y laboral, en gran parte surgido de las propias mujeres (Núñez, 1986; Bussy, 1986). Las protestas individuales procedieron de las trabajadoras afiliadas solteras y viudas que no querían cotizar. Las protestas colectivas se basaban en la no aceptación del descuento sobre el salario para el pago de la cuota del seguro y también en la exigencia de un seguro de enfermedad general que cubriera todas sus necesidades (Samaniego, 1988, p. 282). La resistencia contra la implantación de seguro se produjo en las zonas más industrializadas, dónde ya existían en muchas ocasiones sistemas de protección que cubrían el seguro de maternidad, cuyas prestaciones eran superiores a las implantadas por el gobierno y además eran aportadas íntegramente por el patrón. Esto explica la resistencia a introducir un seguro de menor compensación y además con la cotización de la trabajadora. En Cataluña la resistencia fue mayor, provocando numerosas huelgas en las obreras de la industria textil de Barcelona, Sabadell, Tarrasa, Mataró y Manresa (Vega, 2007, p.263). En Sabadell y Mataró la patronal concedía un subsidio de 180 pesetas como indemnización por descanso en cada parto, a la que las obreras sumaban el subsidio de 50 pesetas que pagaba el estado hasta el 1 de octubre de 1931. Por tanto, el seguro implicaba una compensación menor, sobre todo en los tres primeros años de aplicación, además de suponer una reducción del salario. En estas dos localidades se llegaron a acuerdos con las trabajadoras y también se realizó un pacto colectivo entre las delegaciones de las Asociaciones de Fabricantes de Hilados y Tejidos de Cataluña y los representantes del Sindicato Fabril y Textil de Cataluña adscritos a la CNT²² (INP,

²¹ El INP desplegó una importante propaganda de varios tipos: propaganda oral basada en conferencias, lecciones y cursillos, en propaganda escrita (publicación de las conferencias, artículos periodísticos, información gráfica) y propaganda artística (carteles) INP (1932, p. 16-17). En esta campaña colaboraron figuras como Severino Aznar (1922a, 1922b, 1934), Haro García, Clara Campoamor, Bastardas, Vigil Montonto, Rivera Lema, Gómez Salvo, Casado, Alfredo Daneo (Samaniego, 1988, p. 281).

²² La CNT impulsó resistencias obreras en Sabadell, Tarrasa, Mataró y Manresa además de otros incidentes en Valencia, Alcira, Elche, Vitoria, Málaga y Vizcaya. Fueron acusados de su oposición a la previsión y sus tácticas revolucionarias. Sin embargo participaron en el pacto colectivo sobre el seguro de maternidad que se firmó con los representantes de la Federación de fabricantes de Hilados y Tejidos y del Sindicato Fabril y Textil (Samaniego, 1988, p. 284).

1932, p. 22-23). Hubo otros conflictos en la zona de Zaragoza, Galicia²³ y País Valenciano (Vega, 2007, p. 266-273; INP, 1932, pp. 22-25).

Cuadro nº 2. Inscritas en el seguro de maternidad a finales de 1933		
	Total diciembre de 1933	% del Total
Caja Provincial de Ahorros y de Préstamos de Álava	4262	0,80
Caja de Seguros Sociales y de Ahorros de Andalucía Occidental	32607	6,15
Caja de Previsión Social de Andalucía Oriental	10009	1,89
Caja de Previsión Social de Aragón	12227	2,30
Caja Asturiana de Previsión Social	10785	2,03
Caja de previsión social de las islas Canarias	17642	3,33
Caja de Previsión social de Castilla la Nueva	3502	0,66
Caja de Previsión Social de Castilla la Vieja	3775	0,71
Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros- Cataluña y Baleares	193135	36,48
Caja Extremeña de Previsión Social	3459	0,65
Caja Regional Gallega de Previsión Social	48752	9,20
Caja de Ahorros Provincial de Guipúzcoa	18167	3,43
Caja Provincial Leonesa de Previsión	2357	0,44
Caja Regional Murciana- Albacetense de Previsión social	13592	2,56
Caja de Ahorros de Navarra	2753	0,52
Caja de Previsión Social de Salamanca, Ávila y Zamora	4471	0,84
Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Santander	12841	2,42
Caja de Previsión Social de Valencia	96178	18,16
Caja de Previsión Social de Valladolid- Palencia	4198	0,79
Caja de Ahorros Vizcaína	13208	2,49
INP	21464	4,05
	529384	100,00

Fuente: Anuario estadístico de España (1934)

La implantación del seguro de maternidad en la zona, donde había más obreras afiliadas al retiro obrero fue lenta. En 1933 las inscritas en la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros- Cataluña y Baleares representaban el 36% de la totalidad de afiliadas al seguro de maternidad (cuadro 2) mientras que hasta 1929 representaban el 48% de las perceptoras del subsidio de maternidad de toda España (cuadro 1). Durante algunos años una parte de las obreras de Cataluña y Baleares prefirió no cotizar y seguir cubiertas por las mutualidades particulares al margen del Estado que financiaba el patrón. En 1937 sólo el 50% de la población femenina asegurable (unas 470.000

²³ Para el caso de las industrias pesqueras en Galicia véase Muñoz (2008). En Vigo, Marín y La Coruña se declaró una huelga de 5000 obreras conserveras (Samaniego, 1988, p. 282).

mujeres) estaba inscrita en el seguro de maternidad (Pérez-Bastardas, 2004, p. 37). Según Núñez Pérez (1986, pp. 370-371), en todo el territorio español, el ritmo de afiliación fue rápido entre las obreras industriales en los primeros momentos. En los primeros cinco trimestres se afiliaron 500.378 asalariadas, aunque el ritmo posterior fue más lento. En diciembre de 1935 el total de obreras inscritas en el seguro de maternidad era de 741.771. Esta autora establece tres zonas según la cotización media individual que refleja el tipo de trabajo existentes: la zona donde predominan las obreras permanentes en la industria y el comercio, otra zona donde coexisten ambos grupos y finalmente otra zona en la que predominan las trabajadoras de temporada o eventuales²⁴.

