

5tas. Jornadas Uruguayas de Historia Económica

Simposio 20: Seguros sociales: desempeño, instituciones y políticas en el largo plazo

La implantación del seguro de enfermedad en la España franquista y la exportación del modelo a Hispanoamérica (1942-1962)

Margarita Vilar Rodríguez (mvilar@udc.es) Universidad de A Coruña
Jerònia Pons y Pons (jpons@us.es) Universidad de Sevilla

Introducción

A principios del siglo XX existía en España un debate político con dos tendencias opuestas sobre el papel que debía representar el Estado en la previsión social.¹ Por un lado, los partidarios de la intervención del Estado, por otro lado, los que negaban la necesidad de la legislación social e incluso negaban la existencia de un problema social en el país, bajo el argumento de que se trataba de una simple suma de conflictos particulares. El primer modelo de actuación se fue imponiendo dentro de un contexto de inestabilidad política, carestía de la vida, paro y crecientes protestas sociales por parte de los trabajadores. Dos instituciones resultaron definitivas en este giro político: el Instituto de Reformas Sociales (IRS) y el Instituto Nacional de Previsión (INP).² Mientras que el IRS (1903) se convirtió en el motor de la legislación obrera y el nacimiento del INP (1908) significó el inicio «real» de la intervención del Estado en el ámbito de los seguros sociales.

Durante el primer tercio del siglo XX, se promulgaron en España las primeras leyes sobre seguros de accidentes de trabajo (1900); pensiones (voluntarias en 1909 y obligatorias en 1919/1921); maternidad (subsidiada en 1923 y seguro en 1929/1931); y un régimen de libertad subsidiada para la cobertura del desempleo en 1933.³ Dentro de este contexto, el seguro de enfermedad parecía solo una cuestión de tiempo. Sin embargo, el gobierno español ni legisló, ni reguló, ni financió la referida contingencia antes del estallido de la Guerra civil (1936-1939).⁴ La responsabilidad del Estado se limitó a proteger al público contra los abusos o fraudes cometidos en el orden sanitario o económico por las diversas cajas o sociedades que practicaban el seguro libre. El lento desarrollo de las compañías privadas de seguro y la incapacidad del Estado para implantar un seguro obligatorio de enfermedad favorecieron que la mayor cobertura sanitaria española del periodo viniera de la mano de una constelación de sociedades de socorros mutuos. A pesar de su limitada capacidad financiera, estas sociedades evitaron que muchas familias trabajadoras cayesen en las redes del círculo vicioso enfermedad-pérdida del salario-miseria, el más temido por la población de la época.⁵

En las primeras décadas del siglo XX hubo varios intentos fracasados de poner en marcha un seguro estatal de enfermedad, pero ¿por qué fracasó el Estado a la hora de

¹ Sobre estos aspectos, consúltense Castillo (dir) (2008).

² Palacio (1988) y (2004).

³ Véanse los trabajos recopilados en Pons y Silvestre (2010).

⁴ El Estado se limitó a conceder ridículas subvenciones a un puñado de sociedades de socorros mutuos, véase Vilar (2010), pp. 113-114 y Pons y Vilar (2011a).

⁵ Sobre la cobertura del riesgo de enfermedad por parte de las sociedades de socorros mutuos véanse Pons y Vilar (2011a) y (2011b) y Vilar y Pons (2011). Tampoco podemos olvidar el extendido sistema de igualas, una especie de seguro libre que contrataban los vecinos con el médico y el farmacéutico de la localidad en virtud del cual el vecino paga un tanto alzado muy módico, estén o no enfermos él y su familia, a cambio de un compromiso de servicios cuando lo necesiten, véase Vilar (2010: 111).

promulgar un seguro de enfermedad antes de la guerra civil? Varios factores obstaculizaron la puesta en marcha del seguro. Entre los más graves, podemos destacar el ineficiente sistema fiscal, que frenaba el aumento de los ingresos del Estado procedentes de impuestos directos, lo que impedía la creación de toda la infraestructura sanitaria necesaria para implantar el seguro de enfermedad a toda la población.⁶ Por otra parte, persistía la oposición de la mayoría del empresariado y de las organizaciones de profesionales médicos, mutuas y compañías de seguros, que veían amenazado su negocio privado. Incluso los propios trabajadores se mostraban reacios a un seguro basado en la cotización porque esperaban mayor cobertura del Estado sin tener que cotizar, igual que ocurría en el caso del retiro de vejez.

La historiografía española ofrece trabajos interesantes sobre los intentos de implantación del seguro de enfermedad en el marco anterior a la guerra civil.⁷ A su vez, la puesta en marcha del seguro obligatorio de enfermedad en el primer franquismo ha sido tratada en obras generales sobre el desarrollo de la seguridad social.⁸ Sin embargo, la mayor parte de éstos se han centrado sólo en algunos aspectos. Por una parte, contamos con trabajos que han puesto un énfasis principal en la descripción de su nacimiento y aplicación.⁹ Por otra, abundan los estudios sobre el INP y la lucha por su control desde las diferentes familias del régimen franquista (católicos sociales y falangistas principalmente).¹⁰ Otros trabajos han insistido en los cambios en la política de la salud pública del franquismo.¹¹

Todos estos estudios han aportado luz sobre el contexto en que se gestó el Seguro Obligatorio de Enfermedad en la primera década de los cuarenta. Sin embargo, pocos han prestado interés a los aspectos relacionados con la gestión del seguro, en gran parte realizada a través de entidades colaboradoras, o con el coste del seguro de enfermedad. La mayoría de los trabajos disponibles tampoco han profundizado en la financiación del seguro ni en los problemas que provocó la aplicación del plan de instalaciones que perseguía la creación de las infraestructuras necesarias para su difusión, sobre todo cuando comenzaron a implantarse las especialidades médicas y quirúrgicas. A este respecto, es necesario destacar que, durante aproximadamente la primera década de funcionamiento del SOE, el Estado se mantuvo al margen de la financiación, que procedió casi en exclusividad de la prima pagada por empresarios y trabajadores, por supuesto con una mayor carga real para los segundos en un periodo de disminución del salario real y de inflación.¹²

Este artículo, apreciando e incorporando otros trabajos desde el campo de la historia social y de la historia de la medicina, concentrará su estudio en el aspecto económico del seguro, en su coste para los asegurados, en el fracaso de los planes iniciales de crear una amplia infraestructura y en el déficit general causado por las dificultades en la financiación. El primer epígrafe se centra en la puesta en marcha del seguro de enfermedad durante la dictadura franquista. El segundo epígrafe analiza el grado de cobertura en términos de población y prestaciones, la gestión del seguro directo y el régimen de concierto y el desarrollo de las infraestructuras sanitarias. El tercer epígrafe trata de analizar la influencia directa del modelo franquista en la puesta en práctica del seguro de enfermedad en algunos países de América Latina.

⁶ Comín (1987).

⁷ Peset (1978), Porrás Gallo (1994) y (1999), Bernabeu-Mestre (2000), Rodríguez Ocaña (1990), Pons y Vilar (2011a) y Vilar y Pons (2011).

⁸ Entre las más recientes cabe citar a Tortuero et al. (2007), Castillo (2008), Castillo y Ruzafa (2009).

⁹ González Murillo (2005) y (2009).

¹⁰ Álvarez Rosete (2004) y (2009) y Majuelo (2004).

¹¹ Rodríguez Ocaña (2001). Este autor insiste en la idea de declive de la medicina social durante el franquismo.

¹² Los salarios reales, tanto los agrícolas como los industriales, se desplomaron de forma prolongada tras la guerra civil. Véase el análisis de los salarios y los cambios en el mercado laboral durante el primer franquismo en Vilar (2009).

1. La puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1939-1944)

La grave crisis sanitaria de la posguerra española alarmó a las autoridades franquistas por dos motivos básicos.¹³ De un lado, la situación de calamidad podía poner en peligro la salud pública del país, lo que perjudicaba la imagen del “Nuevo Estado” victorioso. De otro, la crisis sanitaria podía amenazar tanto la deseada “paz social” como el proceso de captación de masas. Para evitar estos dos peligros, la maquinaria propagandística de la dictadura se afanaba en presentar al régimen franquista como la panacea para todos los problemas alimenticios, higiénicos y sanitarios de las clases menos pudientes. En particular, Franco aprovechó sus discursos para identificar cualquier mejora social con los representantes de fuerzas vencedoras, mientras responsabilizaba de la crisis económica y social a “los sufrimientos morales y materiales sufridos durante los años de guerra en la zona roja”.¹⁴

Dentro de este contexto, la dictadura franquista utilizó el seguro de enfermedad para legitimar el poder del Nuevo Estado, conseguir la adhesión de las masas y servir de altavoz propagandístico de su preocupación social. La elaboración de las bases legales del seguro y su reglamento de aplicación se realizaron en medio de enfrentamientos por el control del INP. En una primera etapa, tras su reconstitución el 22 de agosto de 1938, quedó bajo la influencia católico-social con un papel destacado de antiguos miembros del instituto como Luis Jordana de Pozas. Sin embargo, a partir de 1941 y hasta mediados de 1945 (momento de la derrota del fascismo en gran parte de Europa) se produjo una fuerte influencia falangista con la llegada del Ministro Girón al Ministerio de Trabajo (1941-1957).¹⁵ Falange impulsó el Seguro Obligatorio de Enfermedad como algo propio, excluyendo a la Dirección General de Sanidad (en manos de círculos militares católicos y monárquicos), a la que dejó encargada de las campañas profilácticas, entre ellas la lucha contra la tuberculosis.¹⁶ Mientras el INP iba perdiendo competencias, el Ministerio de Trabajo permitió que nacieran y se fortalecieran las Obras Sindicales de carácter asistencial vinculadas a la Organización Sindical falangista. La dictadura había puesto a su disposición el patrimonio expoliado (escuelas, centros sanitarios, residencias...) a las extinguidas organizaciones obreras y republicanas, así como también a particulares a través de la Ley de Responsabilidades Políticas.¹⁷ La política de control de los seguros sociales desde el partido falangista la revistió con un traje de asistencialismo. Su dispersión en una multiplicidad de organismos internos, excluyendo a otras instituciones, impidió al SOE contar con parte de las infraestructuras y de los recursos sanitarios públicos ya existentes.

El 25 de julio de 1941, muy pocos días después de hacerse cargo del Ministerio de Trabajo, José A. Girón de Velasco firmó un decreto para la creación de una comisión encargada de redactar un anteproyecto del Seguro Obligatorio de Enfermedad.¹⁸ La comisión quedó integrada por el Director General de Previsión, tres consejeros del INP, de los cuales uno sería representante de la Central Nacional Sindicalista, el Comisario del INP, y un representante Dirección General de Sanidad, uno del Patronato Nacional de Lucha Antituberculosa, uno del Consejo General de los Colegios Médicos, uno de la Obra 18 de julio, el actuario del INP, un médico de la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo y el Médico jefe de la Obra Maternal e Infantil del INP. En el preámbulo del decreto el ministro reconocía que “lo que más honda huella y más prolongadas derivaciones origina a la

¹³ Según Nicolau (2005: 131), la tasa de mortalidad infantil en 1935 era del 115,3 ‰ y en 1941 del 148,6‰. Por otro lado, las muertes por enfermedad se obtuvieron del *Anuario Estadístico de España* (1955: 751). Sobre estos aspectos, véase más detalle en Pons y Vilar (2011b).

¹⁴ Citado por Jiménez Lucena (1994: 193).

¹⁵ Para este periodo véase González Murillo (1998), Molinero (2005), Majuelo (2004) y Álvarez Rosete (2009).

¹⁶ Molero (1994) y Álvarez Rosete (2004).

¹⁷ Molinero (2005: 130-131) y Vilar (2009: 59 y ss). La Ley de Responsabilidades políticas fue promulgada el 13 de febrero de 1939, pero con efectos retroactivos desde 1934 (Boletín Oficial del Estado, BOE 13/02/1939).

¹⁸ Decreto de 11 de julio de 1941. BOE 12/07/1941, p. 5587.

población es la enfermedad... que ataca su fortaleza física y desnivela sus presupuestos”.¹⁹ Añadía que el Nuevo Estado nacional-sindicalista no podía dejar de enfrentarse al angustioso problema de la enfermedad “dedicando una atención preferente a su adecuada solución, dentro de los términos de justicia, solidaridad y hermandad que impone el nuevo orden”.

La comisión se reúne por primera vez en la sede del INP el 1º de agosto y, después de un meditado estudio, entrega el anteproyecto al Ministro el 4 de mayo de 1942. El anteproyecto determinaba los riesgos a cubrir por el futuro seguro de enfermedad, su estructura, prestaciones económicas, indemnizaciones y prestaciones sanitarias, así como la necesidad de recursos y la viabilidad de su gestión. A continuación, una nueva comisión especial constituida por Orden de 28 de octubre de 1942 revisó el anteproyecto, introdujo ligeras modificaciones y dio por terminada su misión en los primeros días del mes de diciembre. Poco tiempo después, se publicaba la Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se creaba el seguro obligatorio de enfermedad y se concedía al INP un plazo de seis meses para formular su Reglamento²⁰. El Instituto cumplió el mandato en el plazo previsto. En el mes de julio de 1943, cuando Europa estaba luchando en la II Guerra Mundial, una comisión del INP partió al hacia el extranjero con objeto de estudiar la organización administrativa del seguro de enfermedad en países que ya lo tenían implantado. Durante el viaje visitaron Alemania y otros países bajo la influencia del Eje como el protectorado de Bohemia y Moravia, Austria, Eslovaquia, Hungría, Rumania y Bulgaria, regresando a España en el mes de septiembre. La información permitió terminar el proyecto de Reglamento del seguro antes de transferirlo al Consejo de Estado, donde quedó aprobado el 11 de noviembre de 1943.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad legislado en 1943 cubría la prestación por asistencia sanitaria y farmacéutica en caso de enfermedad y maternidad con un límite de 26 semanas por año para los asegurados y 13 para los familiares bajo su protección, “salvo que el estado del enfermo aconsejase una ampliación concedida desde el Ministerio de Trabajo”.²¹ Quedaban excluidas del seguro, las prestaciones derivadas de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales. Por su parte, el servicio de hospitalización tenía un límite temporal de 12 semanas al año para los asegurados y 6 para sus familiares, con posibilidad de prórroga mediante acuerdo con el INP. Las prestaciones económicas consistían en una indemnización para compensar la pérdida de retribución salarial por baja maternal o enfermedad con duración mayor de siete días, comenzando la percepción del subsidio solo a partir del quinto y durante un tiempo máximo de 26 semanas por año. Con carácter general, la prestación alcanzaba el 50% del salario diario de cotización y se abonaba por semanas vencidas, salvo ingreso hospitalario del asegurado sin familiares, en cuyo caso la indemnización se rebajaba hasta el 10% del salario diario.²² Para disfrutar de esta indemnización el asegurado tenía que cumplir varios requisitos: un periodo de aseguramiento mínimo de seis meses; recibir asistencia sanitaria del seguro, estar incapacitado para el trabajo con declaración del servicio de inspección y no haber provocado intencionadamente la enfermedad. Por último, el seguro estableció también una indemnización por gastos funerarios al fallecer el asegurado en una cuantía de 20 veces la retribución de un día.

