

MEJOR CURAR QUE PREVENIR: DISPOSITIVOS ASISTENCIALES Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN EL PRIMER FRANQUISMO⁶²⁶⁷

Eduardo Bueno Vergara

(Universidad Miguel Hernández de Elche)

Enrique Perdiguero Gil

(Universidad Miguel Hernández de Elche)

Introducción

Durante los años posteriores al final de la guerra civil española, el panorama que se vivía en el país era desolador en todos los sentidos. A la ruina provocada por los enfrentamientos bélicos, habría que sumar los nefastos efectos de la política económica autárquica⁶²⁶⁸, resultando un escenario de penuria, escasez, racionamiento y miseria para la mayor parte de la población, todo ello rematado por la extraordinaria violencia y represión practicada por el régimen franquista. Por lo que respecta a la situación sanitaria, a las consecuencias demográficas directamente vinculadas por las muertes en la guerra, habría que sumar las producidas por las enfermedades tanto en los años que duró la contienda como en la inmediata posguerra, algo que supuso un freno a la caída secular que se venía experimentando en la incidencia de las dolencias contagiosas como causa de muerte⁶²⁶⁹. Así, se mantuvo la pervivencia de los tradicionales problemas de salud como la tuberculosis, las venéreas y la malaria, y además surgieron brotes de tifus con carácter epidémico, episodios puntuales de fiebres provocadas por parásitos, viruela, un aumento en los casos de disentería, la aparición de la difteria entre los niños, además de los trastornos provocados por la desnutrición como consecuencia de la falta de acceso a los alimentos⁶²⁷⁰. También el inevitable aumento de la mortalidad infantil acaecido durante la guerra, se mantuvo más allá de ésta,

⁶²⁶⁷ Esta investigación ha sido realizada en el marco del proyecto de investigación *Del Seguro Obligatorio de Enfermedad a la protección de la salud: hacía una nueva cultura de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática* (HAR2015-64150-C2-1-P y HAR2015-64150-C2-2-P), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Los análisis planteados en el presente trabajo no hubieran sido posibles sin las consideraciones realizadas por nuestros compañeros Josep M. Comelles y Josep Barceló, con quienes venimos manteniendo un fructífero diálogo académico y personal durante los últimos años.

⁶²⁶⁸ Carlos BARCIELA (ed.): *Autarquía y mercado negro: el fracaso económico del primer franquismo, 1939-1959*, Barcelona, Crítica, 2003; ÍD.: «Guerra Civil y primer franquismo (1936-1959)», en Francisco COMÍN *et al.* (eds.): *Historia económica de España: siglos X-XX*, Barcelona, Crítica, 2010, pp. 331-368; Miguel Ángel del ARCO BLANCO: «Morir de hambre»: autarquía, escasez y enfermedad en la España del primer franquismo», *Pasado y memoria: Revista de historia contemporánea*, 5 (2006), pp. 241-258.

⁶²⁶⁹ Javier SILVESTRE RODRÍGUEZ y José ORTEGA: «Las consecuencias demográficas», en Pablo MARTÍN ACEÑA y Elena MARTÍNEZ RUIZ (eds.): *La economía de la Guerra Civil*, Madrid, Marcial Pons, 2006, pp. 53-106; Vicente PÉREZ MOREDA *et al.*: *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*, Madrid, Marcial Pons, 2015.

⁶²⁷⁰ Isabel JIMÉNEZ LUCENA: *El tifus en la Málaga de la postguerra: un estudio historicomédico en torno a una enfermedad colectiva*, Málaga, Universidad de Málaga, 1990; ÍD.: «El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943): el uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del «Nuevo estado», *Dynamis*, 14 (1994), pp. 185-198; Josep BERNABEU-MESTRE: «Madres y enfermeras: demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950», *Revista de Demografía Histórica*, 20, 1 (2002), pp. 123-143; Josep Lluís BARONA y Enrique PERDIGUERO-GIL: «Health and the war. Changing schemes and health conditions during the Spanish civil war», *Dynamis*, 28 (2008), pp. 103-126.

extendiéndose a los primeros años de la década de los cuarenta⁶²⁷¹, aunque con evidentes desequilibrios regionales⁶²⁷².

Hasta los años cuarenta, existían principalmente cinco vías de acceso a la atención médica: 1) la beneficencia, de la que hacían uso sobre todo población depauperada y trabajadores con bajos ingresos; 2) la asistencia que los médicos titulares de partido llevaban a cabo en el medio rural; 3) las «igualas» por las que los miembros de una comunidad concertaban asistencia médica mediante una cuota fija, también existente en el ámbito rural para complementar la asistencia de los titulares; 4) el sistema de mutuas de trabajo, propias de las zonas urbanas industrializadas; 5) la medicina privada para quienes pudiesen costear los honorarios de ese tipo de asistencia. Por su parte, las cuestiones relacionadas con la salud pública (medicina preventiva y lucha contra epidemias), sin coordinación con las redes asistenciales, dependían de la Dirección General de Sanidad (DGS), adscrita al Ministerio de Gobernación, puesto que el mantenimiento de la salud de la población se relacionaba tradicionalmente con la policía sanitaria.

Durante el bienio reformista de la II República, la salud pública recibió un fuerte impulso, consolidando el proceso de institucionalización que había comenzado a inicios del siglo XX⁶²⁷³. Se incorporaron análisis y metodologías estadísticas, epidemiológicas y de higiene pública, proponiendo una coordinación entre las facetas preventivas, curativas y rehabilitadoras⁶²⁷⁴. También cabe destacar la creación, ya durante la guerra y, por tanto, en un contexto muy particular, de un Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que fue ocupado por Federica Montseny.