Por lo que respecta al seguro de enfermedad, en la X Conferencia internacional del Trabajo celebrada en Ginebra en 1927 se aprobaron dos convenios que España no ratificó hasta la II República. Sin embargo el gobierno de Primo de Rivera si contestó al cuestionario previo de la Oficina Internacional del Trabajo sobre el seguro de enfermedad. De la lectura de las respuestas al cuestionario se deduce que el gobierno español estaba en gran parte dispuesto a asumir un seguro de enfermedad obligatorio al margen del las mutuas existentes y basado en un sistema de cotización que asumieran los trabajadores y los empresarios, puesto que *“si lo pagaba el Estado, y eso sería sencillamente, no el constituir un seguro nuevo, sino el extender la zona, ya desmesurada, de la Beneficencia pública. Y no se trata de eso”*²⁵. También se pretendía incluir otros grupos de población activa además de los trabajadores industriales tales como los trabajadores del campo, debido al interés del Estado en disminuir la morbilidad y la mortalidad en España y por ser este grupo una parte importante de la población, además de incluir a los trabajadores eventuales, los obreros extranjeros y a los familiares de los asegurados. El seguro sería obligatorio para los asalariados y facultativo para los autónomos. Aunque el gobierno admite que debían incluirse las especialidades afirma que en España no es posible cumplirlo debido a la concentración de los especialistas en las ciudades y la gran extensión del territorio español y las dificultades de las comunicaciones. Sólo contempla la hospitalización en caso de enfermedades contagiosas y en las operaciones quirúrgicas que requieran la presencia del enfermo en la clínica del cirujano. El gobierno reconoce la existencia de una

²⁴ La primera esta integrada por las zonas de Madrid, Cataluña, Santander, Vizcaya, Guipúzcoa y Aragón. En la segunda incluye Valencia, Navarra, León y Castilla La Vieja. En la tercera dónde priman trabajos en el campo o en la pesca como en Galicia, Andalucía, Castilla la Nueva, Murcia y Canarias (Núñez Pérez, 1986, p. 371).

²⁵ INP (1933), p. 7. Existe una publicación anterior de 1927.

considerable organización mutualista que aseguraban a grandes masas contra el riesgo-enfermedad y de grandes empresas que tenían mutualidades interprofesionales que cubrían la enfermedad. Por ello cree que no se puede prescindir de ellas y que el convenio no debe consignar, a priori, la preferencia por una organización profesional ni territorial. Cada estado debe tener libertad para decidir. En cuanto a las mutualidades el gobierno reconoce su papel pero también denuncia que si quieren participar en el seguro obligatorio deberán cumplir unos requisitos. También se preveía la participación de los patronos, el Estado, la Provincia y el Municipio. En resumen, en 1927 el gobierno estaba decidido a que cuando se implantara el seguro de enfermedad fuera ya directamente obligatorio pero que no iba a prescindir de todas las instituciones y mutualidades que desde hacía décadas cubrían la enfermedad a una parte importante de la población española. Sin embargo, no lo puso en práctica.

Durante el periodo de implantación del subsidio de maternidad y más tarde del seguro de maternidad, la mayoría de población siguió cubriéndose la enfermedad a través del mercado o de las sociedades de socorros mutuos de origen obrero, patronal u de otra índole. Muchas de estas sociedades recibieron una escasa subvención incluida en los presupuestos del Estado cuyo máximo alcanzó la reducida cifra de 75000 pesetas y sólo alcanzó 178 sociedades de las miles existentes en España (ver capítulo 1). Durante el periodo republicano de izquierdas se intentó poner en marcha el seguro de enfermedad. El 25 de marzo de 1932 el consejo de Ministros autorizó al Ministerio de Trabajo y Previsión social a presentar en las cortes un proyecto de ley para ratificar el convenio relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria, comercio y de los sirvientes domésticos y otro para los trabajadores agrícolas que se había adoptado en la Conferencia Internacional del Trabajo de Ginebra de 1927. Ambos convenios se ratificaron en la sesión de la Cortes de 5 de Abril de 1932. El 10 de Mayo de 1932 se dio la orden al INP para preparar un proyecto de régimen de seguro de enfermedad, de invalidez y muerte sobre la base de los convenios y además *“puestos a esta labor, es oportuno aprovecharla para ir a la unificación de los seguros sociales de modo que, según el programa de la Política de Previsión en España, se llegue al seguro integral²⁶”*. El 4 de Noviembre de 1932 se publican los dos convenios. Sin embargo, a pesar de la inminencia de la puesta en marcha del seguro de enfermedad, no producen

²⁶ Sobre los trabajos de las ponencias designadas por el Consejo de Patronato de INP véase Samaniego (1988, pp. 363).

cambios significativos hasta finales de 1935²⁷. Desde julio de 1935 una comisión realizó los trabajos de elaboración de un proyecto y sus conclusiones se recopilaron a principios de 1936. Con el estallido de la guerra civil nunca se puso en marcha.

Uno de los aspectos más interesantes del periodo republicano fue el proyecto de Unificación de los seguros sociales entre los que se incluía el seguro de enfermedad y el de maternidad. Según Samaniego (1988, pp. 346- 369) el Ministerio de Trabajo dirigido por Largo Caballero pretendía no únicamente rellenar aquellos aspectos de la previsión que aún no tenían un seguro como el caso de enfermedad sino coordinar todos los seguros sociales. La Unificación de los seguros sociales era compleja por la propia evolución histórica de los seguros en España, gestionados de forma distinta y por instituciones diferentes. Por tanto se pretendía ampliar el retiro obrero obligatorio a través de un triple seguro de vejez, invalidez y muerte y a implantarse el seguro de enfermedad del que sólo se había desarrollado el seguro de maternidad. En las perspectivas de futuro se planteaba la pretensión de llegar a obligatoriedad de todos los seguros sociales. La idea de unificación de los seguros sociales tenía un precedente en la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad que se había celebrado en Barcelona en 1922. El impulso de la República a los seguros sociales, al implantarse el seguro de maternidad y el de accidentes de trabajo como obligatorios, se completó con el proyecto de unificación

La implantación del seguro Obligatorio de Enfermedad en el Primer Franquismo.

Tras la guerra civil el proyecto unificador de los seguros sociales se archivó. En las primeras décadas del Franquismo se continuó gestionando los seguros de forma desintegrada. La descoordinación se agravó incluso con la implantación del seguro de enfermedad, los subsidios familiares o la creación de entidades como las Mutualidades Laborales u otras instituciones como la obra social 18 de Julio²⁸ que complicaron aún más la situación de la previsión en España, alejándola del resto de países industriales europeos que en estas décadas, siguiendo los planteamientos del Plan Beveridge, se

²⁷ En 1934 se producen una serie de conferencias en el Ateneo de Madrid dedicadas al seguro de enfermedad. Porras Gallo (1999) hace un análisis sobre la opinión de los médicos sobre el Seguro obligatorio de enfermedad.

