

El franquismo y la construcción del Estado de Bienestar en España: la protección social del Estado (1939-1986)¹

Franco's dictatorship and the construction of the Welfare State in Spain: The social protection of the State (1939-1986)

Damián A. González Madrid

Universidad de Castilla-La Mancha (SEFT)

DamianA.Gonzalez@uclm.es

ORCID: 0000-0001-8650-1022

Manuel Ortiz Heras

Universidad de Castilla-La Mancha (SEFT)

Manuel.Ortiz@uclm.es

ORCID: 0000-0003-2396-9220

Recibido: 10-05-2018

Aceptado: 13-07-2018

Cómo citar este artículo / Citation: GONZÁLEZ MADRID, Damián A., ORTIZ HERAS, Manuel (2018). El franquismo y la construcción del Estado de Bienestar en España: la protección social del Estado (1939-1986). *Pasado y Memoria. Revista de Historia Contemporánea*, 17, pp. 361-388.
<https://doi.org/10.14198/PASADO2018.17.13>

Resumen

Transcurridos más de cuarenta años desde el final de la dictadura franquista, una parte del imaginario colectivo español la identifica como la primera gran impulsora del Estado de Bienestar en España. Dislocados por la historiografía los viejos, pero eficaces, mitos que sirvieron para justificar el origen de la rebelión militar y el hambre,

¹ Proyecto de investigación HAR2017-83744-C3-1-P (MINECO).

y también el que pretendía redimir a la dictadura por el desarrollo económico posterior, todavía permanece en pie el de la dictadura como creadora de un sistema de seguridad social en España que anticipa el actual. Las investigaciones existentes sobre las políticas sociales de la dictadura, realizadas por historiadores de la medicina o de la economía, demuestran sin embargo lo exagerado de este tipo de percepciones, y revelan una realidad más compleja que requiere un debate en profundidad al que este trabajo pretende contribuir.

Palabras clave: Franquismo. Transición. Seguridad Social. Estado de bienestar. Ciudadanía social.

Abstract

More than four decades since the end of Franco's dictatorship, part of the Spanish collective memory identifies the dictatorship as the first great promoter of the Welfare State in Spain. Historiographical research has dismantled the old, though effective, myths used to justify the origin of the military rebellion and the famine, as well as the myth intended to redeem the dictatorship based on the subsequent economic modernization. However, the myth of Franco's dictatorship as creator of the social welfare system in Spain that anticipated the current one remains. Many investigations conducted by historians of medicine and economics on Franco's dictatorship social policies demonstrate the exaggeration of this type of perceptions. They also reveal a more complex reality and the need for in-depth discussion to which this paper is intended to contribute.

Keywords: Francoism. Spanish Transition to Democracy. Social security. Welfare State. Social citizenship.

1. Ciudadanía social y estado de bienestar

Las sociedades occidentales e industrializadas se caracterizan, al menos desde el final de la Segunda Guerra Mundial, por la consolidación de lo que T. H. Marshall denominó "la ciudadanía social", que situó a occidente frente a la tercera generación de derechos alumbrada por el mundo contemporáneo tras los civiles y los políticos (Pérez Ledesma, 2000a y 2000b). Este fenómeno sin precedentes se extendió con cierta amplitud por el mundo desarrollado como respuesta defensiva de las sociedades de librecambio en forma de propuesta de economía social o mixta. La ciudadanía social garantizaría así, y según Marshall, la convivencia entre los dos sistemas que mejor habrían atendido las aspiraciones y necesidades de los individuos: la democracia y el capitalismo (Frejeiro, 2005: 66). La manifestación más visible y conocida de la ciudadanía social son los estados de bienestar europeos, que permiten avanzar desde la desigualdad social que producen las relaciones capitalistas en escenarios liberales o democráticos, hacia escenarios materialmente más equilibrados y reducir así el grado de potencial conflictividad en las sociedades (Frejeiro, 2005: 64). El bienestar,

en esos contextos, opera también como un garante de la ciudadanía, entendida ésta en su vertiente activa, dinámica, pues quien no dispone de recursos básicos para su reproducción y supervivencia, no puede considerarse un ciudadano en plenitud (Anchústegui, 2012: 69).