Sin embargo, tras la victoria franquista, como en tantos otros ámbitos, se obliteró la acción reformista republicana, poniendo fin así al interés concedido a las acciones en salud pública. El personal adscrito a la DGS fue también objeto del proceso de depuración política de empleados públicos ejecutado por el franquismo, aunque la purga que sufrió no fue comparable, por ejemplo, con la sufrida por el Cuerpo de Maestros Nacionales, pues un 80% del personal de Cuerpo Nacional de Sanidad permaneció en sus puestos⁶²⁷⁵. La DGS quedó en manos del sector católico-militar con afinidades monárquicas, al frente de ellos José Alberto Palanca, que ya formaban parte de su estructura antes del periodo republicano⁶²⁷⁶. Esta institución, durante los primeros años del franquismo, vio cómo los presupuestos asignados se estancaban, al tiempo que los miembros del Cuerpo Nacional de Sanidad consideraban que estaban experimentando cierto abandono por parte de la administración, descalificaciones por parte de otros médicos, injerencias en sus competencias en las jefaturas provinciales e, incluso, menoscabo económico en sus salarios, tal y como reflejaron en la Primera Reunión de sanitarios españoles celebrada en 1943⁶²⁷⁷.

El aislamiento de la DGS contrastó con la apuesta política en materia social llamada a convertirse en una de las piezas fundamentales del régimen franquista: el Seguro Obligatorio de

⁶²⁷¹ Rosa GÓMEZ REDONDO: *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI, 1992.

⁶²⁷² Josep BERNABEU-MESTRE *et al.*: «Niveles de vida y salud en la España del primer franquismo: las desigualdades en la mortalidad infantil», *Revista de Demografía Histórica*, 24, 1 (2006), pp. 181-201.

⁶²⁷³ Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA y Ferrán MARTÍNEZ NAVARRO: *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*, Sevilla, Escuela andaluza de Salud Pública, 2008.

⁶²⁷⁴ Josep BERNABEU-MESTRE: «La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933», *Revista española de salud pública*, 74, 5 (2000), pp. 1-13.

⁶²⁷⁵ Pedro MARSET CAMPOS *et al.*: «La Salud Pública durante el franquismo», *Dynamis*, 15 (1995), pp. 211-250; Jorge MOLERO MESA y Isabel JIMÉNEZ LUCENA: «Salud y burocracia en España. Los cuerpos de sanidad nacional (1855-1951)», *Revista Española de Salud Pública*, 74 (2000), pp. 45-79.

⁶²⁷⁶ Joan SERRALLONGA I URQUIDI: «El cuento de la regularización sanitaria y asistencial en el régimen franquista. Una primera etapa convulsa, 1936-1944», *Historia Social*, 59 (2007), pp. 77-98.

⁶²⁷⁷ Jorge MOLERO MESA e Isabel JIMÉNEZ LUCENA: «Salud y burocracia en España...».

Enfermedad (SOE)⁶²⁷⁸. Este seguro de protección contra la enfermedad, implantado en 1942 y puesto en marcha dos años más tarde, se gestó dentro del Ministerio de Trabajo, ocupado por el falangista José Antonio Girón de Velasco⁶²⁷⁹, siendo un reflejo de la influencia de la Falange durante los primeros años de la dictadura. No obstante, la tarea de planificar, desarrollar y gestionar el SOE, fue encomendada al Instituto Nacional de Previsión (INP), que ya había desarrollado planes al respecto con anterioridad a la guerra⁶²⁸⁰. Este órgano pasó a depender en 1941 del Ministerio de Girón, lo que supuso que una mayoría de miembros en el consejo de administración estuviesen adscritos a la órbita de Falange. No obstante, se mantuvo la presencia de consejeros provenientes del catolicismo social. La dirección técnica y administrativa quedó en manos de Luis Jordana de Pozas, un jurista procedente de este último sector, que había desempeñado un papel importante en el INP desde los años 20⁶²⁸¹.

La creación y desarrollo del SOE contrasta con el abandono impuesto a la DGS y supuso, por un lado, la consolidación de la división entre la salud pública, encomendada al Ministerio de la Gobernación, y la atención a la enfermedad, competencia del Ministerio de Trabajo. Durante las décadas siguientes, este sistema se consolidó, provocando la postergación de la actividad preventiva en favor de la asistencial.

Además, habría que añadir la labor desarrollada por la Organización Sindical Española, especialmente a través de la Obra Sindical 18 de julio, encargada también de organizar y suministrar asistencia médica y hospitalaria. Por su parte, Falange desarrolló otra vía asistencial y

⁶²⁷⁸ Ana Marta GUILLÉN RODRÍGUEZ: *La construcción política del sistema sanitario español: de la postguerra a la democracia*, Madrid, Exlibris, 2000; Pedro GONZÁLEZ MURILLO: «La política social del franquismo: el Seguro Obligatorio de Enfermedad», *Aportes: Revista de historia contemporánea*, 20, 57 (2005), pp. 62-76; Jerònia PONS PONS: *Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad*, Granada, 2009; Jerònia PONS PONS: «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*, 4 (2010), pp. 227-248; Jerònia PONS PONS y Margarita VILAR RODRÍGUEZ: «Labour repression and social justice in Franco's Spain: the political objectives of compulsory sickness insurance, 1942-1957», *Labor History*, 53, 2 (2012), pp. 245-267; ÍD.: *El seguro de salud privado y público en España*, Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2014; Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS: «The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962)», *Social History of Medicine*, 26, 2 (2012), pp. 267-287; Gloria REDONDO RINCÓN: *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2012; ÍD.: «La implantación del seguro obligatorio de enfermedad en la España de la posguerra: responsables técnicos y políticos», *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, 109 (2014), pp. 61-94; Guillermo MARÍN CASADO: «La perla de la justicia social. El franquismo y el Seguro Obligatorio de Enfermedad», en Félix LUENGO TEIXIDOR y Fernando MOLINA APARICIO (eds.): *Los caminos de la nación. Factores de nacionalización en la España contemporánea*, Granada, Comares, 2016, pp. 499-517.

⁶²⁷⁹ Un estudio del papel desempeñado por Girón como titular del Ministerio de Trabajo en Pedro GONZÁLEZ MURILLO: *La política social franquista: el Ministerio de Jose Antonio Girón de Velasco (1941-1957)*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1998.

⁶²⁸⁰ Sobre el INP, ver Santiago CASTILLO y Feliciano MONTERO: «El INP 1908-1918. Entre el seguro voluntario y el obligatorio: la libertad subsidiada», en Santiago CASTILLO (ed.): *Solidaridad, seguridad, bienestar. Cien años de protección social en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008, pp. 13-48; Josefina CUESTA BUSTILLO: «Estado y Seguros Sociales en España. El Instituto Nacional de Previsión, 1919-1939», en Santiago CASTILLO (ed.): *Solidaridad, seguridad, bienestar. Cien años de protección social en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008, pp. 49-88.