La asistencia médica contemplaba el servicio de medicina general y 14 especialidades más, incluido el laboratorio y los análisis clínicos. Por su parte, las prestaciones médicas del seguro de maternidad ofrecían atención médica gratuita (reconocimientos periódicos, asistencia en partos e incidencias) y asistencia mediante matrona (servicios auxiliares,

¹⁹ Decreto de 11 de julio de 1941. BOE 12/07/1941, p. 5587.

²⁰ BOE 27/12/1942, p. 10592. El Reglamento del SOE fue publicado en el BOE el 28/11/1943, pp. 11427-11436.

²¹ Reglamento del SOE. Entre los beneficiarios del seguro, se consideraban tanto los asegurados como sus familiares (ascendientes, descendientes, hermanos menores de 18 años o incapacitados permanentes), una vez transcurridos los seis meses de afiliación. BOE 28/11/1943.

²² Reglamento del SOE, Capítulo II, Sección I, pp. 11430-11431.

consejos y vigilancia), incluyendo también el derecho a la utilización gratuita de las obras de protección a la maternidad y a la infancia afectas al seguro de enfermedad.²³ Además, el SOE prestaba inicialmente un servicio de hospitalización hasta un límite de doce semanas al año para sus asegurados y seis para los familiares beneficiarios. Por otro lado, la indemnización económica en caso de maternidad representaba el 60% de la retribución diaria de la trabajadora.²⁴ La prestación se percibía durante los periodos de descanso obligatorio establecidos por el médico o, en el caso de no contar con prescripción médica, por un tiempo máximo de seis semanas. La prestación resultaba incompatible con la derivada de la enfermedad, debiendo la trabajadora optar por una u otra. La trabajadora recibía también durante la lactancia un subsidio de siete pesetas por semana e hijo -sustituible por leche u otros productos alimenticios- durante un tiempo máximo de diez semanas en los partos simples y quince en los múltiples.

Poco tiempo después de la aprobación de Reglamento, en diciembre de 1943, se creó la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad con el compromiso de organizar su labor y perfilar su procedimiento administrativo en los cinco meses siguientes. Trascurrido este periodo, el Ministerio de Trabajo ordenó el 13 de abril de 1944 el comienzo de las operaciones de afiliación de los trabajadores fijos a partir del 1º de mayo. Hasta el mes de julio se realizaron las afiliaciones de más de dos millones de trabajadores fijos. Por último, el 1º de septiembre de 1944 entró en vigor el derecho de recibir prestaciones, ofreciendo asistencia médica simultánea en toda España.²⁵ El Seguro obligatorio de enfermedad quedó a cargo del INP, como entidad aseguradora única. No obstante, las empresas podían elegir que su personal recibiese la prestación de los servicios médicos del seguro a través de la Obra 18 de Julio o, siempre bajo concierto directo con el INP, por medio de instituciones dependientes del Estado, Provincia o Municipio o en su caso instituciones privadas. En este último caso deberían contar con un informe (ideológico) favorable de la mencionada Obra.²⁶

La puesta en marcha del SOE tuvo que afrontar graves dificultades, lo que obligó a su implantación progresiva en dos etapas.²⁷ Durante los primeros años solo entraría en vigor la asistencia domiciliaria, más tarde, la asistencia de especialidades y los servicios sanatorios. De este modo, la asistencia médica general y farmacéutica se prestaría desde la entrada en vigor del seguro por los plazos máximos ya comentados de 26 semanas al año para los asegurados y de 13 para sus familiares.²⁸ Sin embargo, las especialidades y los sanatorios se preveía que entrarían en funcionamiento tras un plazo de dos años, aunque finalmente hasta 1947-1948 no se incorporaron la asistencia médica especializada y el servicio de hospitalización hasta un límite de 12 y 6 semanas respectivamente. Entre los principales obstáculos a los que tuvo que hacer frente la implantación del SOE podemos destacar las infraestructuras y las exigencias financieras, además de la necesidad de vencer la oposición de los grupos de presión históricamente reacios a este seguro.

En efecto, primero había que organizar los servicios médicos y farmacéuticos, suavizando las reticencias de estos colectivos profesionales hacia la sanidad pública. El problema del apoyo de los médicos a la introducción del SOE, que temían una pérdida de sus ingresos profesionales, se resolvió invitando a representantes médicos a colaborar en la redacción de la ley, a la oferta masiva de trabajo público y a unos honorarios médicos superiores, factores que desarmaron cualquier oposición. Según se desprende de la

²³ La Obra Maternal e Infantil fue integrada en el seguro obligatorio de enfermedad mediante Decreto de 9 de julio de 1948. BOE 27/07/1948, p. 3059.

²⁴ Reglamento del SOE, art. 86 y Decreto de 7 de junio de 1949, art. 14.

²⁵ *Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión*, 1945, nº 1, p. 21-29.

²⁶ BOE 27/12/1942, p. 10594 y BOE 01/07/1944, pp. 5112-5113.

²⁷ Reglamento del SOE, BOE el 18/11/1943, p. 11436.

²⁸ *Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión*, noviembre de 1944, año IV, nº 11, pp. 1396-1398.

información emitida por Sebastián Criado del Rey, director de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad en 1947, se invitó a representantes médicos a participar en la Comisión de Redacción del Anteproyecto de ley (de los 14 miembros, 7 eran médicos), en la Comisión del proyecto de reglamento (de los 26 miembros, 10 eran médicos y 3 farmacéuticos) y en la Comisión de Enlace del artículo 28 de la ley del 42 (de 14 miembros, 9 eran médicos y 1 farmacéutico) que trataron temas relativos al nombramiento de médicos, cupos de familias y honorarios.

Por otra parte, se creó un sistema de habilitación de médicos para la asistencia de los asegurados del SOE, basado en la funcionarización de un número limitado de facultativos. El procedimiento de ingreso se basó en un concurso público en el que se consideraban como méritos preferentes los servicios prestados antes del 18 de julio de 1936 en entidades privadas que practicaran el seguro de enfermedad y el haber ejercido como médico de asistencia pública domiciliaria en las zonas rurales. De esta forma se integró en el seguro a los médicos rurales y a parte de los médicos que trabajaban en la medicina privada. Más tarde, se sumaron también los médicos de la Obra “18 de Julio” y los de la Obra Maternal e Infantil de INP. Las previsiones iniciales calcularon la integración de unos 16.000 médicos. El proceso de selección se inició con orden de 21 de julio de 1943 por la que se convocaron las primeras plazas. Hubo 21.000 instancias juzgadas por un tribunal formado por miembros de la Dirección General de Sanidad, Delegación de Sanidad de Falange, INP, Facultad de Medicina, Consejo General de Colegios de Médicos y la Obra “18 de Julio”.

El sistema de honorarios se basó en el pago de una cantidad fija por familia, debido a la tradición de este sistema de pago en el régimen de igualas y en las sociedades de socorros mutuos. Los honorarios iniciales se fijaron en 4 pesetas por familia en las poblaciones inferiores a 100.000 habitantes y 4,5 en las de población superior a esta cifra. En conjunto, las retribuciones médicas serían, según datos del propio INP, entre 20.000 y 22.500 pesetas anuales para los médicos con 500 familias (tope máximo) y 15.750 pesetas para médicos con 350 familias, cantidades superiores a las que ofrecían otros organismos del Estado o el régimen de igualas.²⁹ En paralelo, se realizó una labor de propaganda en la prensa que hablaba de generosidad en la retribución económica de los servicios médicos y de la disponibilidad de una extensa red de instalaciones sanitarias.³⁰ Por lo que se refiere a los farmacéuticos, se firmó un convenio entre el consejo del INP y el Consejo General de Colegios Farmacéuticos por el que se regulaba la prestación del servicio farmacéutico del seguro de enfermedad. El SOE se hacía cargo de todas las prestaciones farmacéuticas y las oficinas de farmacia quedaban obligadas a dispensar todas las recetas prescritas por los facultativos del seguro.³¹

Segundo, la aplicación del SOE exigía un gran esfuerzo económico, ya que su puesta en funcionamiento suponía un gran desembolso en infraestructuras y en recursos humanos y materiales. El SOE, piedra angular de la propaganda de la política social del régimen franquista, se encontró con grandes problemas por la falta de recursos del Estado debido a la crisis económica de la posguerra, la autarquía y el sistema fiscal regresivo. La falta de recursos condicionaba la gestión y la infraestructura sanitaria. La firma de conciertos con entidades privadas, que utilizaron sus recursos humanos y su infraestructura sanitaria, resultó

²⁹ Véase la comparación de los salarios pagados por el estado y entidades privadas frente a los ofrecidos por el SOE en Criado del Rey, Sebastián (1947): *Problemas sanitarios del seguro de enfermedad*. Madrid: INP, pp. 28-32. Véanse también Orden de 16 de mayo de 1944 (BOE 22/05/1944), p. 4010 y Orden de 26 de junio de 1944 (BOE 28/06/1944), p. 5027.

³⁰ A modo de ejemplo puede verse el artículo “El seguro de enfermedad y los médicos”, Periódico ABC del 13 de enero de 1944 y “El seguro obligatorio de enfermedad. Colaboración entre médicos y sociólogos”, Periódico ABC de 10 de febrero de 1956.

³¹ Decreto de 11 de noviembre de 1943. BOE 18/11/1943, p. 11430 y *Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión*, octubre de 1944, año IV, nº 10, p. 1318.

determinante para superar los obstáculos.³² Hay que tener en cuenta que el SOE se configuró bajo un sistema general de reparto simple, lo significaba que cubría las prestaciones con las cuotas recaudadas en el mismo año, sin otras limitaciones que las imprescindibles técnicamente.³³ Esto suponía un mayor riesgo financiero, pues las prestaciones futuras solo estaban garantizadas por el número y la capacidad de los cotizantes o trabajadores asalariados en activo.

El problema financiero quedó solucionado en los primeros diez años con fondos procedentes de otros seguros que aportaron el capital fundacional de 50 millones de pesetas y un sistema de cotización en el que empresarios y trabajadores pagaban una prima para la cobertura del seguro, sin prácticamente ninguna aportación del Estado (cuadro 1).³⁴ Por orden de 3 de junio de 1944, se fijó una prima inicial equivalente al 5,013% de las rentas del trabajo, satisfecha a partes iguales por empresarios y trabajadores –aunque más gravosa proporcionalmente para estos últimos-, que constituyó en la práctica la fuente principal de financiación del SOE (cuadro 2). Del total procedente de la aportación de trabajadores y empresarios se descontaba a su vez un 2,45362% en concepto de Inspección de Servicios Sanitarios.

Cuadro 1. Origen del capital fundacional del SOE

Seguros	Excedentes	Anticipo
Extinguído Retiro Obrero	4.385.969,29	1.333.512,65
Maternidad	4.323.204,35	1.314.399,17
Accidentes	8.622.490,08	2.621.586,81
Subsidios Familiares	143.586.748,42	43.656.198,65
Subsidio de Vejez	3.533.418,52	1.074.302,62
Total	164.451.730,63	50.000.000

Fuente: *Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión*, junio de 1944, año IV, N°6, p. 991.

Cuadro 2. Primas iniciales del SOE

Clase de salario	Salario base	Prima	Día	Media semana	Semana	Mes
I	6	5,013	0,30	0,90	1,80	7,60
II	9		0,45	1,40	2,70	11,30
III	12		0,60	1,80	3,60	15,10
IV	15		0,75	2,30	4,60	18,80
V	20		1,00	3,10	6,10	25,10
VI	25		1,25	3,80	7,60	31,40
VII	30		1,50	4,60	9,10	37,60
VIII	30		1,50	4,60	9,10	37,60

Fuente: *Boletín de Información del INP*, junio, n° 6 1944, p. 853.

Al final, la dictadura pudo lograr su propósito, gracias a estos malabarismos financieros y de gestión, así como a la capacidad de control de los grupos profesionales reticentes al seguro de enfermedad. El comisario general del INP, Luis Jordana de Pozas, reconocía en una conferencia impartida en mayo de 1944 que “el régimen español de Seguro de Enfermedad se aparece como un seguro social obligatorio, contributivo y técnico, original

³² Decreto de 2 de marzo de 1944 y *Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión*, 1945, n° 1, p. 29.

³³ “Características del Seguro español de enfermedad”, Conferencia pronunciada por el Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas en el Círculo de la Unión Mercantil de Madrid el 20 de mayo de 1944, *Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión*, mayo 1944, año IV, n° 5, p. 619 y ss.

³⁴ El capital fundacional se obtuvo de manera proporcional con cargo a los excedentes de los diversos seguros vigentes en España el 31 de diciembre de 1942. Los anticipos se realizaron en metálico y, aunque no devengaban interés alguno, había que devolverlos en un plazo de diez años a partir del tercer año de la implantación del SOE. *Boletín de Información del INP*, junio, n° 6 1944, p. 853.

y español, concebido ambiciosamente como una empresa política revolucionaria, basado en la solidaridad nacional, unitario y flexible, de inspiración cristiana, financieramente autónomo, preparado con calma durante tres intensos años de trabajo, ejecutado con prisa”.³⁵

Las prisas –impulsadas por los objetivos políticos del seguro- obligaron a establecer también algunas limitaciones en términos de afiliación. De un lado, en la primera etapa del seguro solo se estableció la afiliación obligatoria para todos los trabajadores por cuenta ajena mayores de 14 años (por aquel tiempo la edad mínima de empleo), cuyas rentas del trabajo no rebasaran las 9.000 ptas/año –cantidad que se elevó a 12.000 ptas en 1948 y 18.000 ptas en 1949-.³⁶ Los trabajadores con rentas superiores a las establecidas perdían la condición de asegurado obligatorio, pero podían acceder o continuar en el seguro como asegurados voluntarios asumiendo la totalidad de la prima. El límite de los ingresos no fue el único que estableció barreras de entrada al disfrute del SOE, ya que algunos colectivos de trabajadores se integraron tardíamente. Este fue el caso de los trabajadores eventuales, los trabajadores a domicilio, los trabajadores del mar o los trabajadores agrícolas –que disfrutaron de los seguros sociales bajo un régimen propio-.³⁷

2. Afiliación, cobertura y gestión del SOE (1944-1962)

La ley de 1942 asignó la función de implantación, gestión y administración del seguro al INP y la organización de los servicios médicos a la “Obra 18 de julio”. Sin embargo, en 1944, ni el Instituto tenía personal suficiente para hacer frente a los aspectos burocráticos de la gestión y ni suficientes centros de atención sanitaria. En 1944 el SOE podía disponer de 353 centros (clínicas y ambulatorios) pertenecientes al INP, a Sanidad Nacional, a la Obra maternal e infantil y a las Clínicas de accidentes de trabajo, pero carecía de centros propios.³⁸ Ante esta situación se aprobó el decreto de 2 de marzo de 1944, por el que se creaba un sistema de colaboración con entidades privadas para la gestión del SOE. La unidad del seguro se mantenía vinculada al INP, pero se autorizaba a la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad a que delegara sus facultades gestoras en las entidades privadas que, si reunían unos requisitos, podían ser declaradas entidades colaboradoras. En enero de 1945 se habían firmado 180 convenios de conciertos que correspondían a 120 mutualidades, 6 montepíos, 12 igualatorios, 8 sociedades mercantiles, 32 cajas de empresas y 2 federaciones.³⁹ Por lo que respecta al seguro directo, éste quedaba cubierto por los servicios médicos a través de la Obra 18 de Julio. Por otra parte, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad firmó un concierto con la Delegación Nacional de Sindicatos por la que la primera se beneficiaba de la red de corresponsales de la Obra sindical de Previsión que contaba con una importante difusión en las zonas rurales.⁴⁰

En el decreto del 2 de marzo se establecieron las normas de ejecución del concierto entre el INP y las entidades privadas. Las entidades colaboradoras debían pagar una fianza,

³⁵ “Características del Seguro español de enfermedad”, Conferencia pronunciada por el Comisario del Instituto Nacional de Previsión, Luis Jordana de Pozas en el Círculo de la Unión Mercantil de Madrid el 20 de mayo de 1944, *Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión*, mayo 1944, año IV, nº 5, p. 619 y ss.