²⁸ Algunas referencias a estas instituciones que se convirtieron en un sistema paralelo al de los seguros sociales en García Padilla (1990), p. 406-407.

dirigían hacia el seguro integrado y hacia la universalización de la Seguridad Social²⁹. Cuando se implanta el Seguro Obligatorio de Enfermedad en España se hace con unas bases influenciadas por décadas de estudios, informes y firma de convenios internacionales pero que en el momento de su aplicación, en 1944, están desfasadas. Mientras en Europa se tiende a un sistema integrado de seguros, universal y con una parte importante de financiación del Estado, en España se opta por un sistema de cotización que cubre básicamente al trabajador industrial. Sin embargo, fue un paso importante para una parte, aunque limitada, de la población. En el momento de su implantación continuaba la oposición por parte de las instituciones corporativas médicas y de los propios trabajadores de las zonas industrializadas en el que ya existía un sistema de mutuas privadas menos costosas³⁰. El franquismo utilizó el seguro obligatorio de enfermedad (=SOE) como parte de su discurso social que, según Carmen Molinero “*tenía como objetivo, ya se ha dicho, alimentar el mito de la madre-patria que protege a todos sus miembros*” (2005, p. 85). El seguro de enfermedad formaba parte de la política social del régimen que fue utilizada como mecanismo de legitimación y de paternalismo (García Padilla, p. 401-402). A pesar de la propaganda nunca se universalizó este seguro del que se mantuvieron al margen durante mucho tiempo los trabajadores agrarios y de otros sectores económico³¹.

El 14 de diciembre de 1942 se aprobó la ley del seguro obligatorio de enfermedad. En el preámbulo de la ley se declaraba que “*El seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se habían implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización*”. No se hace referencia a los intereses médicos³² y compañías de seguros, mutuas y de otras organizaciones

²⁹ La influencia de de Plan Beveridge puede verse en numerosos países que tendieron a la simplificación, integración y crecimiento de los servicios de los seguros sociales aunque con un camino específico en cada país. Véase el caso de Irlanda donde el peso de los agricultores juega un papel muy importante en la articulación de la política social (Carey, 2005)

³⁰ Para el caso de Estados Unidos, John E. Murray (2007) defiende que los trabajadores norteamericanos rechazaron planes obligatorios de seguro de enfermedad porque estaban satisfechos con los planos privados existentes. Sin embargo, estas ventajas se modificaron a partir de los años cuarenta. Esto condujo a una reducción de las sociedades mutuas y al crecimiento de los seguros de salud contratados a compañías de seguros. Véase también Dobbin (1992).

³¹ Según González Murillo (2005) su criterio de aplicación fue laboral, con escasa financiación pública y la propaganda del régimen sobre el seguro de enfermedad pretendió ocultar los resultados que fueron inferiores a los pretendidos por el propio régimen.

³² Rodríguez Ocaña (1990, p. 351), explica la existencia entre los médicos de diferentes posiciones. En los defensores del seguro obligatorio de enfermedad estuvieron higienistas y médicos sociales u otros con vocación socialista durante la república o hombres técnicos del INP como Severino Aznar. Sin embargo, se opusieron casi todas las organizaciones representativas de médicos.

sanitarias que habían opuesto a su implantación, ni a la oposición de los patronos³³ y que como grupos de presión en su mayoría apoyaban ahora al nuevo régimen³⁴. El seguro obligatorio tenía como objetivo la prestación de asistencia sanitaria en el caso de enfermedad, en el caso de maternidad, la indemnización económica en los dos primeros casos, la indemnización para gastos funerarios al fallecer los asegurados y la medicina preventiva. Su reglamento se aprobó por decreto de 11 de noviembre de 1943. Debían ser obligatoriamente asegurados todos los productores económicamente débiles (rentas de trabajo que no excedieran de 9000 pesetas) que trabajasen por su cuenta o cuenta ajena, a domicilio o en el servicio doméstico. Además se aseguraban a todos los trabajadores manuales aunque excedieran de las 9000 pesetas anuales. Quedaban exceptuados los funcionarios públicos o de corporaciones por tener otro tipo de prestaciones. Los beneficiarios eran los familiares que vivieran con el asegurado y a sus expensas (cónyuge, ascendientes, descendientes e hijos adoptivos y hermanos menores de 18 años o incapacitados para el trabajo). En las prestaciones sanitarias se contemplaba la asistencia médica completa, tanto medicina general como especialidades. El derecho de asistencia médica se contemplaba desde el día de la afiliación del asegurado y su cónyuge e hijos y para el resto de beneficiarios a partir de los 6 meses de la petición del reconocimiento del carácter de beneficiario. En el caso de la hospitalización se contempla un límite de 12 semanas por año para los asegurados y seis para los beneficiarios. Las prestaciones de farmacia se realizarán hasta un plazo máximo de veintiséis semanas por año para los asegurados y trece para los familiares. Con las recetas médicas se podían obtener los medicamentos en cualquier farmacia.

Por su parte, la indemnización por enfermedad tenía una carencia de seis meses desde su afiliación y consistía en un 50% del salario que sería abonado cuando la enfermedad tenía una duración mínima de siete días y a partir del quinto día hasta veintiséis semanas como máximo. En el caso de maternidad, las mujeres afiliadas percibirían el 60% de su salario. En este supuesto la carencia para poder recibir la indemnización era de 9 meses antes de dar a luz. Entre los requisitos se establecía que

³³ Samaniego (1988, p. 352) recoge las ideas de González Posada, quién a pesar de la presencia de representantes españoles en la conferencias de la OIT, recoge que muchos de los convenios no se pusieron en práctica por la “actitud tradicional de resistencia en los patronos” o bien por “La complejidad de cuestiones”.

³⁴ Serrallonga (2007), analiza las intrigas y los objetivos de los viejos clanes sanitarios que se posesionaron de la estructura sanitaria pública del bando franquista con el objetivo inicial de deshacer la obra sanitaria y asistencial emprendida por la República. Cuando se implantaron algunos proyectos ligados al Seguro de Enfermedad en 1942 la cúspide de la dirección general de sanidad no se hizo cargo de la implementación de la red asistencial sino que se ligó al Ministerio de Trabajo.

durante el año anterior al parto hubiera cotizado como mínimo 6 meses y que se abstuviera de cualquier trabajo remunerado durante el periodo de descanso. Las afiliadas estaban obligadas a un descanso de seis semanas después del parto, tal y como establecía la anterior ley de seguro de enfermedad, y en el caso de prescripción médica seis semanas antes. El periodo voluntario era de seis semanas antes del parto. Finalmente el seguro de enfermedad contemplaba una indemnización por gastos funerarios.

A pesar de que ambas regulaciones se establecía que la organización, gestión y administración del seguro correspondía al Instituto Nacional de Prevención como entidad aseguradora única, mediante la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad pronto se hizo evidente que el Estado sería un mero controlador de su implantación y que su financiación se realizaría en base a la cotización de empresarios y trabajadores y que su gestión se delegaría a entidades privadas que se denominaron entidades colaboradoras. En una primera fase que abarca desde julio de 1944 hasta diciembre de 1946 únicamente se implantaron las prestaciones de medicina general. A partir de enero de 1947 se inició la incorporación de la atención a las especialidades.