⁶²⁸¹ Arturo ÁLVAREZ ROSETE: «'Elaborados con calma, ejecutados con prisa'. El avance de los seguros sociales y la evolución del Instituto Nacional de Previsión en España entre 1936 y 1950», en Santiago CASTILLO y Rafael RUZAFÁ (eds.): *La previsión social en la Historia. Actas del VI Congreso de Historia Social de España. Vitoria, 3-5 de julio de 2008*, Madrid, Siglo XXI, 2009, pp. 235-263; Ángela CENARRO: «La protección de la maternidad en el primer franquismo: Pervivencia y revisión del seguro obligatorio de maternidad (1938-1942)», en Damián Alberto GONZÁLEZ MADRID *et al.* (eds.): *La Historia, lost in translation?*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, 2017, pp. 2753-2764.

de educación sanitaria a través de Auxilio Social y la Sección Femenina⁶²⁸². Al mismo tiempo, el régimen franquista heredó las redes de atención médica a las que previamente nos hemos referido, sin que se estableciese una coordinación efectiva, a pesar de que la falta de infraestructuras del SOE obligó a concertar con ellas, así como con la Obra Sindical 18 de julio⁶²⁸³.

En el marco de este complejo entramado, el objetivo de nuestro trabajo será analizar el papel desempeñado por el Seguro en los primeros años del franquismo, poniendo enfatizando la primacía que se otorgó a la curación de la enfermedad frente a la prevención de la misma. Esta característica de los dispositivos asistenciales tuvo una gran influencia en la construcción de una cultura de la enfermedad que fue afianzándose según aumentaba la cobertura sanitaria de la población. Para ello, primero hacemos un repaso de los objetivos perseguidos por el régimen con su implantación, la forma en la que ésta tuvo lugar y las atenciones que prestaba. A continuación, estudiamos el valor que tuvo el seguro como elemento propagandístico para ampliar las bases sociales del régimen. En tercer lugar, abordamos las críticas que, ya en los primeros años de funcionamiento, se realizaron sobre la concepción, puesta en marcha y funcionamiento de la atención prestada. Por último, señalamos el modo en el que la obtención de una atención sanitaria concreta para parte de la población, pudo modificar la forma en la que se articuló la relación médico-paciente.

Implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad

La creación del SOE tuvo lugar a finales de 1942, publicándose el reglamento que la ponía en marcha un año más tarde y entrando en vigor en 1944⁶²⁸⁴. Aunque, con el tiempo, se convirtió en la maquinaria administrativa más importante de la asistencia sanitaria franquista, de inicio la cobertura asistencial del SOE fue realmente modesta. Su diseño de tradición bismarckiana se inspiró, como tantas otras políticas del momento, en los modelos de la Alemania nazi y la Italia fascista⁶²⁸⁵. Fue así como se puso en marcha un seguro destinado únicamente a trabajadores con bajos niveles salariales. El seguro fue concebido como una entidad sostenible, financiada a través de las primas aportadas por trabajadores, empresarios y el Estado. Sin embargo, ambas premisas estuvieron lejos de cumplirse, puesto que las aportaciones estatales tuvieron un carácter testimonial y el sistema impositivo no evolucionó, ni mucho menos, hacia la configuración de una Hacienda capaz de cubrir las necesidades de un Estado Providencial como el que se desarrolló en otros países tras la II Guerra Mundial.

En un primer momento, se consideraron trabajadores con bajos salarios a aquellos *productores* que ingresaban menos de 9.000 pesetas anuales, umbral que fue aumentando hasta las 18.000 a finales de la década de los 40. Resulta muy significativo que quedasen fuera de la cobertura campesinos, autónomos o pescadores, teniendo en cuenta que sólo la agricultura ya ocupaba en

⁶²⁸² Kathleen RICHMOND: *Las mujeres en el fascismo español: La Sección Femenina de la Falange, 1934-1959*, Madrid, Alianza Editorial, 2004; Angela CENARRO: *La sonrisa de Falange: Auxilio Social en la Guerra Civil y en la posguerra*, Barcelona, Crítica, 2006.

⁶²⁸³ Jerònia PONS PONS: «El Seguro Obligatorio de Enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras...»; Jerònia PONS PONS y Margarita VILAR RODRÍGUEZ: *El seguro de salud privado y público en España...*

⁶²⁸⁴ *Ley de 12 de diciembre de 1942 por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad* (BOE 27 de diciembre de 1942); *Decreto de 11 de noviembre de 1943 por el que se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley del Seguro de Enfermedad* (BOE 28 de noviembre de 1943); *Orden de 27 de julio de 1944 por la que se dispone que a partir de 1.º de septiembre del corriente año, los trabajadores afiliados en el Seguro Obligatorio de Enfermedad y sus familiares beneficiarios tendrán derecho a las asistencias del mencionado seguro* (BOE 28 de julio de 1944).

⁶²⁸⁵ Jerònia PONS PONS y Margarita VILAR RODRÍGUEZ: «Labour repression and social justice...»

torno a un 46% del total de la población activa⁶²⁸⁶. Aunque la base de beneficiarios del seguro fue aumentando con el tiempo, en 1954 sólo un 30% de la población estaba cubierta y, a principios de los años 60, poco antes de aprobarse un nuevo marco legislativo sanitario, la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, la cobertura apenas alcanzaba al 50% de la población⁶²⁸⁷.