³⁶ Reglamento del SOE, BOE 28/11/1943. La única excepción eran los funcionarios y empleados de corporaciones que quedarían integrados en el seguro únicamente si la normativa específica correspondiente no les garantizaba iguales o superiores derechos sociales frente a la enfermedad. Esto supuso su práctica exclusión del SOE pues el grueso de la protección que les dispensaba el sistema superaba la ofrecida por el seguro social. García y Castro (dir.) (2009), p. 185. Para las elevaciones de los topes salariales, véanse Orden de 9 de marzo de 1948 y Decreto de 1 de julio de 1949.

³⁷ Decreto de 29 de abril de 1959 y Decreto de 2 de marzo de 1961, BOE 14/03/1961.

³⁸ INP (1944): *El seguro de Enfermedad y sus problemas: estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: Ministerio de Trabajo.

³⁹ *Boletín de información del Instituto Nacional de Previsión*, 1945, nº 2.

⁴⁰ *Boletín de información del Instituto Nacional de Previsión*, 1945, nº 1, p. 21-29.

encargarse del cobro trimestral de las primas (procedente de trabajadores y empresarios) y, tras descontar prestaciones y gastos de administración, integrar el excedente en la Caja Nacional. Se admitieron dos tipos de convenios: a) total, donde todas las prestaciones corrían a cargo de la entidad colaboradora y b) parcial, donde la entidad colaboradora se hacía cargo de las prestaciones económicas y/o sanitarias parciales o totales (con una mínima cobertura de medicina general, especialidades y farmacia). Las entidades colaboradoras estuvieron obligadas a destinar parte de las primas cobradas a los siguientes capítulos: a) gastos de administración; b) Inspección de Servicios Sanitarios; c) reservas obligatorias; y d) Plan de Instalaciones Sanitarias.

Por otra parte, los gastos de administración que podían quedarse las entidades colaboradoras se fijaban por decreto o en otros casos se especificaban en el convenio. En general, solían calcularse en función del ámbito territorial de cobertura de la entidad colaboradora. En un primer momento, las entidades de ámbito nacional pudieron quedarse con un 25% de las cantidades cobradas en concepto de prima, aunque esta cifra se fue reduciendo. En 1947, los gastos de administración se fijaron en los siguientes porcentajes: ámbito nacional 20% de la cantidad pagada por el trabajador; interprovincial 16%; provincial 12%; y Cajas de Empresa en 9,62 % y 8% según tuvieran o no sucursales⁴¹. Posteriormente, en 1948, los gastos de administración se modificaron reduciéndose al 16,20% para las colaboradoras de ámbito nacional y 12,96%, 9,72%, 7,79% y 6,48 % para las demás colaboradoras y Cajas de empresa según fueran sus ámbitos de actuación⁴². De igual forma, se establecieron unas reservas reglamentarias que no podían superar el 10% de las primas. Entre 1947 y 1950 estas reservas quedaron fijadas en el 5% (cuadro 3).

Cuadro 3. Destino del porcentaje de las primas cobradas en el SOE

	sep-47	feb-48	jul-49	ene-50	dic-50
	%	%	%	%	%
Inspección de los servicios sanitarios	2,41498	2,45362	2,5	2,5	2,5
Reservas reglamentarias	5	5	5	5	5
Amortización del Plan Nacional de Instalaciones	1,5748	3,125	3	3	3

Fuente: *Revista española de Seguridad Social* (1947-1951).

Entre las principales entidades colaboradoras se encontraban las mutualidades de previsión, mutualidades patronales de accidentes de trabajo, un número menor de igualatorios médicos y algunas cajas de empresas. Cabe destacar especialmente el papel representado por las mutuas patronales, que se había creado en España desde 1900 para cubrir los accidentes de trabajo.⁴³ Éstas habían abierto dispensarios y clínicas para atender a sus accidentados y podían rentabilizar su uso con la cobertura de la enfermedad. En el ejercicio de 1945, figuraba como principal aseguradora del SOE, Mutua General de Seguros que cobró el 26 % de las primas del ramo y en segundo lugar MAPFRE con el 6% de las cuotas. Entre las mutualidades de previsión destacaba la Federación de mutualidades de Cataluña que, en 1945, cobró el 3,1% de las primas. Sin embargo, al margen de las mutualidades del ámbito levantino, pocas sociedades de socorros mutuos y mutualidades de previsión consiguieron acogerse a estos convenios tras la ley de mutualidades de 1941, debido a la necesidad de establecer una fianza y a la escasa infraestructura sanitaria que habían logrado generar.

Los convenios se firmaron en 1945 por un periodo de diez años. El análisis de la afiliación en esta primera década de vigencia de los convenios ofrece una distribución

⁴¹ BOE 13/01/1947.

⁴² Incrementos publicados en el BOE 11/01/1948 y 03/02/1948.

⁴³ Sobre el papel de las mutualidades patronales de accidentes de trabajo en la gestión del SOE véase Pons Pons (2010a).

equilibrada de las empresas afiliadas entre el seguro directo y las entidades colaboradoras (cuadro 4). Sin embargo, si se analizan los asegurados y los beneficiarios se pone en evidencia que las entidades colaboradoras consiguieron en torno al 75% de la cobertura. Por tanto, cabe deducir que las empresas afiliadas al seguro directo (es decir, caja nacional y servicios sindicales) eran más pequeñas, con menor número de trabajadores y éstos a su vez con familias más reducidas. Con el tiempo se incrementó el número de empresas afiliadas al seguro directo hasta alcanzar el 60 % del total, a la vez que crecieron los asegurados y beneficiarios hasta alcanzar el 40 %.

Cuadro 4. Gestión del SOE (1945-1962)

Año	Empresas afiliadas			Asegurados			Beneficiarios*		
	Seguro Directo (%)	EECC (%)	Total	Seguro Directo (%)	EECC (%)	Total	Seguro Directo (%)	EECC (%)	Total
1945	45	55	279.809	29	71	2.047.627	25	75	5.913.280
1946	46	54	319.829	25	75	2.543.488	25	75	7.698.059
1947	48	52	364.277	25	75	2.786.405	25	75	8.319.959
1948	48	52	373.953	25	75	2.829.471	25	75	8.546.451
1949	46	54	383.468	25	75	2.767.490	25	75	8.377.863
1950	46	54	367.674	22	78	3.064.641	25	75	8.200.636
1951	47	53	369.015	23	77	3.145.194	25	75	8.402.295
1952	49	51	379.037	24	76	3.297.287	27	73	8.766.544
1953	52	48	399.365	26	74	3.482.947	28	72	4.945.032
1954	60	40	408.516	33	67	3.705.553	36	64	5.480.900
1955	63	37	422.499	36	64	3.885.020	39	61	5.688.470
1956	63	37	432.877	37	63	4.095.319	40	60	5.943.787
1957	63	37	450.453	36	64	4.212.200	39	61	6.193.669
1958	64	36	473.738	37	63	4.354.622	39	61	6.608.933
1959	65	35	498.648	38	62	4.398.820	41	59	6.980.454
1960	64	36	484.145	38	62	4.363.004	41	59	7.180.261
1961	62	38	403.689	38	62	4.275.850	41	59	6.895.821
1962	62	38	407.616	40	60	4.488.868	43	57	7.189.276

Nota: Datos a 31 de diciembre de cada año.

*Excluidos asegurados.

Fuente: *Anuarios Estadísticos de España* (1950) (1955) (1960) y (1963), *Boletín Información del INP* (1944-1945); *Revista española de Seguridad Social* (1947-1951), INP (1961), *Memoria 1961*; *Estudio Estadístico del Seguro de Enfermedad* (1954-1957) elaborado por Alberto Rull Sabaté (1959), Archivo INGESA manuscrito.

Cuatro meses después de su puesta en marcha, en diciembre de 1944, solo una cuarta parte de la población española era beneficiaria del SOE. El porcentaje de cobertura contra la enfermedad creció lentamente en la siguiente década hasta alcanzar el 35% de la población española en 1957 (cuadro 5). A este respecto, hay que tener en cuenta que la afiliación obligatoria solo contempló a los trabajadores industriales fijos en la primera fase. Esto significaba que casi el 50% de la población activa española que aún se dedicaba a tareas agrícolas en 1950 quedaba desprotegida, entre otros colectivos.⁴⁴ El amparo del seguro de enfermedad para los trabajadores agrícolas –sobre todo los eventuales y autónomos– resultó muy complejo. La ley del SOE de 1942 parecía incluirlos, pues no hacía distinción entre sectores productivos, pero su afiliación no se llevó a cabo. Más tarde, el Régimen Especial de la Seguridad Social Agropecuaria,⁴⁵ que incluía a todos los trabajadores del campo, solo aludía al subsidio de vejez y subsidios familiares sin hacer mención a la cobertura de

⁴⁴ En 1950 los activos agrarios representaban el 47,6% de la población activa española. Datos en Nicolau (2005), p. 150.

⁴⁵ Ley de 10 de febrero de 1943. Para esta parte, véase García y Castro (2009), pp. 194-195.

enfermedad, lo que fomentó la confusión. A efectos prácticos en 1956 los trabajadores agrícolas no habían sido incluidos en el SOE. Esto fue debido en gran parte al rechazo de los patronos y al elevado grado de temporalidad de las laborales agrícolas, lo que dificultaba la cotización. La mayor entidad colaboradora que operaba en el sector agrario, MAPFRE, abandonó el concierto en 1954 con un gran déficit.⁴⁶ En consecuencia, la mayoría de trabajadores del campo quedaron desprotegidos, incluso con la creación del Servicio Nacional de Seguridad Agraria en 1958 y de la Mutualidad Nacional de Previsión Agraria en 1959.⁴⁷ No obstante, la aprobación de estas normativas impulsó la afiliación puesto que, a partir de 1959, se incluyeron en las estadísticas oficiales como asegurados los trabajadores agrícolas eventuales y en beneficiarios los familiares bajo su protección.

Cuadro 5. Beneficiarios y Asegurados respecto a la población total

	Beneficiarios	Asegurados	Población total	% Beneficiarios	% Asegurados
1944	6.828.946	2.143.671	26.594.000	25,68%	8,06%
1945	7.313.504	2.521.866	26.802.000	27,29%	9,41%
1946	7.698.543	2.749.088	27.012.000	28,50%	10,18%
1947	8.320.504	3.034.106	27.223.000	30,56%	11,15%
1948	8.546.451	3.166.296	27.437.000	31,15%	11,54%
1949	8.379.853	3.131.501	27.651.000	30,31%	11,33%
1950	8.180.636	3.064.641	27.868.000	29,35%	11,00%
1951	8.402.395	3.145.194	28.806.000	29,17%	10,92%
1952	8.766.544	3.297.287	28.332.000	30,94%	11,64%
1953	8.707.754	3.719.362	28.571.000	30,48%	13,02%
1954	8.999.579	3.621.110	28.812.000	31,24%	12,57%
1955	9.380.752	3.784.376	29.056.000	32,29%	13,02%
1956	9.805.882	3.978.337	29.301.000	33,47%	13,58%
1957	10.221.209	4.141.382	29.548.000	34,59%	14,02%
1958	10.562.794	4.251.198	29.798.000	35,45%	14,27%
1959	11.278.895	4.399.962	30.049.000	37,54%	14,64%
1960	13.291.964	5.089.902	30.303.000	43,86%	16,80%
1961	14.180.000	5.410.000	30.592.000	46,35%	17,68%
1962	15.465.000	5.816.000	30.917.000	50,02%	18,81%

Fuente: Población de Nicolau (2005). Datos del SOE de los *Anuarios Estadísticos de España* (1950), (1955), (1960) y (1963).

El 80% de los trabajadores afiliados al SOE eran hombres, lo que no resulta sorprendente en un marco de discriminación laboral de la mujer casada.⁴⁸ Hemos de recordar que la dictadura franquista asignó a la figura paterna el estatus de “jefe del hogar”, dotado de privilegios familiares y materiales como la cualificación y el salario, y trató de poner barreras de acceso al trabajo remunerado de la mujer casada.⁴⁹ Bajo el discurso oficial, la mujer casada fue transformada en el “ángel del hogar” y guardiana del orden moral de la familia. Para incentivar su abandono del trabajo remunerado, se premió con complementos salariales a los maridos cuyas esposas no trabajaban fuera del hogar o se ofreció una dote a las mujeres que

⁴⁶ Hernando de Larramendi (2001), p. 233.

⁴⁷ González Murillo (2009), pp. 97-98.

⁴⁸ Sobre estos aspectos, véanse Vilar (2009) y Vilar (2011) y la bibliografía allí citada.

⁴⁹ Sarasúa y Gálvez (2003), p. 39 y Sarasúa y Molinero (2009), p. 311 y los trabajos recopilados en Borderías (2009). Una cuestión fueron los obstáculos legislativos e institucionales establecidos desde el discurso oficial de la dictadura y otra las necesidades de las economías familiares, que empujaron a millones de mujeres a buscar un medio de vida para contribuir al presupuesto de la familia. Sin embargo, el interés oficial en que las casadas abandonaran el empleo y se dedicaran a la familia las relegaron a trabajar en las peores condiciones, a veces en la clandestinidad, sin contrato, y con sueldos más bajos. De ahí la necesidad de reconstruir las tasas históricas de actividad femenina en España teniendo en cuenta el empleo sumergido.

abandonaran su puesto de trabajo después del matrimonio. La distribución de los afiliados tampoco resultó homogénea en términos demográficos. Las provincias más industrializadas presentaban lógicamente una tasa mayor de cobertura.⁵⁰

El incremento del número de afiliados a la Caja Nacional fue el resultado derivado de la presión ejercida sobre los afiliados a otros seguros que gestionaban el INP. Entre estas prácticas podían citarse la propaganda radiofónica de la Caja Nacional, una táctica que las entidades colaboradoras consideraban ofensiva y coercitiva; la coacción de los interventores de empresas delegadas que se presentaban en centros de trabajo para que los productores firmasen las opciones favorables a la Caja Nacional. De igual forma, a los productores no se les abonaba el subsidio familiar en algunas delegaciones del INP hasta que no firmaran el impreso del SOE con la misma opción. Para la expansión del seguro, el INP utilizó la extensa red de enlaces y jurados de la Organización Sindical, que actuó como improvisado agente de seguros. Por su parte, las entidades colaboradoras intentaron utilizar con eficiencia sus propios recursos de comercialización.⁵¹ Sin embargo, a los agentes de seguros se les prohibió percibir comisión por la contratación del SOE.