La aportación del estado era escasa. Se limitaba a una serie de prestaciones referidas al seguro de maternidad que, por otra parte, ya se cubrían con el seguro obligatorio de maternidad³⁵. Se trataba de 75 pesetas por cada parto asistido por el seguro, 50 pesetas por cada beneficiaria e hijo lactante y durante el primer trienio la cantidad de 250.000 pesetas anuales y posteriormente del 25 por 100 del promedio anual del coste de las prestaciones sanitarias de maternidad. Por otra parte contribuía mediante la cooperación de las instituciones de sanidad pública que atendían a la beneficencia. Esta cooperación se basaba en ofrecer los servicios, inmuebles, instalaciones y otros medios a precio de coste. Por tanto, el estado inicialmente no aportaba financiación ni capital para la creación de nueva infraestructura sanitaria. Al contrario, en poco tiempo fueron los empresarios y trabajadores que cotizaban los que aportarían una parte de las primas para las inversiones en hospitales y centros sanitarios públicos. Las primas del seguro debían ser satisfechas a partes iguales entre empresarios

³⁵ Desde la ley de 18 de junio de 1943, además de la obreras inscritas en el retiro obrero, pasaron a ser beneficiarias del mismo a partir de julio del mismo año las esposas de los trabajadores aseguradores en el régimen de subsidios familiares y de aquellas trabajadoras que siendo por si aseguradas en el Régimen de subsidios familiares no pudieran serlo en el de maternidad por superar el límite de retribución establecido (BOE de 3 de julio de 1942).

y trabajadores pero el responsable del pago era el empresario que debía descontar a “los productores” la parte correspondiente al abonarles el salario.

Mientras que el régimen a través de la propaganda difunde la idea de crear un sistema universal de seguro de enfermedad, la realidad es que se basará en un sistema de cotización laboral. Incluso para establecer este sistema se encuentra con una escasa capacidad financiera en una economía en plena autarquía. Por ello, el gobierno recurrirá a la gestión privada como ya ocurría en el seguro de accidentes de trabajo. En el capítulo II del reglamento del SOE se establecía que el seguro podría utilizar mediante conciertos adecuados que estableciera la Obra 18 de Julio con la colaboración de Cajas de Empresa, Mutualidades e Igualatorios médicos que reunieran unas condiciones mínimas fijadas por las Direcciones Generales de Sanidad y Previsión y se sometieran a las normas y a la inspección del Instituto Nacional de Previsión. Esta posibilidad se materializó en un decreto aprobado el 2 de marzo de 1944. El 8 de marzo se establecían las normas para la ejecución del concierto entre el INP con entidades privadas. Podían acogerme al concierto todas aquellas mutualidades, montepíos, empresas e igualatorios de asistencia médico-farmacéutica que tuvieran organizada esta modalidad para su personal o sus afiliados. También lo podían hacer las compañías de seguro privadas que practicaran este seguro con anterioridad aunque su cartera no podía exceder de la que tuvieran en la fecha de publicación del decreto³⁶.

Los convenios se realizaron por un periodo de diez años. La autorización se sometía a los informes de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y de la Obra Sindical “18 de Julio”. Las entidades colaboradoras debían constituir una fianza y cada año debían realizar la liquidación correspondiente con la Caja Nacional del seguro de enfermedad en los meses de enero, abril, julio y octubre. En estos meses debían ingresarse la diferencia entre el tanto por ciento concertado y el de las primas recaudadas o en su caso entre las aportaciones de empresarios y trabajadores y las prestaciones del seguro, deducido el importe de los gastos de administración que se establecían en el concierto o por decreto. Gracias a estos conciertos pudo ponerse en marcha el seguro de enfermedad. De estos primeros conciertos se pueden establecer que en la gestión del SOE participaron tres tipos de entidades. En primer lugar, las mutuas patronales de accidentes de trabajo que ya operaban en este ramo y que en algunos casos se habían diversificado creando ramas de seguro de enfermedad (Bibiloni y Pons,

³⁶ Sobre el tema del SOE y la gestión de las entidades colaboradoras véase Pons Pons (2008).

1999, 2006; Pons Pons, 2006). Disponían de una importante red de dispensarios y de personal médico e incluso de hospitales donde atendían a los trabajadores accidentados de las empresas asociadas. Entre ellas cabe citar las más importantes de la época como Mutua General de Seguros, MAPFRE, ASEPEYO o Hércules. En un segundo grupo se podían incluir empresas que habían constituido Cajas o mutuas vinculadas a grandes empresas que gestionaban otros seguros sociales, algunas desde los años veinte. En este grupo podemos destacar a las mutualidades vinculadas a la Sociedad Metalúrgica Duro-Felguera, al Montepío de Productores de Antracita de Gaiztarro, S.A., la Caja de Empresa de Talleres Boyer o al Servicio Mutual Montepío de Empresas de la Industria textil de Hospitalet de Llobregat, Asociación de Previsión Social. Finalmente, se realizaron conciertos con mutualidades de previsión social e igualatorios médicos como La Española, Mutualidad de Previsión Social, la Mutualidad de Previsión Hispania, Atocha, Mutual médica Tinerfeña y la Sociedad de Beneficencia y sociedad de socorros mutuos La Honradez. Sin embargo, muchas de ellas tenían un carácter provincial o regional. En diciembre de 1945 sólo 31 de estas entidades mantenían un ámbito de actuación nacional (Cuadro 3). En este año, por número de asegurados, las cinco primeras entidades colaboradoras de ámbito nacional eran Mutua General de Seguros, Mutualidad de Seguros Agrícolas “M.A.P.F.R.E”, “La Española, Mutualidad de Seguros Sociales”, el Montepío textil de enfermedades y la Mutualidad de Previsión Hispania.

núm. registro.	Entidad colaboradora	Empresas	Asegurados	Beneficiarios
10	Mutua General de Seguros	26166	338219	1074107
35	Mutualidad de Seguros Agrícolas "M.A.P.F.R.E"	12683	95017	293760
8	"La Española", Mutualidad de Seguros Sociales	6391	76257	235817
86	Montepío Textil de enfermedades	711	65009	89811
40	Mutualidad de Previsión Hispania	8090	60979	174338
15	Previsión Vasco-Navarra	7111	60549	170667
12	Mutua Balear de Previsión y Asistencia Social	5136	45787	121698
19	Mutualidad General Agropecuaria	5829	35051	117825
42	"La Previsión" Sociedad Mutua de Seguros Generales	3420	27579	89469
27	Mutua Vascongada de Previsión	2749	26049	70342
16	Asistencia Sanitario-Económica para Empleados y Obreros A.S.E.P.E.Y.O	2088	25839	58480
103	"Cataluña", Mutua de Previsión Social	1739	24090	48171