Al margen de los trabajadores asegurados también quedaban bajo la cobertura del seguro el cónyuge, ascendientes, descendientes, hijos adoptivos, hermanos menores de 18 años o incapacitados permanentes para el trabajo, una idea que estaba en sintonía con la conformación de la familia como unidad fundamental del nuevo estado que se estaba construyendo. Inicialmente, se proporcionaban servicios de medicina general, asistencia a los accidentes de trabajo, intervenciones quirúrgicas, partos y prestación farmacéutica. Desde 1947-1948 se fueron incluyendo especialidades, a excepción de la psiquiatría. La hospitalización por patologías correspondientes a medicina interna fue incluida en los años sesenta⁶²⁸⁸. Al inicio, el límite de hospitalización se estableció en doce semanas al año para los asegurados y seis para los familiares beneficiarios. Las consultas de medicina general se llevaban a cabo en los consultorios propios del seguro, entidades concertadas, o, incluso, en los domicilios de los médicos, a no ser que el enfermo no pudiera desplazarse, en cuyo caso se producía la visita en la vivienda del beneficiario. Habida cuenta de la gran carencia de infraestructuras sanitarias del SOE, muchas veces empresas privadas, mutualidades o igualatorios médicos eran quienes llevaban a término la atención de los asegurados a través de conciertos con las denominadas «entidades colaboradoras»⁶²⁸⁹.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad como elemento propagandístico

Tal y como han señalado algunos estudios, la implantación del SOE fue una pieza fundamental del aparato propagandístico del franquismo, convirtiéndose en uno de los ejes sobre los que se articuló la retórica de la «justicia social» como medio para ampliar la base social del régimen⁶²⁹⁰. Los dispositivos de asistencia a la enfermedad fueron utilizados como elementos para la legitimación franquista, como puede comprobarse también en el uso que, en este sentido, se dio a las emisiones del NO-DO, en las que proliferaban escenas de inauguraciones de centros sanitarios y donde se exhibía tecnología médica con el objeto de proyectar una imagen irreal⁶²⁹¹. Incluso situaciones de lo más comprometidas como las epidemias, también fueron utilizadas por parte del régimen para favorecer sus intereses. Así, se ocultaba la situación de miseria subyacente a la enfermedad, provocada como consecuencia de la guerra civil, puesto que contradecía la visión triunfalista de la España imperial que trataba de proyectarse, culpando, en todo caso, al bando republicano de la introducción de la enfermedad⁶²⁹².

⁶²⁸⁶ Roser NICOLAU: «Población, salud y actividad», en Albert CARRERAS y Xavier TAFUNELL (eds.): *Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX*, Bilbao, Fundación BBVA, 2005, pp. 79-154.

⁶²⁸⁷ Jerònia PONS PONS y Margarita VILAR RODRÍGUEZ: *El seguro de salud privado y público en España...*

⁶²⁸⁸ Los datos de coberturas, prestaciones, instalaciones y evolución económica del SOE en *ibid.*, pp. 103-216.

⁶²⁸⁹ Ver Jerònia PONS PONS: «El Seguro Obligatorio de Enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras...».

⁶²⁹⁰ Carme MOLINERO: «La política social del régimen franquista. Una asignatura pendiente de la historiografía», *Ayer*, 50 (2003), pp. 319-331; Carme MOLINERO: *La captación de las masas: política social y propaganda en el régimen franquista*, Madrid, Cátedra, 2005. Además del SOE, el franquismo se valió de otras políticas de previsión social y de las diferentes obras de la Organización Sindical Española para la búsqueda de mayor consenso con la población.

⁶²⁹¹ Rosa María MEDINA-DOMENECH y Alfredo MENENDEZ-NAVARRO: «Cinematic representations of medical technologies in the Spanish official newsreel, 1943-1970», *Public Understanding of Science*, 14, 4 (2005), pp. 393-408.

⁶²⁹² Isabel JIMÉNEZ LUCENA: «El tifus exantemático de la posguerra...».

El uso del SOE como elemento propagandístico del franquismo tiene su reflejo, por ejemplo, en la publicación mensual de *SER. Revista Médico-Social*, editada por la Delegación de Sanidad de FET de las JONS entre 1946 y 1957. En ella abundaron las imágenes de instalaciones asistenciales, presentadas y descritas con la acostumbrada y grandilocuente retórica franquista. Tampoco escasearon las menciones explícitas a los médicos contratados por el seguro, llamados a constituirse como transmisores de los objetivos del Ministerio de Trabajo a la población asegurada. Así, José Fernández Turégano, en uno de los comentarios publicados en esta revista, afirmaba que, entre las cualidades que debía tener el médico del SOE, figuraba el compromiso con el seguro para «realizar una verdadera propaganda entre las familias a su cargo, haciéndoles ver sus derechos y sus deberes en esta Obra Social»⁶²⁹³. Al mismo tiempo, especialmente durante los primeros años de andadura de *SER*, se aprovechó para presentar la doctrina social de Falange⁶²⁹⁴, destacando la necesidad de la salvaguarda de los «valores eternos», la construcción de una «raza española» y el discurso poblacionista y de género.

Luis Jordana de Pozas no ocultó que uno de los objetivos del SOE era la salvaguarda de la paz social cuando se refería a la necesidad de implantar un régimen de protección ante la enfermedad, como realizó en su momento Bismarck «alarmado ante los primeros síntomas del socialismo en su país»⁶²⁹⁵. El propio Jordana, realizó una descripción de la naturaleza del Seguro en una conferencia pronunciada en 1944, describiéndolo como «seguro social, obligatorio, contributivo y técnico, original y español, concebido ambiciosamente como una empresa política revolucionaria, basado sobre la solidaridad nacional, unitario y flexible, de inspiración cristiana, financieramente autónomo, preparado con calma, ejecutado con prisa». Para el comisario del INP, debía afectar «a una masa de beneficiarios que comprende a la casi totalidad de los productores españoles y a sus familias», algo que, como hemos podido comprobar, no se consiguió. Las estimaciones de cobertura realizadas por los técnicos de régimen no se vieron cumplidas. Por ejemplo, Vicente Carulla, presidente de la Comisión Gestora del Hospital Clínico de Barcelona, y Primitivo de la Quintana, consejero del Instituto Nacional de Previsión, en diferentes momentos, realizaron predicciones hacia el futuro según las cuales, el 60% de la población debía quedar protegida por el SOE hacia 1960⁶²⁹⁶.