Varios factores pueden explicar la mayor afiliación de las entidades colaboradoras (cuadro 6): a) la política de selección de riesgos de algunas entidades colaboradoras que podían rechazar a determinadas empresas (mientras que la Caja Nacional debía aceptarlas a todas), a la vez que intentaban afiliar a los asegurados con menor número de beneficiarios y con salarios superiores;⁵² b) los empresarios preferían sus propias entidades, dónde especialmente las empresas más grandes ejercían mayor influencia en los consejos de administración y c) la influencia sobre los médicos y, por tanto, el control sobre los trabajadores enfermos podría ejercerse más directamente en las entidades colaboradoras.

Cuadro 6. Cuotas recaudadas en el Seguro de Enfermedad 1945-1952 (en pesetas)

Año	Caja Nacional	%	Entidades Colaboradoras	%	total
1945	818.36.840	28,74	202.869.388	71,25	284.706.228
1946	106.737.517	24,96	320.844.216	75,03	427.581.733
1947	161.603.616	25,11	481.896.723	74,88	643.500.339
1948	224.443.216	25,41	658.546.200	74,58	882.989.416
1949	268.244.420	25,43	786.412.575	74,56	1.054.656.995
1950	329.745.600	22,14	1.159.610.094	77,85	1.489.355.694
1951	385.484.400	22,65	1.315.963.565	77,34	1.701.447.965
1952	545.249.900	24,07	1.719.462.208	75,92	2.264.712.108

Fuente: *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* (1954), 3, p. 441.

El coste total de las prestaciones del SOE se distribuyó entre el seguro directo y las entidades colaboradoras en la misma proporción que lo hicieron el número de asegurados y beneficiarios. El seguro directo pagó en torno al 25 % de las prestaciones frente a casi el 75 %

⁵⁰ INP (1959): *Servicio de Prestaciones Sanitarias. Informe sobre la explotación de las instalaciones sanitarias del seguro de enfermedad*, Madrid.

⁵¹ Estas prácticas fueron denunciadas ante el Gremio local del seguro de Almería. Los miembros del gremio se dirigieron telegráficamente al Jefe del Sindicato Nacional y a la Dirección General de Previsión protestando por el proceder de la Caja Nacional en la ciudad. Archivo General de la Administración, Sindicatos, Caja 13/R-349.

⁵² Desde la propia Caja Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad se confirmaba esta práctica que daba como resultado que en el seguro directo que gestionaba la Caja Nacional el salario medio de los asegurados fuera menor al de las entidades colaboradoras y a los servicios sindicales (Caja 15,71 pesetas diarias, Servicios sindicales 16,02 y Entidades colaboradoras 16,81), y que según la Caja la prima teórica era menor y que el número de beneficiarios por asegurado fuera mayor. INP (1950): *Caja Nacional del Seguro de Enfermedad. Prestaciones*, Madrid.

de las entidades colaboradoras (cuadro 7). Entre 1946 y 1952, las mayores partidas de gasto fueron las prestaciones sanitarias. Tanto en el seguro directo como en las entidades colaboradoras, las prestaciones económicas no superaron nunca el 19% y con el tiempo éstas mostraron una tendencia decreciente respecto a las prestaciones sanitarias.

Cuadro 7. Prestaciones del SOE.

Año	Seguro Directo	%	Entidades Colaboradoras	%	Total
1946	50.714.106	25,52	147.973.078	74,47	198.687.184
1947	88.506.497	25,67	256.241.657	74,32	344.748.154
1948	138.705.290	25,90	396.668.748	74,09	535.374.038
1949	178.760.208	25,48	522.724.123	74,51	701.484.331
1950	213.384.023	22,32	742.565.832	77,67	955.949.855
1951	313.971.258	22,72	1.067.852.135	77,27	1.381.823.393
1952	365.794.798	24,02	1.156.655.808	75,97	1.522.450.606

Fuente: *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* (1954), 3, p. 441.

Las mayores partidas en gasto sanitario se destinaron al pago de honorarios del personal médico y sanitario (cuadros 8 y 9). En 1946, este apartado suponía el 51,75 % del gasto en el seguro directo y el 52,9% en las entidades colaboradoras. Los gastos en farmacia en el mismo año representaban el 35,27 % y 36,13% respectivamente y los gastos hospitalarios el 2,9% en el seguro directo y el 0,6% en las entidades colaboradoras. Posiblemente, esta diferencia derivaba de la falta de infraestructura hospitalaria propia en el SOE, lo que obligaba a recurrir a conciertos, con el consiguiente encarecimiento de la prestación. Lo más destacable, sin embargo, es el incremento del gasto farmacéutico que provocó a medio plazo graves problemas para el SOE. En 1952, el gasto farmacéutico se acercaba al 50% de las prestaciones del SOE tanto en el seguro directo como en los conciertos con entidades colaboradoras. Las causas del fuerte crecimiento del gasto farmacéutico se debían a que las prestaciones cubrían el 100% de las recetas médicas, al consumo de nuevos medicamentos, como los antibióticos, y al abuso y fraude en la expedición de recetas.

Cuadro 8. Prestaciones del seguro directo.

Año	Económicas	%	Médicas	%	Farmacéuticas	Hospitalarias	%	Total	
1946	5.091.376	10,03	26.245.030	51,75	17.891.892	35,27	1.485.808	2,92	50.714.106
1947	13.725.851	15,50	36.316.354	41,03	34.008.487	38,42	4.455.805	5,03	88.506.497
1948	23.991.683	17,29	57.860.239	41,71	48.821.888	35,19	8.031.480	5,79	138.705.290
1949	32.965.217	18,44	71.530.815	40,01	65.763.600	36,78	85.00.576	4,75	178.760.208
1950	32.495.051	15,22	82.978.860	38,88	87.649.215	41,07	10.260.897	4,80	213.384.023
1951	38.749.818	12,34	102.431.494	32,62	159.962.804	50,94	12.827.142	4,08	313.971.258
1952	46.542.000	12,72	126.838.800	34,67	178.248.000	48,72	14.165.998	3,87	365.794.798

Fuente: *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* (1954), 3, p. 441.

Cuadro 9. Prestaciones de las entidades colaboradoras.

Años	Económicas	%	Médicas	%	Farmacéuticas	%	Hospitalarias	Total	
1946	15.278.296	10,32	78.301.267	52,91	53.474.036	36,13	919.479	0,62	147.973.078
1947	41.722.660	16,28	108.478.906	42,33	102.220.517	39,89	3.819.574	1,49	256.241.657
1948	69.653.925	17,55	170.968.725	43,10	143.529.300	36,18	12.516.798	3,15	396.668.748
1949	97.011.523	18,55	210.535.650	40,27	191.958.975	36,72	23.217.975	4,44	522.724.123

1950	118.903.653	16,01	291.095.538	39,20	307.797.741	41,45	24.768.900	3,33	742.565.832
1951	131.353.110	12,30	347.842.495	32,57	544.872.160	51,02	43.784.370	4,10	1067.852.135
1952	147.711.456	12,77	400.573.440	34,63	563.306.400	48,70	45.064.512	3,89	1156.655.808

Fuente: *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* (1954), 3, p. 441.

La extensión de las prestaciones del SOE se realizó en diversas fases. En la primera, que se prolongó hasta enero de 1947, se limitó a la cobertura de la medicina familiar. La segunda fase se inició con el decreto de 29 de diciembre de 1946; que extendió las prestaciones a la cirugía general y la hospitalización quirúrgica, atención oftalmológica, otorrinolaringológica, radiológica y análisis clínicos como medio de diagnóstico y también se incluyó el servicio de practicante. Más adelante, por orden del 28 de julio de 1951, se crearon las especialidades de cirugía torácica y cardiovascular. Un año después, el 21 de junio de 1952 se incorporaron otras ramas de la cirugía como urología, otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, además de la cirugía general, servicios de radioterapia y radiumterapia. En este año también quedó establecido el servicio nocturno de urgencia y estaba a punto de implantarse la asistencia médica los domingos y días festivos.⁵³

Los planes de expansión del SOE y de los niveles de cobertura del seguro estuvieron vinculados al desarrollo de la infraestructura sanitaria basada en ambulatorios y grandes hospitales (residencias sanitarias). Mediante la orden de 19 de enero de 1945 quedó aprobado el Plan Nacional de Instalaciones. En este primer plan fueron previstas 86 residencias con un total de 24.000 camas, 149 ambulatorios completos, 110 reducidos y 73 instituciones maternas. La fase de desarrollo debía durar 10 años y contaba con un presupuesto de 1.000 millones de pesetas. Un año después, el plan tuvo que reformarse con unas previsiones más acordes con la realidad económica del país. Por una parte, redujo el número de residencias a 68 y los ambulatorios completos a 62, mientras aumentó el número de los ambulatorios reducidos a 144. Las instituciones maternas previstas en el primer plan desaparecieron y se integraron en los hospitales a excepción de una en Madrid. En 1953, tras casi una década de vigencia del plan, sólo había nueve Residencias en funcionamiento: La Coruña, Guadalajara, Valencia, Puertollano, Calatayud, Logroño, Santa Cruz de Tenerife, Teruel y Huelva y 18 ambulatorios. En Mayo de 1954, encontramos otras nueve en construcción, una cifra muy lejana a las 68 residencias previstas (cuadro 10). En esta primera década la construcción de ambulatorios y residencias se financió con el esfuerzo de empresarios y trabajadores. A partir del 9 de enero de 1947, se obligó a los gestores del SOE a ingresar en la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad el 1,5748 % de las primas recaudadas, porcentaje que se duplicó hasta alcanzar el 3,125% por orden de 23 de enero de 1948.

Cuadro 10. Situación del Plan de Instalaciones Sanitaria en Mayo de 1954.

a) Residencias Sanitarias.

b)

Emplazamiento	Camas	Proyecto	Iniciada	Fecha Prevista de finalización	Empresa
Albacete	175	Garay	1-1951	8-1954	Eguinoa Hermanos
Alicante	345	Botella	12-1949	9-1954	Eguinoa Hermanos
Badajoz	448	Botella	12-1949	9-1954	Agromán
Mahón	122	Marcide	9-1949	10-1954	R. Beamonte
Palma de Mallorca	379	Marcide	1-1950	10-1954	Huarte y cía.
Barcelona	812	Botella	8-1948	08-1948	Huarte y cía

⁵³ *Revista del Seguro de Enfermedad*, febrero 1952, nº 9. Estos últimos servicios fueron cubiertos a través de conciertos entre el Instituto de Medicina y seguridad del Trabajo de Madrid y el seguro de enfermedad.

Burgos	346	Marcide	7-1948	07-1948	Servicio Militar construcciones
Cáceres	239	Botella	3-1951	03-1951	Agromán
Córdoba	439	Zavala	05-1950	05-1950	R. Beamonte
Gerona	305	Botella	10-1950	09-1954	Huarte y Cía
Jaén	150	Sotomayor	8-1950	09-1954	Agromán
Lérida	320	Mercadal	06-1950	08-1954	Huarte y cía
Lugo	145	Sotomayor	09-1950	10-1954	R. Beamonte
Málaga	360	Sotomayor	11-1950	08-1954	Eguinoa Hermanos
Vigo	381	Marcide	07-1949	10-1954	R. Beamonte
Sevilla	600	Zavala	7-1950	7-1954	Agromán
Bilbao	702	Marcide	03-1949	10-1954	Eguinoa Hermanos
Zamora	175	Marcide	02-1951	10-1954	R. Beamonte
Zaragoza	540	Mercadal	05-1948	08-1954	Huarte y Cía

Fuente: *Revista Española del Seguro de Enfermedad* (1954: 46-489).

b) Ambulatorios.

Emplazamiento	Proyecto	Iniciada	Fecha Prevista de finalización	Empresa
León	Marcide	4-1953	6-1954	R. Beamonte
Madrid (c/ Quintana)	Botella	4-1951	8-1954	Agromán
Estella	Garay	5-1953	8-1954	Huarte y cía
Oviedo	Mercadal	11-1952	8-1954	R. Beamonte

Fuente: *Revista Española del Seguro de Enfermedad* (1954: 489).

El Plan de Instalaciones sanitarias se desarrolló lentamente debido a la falta de financiación pública y a la dependencia financiera de los ingresos derivados de las primas de empresarios y trabajadores. Estas partidas resultaron claramente insuficientes, por lo que el gobierno aprobó un decreto el 11 de enero de 1952 que autorizaba al INP a emitir obligaciones con el fin de atender al plan de instalaciones sanitarias del SOE.⁵⁴ El número de camas se incrementó sobre todo a partir de 1954, cuando empezaron a ponerse en funcionamiento las primeras residencias terminadas (cuadro 11). Se pasó de disponer 2.619 camas en 1954 a 5.713 en 1955. Un nuevo salto se produjo en 1956 con 8.144 camas que se estabilizaron en 8.952 en 1957 y 1958. La mayor oferta hospitalaria incrementó el número de estancias de los asegurados, lo que terminó repercutiendo en el coste de las prestaciones del SOE. No obstante, en 1957, el SOE disponía de 13.000 camas (de ellas 3.564 camas de clínicas de entidades colaboradoras). Este resultado se alejaba aún de las 17.000 camas de nueva creación previstas en el Plan de Instalaciones sanitarias de 1947.⁵⁵

Cuadro 11. Plan de Instalaciones Sanitarias 1954-1959.

Año	Nº camas residencias plan	Nº camas residencias provisionales	Nº Estancias residencias plan	Nº Estancias residencias provisionales	(1)	(2)	(3)	(4)
1954	2.619	733	364.175	208.104	102,95	81,2	458.476	6,47
1955	5.713	617	646.054	190.176	115,74	94,73	917.351	6,50
1956	8.144	609	1.122.347	153.905	139,33	109,91	1.631.185	7,66

⁵⁴ BOE 16/02/ 1952.

⁵⁵ INP (1959): *Servicio de Prestaciones Sanitarias. Informe sobre la explotación de las instalaciones sanitarias del seguro de enfermedad*, Madrid.

1957	8.952	446	1.306.248	135.575	172,85	133,91	1.979.972	8,96
1958	8.952	453	1.625.518	140.882	184,86	151,24	2.277.498	8,87

Fuente: *Análisis funcional y resultados económicos de las instituciones sanitarias*. Ejercicio 1958. INP.