Por supuesto en escenarios no liberales ni democráticos, también se desarrollaron los derechos sociales. En el caso español, la dictadura franquista mantuvo y reforzó la política asistencial tradicional forjada desde principios del siglo XX para construir (pero sobre todo imaginar) una comunidad nacional cohesionada y disciplinada, tan querida por los fascismos, y obtener así legitimidad y aceptación. Pero en este contexto no cabe la utilización de conceptos como “ciudadanía social”, o “ciudadanía” a secas, por la ausencia de derechos civiles y políticos. De la misma forma que, ni siquiera en sus etapas más avanzadas, existe homologación posible entre las políticas sociales franquistas y los modelos europeos de bienestar.

El desarrollo de la ciudadanía social siempre remite al Estado, por ser en última instancia quien concede esos derechos. Un Estado cada vez más omnipresente y que acabará interviniendo para implementar medidas protectoras. Pero importante es también no perder de vista el conflicto y el grado de conquista que, con frecuencia, se vincula a la consecución de este tipo de beneficios. Su definitiva o progresiva materialización suele producirse a partir de la coincidencia entre la existencia de un problema, una demanda social y el cálculo político de las elites dirigentes que controlan el Estado. Como cualquier otro derecho, la ciudadanía social es el fruto de tensiones y disfunciones, no de una continuidad aparentemente lógica que emana de la madurez del sistema político y económico liberal-capitalista, o del desarrollo de los derechos precedentes en las sociedades que forja (Divassón, 2013: 231). De hecho, los derechos sociales modifican y limitan otros que se consideraban naturales desde la Ilustración, como la libertad individual, la plena disposición y disfrute de la propiedad individual o la libertad en las interacciones económicas (Cabrera, 2013: 16-17). Por todo ello, la expansión del Estado protector suele exigir contrapartidas como la aceptación pactada y disciplinada de unas determinadas reglas de juego, en lo político o en lo económico.

¿Son los derechos sociales individuales y universales, y gozan de la misma naturaleza que los civiles o los políticos? Evidentemente no desde el momento en que hay que proveerlos y no basta con reconocerlos. Lo social es discrecional y carece de universalidad pues cada necesidad no crea un derecho. La cantidad y la calidad de los derechos sociales que disfrutaban los individuos queda determinada por una estrategia económica y política que, por lo general, hace que éstos tengan que adaptarse a lo que el sistema les ofrece (Benedicto, 2006:

111) y no a la inversa. ¿Son entonces realmente derechos? Una interesante respuesta es la que sugiere que el hecho de que lo que solo eran concesiones del Estado, simples reformas en el terreno sociolaboral o económico, se conceptualicen hoy como parte del “lenguaje de los derechos propios de la cultura moderna” es el resultado de operaciones de “naturalización conceptual” como la que llevó a cabo el propio Marshall (Cabrera, 2013: 17). Uno de los grandes teóricos del liberalismo, Hobhouse, reflexionó en 1911 sobre si el “derecho al trabajo” o el “derecho al salario digno” eran derechos tan válidos como el derecho a la propiedad o a la vida: llegó a la conclusión de que sí porque eran “condiciones integrales y necesarias para crear un buen orden social” (Freeden, 2013: 30). Tanto es así que desde que Hobson, en 1914, se anticipase a Keynes apuntando que las políticas sociales estimulaban la demanda, hoy ningún organismo internacional duda de que los países que aplican políticas sociales con arreglo a principios democráticos no solo son socialmente superiores al resto, sino también económicamente. Tanto es así que desde 1944 y 1948 el derecho a la seguridad social está reconocido por la OIT y la Declaración de los Derechos Humanos.

El desarrollo de la ciudadanía social y su materialización en estados *welfare* nos conduce a reflexionar sobre un cambio de paradigma en la concepción liberal, capitalista y meritocrática de las relaciones sociales según el cual se reconoce que son el azar y la propia sociedad los responsables de la pobreza, del infortunio de sus miembros, o de los riesgos que acompañan su cotidianidad, algunos de los cuales pueden ser previstos y, en consecuencia, reparados o reducidos. Frente a la responsabilidad individual, aparece la responsabilidad comunitaria, la colectivización del riesgo y la promoción del bien colectivo. Paradójicamente, una parte esencial de este pensamiento lo debemos a pensadores liberales, de modo que resulta complicado “hablar de teorías del bienestar socialistas o liberales como si se trataran de versiones impermeables, pues son el resultado de la interrelación dinámica de puntos de vista antagónicos y complementarios” (Freeden, 2013: 33). El viejo utilitarismo evolucionó aceptando que la libertad, gran indicador del desarrollo humano, engendraba situaciones indeseables que lastraban el pleno desarrollo del potencial individual y de la sociedad en su conjunto. Y asumiendo también que los individuos pertenecen indefectiblemente a la comunidad, el Estado debía garantizar pues el acceso colectivo de los individuos a los excedentes económicos y sociales que permitieran contrarrestar los efectos del infortunio, la edad, la enfermedad o el paro.