La utilización del SOE como herramienta para atraer a la población rural fue algo recurrente entre los técnicos de la sanidad del régimen. Jordana de Pozas llegó a mencionar explícitamente que «el nuevo Estado no admite, como el anterior, que se creen Seguros sociales para los obreros de las industrias, mientras se tiene en el abandono a los de la agricultura»⁶²⁹⁷, una afirmación que, nuevamente, no se plasmó en la realidad, puesto que la gran mayoría de trabajadores del campo no gozaron de seguro contra la enfermedad hasta finales de la década de los cincuenta, cuando, de

⁶²⁹³ José FERNÁNDEZ TURÉGANO: *Comentarios sobre el Seguro de Enfermedad*, Madrid, Instituto Provincial de Sanidad. Publicaciones de la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid, 1958, p. 7. Fernández Turégano desarrolló una dilatada carrera al servicio de la administración franquista, durante su último periodo en activo como Jefe Provincial de Sanidad de Madrid.

⁶²⁹⁴ Isabel JIMÉNEZ LUCENA: «Medicina social, racismo y discurso de la desigualdad en el primer franquismo», en Rafael HUERTAS y Carmen ORTIZ (eds.): *Ciencia y fascismo*, Aranjuez (Madrid), Doce Calles, 1997, pp. 111-126.

⁶²⁹⁵ Luis JORDANA DE POZAS: *Características del Seguro Español de Enfermedad*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1944.

⁶²⁹⁶ Vicente CARULLA: *El problema de la asistencia sanitaria benéfica en España*, Barcelona, Universidad de Barcelona, 1939; Primitivo DE LA QUINTANA y Joaquín ESPINOSA FERRÁNDIZ: *Plan general de asistencia de asistencia médica y de medicina preventiva para la implantación del Seguro de Enfermedad en España*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1944.

⁶²⁹⁷ Luis JORDANA DE POZAS: *Características del Seguro Español de Enfermedad...*

manera lenta, se fue extendiendo la cobertura a los trabajadores del campo, no sin grandes dificultades⁶²⁹⁸.

Vicente Carulla ya había planteado el problema del ámbito rural en 1939, pues era donde existía un menor acceso a la atención médica. Para él, ante la desigual implantación de la red de beneficencia, y la ausencia de un sistema mutualista, los habitantes de ese medio debían ser los beneficiarios de la atención procurada por el Estado, puesto que eran las poblaciones «más nobles, las que conservan puras las tradiciones del alma nacional, que nos han hecho ganar la guerra, con su sangre u con su trigo»⁶²⁹⁹. La presencia de médicos en las zonas rurales, debía asimismo proteger al campesinado de la atención de los curanderos. La oportunidad del SOE para apuntalar la hegemonía médica en aquellos lugares en los que era bien conocida la presencia de otros sanadores, también fue recogida por el diario *ABC*, entendiéndose que los *productores* ponían en riesgo sus vidas acudiendo a estos curanderos⁶³⁰⁰.

Las críticas al Seguro Obligatorio de Enfermedad

El clima de terror impuesto por los vencedores al término de la guerra civil apenas hizo posible que existieran críticas al modelo, la gestión o el funcionamiento del SOE. Con el tiempo y desde el propio régimen, siempre de manera sosegada y sin cuestionar la labor ministerial de Girón de Velasco, fueron surgiendo voces que alertaban de varios de los problemas que afectaban al Seguro, aunque, como no podía ser de otra manera, este tipo de análisis tan solo contenían timoratas evaluaciones⁶³⁰¹. El mismo Girón, en sus memorias, afirmaba que fue la ley que le «costó más disgustos», aunque su testimonio ventila las cuestiones relativas al Seguro en un par de páginas que no tienen por objeto realizar ningún tipo de autocritica, sino que reflejan un afán puramente legitimador, como al afirmar que: «se creó un seguro de enfermedad muy superior al que se disfrutaba en las demás naciones»⁶³⁰². A pesar de los autocomplacientes recuerdos del Ministro de Trabajo, lo cierto es que existieron posturas críticas al Seguro y ciertas resistencias a su implantación que fueron reflejadas en la prensa de la época, viéndose obligado el propio Girón, ya en 1949, a realizar una llamada al orden en las páginas del *ABC*, pidiendo «llegar a la serenidad dialéctica para lograr el bien de todos»⁶³⁰³. Es necesario señalar que la cuestión de un seguro obligatorio contra la enfermedad no era en absoluto una cuestión novedosa, y uno de los principales escollos a los que tuvo que enfrentarse fue la oposición del colectivo médico, puesto

⁶²⁹⁸ Margarita VILAR RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista», *Historia agraria: Revista de agricultura e historia rural*, 66 (2015), pp. 177-210.

⁶²⁹⁹ Vicente CARULLA: *El problema de la asistencia sanitaria benéfica en España...*

⁶³⁰⁰ «La Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad y sus beneficios», *ABC*, 21 de enero de 1943, p. 7.

⁶³⁰¹ Véanse, entre otros, Salvador BERNAL: *El seguro obligatorio de enfermedad*, Madrid, Librería General Victoriano Suárez, 1949, pp. 30-39. Bartolomé BENÍTEZ FRANCO, *La Asistencia Médica en los Seguros de Enfermedad (Notas y comentarios)*, Madrid, Graficas Valera, 1953. José FERNÁNDEZ TURÉGANO: *Comentarios sobre el Seguro de Enfermedad...*, recoge comentarios publicados desde 1948 en la revista *SER*, publicada por la Delegación Nacional de Sanidad de Falange.

⁶³⁰² José Antonio GIRÓN DE VELASCO: *Si la memoria no me falla*, Barcelona, Editorial Planeta, 1994. pp. 119-122.

⁶³⁰³ José Antonio GIRÓN DE VELASCO: «La polémica en torno al Seguro de Enfermedad», *ABC*, 26 de junio de 1949, p. 16.

que consideraban que una suerte de asistencia socializada perjudicaría sus intereses económicos⁶³⁰⁴.

Uno de los primeros en apuntar las carencias del seguro fue José Alberto Palanca, Director General de Sanidad. Palanca expresó su oposición a los planes de Ministerio de Trabajo en relación a la configuración de la sanidad del país, señalando la poca atención prestada a la medicina preventiva y el peso excesivo de cuestiones relacionadas con el poder por encima de los criterios técnicos. A través de las páginas de la ya mencionada revista *SER*, lamentaba la falta de colaboración entre el SOE y la institución que él dirigía, lo que postergaba la salud pública en favor de la atención a la enfermedad, actuando desde el Seguro sin el conocimiento del organismo dependiente del Ministerio de Gobernación, empleando el personal e instituciones a su cargo y relegando su acción en campañas de tipo preventivo⁶³⁰⁵. Aunque quejas de un cariz similar aparecieron en las páginas de la revista *SER*, como ya se ha señalado, la mayoría de las palabras fueron de alabanza, triunfalismo y de exaltación de la actividad que desarrolló el SOE⁶³⁰⁶.