Documento nº 45.

- (1) Promedio coste estancia residencia plan.
- (2) Promedio coste estancia residencias provisionales.
- (3) Promedio de asegurados en la Residencias del Plan.
- (4) Coeficiente de hospitalización por asegurado y mes.

En 1955, el sistema de gestión mixto, basado en una financiación casi exclusivamente sustentada en la cotización laboral, ofrecía una situación de déficit. Las entidades colaboradoras habían presentado dificultades tras los primeros años de gestión. Los problemas derivaban de varios factores: a) el incremento de los gastos derivados de la extensión del seguro;⁵⁶ b) la reducción del porcentaje de las primas que pudieron destinar a gastos de administración;⁵⁷ c) el complejo sistema burocrático establecido por la Caja Nacional y e) las deudas contraídas con el INP en concepto del Plan de Instalaciones Sanitarias y de Inspección de los Servicios Sanitarios. Las Entidades colaboradoras, a diferencia del seguro directo y por las propias condiciones de los convenios, no podían presentar déficit en sus balances anuales. Por tanto, el déficit debía asumirlo la propia entidad. En 1953 la situación financiera del SOE era crítica tanto en la gestión directa como en la privada. En el caso del seguro directo, la prima media por asegurado había subido de 7,39 en 1944 a 41,46 en 1951. Sin embargo, las prestaciones por familia asegurada habían crecido de 1,94 a 43,25.⁵⁸

En términos generales, las causas del déficit apuntaban al incremento farmacéutico y de los honorarios médicos, a la financiación del Plan de Instalaciones sanitarias y a la gestión de las entidades colaboradoras, a las que se acusaba de hacer primar su interés mercantil. A pesar de que en 1949 se introdujo un reajuste financiero basado en tres medidas: el aumento de la prima en un 1%, la extensión del seguro hasta un tope salarial de 18.000 pesetas y el establecimiento de un nuevo sistema de cotización proporcional, las medidas no solucionaron la tendencia y el desequilibrio financiero creció. El Ministro de Trabajo, Manuel Girón, intervino en un discurso defendiendo la gestión mixta y a las entidades colaboradoras, aunque les advirtió que pronto habría que aplicar una nueva reglamentación o abandonar el sistema.⁵⁹ En 1954, cuando finalizaron los primeros conciertos, se aprobó la nueva normativa que introdujo un reajuste restrictivo de los beneficiarios. Se intentó también un incremento del índice de utilización de hospitales y ambulatorios y el establecimiento de convenios con Montepíos y Mutualidades Laborales y las compañías privadas de accidentes de trabajo para rentabilizar la infraestructura del SOE. Con la nueva reglamentación se quería también que las entidades colaboradoras participaran en los gastos de sostenimiento de hospitales y ambulatorios, según el número de asegurados adscritos. La principal entidad colaboradora, Mutua General de Seguros, decidió renovar el convenio, pero en unas condiciones mucho peores que el convenio de 1945. Tuvo que depositar una fianza de 14,1 millones de pesetas (10% de las primas), pudo seguir cobrando el 9% de cuota sobre los salarios, pero el porcentaje de gastos de administración se redujo al 13%. Además, seguía sin poder publicar

⁵⁶ A las entidades colaboradoras de ámbito nacional se les obligó a establecer sucursales en todas las provincias en las que gestionaran el SOE, a pesar de que en muchos casos las entidades aseguradoras no tenían una actividad precedente, lo que supuso un incremento de los costes de establecimiento y de personal.

⁵⁷ Entre 1946 y 1948, el porcentaje de la prima que las entidades colaboradoras de ámbito nacional pudieron destinar a los gastos de administración paso del 25 al 16,2%.

⁵⁸ INP (1973): I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión, Sección III. *Diversos problemas actuales del Seguro de Enfermedad y de su Plan Nacional de Instalaciones*, p. 20.

⁵⁹ INP. Alocución del Sr. Ministro de Trabajo sobre el Seguro de Enfermedad. Madrid. 1953.

balances con déficit y declaraba una deuda al INP de 52,7 millones de pesetas.⁶⁰ Mapfre por su parte renunció a la renovación, puesto que la gestión del SOE ya había provocado unas pérdidas de 26 millones de pesetas.⁶¹

Cuadro 12. Seguro de Enfermedad. Entradas y salidas. Seguro Directo INP. 1954-1957

	1954	1955	1956	1957
Entradas				
Cuotas	633.920.341	758.999.406	508.928.686	1.238.798.946
Aportaciones del Estado	21.834.761	27.577.841	390.808.142	32.393.137
Aportaciones otros Seguros Sociales	-	-	220.372.331	64.282.631
Rentas e intereses	307.053	894198	562.041	85.538
Otros ingresos	-	1.322.072	-	
Transferencias				
De entidades colaboradoras	26.744.782	4.861.532		1.815.510
Total Entradas	682.806.937	793.655.049	1.120.671.200	1.337.375.762
Salidas				
Prestaciones	603.029.146	745.234.342	856.948.007	1.118.001.095
Gastos de Administración	66.432.234	76.553.408	87.089.811	123.758.368
Otras salidas	5.266.523	5.044.993	5.020.110	5.019.733
Transferencias				
A Seguro Directo del INP				
Al Fondo Amortización Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias	18.976.774	22.712.203	24.090.274	992.197
A gastos comunes al Seguro	15.704.446	18.817.303	19.965.695	717.296
Total transferencias	709.409.123	868.362.249	993.113.897	1.248.488.689
Diferencia	-26.602.186	-74.707.200	127.557.303	88.887.073

Fuente: *Estudio Estadístico del seguro de Enfermedad en los años 1954, 1955, 1956 y 1957.*

Cuadro 13. Seguro de Enfermedad. Entradas y Salidas. Entidades Colaboradores, 1954-1957.

	1954	1955	1956	1957
Entradas				
Cuotas	1.789.065.396	1.832.515.294	1.173.969.397	2.959.416.521
Aportaciones del Estado	18.544.839	12.801.759	901.606.846	12.850.386
Aportaciones otros S. Sociales	-	-	-	-
Rentas e intereses	2459.413	2125408	3.011.206	5.793.353
Otros ingresos	-	-		7.632.649
Transferencias	-	-	-	-
Total Entradas	1.810.069.648	1847442461	2.078.587.449	2.985.692.909
Salidas				
Prestaciones	1.403.015.962	1.506.090.528	1.631.124.787	2.296.337.758
Gastos de Administración	226.694.167	217.618.915	242.352.247	345.830.513

⁶⁰ Pons Pons (2010a).

⁶¹ Hernando de Larramendi (2001: 235).

Otras salidas	-	-	-	-
Transferencias	-	-	-	-
A Seguro Directo del INP	26.744.782	4.861.532	-	1.815.510
Al Fondo Amortización Plan Nacional Instalaciones	53.235.447	50.462.535	59.523.865	22.369.524
A gastos comunes al Seguro	44.487.666	43.243.004	51.791.401	6.544.617
Total transferencias	1.754.178.024	1.822.276.514	1.984.792.300	2.672.897.922
Diferencia	55.891.624	25.165.947	93.795.149	312.794.987

Fuente: *Estudio Estadístico del seguro de Enfermedad en los años 1954, 1955, 1956 y 1957.*

El seguro directo gestionado por el INP presentaba un balance con pérdidas en 1954 y 1955 (cuadro 13). En 1954 las pérdidas alcanzaron los 26 millones de pesetas, cifra que casi se triplicó en 1955, año en que el déficit de SOE llegó a los 74 millones. En los dos años siguientes el SOE necesitó una inyección financiera de 220 millones y 64 millones respectivamente procedente de otros seguros sociales. Por su parte, el Estado se vio obligado a incrementar su aportación, aunque sus transferencias al SOE se limitaron a 21 y 27 millones de pesetas en 1954 y 1955. Sin embargo, el gran déficit de este último año empujó al Estado a realizar un mayor esfuerzo financiero con una aportación de 509 millones de pesetas en 1956, lo que permitió eliminar el déficit. Las entidades colaboradoras también tuvieron que recibir una importante aportación de Estado en 1956 (cuadro 13). Esta situación puso en evidencia que el modelo de financiación basado en su mayor parte en la cotización era inviable. Con los cambios de gobierno de finales de la década se inicia una etapa tecnócrata. El relevo del ministro de trabajo (Girón fue sustituido por Fermín Sanz Orrio) inició una reorganización del INP y la preparación de un Plan Nacional de Seguridad Social en la década de 1960.⁶²

3. Influencia de España en el establecimiento de la cobertura del riesgo de enfermedad en Iberoamérica

La derrota de las potencias del Eje en la II Guerra mundial obligó al franquismo a configurar una nueva estrategia en su política exterior. Sin embargo, los aliados no olvidaron en la inmediata posguerra las simpatías mostradas por la dictadura española a los regímenes derrotados.⁶³ La desconfianza mutua entre el gobierno franquista y los países capitalistas occidentales se tradujo en aislamiento diplomático, vacío exterior y exclusión de algunos organismos internacionales como la ONU. La tensa situación tampoco facilitó los contactos económicos con el extranjero. Tras una década de aislamiento bajo el periodo autárquico que se prolongó hasta los años cincuenta, la dictadura franquista logró que las democracias occidentales pasasen por alto su alianza con el nazismo y lo integrasen en su sistema estratégico, a la sombra de la guerra fría. Desde esta década, la política económica de la dictadura emprendió el camino de la liberalización económica, aunque sin renunciar a sus bases ideológicas y al control y represión de la población.

Dentro de este contexto, Franco trató de buscar alianzas políticas con los países de América Latina con el fin de que España pudiera volver a representar un papel decisivo en el marco internacional. Aún siendo consciente de que ya no era posible volver al imperio territorial, la dictadura soñaba con recuperar el papel tutelar, la influencia política y la posición de liderazgo de España sobre los países latinoamericanos.⁶⁴ En realidad, el interés

⁶² Sobre el periodo de cambio en el que se gestó la nueva ley véase Martínez Quinteiro (2009: 265-288).

⁶³ Espadas (1988: 173) y Tusell, Avilés, Avilés y Pardo (2000:48 y ss). Véanse también Portero (1989) y Tusell (1989).

⁶⁴ Arenal (1994: 31) y Tusell, Avilés, Avilés y Pardo (2000: 309).

del fascismo por convertir a España en “Madre Patria de la Hispanidad” ya aparece en las bases ideológicas de estos grupos, sobre todo la Falange Española, durante la década de 1930. Sin embargo, tras la Guerra civil la idea de Hispanidad, directamente relacionada con el ansia de ser imperio, cobrará nueva forma, transformándose en un símbolo de la “nueva” España fascista y de su política exterior. En consecuencia, la política iberoamericana pasó a representar un doble papel en la dictadura: un instrumento propagandístico para legitimarla en el poder, al identificarla con la España imperial defensora de los valores católicos, y una herramienta para ganar aliados, influencia exterior y lograr que el país fuese admitido de nuevo en la comunidad internacional.

El Ministro de Asuntos Exteriores español, el falangista Alberto Martín Artajo (1945-1957), fue uno de los principales impulsores de la política exterior iberoamericana. Como parte de esta estrategia, recién llegado al Ministerio impulsó la creación del Instituto de Cultura Hispánica en 1945, cuya principal labor descansaba en proyectar la imagen de España y coordinar las relaciones culturales con el mundo hispánico⁶⁵ Durante los años cincuenta, en la sede madrileña del Instituto se multiplicaron las conferencias, seminarios, exposiciones y congresos en torno al tema central de las relaciones entre España e Iberoamérica. A medida que la dictadura franquista comenzó a recuperar sus contactos diplomáticos con el bloque occidental, la estrategia iberoamericana dejó de tener un papel central en la política exterior española, aunque el proyecto nunca se abandonó por temor a un nuevo rechazo de los países capitalistas.⁶⁶

Al igual que otros muchos ámbitos, la política de seguros sociales fue utilizada por la dictadura como “un eslabón más de la cadena que hoy liga a los pueblos de Iberoamérica”.⁶⁷ En realidad, los países de la otra orilla del Atlántico ya venían colaborando entre ellos en este ámbito desde 1936, cuando los estados miembros de la Organización Internacional del Trabajo suscribieron una resolución que establecía los principios fundamentales del derecho de seguro social para los trabajadores en América durante la conferencia de trabajo de Santiago de Chile.⁶⁸ Dos años más tarde, quedó constituido un Comité Interamericano de Iniciativas en Materia de Seguridad Social con el propósito de que los gobiernos e instituciones de seguridad social de los países de América llegaran a constituir, con carácter permanente, un organismo de estudio, colaboración, información y acción teórica. El Comité celebró la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) en Chile, los días 10 y 16 de septiembre de 1942. A este foro asistieron buena parte de los países del continente: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Uruguay, así como representantes de la Oficina Internacional del Trabajo, de la Oficina Sanitaria Panamericana y del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Entre sus principales objetivos podemos destacar: contribuir al desarrollo de la seguridad social en los países de América, cooperar con las instituciones y administraciones de seguridad social; emitir declaraciones, adoptar resoluciones y formular recomendaciones en materia de seguridad social; e impulsar la cooperación e intercambio de experiencias.

La dictadura franquista reconocía a finales de los años cuarenta que estos organismos venían realizando una importante labor en materia social, pero decidieron impulsar su propia red de cooperación con los países de América Latina bajo dos argumentos principales que teóricamente legitimaban su iniciativa. Primero, la ejemplar previsión social española, que

⁶⁵ BOE 26/09/1946, p. 7223.

⁶⁶ Arenal (1994: 52).