Inicialmente, y también durante la dictadura, solo los sectores productivos de la sociedad, los trabajadores –productores–, se contaron como perceptores

de estas medidas reformadoras. Eran apenas unos “derechos obreros” pues a ellos y a sus familias se reservaba cualquier intento de dignificación de la existencia. El concepto de *derechos sociales* quedaba todavía muy lejos de concretarse, de asumirse y reivindicarse. Como ha señalado Cabrera Acosta, la ciudadanía social es la consecuencia, no la causa, de un largo proceso histórico de acumulación, “el producto de unas determinadas circunstancias históricas” que, desde nuestro punto de vista, comenzó a concretarse y visibilizarse en España durante la década de los setenta del pasado siglo XX (Cabrera, 2013: 14-15). Esa década es la que alumbró, y lentamente, la resignificación de esos auxilios como derechos de nueva generación y vinculados a la recuperación plena de los políticos y los civiles.

En cualquier caso, el proceso, como analiza Divassón, comenzó en el primer tercio del siglo XX, a remolque de las iniciativas que ya desarrollaban otros países europeos, cuando legisladores y códigos comenzaron a incorporar rudimentariamente la noción del derecho a existir dignamente y a admitir que el Estado estaba legitimado, obligado incluso, para intervenir en la vida de ciudadanos que no eran individualmente responsables de lo que les sucedía, y en la de sus empleadores, obligándoles, llegado el caso, a incrementar sus precarios niveles de bienestar por considerarse los accidentes laborales, la vejez o la maternidad asuntos de “incumbencia social”. En ese punto en que el Estado comienza a regular las relaciones sociales para amortiguar la desigualdad social extrema y corregir los defectos del sistema económico promocionando la solidaridad, el camino hacia su percepción y conceptualización como derecho comenzó a despejarse. Cuando el Estado se declara garante, o responsable en alguna medida, de que sus ciudadanos alcancen niveles mínimos de bienestar, empieza a materializarse el derecho a la existencia y la dignidad vital, y a aparecer por tanto el “ciudadano social”, entendido inicialmente como el individuo cuya vida va a ser “regulada en función de *lo porvenir*” (Divassón, 2013: 254). Con estos precedentes, la materialización del socialismo de Estado en la URSS y el contexto de guerra fría posterior a 1947 precipitarían en la Europa Occidental una serie de medidas sociales que, además de socorrer las enormes necesidades de los ciudadanos en la recuperación económica de sus países, servirían, sin duda, para poner freno a los peligrosos contagios de una emulación socialista. De tal suerte que partidos políticos y otros grupos de poder económicos, financieros o empresariales verían con buenos ojos el vademécum que ha dado lugar a los estados de bienestar.

En nuestro país la transición y la democracia constituyeron los momentos clave de ese proceso de acumulación histórica que terminó desembocando en la configuración de un Estado de protección social moderno capaz de con-

vivir en plenitud con las dimensiones civil y política de la ciudadanía. Como con acierto han señalado autores como Jorge Benedicto, la transición política española encarnó para la ciudadanía no “sólo un ideal de libertades individuales y colectivas”, sino que se representó socialmente “como culminación de un proyecto histórico en el que se resumen los deseos de bienestar social, renovación cultural, [y] presencia en la escena internacional” (Benedicto, 2006: 109). Naturalmente pesó, y mucho, el “horizonte europeo”, la “aceptación casi general del binomio Europa-modernización” (Pan-Montojo, 2002: 243). De este modo, el proceso político coincidió con la emergencia de un anhelo colectivo en el que la democratización adquirió un carácter redistributivo, y la sociedad civil, articulada en formas diversas, pugnó no sólo por desarticular la dictadura, sino también por crear una democracia social (González, 2012: 131-137). La Constitución de 1978 reconoció los derechos sociales de los españoles, aunque solo como principios rectores que deben guiar la acción de los poderes públicos. Y lo hizo, como en tantos otros países, como consecuencia de un pacto de amplio calado social y político.