Una vez que Palanca fue destituido en 1957 sus críticas fueron más explícitas, tal y como aparecen en la traducción al castellano de la obra *La crisis de la medicina liberal*, de Henri Hatfeld, en el contexto de las notas críticas añadidas por el médico catalán Felip Solé Sabarís. Palanca daba por hecho que era de conocimiento general «que el SOE funciona mal y que tiene disgustados a todos los que de una u otra manera intervienen o se benefician de él»⁶³⁰⁷. En su opinión, la implantación tenía la clara intención de fomentar la «tranquilidad y satisfacción interior», pero se había llevado a cabo bajo criterios políticos por encima de los técnicos, y los responsables de su puesta en marcha simplemente habían cumplido las órdenes de la superioridad, para lo que habían sido nombrados. Según su testimonio, incluso los colegios médicos no hicieron otra cosa que claudicar ante las directrices marcadas por el Ministerio de Trabajo.

Fue así como, bajo el triunfalismo y la complacencia oficial, los comentarios negativos aparecieron en la prensa y se centraron en la falta de coordinación entre las diferentes organizaciones, los cambios operados en la relación médico-paciente (expresada, sobre todo, por los médicos), el problema del gasto farmacéutico, las elevadas contribuciones de los trabajadores, las deficiencias en la atención sanitaria y la escasez de las instituciones para un creciente número de beneficiarios. A pesar de su pretendida función pedagógica, algunos artículos comenzaban a reflejar tímidamente la impopularidad del «petitorio»⁶³⁰⁸, la insuficiencia del tiempo de visita, las dificultades en la derivación a otros servicios, los problemas con la atención especializada, la inutilidad de «las urgencias», el rechazo a las restricciones de visitas a los pacientes hospitalizados

⁶³⁰⁴ Jorge MOLERO MESA y Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA: «Tuberculosis y previsión. Influencia de la enfermedad social modelo en el desarrollo de las ideas médicas españolas sobre el Seguro de Enfermedad», en Manuel VALERA *et al.* (eds.): *VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia-Cartagena, 18-21 Diciembre 1986*, Murcia, Universidad de Murcia, 1988, pp. 502-513; Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA y Teresa ORTIZ: «Los médicos españoles y la idea del Seguro Obligatorio de Enfermedad», en Manuel VALERA *et al.* (eds.): *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia-Cartagena, diciembre 1986*, Murcia, Universidad de Murcia, 1986, pp. 488-501; Isabel JIMÉNEZ LUCENA: Cambio político y alternativas sanitarias: el debate sanitario en la II República, Tesis doctoral, Universidad de Málaga, 1995; ÍD.: «El Estado como aliado: Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la segunda república española», *Asclepio*, 49, 1 (1997), pp. 193-216.

⁶³⁰⁵ José Alberto PALANCA MARTÍNEZ FORTUNY: «Acción Sanitaria sobre la juventud», *SER*, 4, 36, (1945), pp. 9-10.

⁶³⁰⁶ Enrique PERDIGUERO GIL: «La «educación sanitaria» en el ideario médico-social del franquismo a través de la revista *SER*», en Enrique PERDIGUERO GIL (ed.): *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Elche, Universidad Miguel Hernández, 2015.

⁶³⁰⁷ Felip SOLÉ SABARÍS: *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel, 1965. pp. 201.

⁶³⁰⁸ El petitorio consistía en un listado cerrado de medicamentos que podían ser recetados por los médicos del SOE y adquiridos en las farmacias por los beneficiarios sin coste alguno.

y el desagradable comportamiento del personal auxiliar, entre otros⁶³⁰⁹. Por su parte, los médicos demandaron mejoras en sus salarios y condiciones de trabajo, reivindicando que no se tenía en cuenta el número de beneficiarios vinculados a cada asegurado o la disponibilidad y estado de las instituciones en las que se llevaba a cabo esa atención. No era extraño que un médico general tuviese que atender a varias decenas de pacientes en un par de horas, de modo que se fue configurando un sistema sanitario de muy baja calidad en el primer eslabón asistencial. Tampoco escasearon las referencias a los problemas que acarrea la imposibilidad de elegir médico. Estos planteamientos fueron especialmente abundantes en Cataluña, donde la tradición mutualista estaba muy arraigada, tal y como recogía el diario *La Vanguardia*⁶³¹⁰.

El boletín mensual *Horizonte*, (1949-1954), revista publicada por la Comisión Asesora del Seguro Obligatorio de Enfermedad del Colegio de Médicos de Barcelona (CASOE)⁶³¹¹, fue una de las publicaciones colegiales que mostró el malestar creciente de los médicos por las nuevas regulaciones de acceso a la afiliación y que afectaban su trabajo, prodigándose en sus páginas quejas por la baja calidad de la atención sanitaria. Por ejemplo, uno de los médicos adscritos al seguro, argumentaba que el colectivo médico se sentía atacado por algunos sectores que no valoraban ponderadamente su trabajo, a pesar de su indudable entrega por encima de lo que les era exigido para llevar a buen fin la atención prestada por el seguro⁶³¹². Las críticas también pusieron el foco sobre una cultura de la relación entre el médico y paciente que el SOE estaba desarrollando, a su juicio, ocasionando «profundísimas modificaciones en la relación tradicional entre el enfermo y su médico», despersonalizando la asistencia y rompiendo el vínculo de confianza establecido entre sanitario y paciente⁶³¹³.