⁶⁷ Periódico La Vanguardia (LVG) 5 de junio de 1951, p. 14

⁶⁸ La información sobre la Conferencia Interamericana de Seguridad Social ha sido obtenida de http://www.ciiss.org.mx/index_es.php?mod=historia. Sobre los orígenes de esta organización véase también Martí Bufill (1948: 193-198).

describían como un modelo digno de exportar. En consecuencia, la experiencia española podía ser de gran utilidad para países con raíces culturales comunes. Segundo, señalan que la participación de Estados Unidos como país miembro de la CISS suponía la presencia de “dos posiciones teóricas dispares en el terreno de los principios sociales y morales del seguro, lo que podría perjudicar los intereses del mundo hispánico”.⁶⁹ Lo que se trasluce de este segundo argumento es el temor de la dictadura franquista a la influencia que el por entonces “enemigo yanqui” pudiese ejercer sobre los países latinoamericanos. Desde el “viejo solar católico de la Madre Hispana”, España propuso a estos pueblos un nuevo foro para cooperar en el logro de mejoras sociales, sin el yugo de la América del Norte.⁷⁰

El Ministro de Asuntos Exteriores (Martín Artajo) y sobre todo el Ministro de Trabajo (Girón) y los miembros del INP y del Instituto de Cultura Hispánica se entregaron a esta labor durante los años cuarenta, a través de contactos diplomáticos y múltiples viajes por diversos países latinoamericanos. Fruto de esta estrategia, se consiguió celebrar el I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social en la sede del Instituto de Cultura Hispánica (Madrid) en 1952.⁷¹ Su principal objetivo era la cooperación entre los países iberoamericanos de las dos orillas del atlántico en materia de seguros sociales.⁷² En dicha reunión estuvieron representados Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, España, Filipinas, Haití, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, El Salvador, Uruguay y Venezuela. Dos ausencias llaman poderosamente la atención, Estados Unidos y México, países con los que el régimen había roto sus relaciones diplomáticas, lo que pone en evidencia el carácter político de esta iniciativa. Once de dichos países ostentaron delegaciones gubernamentales, ascendiendo el número de participantes en el Congreso a 166 representantes iberoamericanos y 294 españoles. Como observadores, asistieron también enviados especiales de algunos países europeos (p.e. Italia y Bélgica), miembros de la Asociación Internacional de Seguridad Social y del Comité Iberoamericano de Seguridad Social y se contó con el respaldo explícito de la Oficina Internacional de Trabajo y de la Conferencia de Estados Americanos.⁷³ Esta Conferencia resultó un éxito diplomático y político para una dictadura franquista donde todavía coleteaban los últimos signos de la autarquía y del aislamiento exterior. El régimen aprovechó este escaparate para difundir propaganda sobre los grandes avances de España en materia de seguros sociales, sin reparar en que por aquellos años la mayoría de su población seguía bajo la soga del racionamiento, pésimas condiciones de trabajo y duras políticas represivas.⁷⁴

No se perfilaron grandes novedades en las conclusiones de este primer congreso, pero sí consiguió consolidar la iniciativa con la creación del Consejo Asesor de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), encargada de organizar seminarios de estudios sobre terminología, legislación comparada y problemas de aplicación práctica de la Seguridad Social; convocar becas y cursos de formación destinados a profesionales Iberoamericanos que desearan estudiar en España el tema de los seguros sociales; y editar diversas publicaciones formativas y técnicas.⁷⁵ El papel hegemónico que pretendía representar España se vio reflejado en los miembros que integraron inicialmente dicho Consejo, todos del mismo país, aunque los cargos serían rotatorios: Fernando Coca (Director General de Previsión) como presidente; Alfredo Sánchez Bella (Director del Instituto de Cultura Hispánica),

⁶⁹ Martí Bufill (1948: 199-200).

⁷⁰ Periódico LVG 24 de mayo de 1951, p. 3.

⁷¹ El Congreso se clausuró en Barcelona. <http://www.oiss.org/spip.php?article776>, Periódico LVG 3 de junio de 1951 y Periódico ABC, 4 de abril de 1952.

⁷² <http://www.oiss.org/spip.php?article776>, Periódico LVG 3 de junio de 1951 y Periódico ABC, 4 de abril de 1952.

⁷³ Periódico LVG 18 de julio de 1952, p. 5

⁷⁴ Sobre estos temas, véase Vilar (2009).

⁷⁵ Periódico LVG 5 de junio de 1951, p. 14 y Periódico LVG 20 de mayo de 1951, p. 4.

vicepresidente; y como vocales Luis Jordana de Pozas (represente de la Comisión Iberoamericana de Seguridad Social del INP), Hermenegildo Baylos Gorroza y Antonio Pedroso Latas (Instituto Social de la Marina), Antonio Correa Veglism (Servicio Nacional de Montepíos y Mutualidades Laborales) y Joaquín de la Vega Samper (Servicio de Reaseguro accidentes de trabajo). La secretaría general con sede en Madrid quedó en manos de Carlos Martí Bufill, miembro del Instituto de Cultura Hispánica desde su fundación, lo que resultó clave para convertirlo en una de las personas más influyentes en la colaboración entre España y Latinoamérica, al menos en el apartado de los seguros sociales.

Carlos Martí Bufill (Girona 1915-Madrid 2001), abogado de profesión, fue uno de los mayores expertos en materia de seguros sociales iberoamericanos en la España de la época.⁷⁶ Ejerció diversos cargos como Jefe Adjunto del Servicio Exterior y Cultural del INP, secretario general del INP, secretario de la Sección de Estudios Sociales del Seminario de Problemas Hispanoamericanos, vinculado al Instituto de Cultura Hispánica, entre otros. Bufill fue uno de los principales impulsores de la OISS. Actuó también como delegado de España en la Asociación Internacional de Seguridad Social en la década de 1960 y su prestigio internacional le condujo a presidir la comisión permanente de esta organización en 1969.⁷⁷ Fue un hombre polifacético, que realizó también una intensa labor publicista de los seguros sociales, tema sobre el que escribió varias obras como, por ejemplo, *La Seguridad Social en los Estados Unidos de América, España y la Seguridad Social hispanoamericana, Presente y futuro del Seguro Social* (1948), en el que dedica un capítulo al análisis del Seguro Social en Hispanoamérica. Esta obra sería el antecedente de su obra de referencia *El Seguro Social en Hispanoamérica* publicado en 1949.

Bufill permaneció como secretario general del Consejo Asesor de la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social durante los siguientes tres Congresos Iberoamericanos de Seguridad Social con sedes en Lima (1954), Quito (1958) y Bogotá (1964).⁷⁸ En el primero de los foros participaron 21 países Iberoamericanos y 128 congresistas. Durante las 34 reuniones multilaterales se trataron tres puntos principales: la educación social; la creación de una comunidad iberoamericana de seguridad social y la extensión del seguro social a los trabajadores del campo, un tema que todavía estaba pendiente también en el ámbito español. Fruto de estos primeros congresos se organizaron comisiones de trabajo, donde participaban grupos de técnicos españoles en Seguridad Social, que visitaron algunos países latinoamericanos como Bolivia y Ecuador con el fin de colaborar con sus gobiernos de cara a implantar o perfeccionar el seguro de enfermedad.⁷⁹ En paralelo, se habían comenzado a celebrar los primeros cursos de Cooperación Técnica Iberoamericana de Seguridad Social.⁸⁰

Al II Congreso celebrado en Lima asistieron 21 países y 128 congresistas. Para esta reunión fueron invitados, además de los gobiernos del mundo iberoamericano, otras entidades oficiales encargadas de la gestión de los Seguros Sociales, las Universidades y Escuelas Sociales o de Servicio Social encargadas de la enseñanza de las cuestiones sociales, así como

⁷⁶ Su reconocida labor en España y América Latina fue premiada con la Gran Cruz al mérito civil, Encomienda de la Orden del mérito civil, Encomienda de la Orden de Isabel la Católica, Encomienda, Caballero de la Orden de San Carlos de Colombia, Cruz brasileña de río Branco Brasil; Comendador de la Orden Daniel Carrión de Perú, Orden al Mérito en Salud Andina, Comendador de la orden de Boyacá, medalla de plata al Mérito al Trabajo, Medalla de Oro al mérito mutualista y medalla de la previsión popular entre otras. Información aparecida en la biografía del autor que aparece en el libro "El Seguro Social en Hispanoamérica" (1949) y completada con los datos procedentes del BOE 03/01/1969 y BOE 13/09/1969 y el periódico ABC, 28 de Octubre de 1954, p. 29 y ABC, 1 de Noviembre de 1969, p. 31, Periódico ABC 19 de mayo de 1971 y Periódico ABC 12 de enero de 2001.

⁷⁷ Periódico ABC 14 de noviembre de 1961 y Periódico ABC 1 de enero de 1969.

⁷⁸ Periódico ABC, 28 de Octubre de 1954, Periódico ABC 27 de noviembre de 1958 y Periódico ABC 10 de abril de 1964.

⁷⁹ Periódico ABC 17 de julio de 1951, p. 14.

⁸⁰ Periódico LVG 10 de octubre de 1952, p. 4

diversos expertos, especialistas y profesores de los países iberoamericanos y filipinos. Asimismo se habían invitado como observadores a miembros de la Organización de Estados Americanos, la Oficina Internacional del Trabajo, la Asociación Internacional de Seguridad Social, el Comité Interamericano de Seguridad Social y la Organización Mundial de la Salud.⁸¹

Los principales temas que figuraban en la agenda oficial del Congreso versaron en torno a las fórmulas y los resultados logrados en la aplicación de los Seguros Sociales en el medio campesino; los sistemas de financiación de la Seguridad Social y sus resultados; los problemas y soluciones para la conservación de derechos de los trabajadores emigrantes, los planes de enseñanza general de la Seguridad Social; y los sistemas para la formación profesional de técnicos.⁸² Además, hemos de destacar que fue en este Congreso donde se fundó la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, cuya Secretaría General quedó establecida en Madrid y en manos de Carlos Martí Bufill.⁸³ Haciendo uso de su posición hegemónica, el gobierno español anunció durante el congreso la creación de un premio anual de cincuenta mil pesetas para el mejor trabajo sobre la aportación iberoamericana.⁸⁴ Se trataba de una cantidad considerable para un país todavía en crisis, donde el salario medio de un trabajador español ascendía a 25,66 ptas/día.⁸⁵

Cuando se celebró el Congreso de Quito en 1958, la OISS ya estaba consolidada. En el discurso inaugural ofrecido por el Ministro de Trabajo español Fermín Sanz Orrió (1957-1962) señalaba el éxito de la Organización en la lucha por la justicia social en el mundo iberoamericano y en la colaboración entre países, tanto en el ámbito político como técnico y financiero en materia social.⁸⁶ Entre otros temas, dentro de la agenda del III Congreso de la OISS destacaba el interés por impulsar “la firma de tratados multilaterales de extensión recíproca de los beneficios del Seguro Social en favor del afiliado que resolviere trasladarse de un país iberoamericano a otro”.⁸⁷ A este respecto, cabe recordar que la Ley del SOE española aprobada en 1942 señalaba que “a los efectos de aplicación de esta Ley, los súbditos hispanoamericanos, los portugueses y los de Andorra quedan equiparados a los españoles”.⁸⁸

Entre los acuerdos tomados en Quito, destacaron dos. Primero, el establecimiento de asistencia técnica y de servicios entre todas las instituciones de Seguridad Social de Iberoamérica y el reconocimiento recíproco de los derechos sociales de los trabajadores de los países que suscribieran el Tratado de cooperación.⁸⁹ Segundo, la creación del Centro Internacional de formación de Técnicos de la Organización Iberoamericana de Seguridad, con sede en el centro de Cultura Hispánica (Madrid).⁹⁰ En dicho centro, dirigido por Carlos Bufill, se celebraron cursos anuales durante los años sesenta, muy demandados por posgraduados y profesionales de las instituciones de Seguridad Social de los países Iberoamericanos estudiantes latinoamericanos. El retorno progresivo de España a los organismos internacionales y la recuperación de sus relaciones diplomáticas, permitió a la directiva de la OISS, encabezada por Carlos Bufill, realizar una intensa labor propagandística e institucional sobre la labor de este organismo así como del papel de liderazgo ejercido por España. Como parte de esta estrategia, se estrecharon contactos y se tomaron acuerdos con importantes

⁸¹ Periódico LVG 4 de septiembre de 1954, p. 7. Precisamente, España había entrado a formar parte de la Organización Mundial de la Salud en 1951, Periódico LVG 26 de mayo de 1951, p. 3.

⁸² Periódico LVG 4 de septiembre de 1954, p. 7.

⁸³ Periódico LVG 28 de octubre de 1954, p. 11.

⁸⁴ Periódico LVG 15 de octubre de 1954, p. 9.

⁸⁵ Dato del salario nominal diario medio de un trabajador industrial en 1954, Vilar (2009: 134).

⁸⁶ Periódico LVG 23 de noviembre de 1958, p. 17.

⁸⁷ Periódico ABC 27 de noviembre de 1958 y Periódico LVG 10 de diciembre de 1958, p. 4.

⁸⁸ Ley de 14 de diciembre de 1942, BOE 27/12/1942, Capítulo Segundo, Artículo sexto, p. 10543.

⁸⁹ Periódico LVG 10 de diciembre de 1958, p. 4.

⁹⁰ Periódico ABC 5 de noviembre de 1959 y Periódico ABC 7 de febrero de 1959, p. 9.

organizaciones internacionales como la Organización de Estados Americanos, cuyo jefe de la División del Trabajo (Beryl Frank) visitó Madrid en 1957, o la División Social de la Organización Internacional del Trabajo, que envió algunos miembros a Madrid en 1961 para dar una conferencia y conocer la labor que estaba desarrollando en el Centro Internacional de Formación de Técnicos de la Seguridad Social.⁹¹

En 1961 la directiva de la OISS celebró una reunión extraordinaria en Madrid, impulsada por la “necesidad de una nueva política de Seguridad Social que responda a la preocupación por la nueva política económica”.⁹² Por lo que se refiere a España, los cambios de gobierno de 1957 habían eliminado los residuos autárquicos y promovido el proceso hacia la liberalización económica y el saneamiento de los graves desequilibrios internos.⁹³ El giro económico del país quedó consolidado con el Plan de Estabilización (1959), que supuso la aceptación por parte de la dictadura de la economía de mercado preponderante en el mundo occidental. A partir de 1961 y hasta principios de los años setenta, la economía española registró un crecimiento sostenido de la producción y de la productividad, alimentado por un enorme avance en términos de capitalización.⁹⁴ Por otro lado, los países iberoamericanos se enfrentaban con una coyuntura excepcional de desarrollo económico que debía ser aprovechada para desarrollar los seguros sociales. Dentro de este nuevo marco, surgió una nueva estrategia sostenida en dos ideas básicas. De un lado, se acordó que el derecho de Seguridad Social debía abarcar a la totalidad de la población laboral, considerándose independiente el hecho de encuadramiento en los sistemas de Seguridad Social. En este caso, se hizo mención especial a los trabajadores del campo, que permanecían desprotegidos en la mayoría de países que había implantado seguros sociales. De otro, se establecieron nuevos criterios para fijar la cuantía de las prestaciones económicas y sanitarias, con el objetivo de cubrir mejor las necesidades de la población.⁹⁵

En el IV Congreso de la OISS celebrado en Bogotá en 1964 se ratificaron estas tendencias. Allí participaron delegaciones de 17 países iberoamericanos, incluyendo España y Filipinas.⁹⁶ Durante este congreso se trabajó intensamente en la cooperación entre países para lograr una efectiva extensión de la protección social de los trabajadores de latinoamericanos. En la clausura el presidente por entonces de la República de Colombia, Guillermo León Valencia, reconocía la labor de España en el desarrollo de los seguros sociales en Iberoamerica. En realidad, aunque la cooperación entre las dos orillas del Atlántico en el ámbito de los seguros sociales continuó hasta el final de la dictadura (1939-1975), desde finales de los años sesenta los países latinoamericanos fueron adquiriendo mayor protagonismo en el seno de la OISS.⁹⁷

De lo visto hasta el momento, cabe poner sobre la mesa dos cuestiones principales. En primer lugar, ¿estaban los países de América Latina tan atrasados en materia de seguros sociales como para que la dictadura franquista pudiese dar lecciones en esa materia? En segundo lugar, dentro de este marco geográfico, ¿cuáles fueron los países que colaboraron

⁹¹ Periódico ABC 19 de mayo de 1961.