18	"Atocha" Mutualidad de Previsión social	2225	22479	56139
9	"Hércules", Mutualidad Española de Seguros Generales	2290	18970	58292
13	Asociación Mutual de Seguros "Layetana"	1678	17982	50685
71	Unión y Alianza de Previsión Social, S.A.	1197	15521	29890
137	Bilbaina de Previsión	1522	14611	46343
50	Mutua Española de Previsión	963	14132	41108
45	Mutua de Previsión Social M.U.P.S.O	1820	13700	42385
33	"Multimax", Mutualidad de Previsión Social	2291	12980	35378
104	MUSEBA, Mutualidad de Seguros d e Banca	490	12864	32015
82	Mutua Española de Seguros de Enfermedad "MUTIBERUS"	368	11839	30066
17	"La Fraternidad", Mutua Nacional	830	9581	28854
III	Banco Hispano Americano	122	6823	14395
34	Mutual Cyclops de Accidentes del Trabajo	433	6771	19826
75	Mutualidad Patria Hispana de Previsión Social	1269	6610	20527
100	La Equitativa de Madrid, S.A.	1218	6138	16886
141	Mutua de Previsión Social S.I.C.A.	295	4689	12651
28	Mutualidad de Seguros Sociales "Universo"	502	2805	8113
XXII	El Fénix Mutuo. Mutualidad de Seguros Generales	192	1399	4034
169	"Aurora", Mutua de Previsión Social	6	35	72
Fuente: "Relación de entidades colaboradoras que actúan con ámbito nacional", Diciembre de 1945, Caja Nacional de Seguro de Enfermedad, Sección Afiliación. Copia en el Archivo MGS.				
nota: Las entidades colaboradoras de las Provincias de Madrid, Barcelona y Valencia figuran con datos del mes anterior				

Desde los inicios de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad las entidades colaboradoras aseguraron a una gran parte de los afiliados. El 1 de julio de 1944 se inició la primera fase del SOE en la que se cubrió la asistencia de medicina general, farmacia, e indemnización económica por enfermedad. Tras los primeros meses de implantación, en octubre de 1945 se habían autorizado 228 entidades colaboradoras³⁷. De esta relación se desprende³⁷ que las entidades colaboradoras aseguraban el 50,77% de las empresas frente al 44,69 % de las empresas aseguradas en la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad o las 4,53% que lo eran a través de los servicios sindicales. Sin embargo, la distancia era mayor si se tiene en cuenta a los asegurados y a los beneficiarios puesto que las empresas más grandes se inscribieron en entidades privadas. De forma que estas entidades aseguraban el 64,72% de los asegurados y el 62,38 % de los beneficiarios frente al sólo 23,44% y el 24,89% respectivamente de la caja nacional.

Los empresarios tuvieron un plazo para la elección de la Entidad Aseguradora del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Una orden de 8 de abril de 1944 estableció un

³⁷ Caja Nacional de Seguro de enfermedad. Relación de empresas, asegurados y beneficiarios existentes en cada una de las entidades colaboradoras del SOE. Sección de afiliación. Octubre de 1945.

plazo para que los empresarios afiliaran a sus empleados fijos. Esta orden fue ampliada hasta el 31 de Mayo. La orden de 27 de julio de 1944 de Ministerio de Trabajo dispuso que a partir del 1 de septiembre de 1944 todos los trabajadores asegurados tenían derecho a la asistencia del SOE. Desde el momento de la elección los patronos debían de permanecer al menos un año en la entidad elegida. Una serie de normas posteriores postergaron la posibilidad de elegir otra entidad hasta el 1 de diciembre de 1946. En este estadio inicial, las entidades colaboradoras intentaron la afiliación de las empresas a través de sus agentes y delegados. La captación de estas empresas era importante no sólo para este ramo sino que permitía aumentar la cartera de otros ramos complementarios. Esto era especialmente importante en las mutuas patronales de accidentes de trabajo y también en las mutuas de seguro generales que podían ofertar otro tipo de pólizas a las empresas afiliadas, entre ellas la cobertura del seguro de accidentes de trabajo o incendio. Los agentes o delegados de las entidades aseguradoras recibían una comisión a cambio de esta nueva contratación³⁸. De hecho el propio Sindicato Nacional del Seguro aceptó este hecho y mandó una circular en la que se establecía los siguientes porcentajes: 5% como premio de gestión pura y simple, un 4% para compensar la administración del Seguro por representantes provinciales y locales y un 1% en concepto de cobranza³⁹.

A pesar de esta práctica aceptada en los primeros meses de implantación, el Ministerio de Trabajo, con una orden de 7 de octubre de 1945 (BOE 27 de Octubre de 1945) prohibió el pago de comisiones en el SOE. Esta orden se ratificó el 10 de Octubre de 1947 (BOE de 16 de Octubre de 1947). Con el ello se pretendía eliminar la competencia entre las entidades gestoras del SOE. En este sentido se prohibió todo tipo de propaganda impresa, cinematográfica, por radio o cualquier elemento de difusión relativa al Seguro obligatorio de Enfermedad tanto de la Caja Nacional como de las entidades colaboradoras cuyo texto y contenido no hubiera sido objeto de aprobación previa y expresa del Ministerio de Trabajo (BOE de 26 de octubre de 1946). Las entidades colaboradoras, sobre todo las que cubrían todo el territorio nacional temieron el descontento de sus agentes para ello buscaron mecanismo para mantener de alguna forma su *status quo*. Las comisiones de los agentes eran difíciles de justificar ante el

³⁸ En el caso de Mutua de General de seguros los agentes recibían un 5% de la prima en concepto de gestión de producción, un 3% para la administración del seguro y un 2% sobre la cobranza de primas. *El problema de los agentes de seguros en relación con el seguro obligatorio de enfermedad* (1948), p. 3. Archivo General de Seguros.

³⁹ Circular nº 21 del grupo V a las entidades colaboradores del SOE. Archivo Mutua General de Seguros.

INP puesto que en los conciertos firmados no se podían contabilizar. En el caso de las entidades de carácter nacional, únicamente se podía justificar un 25% de lo recaudado para gastos de administración. Sin embargo, en muchas de estas entidades se aplicó lo que se llamó la “Administración concertada” como fórmula para incluir estas comisiones como gastos generales de administración. Un importante coste para las entidades que gestionaron el seguro fue el aumento de personal. El Ministerio de Trabajo obligó a las entidades colaboradoras a mantener delegaciones en todas las provincias en la que operaran, lo que fue muy gravoso en el caso de las entidades de ámbito nacional. Para estas supuso un crecimiento en el coste de edificios y personal que en algunas provincias con escasa actividad económica o con una cartera pequeña el volumen de producción no compensaba el coste de instalación.