El SOE y el establecimiento de una cultura de la enfermedad

A pesar de todas las limitaciones que arrastró el SOE desde su implantación, es incuestionable que permitió la atención médica a una parte de la población que previamente era impensable. El acceso a un sistema sanitario diferente a la beneficencia y estableció las bases sobre las que se edificaría la atención sanitaria en el último cuarto del siglo XX. La disponibilidad de recursos asistenciales, antes vedados, modificó la manera en la que la población entendió su relación con la enfermedad. Así, uno de los aspectos más importantes del SOE fue la libre expedición de medicamentos, puesto que la normativa inicial permitía que los médicos del seguro tuvieran una gran discrecionalidad para realizarlo, con el límite temporal de veintiséis semanas por año para asegurados y trece para los familiares. Firmada la receta por el facultativo, el paciente

⁶³⁰⁹ «Seguro de enfermedad. Las prestaciones gratificables», *ABC*, 11 de enero de 1956, p. 29; «Seguro obligatorio de enfermedad. Prestaciones económicas», *ABC*, 15 de enero de 1956, p. 52; «Sobre el seguro de enfermedad Afiliación y localización de asegurados», *ABC*, 19 de enero de 1956, p. 24; «Seguro de enfermedad. El médico de familia», *ABC*, 26 de enero de 1956, p. 37; «Sobre el seguro de enfermedad. Actuación médica en equipo», *ABC*, 5 de febrero de 1956, p. 63; «Seguro obligatorio de enfermedad. Médicos especialistas», *ABC*, 8 de febrero de 1956, p. 30; «Seguro Obligatorio de Enfermedad. El reintegro», *ABC*, 15 de febrero de 1956, p. 38; «El teléfono inútil», *La Vanguardia Española*, 5 de abril de 1964. «Problemas en el S.O.E.», *La Vanguardia Española*, 16 de enero de 1965, p. 22; «Las bromas que son de veras», *La Vanguardia Española*, 30 de mayo de 1965, p. 62. Sobre esta problemática véase la valoración realizada, ya en los 70, por Federico BRAVO *et al.*: *Sociología de los ambulatorios. Análisis de la asistencia primaria en la Seguridad Social*, Barcelona, Ariel, 1979. pp. 87-103.

⁶³¹⁰ Por ejemplo, en «La elección del médico de cabecera en el Seguro de Enfermedad», p. 1; «La elección del médico de cabecera», *La Vanguardia Española*, 26 de noviembre de 1953, p. 1.

⁶³¹¹ En los colegios provinciales de médicos bajo el control del Consejo General, existieron estas comisiones asesoras.

⁶³¹² Lorenzo GARCÍA TORNEL: «El Médico colaborador excepcional del S.O.E.», *Horizonte*, 1, 1 (1949), pp. 2.

⁶³¹³ Antonio ALZAMORA: «¿Qué es la CASOE?», *Horizonte*, 1, 1 (1949), pp. 8.

podía recoger el fármaco en las farmacias sin necesidad de realizar un gasto complementario a su aportación al Seguro⁶³¹⁴.

Establecido este sistema, el gasto farmacéutico se fue incrementando año tras año. Los motivos que se adujeron para explicar esta circunstancia fueron el abuso que se hacía en su prescripción por parte de los médicos, los engaños de los beneficiarios para conseguir más medicinas⁶³¹⁵, así como la introducción de nuevos compuestos, especialmente las sulfamidas y, algo más tarde, los antibióticos. En realidad, las razones son mucho más complejas y tienen que ver con el modo en el que se fue configurando la relación médico-paciente en el ámbito del Seguro, dada la baja calidad de la medicina general. Como resultado, el gasto farmacéutico suponía el 36% del presupuesto del seguro en 1946 y seis años más tarde, ya representaba el 50% de todo el presupuesto del SOE, sin que la ampliación de la base social de asegurados ni el aumento de la prima paliase esa situación⁶³¹⁶. Para intentar compensarlo, en 1951 se aprobó el primer «petitorio» -a pesar de que ya se contemplaba en la legislación inicial- entrando en vigor en 1954.

El valor propagandístico que el acceso a medicinas tenía para los asegurados fue muy tenido en cuenta por el Ministerio de Trabajo, que siempre se mostró remiso a introducir el «petitorio». Incluso, para la aprobación del mismo, se llevó a cabo una votación en los centros de trabajo, en la que se preguntaba a los *productores* si deseaban continuar con el sistema farmacéutico tal y como estaba hasta ese momento, sin incluir los antibióticos, o si, por el contrario, prefería que se estableciese una lista cerrada que excluía fármacos que hasta ese momento se podían recetar, pero de la que formaban parte los antibióticos. Como es evidente, la pregunta se planteó para que fuese elegida esta segunda opción, algo que efectivamente sucedió, aunque en realidad nunca se llegaron a publicar los resultados de la votación.

La etnografía escrita a finales de los años 60 por Francisco Candel, *Ser obrero no es ninguna ganga*, centrada en la situación de la clase obrera en Cataluña, es una fuente inestimable para valorar las repercusiones que tuvo el SOE en el modo de entender la atención sanitaria por parte de la población, en tanto que puede recoger un sentir general respecto de una organización que ya estaba plenamente desarrollada. El libro fue censurado y retirado de la venta, siendo la edición que circuló la publicada en 1976. Candel ponía especial énfasis en el profundo cambio cultural propiciado por la accesibilidad a los médicos y a los medicamentos, documentando la hegemonía simbólica y terapéutica del medicamento⁶³¹⁷ como contrapartida a una vista médica de ínfima calidad, y, por lo tanto, confirma una serie de cambios muy significativos en la relación médico-paciente⁶³¹⁸. La receta se consideró el resultado necesario de toda visita médica, como un modo de recuperar las aportaciones a la financiación del sistema. En muchas ocasiones se expedía por la presión de la población e, incluso, por la necesidad de suplir carencias alimentarias⁶³¹⁹. Afirmaba también Candel, de manera contundente, algo que podría ser el resumen de la manera en la que

⁶³¹⁴ Ver Gloria REDONDO RINCÓN y Antonio GONZÁLEZ BUENO: «La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955)», *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 4 (2013), pp. 658-688.

⁶³¹⁵ Jacobo LANZAS ORELLANA: «Comentarios sobre la práctica médica en el seguro de Enfermedad», *Profesión Médica*, 29 (1945), pp. 2; Luis GARCÍA GERRAS: «El Seguro Social de enfermedad y las recetas de complacencia», *Profesión Médica*, 64 (1946), pp. 2.

⁶³¹⁶ Jerònia PONS PONS y Margarita VILAR RODRÍGUEZ: *El seguro de salud privado y público en España...*, p. 132.