⁹² Periódico ABC 17 de septiembre de 1961.

⁹³ Sobre la economía del desarrollismo, véase Barciela, López, Melgarejo y Miranda (2001: 179 y 254).

⁹⁴ Sobre estos aspectos véase Vilar (2009) y (2011).

⁹⁵ Periódico ABC 17 de septiembre de 1961.

⁹⁶ Periódico ABC 10 de abril de 1964. Filipinas es uno de los países con mayor atraso en la introducción de los seguros sociales, y en particular del seguro de enfermedad. La primera ley de Seguridad Social es del 20 de mayo de 1954. En ella se introducía la cobertura de las contingencias de vejez, invalidez, muerte, enfermedad y paro pero únicamente para las grandes empresas con más de 200 trabajadores. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1955 (2), pp. 53-54. Una ley de 18 de junio de 1954 estudiaba implantar un Régimen de Seguridad social experimental en algunas zonas del país. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1955 (3), pp. 437-453.

⁹⁷ Periódico ABC 10 de febrero de 1966.

más estrechamente con España en este terreno y por qué? Respecto a la primera cuestión, si observamos los años de promulgación de las primeras leyes de seguros sociales (accidentes de trabajo, pensiones, enfermedad-maternidad y desempleo), constatamos como 18 países habían aprobado las primeras leyes sobre la cobertura del riesgo de accidentes de trabajo antes de que la guerra civil española terminase; 8 países habían legislado el seguro de pensiones y 8 países disfrutaban de algún tipo de cobertura sobre el riesgo de maternidad y/o enfermedad (cuadro 14). Más tardío fue el establecimiento de normas legales en torno al seguro de desempleo, a excepción de algunos países como Chile, Uruguay o Venezuela. En cualquier caso, América Latina ya contaba con experiencia en el campo de los seguros sociales cuando la dictadura intentó exportar su modelo de previsión social. No obstante, parece que en la mayoría de los países de ultramar los seguros solo cubrían a colectivos profesionales concretos (trabajadores de ferrocarriles, funcionarios públicos...). Esta tendencia comenzó a romperse en los años treinta cuando Ecuador, Chile, Perú y Argentina comenzaron a adoptar regímenes generales del seguro social, al menos para algunos riesgos.⁹⁸ Poco más tarde, en 1940, Venezuela implantó la Ley integral del Seguro Social Obligatorio contra los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Cuadro 14. Primeras leyes de seguro aprobadas en América Latina

País	Enfermedad	Maternidad	Accidentes de trabajo	Pensiones	Desempleo
Argentina	1944	1934	1915	1915	1967
Bolivia	1949		1924	1949	1953
Brasil	1934-1936 (b)		1919	1923 (a)	1965 (f)
Chile	1924		1916	1924	1937
Colombia	1938		1915	1946	1990
Costa Rica	1941-1943		1925	1941	Ninguno
Cuba	1979	1934	1916	1927	Ninguno
Ecuador	1935		1921	1928	1951
El Salvador	1949 ⁹⁹		1949	1953-1969	Ninguno
España	1944	(1929) (d) 1931	1900	(1908) (c) 1919	(1931)
Guatemala	1964	1952	1906*	1969	Ninguno
Honduras	1959		1959	1959	
México	1943		1931	1943	
Nicaragua	1956		1930	1956	
Panamá	1941		1916	1941	
Paraguay	1944		1927	1943	
Perú	1936		1911	1936	
República Dominicana	1947		1932	1947	
Uruguay	1960	1958	1920**	1919 (e)	1934
Venezuela	1940		1928 (***)	1940	1940

Fuentes: Martí Bufill (1948); Herranz (2010), p. 63 y Social Security Administration (2009), *Social Security Programs Throughout the World: The Americas*, SSA.

(a) 1923 (ferrocarriles), 1934 (comercio), y 1936 (industria).

(b) 1923 (ferrocarriles), 1934 (comercio), y 1936 (industria).

⁹⁸ Sobre estos aspectos, véase Martí Bufill (1948: 32-33). En el caso chileno, La ley de Seguro Obligatorio en 1952 modificó sustancialmente la organización de los seguros y su cobertura. Además de declarar los seguros de enfermedad, invalidez, vejez y muerte como obligatorios, separó los seguros en dos grupos. Por una parte creó el Servicio Nacional de la Salud que tuvo a su cargo todo lo relacionado con la asistencia médica para toda la población y los seguros restantes quedaron a cargo del Servicio Social Obligatorio. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1952 (4), pp. 777-814.

⁹⁹ La ley de 29 de septiembre de 1942 fue modificada por la ley de Seguro Social de 28 de septiembre de 1949 y, más tarde, por la nueva ley (decreto de 1263) de 1953. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1954 (2), p. 301.

(c) Entre paréntesis libertad subsidiada.

(d) 1929 subsidio de maternidad y 1931 seguro obligatorio de maternidad

(e) Aunque entre 1829 y 1934 ya se habían promulgado varias leyes para ciertos grupos de trabajadores.

(f) Se refiere a un fondo de pagos, el seguro de desempleo no se estableció hasta 1986.

(*) en Social Security Administration (2009) pone 1947.

(**) en Social Security Administration (2009) pone 1914.

(***) en Social Security Administration (2009) pone 1923.

Los progresos en materia social se aceleraron en la década de 1940. La I Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Chile en 1942 resultó fundamental en este avance.¹⁰⁰ Las resoluciones conocidas con el nombre de “Declaración de Santiago de Chile” apostaban por dos principios básicos. Primero, la creación de un organismo técnico estatal con la función de dar orientación general y de controlar a las instituciones de Seguridad Social. Segundo, impulsar el seguro universal con ampliación de cobertura y prestaciones. En particular, se recomendó la “ampliación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, de manera que cubra a todos los obreros, empleados, artesanos, profesionales y pequeños comerciantes, así como sus familias: Seguro que deberá garantizar prestaciones médicas, quirúrgicas, farmacéuticas, hospitalización, dentales protésicas y subsidio en dinero”.¹⁰¹ Fruto de estas directrices, la mayor parte de países reformaron sus legislaciones sociales entre 1943 y 1950, ampliando la cobertura y prestaciones o estableciendo un seguro social único e integral. Por el momento, desconocemos el grado de aplicación de esta legislación.

A finales de los años cuarenta, 16 países de la comunidad iberoamericana disfrutaban de un sistema de Seguro Social con tres criterios de aplicación a efectos de personas protegidas: países que centraron su sistema de protección en la población trabajadora considerada económicamente débil (Perú); países que incluyeron en su sistema de Seguro Social a los trabajadores independientemente de la cuantía de sus ingresos (Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Méjico, Paraguay, Bolivia y el Salvador); o países de sistemas mixtos que combinaron los dos criterios anteriores (Venezuela, Colombia, Panamá y República Dominicana). En este último grupo quedaría enmarcada también España (cuadro 17). El predominio del criterio laboral explicaría en buena medida el hecho de que en la mayoría países latinoamericanos (incluida España) los programas de seguros sociales quedasen en manos de sus respectivos Ministerios de Trabajo. Como excepciones a esta regla tenemos a Perú y Brasil.¹⁰²

En el ámbito de las prestaciones predominaba la heterogeneidad. En particular, la prestación económica por la incapacidad temporal producida por la enfermedad estaba prevista en la mayoría de países, aunque con desigual grado de protección, entre el 25 y el 100% del salario, y siempre por periodo de tiempo limitado (cuadro 15). En el caso de la maternidad, se contemplaba la ayuda económica y tres tipos de ayuda material: el subsidio por descanso, el subsidio por lactancia y el ajuar o canastilla. En la mayoría de los países estas prestaciones se financiaban con una participación económica tripartita: patronos, empleados y Estado. A diferencia de la España franquista, eran muy escasos los países donde los Estados no participan en las cargas de los Seguros Sociales, bien de forma directa (cuota) o indirecta (subvenciones).¹⁰³ En algunos casos como el boliviano, el Estado creó o reservó impuestos para costear los seguros sociales.¹⁰⁴

¹⁰⁰ Martí Bufill (1948: 57 y ss).

¹⁰¹ Martí Bufill (1948: 57 y ss).

¹⁰² Zschock (1986: 104).

¹⁰³ Martí Bufill (1948: 115-116).

¹⁰⁴ En especial se crearon unos impuestos sobre las exportaciones de mineral (de estaño y de otros minerales) para costear las construcciones e instalaciones necesarias para el funcionamiento de los servicios médicos del seguro general. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1952 (1), pp. 51-92. En el caso ecuatoriano, el Estado contribuyó a la financiación del seguro de enfermedad, destinando los ingresos de las sucesiones intestadas desde el tercer grado colateral de consanguinidad, el 30% del producto de los impuestos a las

Respecto a la segunda cuestión que nos planteamos sobre qué países colaboraron especialmente con España en el ámbito de los seguros sociales, hemos de destacar siete principalmente: Colombia, Bolivia, Ecuador, Honduras, Paraguay, Perú y Nicaragua. A estas alturas de la investigación podemos apuntar dos razones que justificaron la mayor aproximación a este grupo de países. En primer lugar, la dictadura franquista estableció contactos con aquellos estados que introdujeron la mayor parte de los programas de seguros sociales, especialmente en el caso del riesgo de enfermedad, de manera tardía, solo a partir de los años cuarenta y cincuenta (cuadro 14). Se trataba, en general, del grupo de países con la renta más baja en América Latina durante aquellos años, donde la cobertura médica era escasa en la práctica y estaba mal coordinada, cubriendo solo a una pequeña parte de su población.¹⁰⁵

Dentro del grupo retrasado, Ecuador, Paraguay y Perú fueron más precoces al legislar el riesgo de enfermedad. En 1935 Ecuador puso en marcha el Servicio médico del Seguro Social, que ofrecía prestaciones enfermedad y maternidad, aunque su cobertura resultó limitada.¹⁰⁶ Más tarde, en julio de 1942 se aprobó La ley del Seguro Social Obligatorio que cubría el seguro de enfermedad y maternidad, invalidez, vejez, viudedad y orfandad y accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Paraguay creó el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en 1936 y el Instituto de Previsión social en 1943, pero hasta 1950 no amplió considerablemente los servicios sanitarios para los asegurados.¹⁰⁷ En 1952, el decreto-ley n. 1860 modificó la ley anterior e introdujo la cobertura de los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados.¹⁰⁸ Perú legisló pronto el riesgo de enfermedad, pero tardó en extender su aplicación. Primero, creó la Dirección General de salubridad en 1903 y más tarde, en 1935, se fundó el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. Un año después, en 1936, quedó establecido un seguro obligatorio de salud para obreros y trabajadores domésticos. Finalmente, en 1948, se creó el seguro social del empleado y se abrió el Hospital del Empleado. El Sistema Nacional de Servicios de Salud, el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales para coordinar su puesta en funcionamiento no quedaron establecidos hasta 1978.¹⁰⁹ Entre los países más tardíos en aplicar programas de seguros social encontramos a Nicaragua que aprobó su Ley de Seguridad Social en 1955, aunque hasta 1979 no se creó el Sistema Nacional Único de Salud.¹¹⁰ Poco tiempo después, Honduras, promulgó la Ley de Seguro Social (1959), a la vez que estableció el Instituto Hondureño de Seguridad Social, cuya responsabilidad descansaba en garantizar el derecho humano a la salud y a la asistencia médica.¹¹¹

herencias, legado, donaciones, etc y otros impuestos que gravaban las rentas. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1952 (84), pp. 709-725.

¹⁰⁵ Por su parte Mesa-Lago (2010: 317) establece también tres grupos de países a la hora de introducir los primeros programas de seguros sociales en América Latina. El grupo pionero (Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica – este último dudoso-) que comenzaron a introducir sus seguros sociales en las décadas de 1920 y 1930; el grupo intermedio (Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela) que actuaron en materia social a los años cuarenta y cincuenta; y el grupo retrasado (Paraguay, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití), los últimos en poner en marcha sus programas de seguros sociales (1960s y 1970s). En particular, para el seguro de enfermedad, se puede encontrar una clasificación similar en Zschock (1986: 108-109).

¹⁰⁶ Giedion, Villar y Avila (2010: 150-151).

¹⁰⁷ Este país aprobó en 1980 un código sanitario y en 1996 el Sistema Nacional de Salud, véase Giedion, Villar y Avila (2010: 258).

¹⁰⁸ Excepto los funcionarios públicos, trabajadores independientes y empleados y obreros del Ferrocarril Central del Paraguay que tenían ya una Caja propia. *Revista Iberoamericana de Seguridad social*, 1952 (3), pp. 589-613.

¹⁰⁹ Giedion, Villar y Avila (2010: 276).

¹¹⁰ Muiser, Sáenz y Bermúdez (2011).

¹¹¹ Giedion, Villar y Avila (2010: 197) y Bermúdez-Madriz, Sáenz, Muiser y Acosta (2011).

En el caso de Colombia prevaleció el modelo higienista hasta 1950. Bajo este modelo la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención curativa y preventiva en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad.¹¹² A mediados de los años cuarenta comenzó a cambiar la política sanitaria con la creación de la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y el Instituto de Seguros Sociales, que atendía a los empleados del sector privado formal.¹¹³

El segundo factor que influyó en la elección del grupo de países resultó determinante: el régimen político vigente y su grado de identificación con la dictadura franquista española.¹¹⁴ Los casos más claros son los de Colombia, Perú y Nicaragua. Por otra parte, el resto de países vivieron en su mayoría una etapa de inestabilidad política, donde se alternaban breves periodos democráticos con revoluciones y dictaduras militares. En este estadio de la investigación, al margen de la influencia en los organismos iberoamericanos de seguridad social ya explicitada, es difícil determinar la influencia directa del modelo franquista en la puesta en práctica del seguro de enfermedad en estos últimos países. Sin embargo, hay constancia de la colaboración técnica en la puesta en marcha del seguro de enfermedad en el caso boliviano. Aunque Bolivia aprobó una Ley de Seguro social general en 1949 y una Ley de Riesgos Profesionales en 1950, estas leyes no se pusieron en marcha de forma inmediata. La Caja Nacional del Seguro Social solicitó una Misión Técnica española en 1951. La delegación técnica española fue enviada por la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social. Estaba compuesta por un actuario, un médico social, un técnico contable-administrativo y presidida por un jurista.¹¹⁵ Esta comisión trabajó durante tres meses en la Paz, preparó un texto unificado de las leyes anteriores eliminando aquellos contenidos que impedían su aplicación y prepararon las bases para la puesta en práctica, de forma gradual y progresiva, en especial del seguro de enfermedad y maternidad. Al margen de esta influencia directa, es evidente que muchos de estos países adoptaron elementos de los seguros sociales españoles como la creación de un instituto autónomo que gestionara los seguros de forma similar al Instituto Nacional de Previsión Español o la creación de Cajas que gestionaban cada seguro. En el caso boliviano este organismo fue la Caja Nacional de Seguro Social, en el paraguayo el Instituto de Previsión Social o en el caso ecuatoriano el Instituto Nacional de Previsión del Ecuador.¹¹⁶ Finalmente, la colaboración con los países señalados fue tan estrecha que fructificó en la firma de los primeros convenios generales sobre Seguridad Social con España en los años 1960. Este fue el caso, por ejemplo, de Ecuador y Paraguay.¹¹⁷

¹¹² Giedion, Villar y Avila (2010: 112).