En la primera fase de implantación se estableció una prima del 5,013% sobre las rentas del trabajo. En el caso de las entidades colaboradoras, de la cantidad pagada por trabajadores y empresarios se detraía un 2,45362 % en concepto de Inspección de Servicios Sanitarios. Sin embargo al implantarse la segunda fase de implantación del seguro en el que se pretendía la cobertura de las especialidades médicas y quirúrgicas la prima se incrementó y se establecieron otros porcentajes para la creación de la infraestructura hospitalaria y de especialidades necesaria. Se pretendía difundir las especialidades de forma escalonada. Por decreto de 29 de diciembre de 1946 se declaró implantado con carácter preceptivo, desde 1 de enero de 1947, en todo el territorio nacional las prestaciones de cirugía general y hospitalización quirúrgica, oftalmología, otorrinolaringología y radiología como medio de diagnóstico, los análisis clínicos que estaban previsto en el artículo 34 del Reglamento de once de noviembre de 1943 y también el servicio de Practicantes. Un año después, el 1 de enero de 1948, se implantaría el resto de prestaciones y servicios a excepción del servicio de hospitalización médica que estaba vinculado al plan de instalaciones nacionales del Seguro.

Para la implantación de la segunda fase se incrementó la prima al 6,25 % de las rentas del trabajo, más un 0,10% que las entidades colaboradoras debían entregar a la Caja Nacional del Seguro para la amortización del capital que se invirtiera por el INP en el desarrollo del plan nacional de instalaciones Sanitarias. El decreto preveía que esta prima se incrementaría a partir de marzo de 1948 al 7,25 % de las rentas, además de un 0,25% de las rentas destinadas a la amortización de las inversiones del INP al plan nacional de instalaciones sanitarias que debían entregar las entidades colaboradoras. De

igual manera de las nuevas primas se seguía detrando 2,45362 % que debían entregar las entidades colaboradoras a la Caja Nacional como ya venían haciendo. El régimen franquista desarrolló un plan de creación de hospitales y residencias sanitarias no mediante la financiación pública basada en impuestos directos sobre la riqueza sino su mayor parte con el esfuerzo de trabajadores y empresarios que cotizaban en el seguro obligatorio de enfermedad. El decreto anterior también derogaba la posibilidad de cambio de entidad puesto que establecía que a partir de enero de 1948 los asegurados inscritos en la Caja Nacional o en las entidades colaboradoras inscritas durante un plazo de 5 años sin posibilidad de cambio alguno salvo circunstancias extraordinarias. La elección debían realizarla los trabajadores por votación. Si el 66 % de los trabajadores elegían una opción esta sería la entidad aseguradora por cinco años. Si en una segunda votación no se conseguía acuerdos, la decisión quedaría en manos de la empresa.

A pesar del incremento de la prima, el porcentaje destinado a la administración del seguro que podían percibir las entidades colaboradoras se fue reduciendo progresivamente. Si en un principio los gastos de administración se habían establecido en un 25% en el caso de las entidades de ámbito nacional, en 1947 este porcentaje disminuyó al 20%. En el resto de entidades quedó fijado de la siguiente forma: en el 16% en las de ámbito interprovincial, 12% provincial y en la Cajas de Empresa en el 9,62 y 8% según tuvieran o no sucursales (BOE 13 de enero de 1947). La reducción continuó en 1948 cuando los gastos de administración se fijaron en el 16,20 % para las colaboradoras de ámbito nacional y el 1,96%, 9,72%, 7,79% y 6,48% en las demás colaboradoras en función de su ámbito de gestión.

En estos primeros años de difusión del seguro de enfermedad creció el papel de las entidades colaboradoras frente a la caja nacional. Si en octubre de 1945 las entidades colaboradoras aseguraban al 64% de los asegurados, esta cifra se había incrementado en 1949. Entre la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad y las entidades colaboradoras se aseguraban 3.154.274 asegurados. De ellos sólo 703190 estaban afiliados a la caja nacional (22,3%) el resto estaba afiliados a entidades colaboradoras (77,7%).

En el caso de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, más de la mitad de lo recaudado se destinaba a las prestaciones médicas y farmacéuticas. En 1946 se recaudaron 106.737.517,60 pesetas. Las prestaciones se distribuían de la siguiente forma: 12 % para las indemnizaciones económicas, el 27,4% era destinado a honorarios médicos y el 32,8 para prestaciones farmacéuticas. Todo ello sumaba un 73 % de lo recaudado. Al total se detraían los porcentajes fijos correspondientes a Administración

(9,45%), Reservas (5%), Inspección de Servicios Sanitarios (2,45%) y el Plan de Instalaciones Sanitarias (1,57%).

Los criterios establecidos para el desarrollo del SOE, basados en la vinculación con los trabajadores industriales y sus familias, en un sistema de cotización al margen de la financiación del Estado explican que el impacto de este seguro fuera menor del que se desprende de la propaganda del franquismo. En el primer año de su implantación, en 1944, los beneficiarios del SOE representaban un 25% de la población española, porcentaje que creció lentamente pero que a finales de 1950 sólo representaba un 30 % aproximadamente del total (cuadro 4). Su bajo impacto se debe en primer lugar a la exclusión de la población agraria que representaba en 1950 el 48,85% de la población activa española (Campo Urbano, 1957, p. 11).

Tabla nº 4 . Impacto del SOE entre la población española (1944-1950)					
	Empresas	Asegurados	Beneficiarios	Población española	Población cubierta por el SOE
1944	246.811	2.143.671	6.828.946	26415268	25,85
1945	274.155	2.521.866	7.313.504	26679980	27,41
1946	298.879	2.749.088	7.698.543	26927258	28,59
1947	345.682	3.034.106	8.320.504	27156010	30,63
1948	373.953	3.166.296	8.546.451	27430143	31,15
1949	383.468	3.131.501	8.379.853	27693317	30,25
1950	367.674	3.064.641	8.180.636	27976755	29,24

Fuente: Anuario estadístico de España. Los datos de población en Salustiano del Campo Urbano (1957), p. 151. Los datos d 1944 a 1949 son estimaciones a 1 de julio. Los datos de 1950 del Censo de población de ese año.

De igual modo, se excluían los productores cuya renta era mayor a las 9000 pesetas de salario y que dedicaban a otro tipo de actividades que no fueran trabajadores manuales, a lo que habría que añadir funcionarios y empleados de otras actividades. Es cierto sin embargo, que algunos de ellos estuvieron cubiertos por otro tipo de previsión creada paralelamente como la Mutualidades laborales o las mutualidades de funcionarios. Sin embargo, en sus primeros años el SOE estuvo muy lejos de cubrir a toda la población española como pretendía popularizar el régimen y por tanto muy lejos de un carácter universal.