Sin embargo, transcurridas más de cuatro décadas desde el comienzo del proceso democratizador en nuestro país, una parte al menos del imaginario colectivo identifica a la dictadura como la primera gran impulsora del Estado de bienestar en España. Dislocados los viejos, pero eficaces, mitos que justificaron el origen de la rebelión y el hambre, así como el que pretendía redimir a la dictadura por el desarrollo económico posterior, todavía permanece en pie el de la dictadura como creadora de un sistema de seguridad social en España que anticipa el actual. Las investigaciones existentes de las políticas sociales de la dictadura demuestran, sin embargo, lo exagerado de ese tipo de percepciones, y revelan una realidad bastante más compleja y necesitada de un debate en profundidad al que este artículo pretende contribuir.

El concepto de “Estado de bienestar”, entendido como culminación de la ciudadanía social, resulta complejo en su definición, y hay que coincidir con Comín en que puede presentar diferentes “formas históricas y geográficas”. Un Estado de bienestar queda definido, básicamente, por los recursos que un Estado dedica en sus presupuestos a suministrar servicios de carácter social en un sistema donde el propio Estado actúa como asegurador universal para sus ciudadanos. Asumiremos esa definición por más que resulte evidente que un Estado de bienestar no se agota en las acciones patrocinadas desde el presupuesto público. Para que podamos hablar de Estado de bienestar, resulta importante identificar el origen de esos recursos y el criterio con el que se reparten. Un Estado de bienestar se financia de forma sustancial a través de una imposición fiscal progresiva y resulta imprescindible que existan criterios redis-

tributivos en su gasto. Un Estado de bienestar se define también por el tipo de prestaciones a las que destina los recursos. En un sentido amplio podría contemplar desde “transferencias personales para la redistribución de la renta” hasta el suministro de servicios públicos de carácter educativo, sanitario, habitacional, etc. Por las dimensiones de este trabajo hemos apostado por una definición restringida al “núcleo duro” del Estado del bienestar, es decir transferencias (limitadas a pensiones y desempleo) y sanidad (Comín, 2007b: 67-128).

2. El “primer franquismo” de la protección social

Durante su primera etapa, que en el caso de la protección social podemos prolongar hasta 1963, la dictadura franquista sostuvo su política asistencial en tres pilares básicos. En primer lugar, mantuvo el Instituto Nacional de Previsión (1908), incluyendo a parte de su personal directivo que, con las obligadas adaptaciones al nuevo contexto, dio continuidad al reformismo social católico y monárquico característico de los años veinte, de corte corporativista y autoritario (Cenarro, 2017: 2.759-2.761). El franquismo, bien representado por Girón, se afanó en ocultar a los españoles esa indudable continuidad, e intentó retratarse como impulsor de una política de previsión original, única y pionera que, en realidad, se limitó a crear nuevos seguros sociales contributivos añadiéndoles, en todo caso, la cláusula de la obligatoriedad. La dictadura no implementó ningún cambio relevante en el modelo de protección social, dando así continuidad a una cultura en materia de previsión anterior a la guerra civil internacionalmente superada, como demuestran los intentos republicanos para su reforma (Guillén, 2000: 52, 58).

El segundo pilar básico nos remite a una protección social franquista que, al menos durante los primeros años, conecta con claridad con el desarrollo de la “medicina social” en su versión fascista. La protección social adquiriría así una dimensión fundamentalmente nacional, y los refuerzos y la protección de la maternidad y la salud de la población tenían más que ver con la vocación de incrementar su número para consolidar al país en un contexto nacional e internacional que se juzgaba hostil (Cayuela, 2014: 107-110). La dictadura desarrolló en la inmediata posguerra una preocupación intensa por la protección de la población infantil, la maternidad, y la familia tradicional. Promulgó la ley de sanidad maternal e infantil (1941), por la que se diseñó un precario dispositivo de asistencia pediátrica y puericultura preventiva a través de centros de higiene rural, y se pusieron en marcha programas para la educación de las madres “ignorantes”, cuyas caras más populares fueron las divulgadoras sanitarias rurales de la Sección Femenina, responsable a su vez de la Obra Nacional-Sindicalista para la Protección de la Madre y el Niño. Pero el objetivo de toda

esta protección, menos eficaz que propagandística, no era reconocer el derecho a la salud de las mujeres y sus hijos por el hecho de serlo, “sino porque su salud se juzgaba imprescindible para la fortaleza de España” (Molinero, 2005: 166; Bernabéu, 2002).