⁶³¹⁷ Josep M. COMELLES: «Fiebres, médicos y visitantes: notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo», en José MARTÍNEZ PÉREZ et al. (eds.): *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, 2004, pp. 989-1015.

⁶³¹⁸ Francisco CANDEL: *Ser obrero no es ninguna ganga*, Barcelona, Laia, 1976, pp. 205-226.

⁶³¹⁹ «Los enfermos toman vitaminas como complemento de la alimentación, por ser esta insuficiente», en Salustiano DEL CAMPO URBANO: *Problemas de la profesión médica española (informe preliminar)*, Madrid, Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias, 1964, p. 43.

nació el SOE «nació en unos momentos de crisis de la vida nacional. Desde su fundación adoleció de grandes defectos. Fue creado de un modo demagógico, dando aparentemente todo al obrero y sacrificando para ello a quien fuese necesario, en ese caso a médicos y farmacéuticos»⁶³²⁰.

El último hecho sobre el que debemos llamar la atención es la pronta medicalización del embarazo y parto que se llevó a cabo en el marco del SOE. La atención médica enfocada en la maternidad no era en absoluto una preocupación nueva, puesto que el Seguro de Maternidad, que incluía servicios médicos a las embarazadas, databa de 1929, aunque no se implantó hasta 1931, en el bienio reformista republicano. Tras la guerra civil, el régimen franquista mantuvo las prestaciones otorgadas por este seguro, asumidas dentro del nuevo marco de la Ley de Sanidad Infantil y Maternal (1941)⁶³²¹ en la que se hacía constar el interés pronatalista que permeó en múltiples organizaciones del nuevo estado, tratando de reducir la mortalidad infantil perinatal. En un primer momento, esta asistencia médica a la maternidad se asignó a los Servicios de Sanidad Nacional, es decir, la DGS, a través de la Obra Maternal e Infantil. Sin embargo, con la implantación del SOE, se incluyeron estos cuidados a las beneficiarias embarazadas por lo que convivieron y se solaparon dos sistemas hasta que, en 1948, finalmente el Ministerio de Trabajo asumió todas las competencias en este sentido, de nuevo mediante la gestión del INP.

Precisamente, en 1950, Juan Bosch Marín, pediatra con una larga carrera en la sanidad española, repasaba el servicio prestado a las embarazadas desde 1947 a 1949 en el marco del SOE. En este escrito, bajo el título de *270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias*, destacaba el éxito de las intervenciones llevadas a cabo dentro del Seguro, como la vigilancia y los reconocimientos sanitarios a las embarazadas, medidas que -según él- habían contribuido a un descenso de mortalidad sucedida. Los partos atendidos en el marco del seguro se producían mayoritariamente en el domicilio de las embarazadas, un 94%, con la asistencia de la matrona o del propio médico. La explicación para esta abrumadora mayoría se debía a la escasez de camas en las residencias maternas, mientras que en otros países tomados como referencia (Francia, Alemania, Reino Unido, Estados Unidos) la tendencia era a primar los partos en régimen de internado. Los autores del informe no dejaban de señalar las limitaciones para garantizar la protección durante el embarazo y el parto en las zonas rurales y de población diseminada, donde no siempre existía la presencia de personal sanitario, quedando en algunos casos la asistencia en manos de profanos⁶³²².

Conclusión

A lo largo del presente trabajo, hemos podido comprobar de qué manera, tras la derrota republicana en la guerra civil, en el ámbito sanitario, los intereses del régimen priorizaron una sanidad centrada en la curación. Para explicar esta situación, es necesario atender la preeminencia que Falange mantuvo frente a otras familias políticas en la inmediata posguerra. De este modo, el Ministerio de Trabajo, encabezado por Girón de Velasco, fue el responsable de organizar un seguro social

⁶³²⁰ Francisco CANDEL: *Ser obrero no es ninguna ganga*, Barcelona, Laia, 1976, p. 214.

⁶³²¹ Ley de 12 de julio de 1941 de Sanidad Infantil y Maternal. Se explicitaba en el preámbulo que «deseoso el Gobierno de mejorar en lo posible los factores demográficos positivos, estimulando la nupcialidad y natalidad, y combatir eficazmente los factores negativos del problema de población, aspira a reducir al mínimo la mortalidad maternal e infantil, intensificando las obras de asistencia médica a ello encaminadas». Esta cuestión ha sido abordada en Ángela CENARRO: «La protección de la maternidad en el primer franquismo...», pp. 2753-2764; ÍD.: «Entre el maternalismo y el pronatalismo: el Seguro de Maternidad en los orígenes de la dictadura de Franco (1929)», *Ayer*, 102, 2 (2016), pp. 47-70.

⁶³²² Juan BOSCH MARÍN *et al.*: *270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1950.

para proteger a los trabajadores. Esta labor fue encomendada al INP, que en su organigrama interno se movió entre la mayoritaria presencia de falangistas y la dirección técnica de Luis Jordana de Pozas, figura representativa del catolicismo social, pero siempre dependiendo de Trabajo. Además, también hemos tenido ocasión de comprobar que las posibilidades propagandísticas que permitía la entrada en vigor de una atención a la enfermedad, fueron decisivas a la hora de apostar por un tipo de organización sanitaria concreta. En cualquier caso, la creación de un seguro social contra la enfermedad no era una creación exclusivamente franquista, sino que ya había sido considerada con anterioridad.

Desde el momento de su puesta en marcha, el SOE albergó una serie de deficiencias que iban a lastrar su funcionamiento. La falta de financiación, la ausencia de infraestructuras y personal, motivaron que fuese un seguro muy cuestionado por algunos cargos relevantes de régimen y, sobre todo, por voces procedentes de profesionales sanitarios, además de excluir en el momento de su instauración a la mayor parte de los trabajadores. No obstante, de manera paulatina fue ampliando la base social de asegurados, lo que permitió un avance para una parte de la población para la que antes era impensable tener una asistencia médica, aunque esta fuese de baja calidad. Destacó la prodigalidad con la que se recetaban medicinas, con el consiguiente gasto farmacéutico, lo cual, sumado a esas consultas médicas tan apresuradas, convirtió al fármaco en una parte consustancial de la relación entre los usuarios y la sanidad.