¹¹³ Más tarde, en un segundo periodo, entre 1970-1989 se creó el sistema nacional de salud bajo el esquema de subsidios a la oferta en el que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos directamente a la red de instituciones públicas hospitalarias. También se crea un esquema tripartito (estado-empleadores-empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal; sin embargo, tal sistema seguía sin proporcionar una atención integral de salud a la población de escasos recursos. Véase, Giedion, Villar y Avila (2010: 112).

¹¹⁴ La evolución política de estos países en Bethell (ed.) (2002a) (2000b) y (2002c).

¹¹⁵ La delegación técnica española estaba constituida por Carlos Martí Bufill, secretario de la oficina y Jefe de la Misión, Francisco de Ipiña, Jefe de la Asesoría Actuarial del Instituto Nacional de previsión; Germán Garnacho, Inspector médico nacional del Seguro de Enfermedad y don Ramón Artigau, administrador de Instituciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1952 (1), pp. 51-92.

¹¹⁶ Sobre la gestión del seguro de enfermedad en el caso boliviano puede consultarse *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1952 (1), pp. 51-92 y en caso de Paraguay en *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* 1952 (39), pp. 589-613. En el caso ecuatoriano, el Instituto Nacional de Previsión debía aplicar el régimen del Seguro de enfermedad mediante la Caja del Seguro. Esta caja junto con la otra existente, la Caja de Pensiones, era autónoma aunque el Ministerio de Previsión Social y Trabajo ejercía vigilancia sobre ellas. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1952 (4), pp. 709-725.

¹¹⁷ BOE 18/04/1960, p. 5023 y BOE 23/10/1962, p. 14954.

Cuadro 15. Las prestaciones de enfermedad y maternidad en Latinoamérica a mediados de los años 1940s.

Países	Enfermedad	Maternidad
Argentina	Subsidio medicina preventiva, salario íntegro, máximo 6 meses	Subsidio: 2 meses y medio de salario: tope 200 pesos; 30 días antes y 45 días después. Subsidio complementario: 100 pesos por hijo y 20 pesos por cada subsidio anterior Canastilla: valor 40 pesos
Bolivia	-	-
Brasil	No serán inferiores al 70% del salario mínimo regional	-
Colombia	66%; periodo de carencia, 3 días, sino dura 7; si dura más, desde el primero; periodo máximo, 180 días	100% del salario, cuatro semanas antes y cuatro después. Subsidio de lactancia
Costa Rica	50% del último salario mensual; periodo de carencia, 4 días; duración, 25 semanas	-
Cuba	-	Asegurada: un subsidio variable, de 1,25 a 4 pesos, según el sueldo, durante seis semanas anteriores y seis posteriores al alumbramiento. Periodo de espera, cinco meses de cotización durante los dos últimos años. Mujer del asegurado: 25 pesos, si el marido tiene 10 meses de afiliación
Chile	100%, primera semana; 50%, la segunda; 25%, las restantes. Periodo de carencia, 5 días, si dura menos de 7	50%, dos semanas antes y dos después, Lactancia, un cuarto del salario durante 8 meses
Ecuador	50%, cuatro semanas y 40% las 21 restantes	75%, tres semanas antes y cuatro después. Canastilla maternal
España	50%, veintiséis semanas, si dura 7 días. Plazo de carencia, 4 días	60%, seis semanas antes y seis después. Lactancia 7 pesetas por semana y por hijo
Filipinas	-	-
Guatemala	No determinado	Indemnización y lactancia, no determinado
Haití	Del 50 al 75% del salario durante veintiséis semanas	Subsidio
Honduras	-	-
Méjico	Subsidio de 0,64 a 10,56 pesos, durante veintiséis semanas y a partir del séptimo día	Un subsidio igual al de enfermedad, durante seis semanas antes y seis después. Mejorado, 8 días antes y 30 después, hasta completar el salario íntegro: Lactancia, un subsidio que no exceda del 80%
Nicaragua	-	-
Panamá	-	50%, seis semanas antes y después
Paraguay	40%, durante seis meses, prorrogables a doce. Periodo de carencia, 6 días	40%, veintiún días antes y cuarenta después. Suministro de leche.
Perú	50%, durante cuatro semanas; 40%, las restantes. Desde el tercer días y durante cincuenta y dos semanas	50%, treinta y seis días antes y treinta y seis después. Suministro de leche durante ocho meses
República Dominicana	50% durante veintiséis semanas, después del sexto día	50%, seis semanas antes y seis después. Lactancia, durante ocho meses, el 10%, o suministro e leche
El Salvador	75% desde el tercer día, hasta veintiséis semanas	100%, seis semanas antes y seis después. Subsidio de lactancia.
Uruguay	-	-
Venezuela	66% del salario base diario, desde el cuarto día, hasta veintiséis semanas	Igual que enfermedad, 66%, seis semanas antes y seis después

Fuente: Martí Bufill (1948), apéndice.

Bibliografía

- Álvarez Junco, José (1990): “Introducción” in Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (ed.), *Historia de la acción social pública en España*, pp. 9-23;
- Álvarez Rosete, Arturo (2004): ‘¡Bienvenido, Mister Beveridge! El viaje de William Beveridge a España y la Previsión Social Franquista’. *Internacional Journal of Iberian Studies* 17 (2), pp. 105-116.
- Álvarez Rosete, Arturo (2009): “Elaborados con calma, ejecutados con prisa. El avance de los seguros sociales y la evolución del Instituto Nacional de Previsión en España entre 1836 y 1950”. En Castillo, S. y Ruzafa, R. (coord.): *La previsión social en la historia*, Madrid: siglo XXI, pp. 255- 263
- Arenal, Celestino del (1994): *Política exterior de España hacia Iberoamérica*, Madrid: Editorial Complutense.
- Barciela, Carlos, López, M. Inmaculada Melgarejo, Joaquín y José. A. Miranda (2001): *La España de Franco (1939-1975)*, Madrid: Síntesis.
- Bermúdez-Madriz J.L., Sáenz M.R., Muiser J., Acosta M. (2011): “Sistema de salud de Honduras”, *Salud Publica Mex*, 53 supl 2, pp. 209-S219.
- Bernabeu Mestre, Joseph (2000): “La utopía reformadora de la segunda republica: la labor de Marcelino Pascual al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933”, *Revista Española de Salud Pública*, 74, pp. 1-13.
- Bethell, Leslie (ed.) (2002a): *Historia de América Latina. 14. América Central desde 1930*, Barcelona, Cambridge University Press-Critica
- Bethell, Leslie (ed.) (2002b): *Historia de América Latina. 15. El Conosur desde 1930*, Barcelona, Cambridge University Press-Critica.
- Bethell, Leslie (ed.) (2002c): *Historia de América Latina. 16. Los países andinos desde 1930*, Barcelona: Cambridge University Press-Critica.
- Borderías, Cristina [ed.] (2009), *La historia de las mujeres: perspectivas actuales*, Barcelona: Icaria.
- Castillo, Santiago (dir) (2008): *Solidaridad, Seguridad, Bienestar. Cien años de protección social en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Castillo, Santiago; Rusaza, Rafael (coord.) (2009): *La previsión social en la historia*, Madrid: siglo XXI, pp. 255- 263.
- Comín, Francisco (1987): “La economía española en el periodo de entreguerras (1919-1935)”. En Jordi Nadal, Albert Carreras and Carles Sudrià (Comp.), *La economía española en el siglo XX. Una perspectiva histórica*. Barcelona: Ariel, pp. 105-149.
- Espadas Burgos, Manuel (1988): *Franquismo y política exterior*, Madrid, Rialp.
- García Murcia, Joaquín y Castro Argüelles, M. Antonia (dir.) (2009): *Legislación Histórica de Previsión Social*, Pamplona, Aranzadi-Gobierno del Principado de Asturias
- Giedion, Ursula; Villar Manuela y Avila, Adriana (2010): *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*, Madrid, Fundación MAPFRE.
- González Murillo, Pedro (1998): ‘El mutualismo laboral como expresión del fracaso en la implantación de los seguros sociales’. En Eloísa Baena and Francisco J. Fernández (coord.): *Tercer Encuentro de Investigadores sobre el Franquismo y la Transición*, Sevilla: Muñoz Moya editor, pp. 329-337.
- González Murillo, Pedro (2005): “La política social del franquismo: el seguro obligatorio de enfermedad”, *Aportes* 57, pp. 62-76.
- González Murillo, Pedro (2009): ‘El franquismo social: propaganda y seguros a través del Instituto Nacional de Previsión (1939-1962)’. En Castillo, Santiago (ed.)

- Solidaridad, Seguridad, Bienestar. Cien años de protección social en España.* Madrid: Ministerio de Trabajo y emigración, pp. 89-124.
- Hernando de Larramendi, Ignacio (2001): *Así se hizo Mapfre. Mi tiempo.* Madrid: Actas Editorial
- Jiménez Lucena, Isabel (1994): “El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del “Nuevo Estado”, *Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 14, pp. 185-198.
- Majuelo, Emilio (2004): ‘Falangistas y católicos-sociales en liza por el control de las cooperativas’. *Historia del Presente*, 3 (2004): 29-43
- Martí Bufill, Carlos (1948): *El seguro social en Hispanoamérica*, Madrid, Seminario de Problemas Hispanoamericanos
- Martínez Quinteiro, María Ester (2009): “El INP entre 1957-1978: de los seguros sociales a la seguridad social franquista”. En Castillo, Santiago (ed.), *Solidaridad, Seguridad, Bienestar. Cien años de protección social en España*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Emigración, pp. 265-288.
- Mesa-Lago, Carmelo (2010): “History of Social Security in Latin America”, en VVAA, *Encuentro Internacional sobre la Historia del Seguro*, Madrid, Fundación MAPFRE-Instituto de Ciencias del Seguro, pp. 309-348
- Molero Mesa, Jorge (1994): “Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis”, *Acta Hispanica and Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 14, pp. 199-225.
- Moliner, Carme (2005): *La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista*, Madrid: Cátedra.
- Muiser J., Sáenz M.R., Bermúdez J.L. (2011): “Sistema de salud de Nicaragua”, *Salud Pública Mex*, 53 supl 2, pp. 233-242.
- Nicolau, Roser (2005): ‘Población salud y actividad’. En Albert Carreras y Xavier Tafunell (coord.), *Estadísticas Históricas de España. Siglos XIX y XX*, Madrid: Fundación BBVA, pp. 79-154.
- Palacio Morena, Juan I. (1988): *La institucionalización de la reforma social en España, 1883-1924. La Comisión y el Instituto de Reformas Sociales*. Madrid, Ministerio de Trabajo.
- Palacio Morena, Juan I. (2004): *La construcción del Estado Social*. Madrid, Consejo Económico y Social.
- Peset, José Luis (1978): “Capitalismo y medicina: ensayo sobre el nacimiento de la seguridad social”, *Estudios de Historia Social* 7, pp. 185- 189.
- Pons Pons, Jerònia (2010a): “El seguro obligatorio de enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras (1942-1963)”, *Revista de la historia de la economía y de la empresa*, nº 4, pp-227-248.
- Pons Pons, Jerònia (2010b): “Los inicios del Seguro de enfermedad en España, 1923-1945”, en Pons Pons, Jerònia y Javier Silvestre Rodríguez (coord.), *Los orígenes del estado de bienestar en España, 1900-1945*, Zaragoza: PUZ, pp. 217-246.
- Pons Pons, Jerònia y Margarita Vilar Rodríguez (2011a): “Friendly societies, commercial insurance and the state in sickness risk coverage: the case of Spain (1880-1944)”, *International Review of Social History* 56 (1), pp. 71-101.
- Pons Pons, Jerònia y Margarita Vilar Rodríguez (2011b): “Labour repression and social justice in Franco’s Spain: the political objectives of compulsory sickness insurance (1942-1957)”, *Labor History* (en prensa)

- Pons Pons, Jerònia y Silvestre Rodríguez, Javier (eds.) (2010): *Los orígenes del Estado del Bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza
- Porras Gallo, Isabel (1994): La lucha contra las enfermedades 'evitables' en España y la pandemia de gripe de 1918-19", *Dynamis* 14, pp.159-183.
- 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.
- Portero, Florentino (1989): *Franco aislado: la cuestión española: 1945-1950*, Madrid, Aguilar DL
- Rodríguez Ocaña, Esteban (1990): "La asistencia médica colectiva en España hasta 1936". En Álvarez Junco, Juan (ed.), *Historia de la Acción pública en España. Beneficencia y Previsión*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 321-361.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (2001): "The politics of public health in the state-managed scheme of healthcare in Spain (1940-1990)". En I. Löwy, & J. Krige (Eds.), *Images of Disease. Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*, Luxembourg: European Communities, pp. 187-210.
- Sarasúa, C. y Gálvez, L. [eds.] (2003): *¿Privilegios o eficiencia? Mujeres y hombres en los mercados de trabajo*. San Vicente de Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Sarasúa, C. y Molinero, C. (2009): "Trabajo y niveles de vida en el Franquismo. Un estado de la cuestión desde una perspectiva de género", en C. Borderías [eds.]: *La Historia de las mujeres: perspectivas actuales*, Barcelona: Icaria, pp. 309-354.
- Tortuero, J. L. et al. (2007): *Cien años de protección social en España*, Madrid.
- Tusell, Javier (1989): *La España de Franco: el poder, la oposición y la política exterior durante el franquismo*, Madrid: Historia 16
- Tusell, Javier; Juan Avilés Farré, Juan Avilés y Pardo, Rosa (2000): *La política exterior de España en el siglo XX*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva SL
- Vilar Rodríguez, Margarita (2009): *Los salarios del miedo. Mercado de trabajo y crecimiento económico en España durante el franquismo*. Santiago de Compostela: Fundación 10 de Marzo.
- Vilar Rodríguez, Margarita (2010): La cobertura social a través de las sociedades de socorro mutuo, 1839-1935. ¿Una alternativa al Estado para afrontar los fallos de mercado?", en Pons Pons, Jerònia y Silvestre Rodríguez, Javier (eds.), *Los orígenes del Estado del Bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza pp. 85-122
- Vilar Rodríguez, Margarita (2011), "De aquellas arenas estos lodos? El mercado de trabajo en España desde una perspectiva histórica", *Revista Galega de Economía* (en prensa).
- Vilar Rodríguez, Margarita y Pons Pons, Jerònia, (2011): "El papel de las sociedades de socorro mutuo en la cobertura del riesgo de enfermedad en España (1870-1942)" comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la AEHE, 8, 9 y 10 de septiembre de 2011. Universidad Pablo Olavide, Carmona (Sevilla).
- Zschock, Dieter K. (1986): "Medical Care Under Social Insurance in Latin America", *Latin American Research Review*, 21 (1), pp. 99-122.