Conclusiones

Los seguros de salud en España se introdujeron de forma tardía con respecto a los mismos programas en los países industrializados y también con respecto a otros seguros sociales en el propio país como el seguro de accidentes de trabajo o el seguro de vejez. No fue hasta el primer franquismo cuando se aprobó el primer seguro de enfermedad obligatorio. En la explicación de este retraso se podían reunir una serie de factores. En primer lugar la oposición de grupos de presión como médicos, compañías de seguros y de las propias mutualidades. Un sistema fiscal atrasado que impidió que el estado asumiera la infraestructura sanitaria necesaria, dispensarios y hospitales, para poner en marcha un complejo sistema de atención sanitaria. En tercer lugar se podría añadir el desacuerdo de los propios trabajadores en un sistema de cotización que gravaba sus salarios, apoyado en ocasiones por sindicatos poco claros, en especial la CNT, en su política de previsión social. En cuarto lugar, en las zonas industrializadas como Cataluña se había creado un sistema de cobertura sanitaria, en gran parte financiado por los propios patronos, que era mucho más favorable a los trabajadores que los diferentes proyectos y leyes que se fueron aprobando para todo el estado.

¿Hubo cambios esenciales en el franquismo en estos elementos que expliquen la aprobación del seguro obligatorio de enfermedad en 1942 y su aplicación a partir de 1944? En principio la oposición de los trabajadores desapareció con la eliminación de los sindicatos de clase y con la represión de cualquier reivindicación laboral. A cambio de otras compensaciones, entre ellas la eliminación del conflicto obrero, el régimen consiguió el apoyo de la patronal y también de las organizaciones médicas. Sin embargo, continuaba, incluso agravado, el problema de la escasa capacidad financiera del estado. La solución vino de la mano de la propia contribución de empresarios y trabajadores, con la detracción de parte de las primas para la construcción de la infraestructura sanitaria y de las instituciones de inspección sanitaria. Por otra parte, la mayor parte de la gestión se traspasó a las denominadas entidades colaboradoras con lo que solucionó el problema burocrático y de infraestructura que no disponía y a su vez contentó a las mutualidades patronales, mutualidades de previsión, compañías de seguro y cajas de empresa que pudieron controlar a sus trabajadores enfermos o hacer un buen negocio.

Sin embargo, la realidad es que el seguro obligatorio de enfermedad sólo cubrió en sus inicios a una tercera parte de la población española, debido en gran parte a que se

siguió los criterios de beneficiar a los trabajadores industriales dejando al margen a casi la mitad de la población española que eran los trabajadores agrarios. Con el Seguro Obligatorio de Enfermedad se dio un paso en la dirección de crear un sistema de seguros sociales desintegrados, basados en la cotización y que cubrían parcialmente a la población mientras otras naciones tras la II Guerra Mundial habían emprendido ya el camino hacia un sistema de seguros integrados, universales y con una importante financiación pública. No será hasta la ley de Seguridad Social de 1963 cuando en España se intentará enmendar este complejo y arcaico sistema de seguros sociales.

Bibliografía

- Aubanell, A. M. (1998), "Bienestar industrial en la empresa eléctrica madrileña en el primer tercio del siglo XX", en Arenas, Florencio y Martínez Ruíz (eds.), *Mercado y organización del trabajo en España (siglos XIX y XX)*, Sevilla, Atril.
- Aznar, Severino (1934), *El seguro de enfermedad y los médicos: conferencia dada en el Ateneo Científico y Literario de Madrid el día 9 de marzo de 1924*, Madrid: Imprenta y Encuadernación de los Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.
- Aznar, Severino y otros (1922a), *Si conviene implantar los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad, como hacerlo*, Madrid: Ibérica.
- Aznar, Severino (1922b), *Sobre beneficiarios del seguro de enfermedad, beneficios y quiénes deberán pagarlos*, Madrid: Ibérica.
- Baldwin, Peter (1992) *The politics of social solidarity: Class Bases of the European Welfare State 1875-1975*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Benjumea Pino, Pedro (1990), "Sanidad y desempleo." In *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Bernal Martín, Salvador (1949), *El seguro obligatorio de enfermedad*, Madrid: Librería General Victoriano Suárez.
- Bibiloni Amengual, A. y J. Pons Pons (1999). "El desarrollo de las mutualidades patronales de accidentes de trabajo en España. El mercado balear: entre la competencia y la colusión (1920-1940)." *Revista de Historia Industrial* 15, pp. 83-104.
- Bibiloni Amengual, A. y J. Pons Pons (2006) "Development of industrial accident insurance in Spain, from private to national in Spain, from private to national insurance in 20th century", session 47 "Risks at work in Europe: perception, repair and prevention (18th-20th centuries), IEHC 20006, XIV International Economic History Congress, Helsinki, 21 to 25 August.
- Bock, G. y Thane, P. (eds.) (1996), *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Valencia, Cátedra-Instituto de la Mujer.
- Bussy Genevois, Danièle (1986), "El ideal jurídico republicano (1931-1933) y el seguro de Maternidad, en Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres. Siglos XVI a XX, Actas de las IV Jornadas de investigación interdisciplinaria, Madrid, Ediciones de la UAM, pp. 353-361.
- Campo Urbano, Salustiano (1957), "Componentes del crecimiento de la población en España, 1940-1950", *Revista de Estudios Políticos*, 59, pp. 149-176.
- Castillo, Santiago (ed.) (1994), *Solidaridad desde abajo*. Madrid: UGT-Centro de Estudios históricos y Confederación Nacional de Mutualidades de Previsión.
- Carey, Sophia (2005), "Land, Labour and Politics: Social Insurance in Post-War Ireland", *Social Policy & Society* 4, 3, pp. 303-311.
- Cova, Anne (1996), "El feminismo y la maternidad en Francia: teoría y práctica política, 1890-1918", en Bock, G. y Thane, P. (eds.) , *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Valencia, Cátedra-Instituto de la Mujer, pp. 215-244.
- Cuesta Bustillo, Josefina (1988), *Los seguros sociales en la España del siglo XX. Hacia los seguros sociales obligatorios*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