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942-1944) fue una de las novedades más importantes de la dictadura en materia social². Hasta esa fecha tan solo se habían asegurado obligatoriamente tres contingencias, la vejez (1917), la maternidad (1926) y los accidentes laborales (1932). El nuevo seguro se basaba en presupuestos similares: el futuro de la nación dependía de la salud de sus trabajadores, erigidos en palabras de Girón en “soldado[s] de la revolución” no del conjunto de los ciudadanos. El SOE nacía así para reforzar la capacidad económica y militar del país, no por la concesión de derecho social alguno (González Murillo, 2005: 64; Guillén, 2000: 114). Finalmente, el Régimen Obligatorio de Subsidios Familiares (1938), que reconocía implícitamente la insuficiencia de los salarios y desincentivaba el trabajo femenino fomentando un modelo patriarcal de familia, más que una protección contra el riesgo de miseria de las familias por el aumento de hijos, sirvió para apuntalar la institución familiar, pilar de la sociedad y responsable de poblar la nación de españoles sanos para su defensa y prosperidad (González Murillo, 1998a: 224-242; Molinero, 2005, 113-115; Lanero Táboas, 2007: 154). De aquel subsidio poco vigor pudieron obtener los españoles pues la media nacional de beneficiarios en 1951 fue del 12,4% y los importes repartidos meramente simbólicos. En un reparto proporcional de las cantidades consignadas en 1951, por ejemplo, en la actual Castilla – La Mancha, la protección no hubiera alcanzado para cubrir las necesidades familiares de dos días (González y Ortiz, 2017: 42; González Murillo, 1998a: 155).

El tercer pilar básico nos remite a la función política y legitimadora de la política asistencial, pues la violencia no fue el único camino empleado por la dictadura para obtener el consentimiento de los ciudadanos. El asistencialismo franquista bebió de la tradición anterior, por supuesto, pero se disfrazó de aportación falangista. A través de su plasmación en el Fuero del Trabajo, la dictadura conectaba así con la modernidad fascista que perseguía la generación

² La primera vez que España se planteó, en consonancia con las recomendaciones internacionales, diseñar e implantar un régimen de seguros unificados y obligatorios para los obreros económicamente débiles (enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y accidentes laborales) fue en 1932. La guerra impidió su puesta en marcha. Los trabajos realizados para el proyecto de Seguros Unificados de la República sirvieron, según Guillén (2000: 52, 66), para poner en marcha la política de seguros obligatorios realizada por la dictadura, especialmente el SOE.

de políticas activas de “captación de las masas” para transformarlas en colaboradoras interesadas y defensoras de los principios de la dictadura (Ortiz y González, 2016: 132). La política social fue utilizada por el falangismo y el régimen como coartada social y propagandística para la perdurabilidad de la dictadura y la justificación moral de la guerra civil. Los auxilios proporcionados fueron escasos en cantidad y calidad, estuvieron impregnados de una fuerte carga de socialización política, y su disfrute acompañado de una vocación de control social sobre los beneficiarios. El Auxilio Social constituye un ejemplo paradigmático en el que el hambre fue instrumentalizada para investir a la asistencia de una nítida función política. Alimentarse y sobrevivir no era un derecho reconocido, sino un vehículo para actuar políticamente y lograr la aceptación del régimen entre los asistidos (Carasa, 1997: 37-47). Con el paso de los años, y especialmente en las zonas rurales, el acceso a cualquier ayuda, subsidio, asistencia, etc., significó también someterse a la auscultación periódica de los miembros del partido o de los funcionarios del régimen, lo que implicaba el establecimiento de una relación de dependencia o clientelar (Lanero, 2011). Esa parte de la población se socializaba así en un franquismo banal y cotidiano que alimentó el mito del franquismo como régimen autoritario de bienestar.