- Cuesta Bustillo, Josefina (1986), “Hacia el seguro de maternidad: la situación de la mujer obrera en los años veinte”, en Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres. Siglos XVI a XX, Actas de las IV Jornadas de investigación interdisciplinaria, Madrid, Ediciones de la UAM, pp. 321-336.
- Dreyfus, Michel y Beranrd Gibaud (eds.) (1995), *Mutualités de tous les pays. ‘Un passé riche d’avenir’*. Paris, Mutualité française.
- Dutton, P. V. (2002) *Origins of the French Welfare State. The struggle for social reform in France 1914-1947*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dobbin, Frank R. (1992), “The Origins of Private Social Insurance: Public Policy and Fringe Benefits in America, 1920-1950”, *The American Journal of Sociology*, 97, 5, pp. 1416-1450.
- Edebalk, Gunnar (2000), “Emergente of a Welfare State – Social Insurance in Sweden in the 1910s”, *Journal of Social Policy*, 29, 4, 537-551.
- Elu Terán, Alexander (2006), “Las primeras pensiones públicas de vejez en España. Un estudio del Retiro Obrero, 1909-1936”, *Revista de Historia Industrial*, 32, año XV, 3, pp. 33-57.
- García Padilla, Margarita (1990), “Historia de la acción social: seguridad social y asistencia (1939-1975).” En VVAA, *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- González Murillo, Pedro (2005), “La política social del franquismo: el Seguro Obligatorio de Enfermedad”, *Revista de historia contemporánea*, 57, pp. 62-76.
- Gordon, Margaret S. (1988), *Social security policies in industrial countries: a comparative análisis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Gorsky, M., Harris, Bernard y Hinde, Andrew (2006), “Age, Sickness and Longevity in the Late Nineteenth and the Early Twentieth Centuries”, *Social Science History*, 30, 4, pp. 571-600.
- Harris, Bernard (2004), *The Origins of the British Welfare State. Society, State and Social Welfare in England and Wales, 1800-1945*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hernando de Larramendi, Ignacio (2001), *Así se hizo Mapfre. Mi tiempo*. Madrid: Actas Editorial.
- Instituto Nacional de Previsión (1932), *Informe sobre el seguro de Maternidad*, Madrid.
- Instituto Nacional de Previsión (1933), *Unificación de los Seguros sociales. Contestación del Gobierno español al cuestionario para la X Conferencia Internacional del Trabajo sobre el Seguro de Enfermedad y Proyecto de convenio y Recomendación aprobados en dicha Conferencia*, Madrid.
- Leingwiler, Martin (2006), “Insurance and Civil Society: Elements o an Ambivalent Relationship”, *Contemporary European History*, 15, 3, pp. 397-416.
- Lewis, Jane (1996), “Modelos de igualdad para la mujer: el caso de la ayuda estatal para la infancia en la Gran Bretaña del siglo XX”, Bock, G. y Thane, P. (eds.), *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Valencia, Cátedra-Instituto de la Mujer, pp. 137-169.
- López Argüello, Alberto (1932), *El seguro de maternidad. Conferencia a los obreros*, Madrid, INP.
- Maioni, Antonis (1997), “Parting at the Crossroads: The Development of Health Insurance in Canada and the United States, 1940-1965”, *Comparative Politics*, 29, 4, pp. 411-431.
- Molinero, Carme (2005), *La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista*. Madrid: Cátedra.

- Montero García, F. y M.E. Martínez Quinteiro (1988), *Orígenes y antecedentes de la Previsión Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Murray, John E. (2007), *Origins of American Health Insurance. A History of Industrial Sickness Funds*. New Haven & London: Yale University Press.
- Muñoz, L. (2008), “La protección social a los trabajadores de industrias marítimas, 1900-1936”, *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica*. Murcia, 9-12 septiembre.
- Nuñez Pérez, María Gloria (1986), “La implantación y los resultados del seguro de Maternidad en la Segunda República” en *Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres. Siglos XVI a XX*, Actas de las IV Jornadas de investigación interdisciplinaria, Madrid, Ediciones de la UAM, pp. 363-376.
- Pérez-Bastardas, Alfred (2004), *Els inicis de les assegurances socials modernes a Catalunya, 1917-1937*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- Pérez Castroviejo, Pedro M. (2008), “La previsión social en Vizcaya: sociedades de socorros mutuos y atención médico-farmacéutica, 1876-1936”, *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica*. Murcia, 9-12 septiembre.
- Pons Pons, Jerònia (1998), *El sector seguros en Baleares. Empresas y empresarios en los siglos XIX*. Palma de Mallorca: Editorial El Tall, 1998.
- Pons Pons, Jerònia (2002), *Las estrategias de crecimiento de las compañías de seguro en España (1900-1940)*. Documento de Trabajo 2002/1. Madrid: Fundación Empresa Pública.
- Pons Pons, Jerònia (2006), “El seguro de accidentes de trabajo en España: de la obligación al negocio (1900-1940)”, *Investigaciones de Historia Económica*, 4, pp. 77-100.
- Pons Pons, Jerònia (2008), “El seguro obligatorio de enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras (1942-1963)”, *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica*, Murcia, 9-12 septiembre de 2008. Actas CD.
- Porras Gallo, Isabel (1998), “El seguro de enfermedad en la II República española: del decreto de 25 de diciembre de 1933 al Ier Congreso Nacional de Sanidad”, en José M^a Ortiz de Ortuño y Santiago Castillo (eds), *Estado, Protesta y Movimientos Sociales*. Actas de III Congreso de H^a Social de España: Victoria-Gasteiz, Julio 1997, pp. 171-176.
- Porras Gallo, Isabel (1999), “Un foro de debate sobre el seguro de enfermedad: las conferencias del Ateneo de Madrid en 1934”, *Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 51, pp. 159-184.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (1990), “La asistencia médica colectiva en España hasta 1936”, en VVAA, *Historia de la Acción pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Serrano Guirado, Enrique (1950), *El seguro de enfermedad y sus problemas*, Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Serrallonga i Urquidi, Joan (2007), “El cuento de la regularización sanitaria y asistencial en el régimen franquista. Una primera etapa convulsa, 1936-1944”, *Historia Social*, 59, pp. 77-98.
- Stoehr, Irene (1996), “Las tareas domésticas y la maternidad: debates y política en el movimiento de mujeres de la Alemania Imperial y la República de Weimar”, en Bock, G. y Thane, P. (eds.), *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Valencia, Cátedra-Instituto de la Mujer, pp. 367-399.

- Vega, Eulalia (2007), “Mujeres y asociaciones obreras frente al Seguro Obligatorio de Maternidad durante la Segunda Republica”, en Cristina Borderías (ed.), *Género y políticas del trabajo en la España contemporánea, 1936-1939*, Madrid, Icaria Editorial/PUB.
- Zaldúa González, Ibán (1998), “Costes y relaciones laborales en la Papelera Española, S.A., 1902-1959”, en Arenas, Florencio y Martínez Ruíz (eds.), *Mercado y organización del trabajo en España (siglos XIX y XX)*, Sevilla, Atril.