Las obras asistenciales del falangismo fueron otra faceta importante de la política social de la dictadura y el partido. Actuaron como instrumentos de un verticalismo minorado para reunir adhesiones en el mundo del trabajo, pero no acertaron a cubrir las necesidades básicas para las que fueron creadas, convirtiéndose todas ellas (Obra Sindical del Hogar, Educación y Descanso, Obra Sindical 18 de Julio, Colonización, Lucha contra el Paro, etc.) en óptimos vehículos para la propaganda, el proselitismo, disciplinamiento y la fidelización política de sus beneficiarios, más que en eficaces sistemas para la igualdad y la justicia social (Molinero, 2005: 127-157). El problema de la vivienda para las clases populares permaneció irresoluto durante toda la dictadura. Incluso con la creación del ministerio del ramo en 1957 sus resultados favorecieron principalmente a clases medias con capacidad de ahorro, constructoras, bancos y propietarios de suelo (Betrán, 2002: 27; González y Ortiz, 2017: 39). La Obra Sindical 18 de Julio logró dar servicio al 1,25% de la población, y no tuvo apenas incidencia en el mundo rural (Lanero, 2013b: 136). En 1950, Educación y Descanso, apenas había logrado afiliar al 5,4% de los trabajadores, la mayoría urbanos (Bernal, 2010: 382-386). Colonización, por su parte, desarrolló una política de asentamientos muy contenida, incapaz de crear un colectivo numeroso de pequeños propietarios. Y la obra sindical contra el paro ni siquiera registró la dimensión real del desempleo (González Murillo, 1998b:

100-117). Eso sin olvidar que, por lo menos durante sus tres primeros lustros, los sectores más débiles de la sociedad fueron condenados por la dictadura a la desnutrición, la enfermedad y la muerte. A falta de estudios comparativos, durante aquellos años hubo pocos regímenes menos “sociales” que el franquista.

Más allá de la propaganda, e incluso de las imprecisiones de la memoria individual y colectiva, el franquismo apenas desarrolló un sistema de seguros sociales obligatorio soportado sobre el ahorro individual de los trabajadores más débiles y unas aportaciones testimoniales por parte del Estado. Si lo comparamos con la tendencia internacional, que descansaba ya sobre la consecución de una protección pública y universal, el sistema español dio continuidad a modelos de protección absolutamente superados por su insuficiente financiación, y por restrictivos, al estar diseñados para la protección de una parte de los trabajadores pobres. El Fuero de los Españoles (1945) en su artículo 28, y la ley de Principios del Movimiento Nacional (1958), aun no reconociendo derecho alguno a la salud o a una existencia digna, decían garantizar a los trabajadores el acceso a los beneficios de la asistencia social estatal en caso de vejez, enfermedad, maternidad, accidente y paro forzoso. Cómo articuló la dictadura ese acceso “garantizado” es otra cuestión. El Estado franquista apenas logró otra cosa que erigirse en un Estado interventor incapaz de superar el concepto de “previsión social” que nos remite a una protección individual y “desconectada de la seguridad de la sociedad en su conjunto” (Cayuela, 2014: 95). El mayor o menor disfrute de las prestaciones, fundamentalmente sanitarias al amparo del Seguro Obligatorio de Enfermedad, pero también jubilación o accidentes, dependía del tipo de trabajador y el colectivo al que perteneciese. El franquista fue un modelo particularista, frecuentemente basado en la mutualidad, donde los vínculos de solidaridad se establecen en el grupo profesional, incluso en la empresa, rompiendo así cualquier posibilidad de una solidaridad nacional o entre trabajadores.

La mutua representaba bien la ideología de la dictadura al preferir relaciones de hermandad casi gremial, a los lazos universales (y de clase) entre trabajadores (De la Calle, 2008: 3-4). Las mutuas fueron una pieza esencial del sistema actuando como seguros profesionales y mostrando, adicionalmente, la debilidad del “sistema público”. Como señala Pons, sin la participación de las mutuas y otras entidades colaboradoras, la puesta en marcha del SOE no hubiera sido posible. Pero también introdujeron complicaciones por la multiplicación de agencias gestoras, y resultó imposible una mínima igualdad en materia de prestaciones. Todo ello configuró un complejo entramado semi-público, paraestatal o privado atravesado por la falta de coordinación, el lucro, la falta de trans-

parencia, desigualdad en las prestaciones, y con servidumbres y clientelas en relación al Ministerio de Trabajo y la Organización Sindical, que lastraban la eficacia, la calidad y la cantidad de las prestaciones (Pons, 2010). En 1957 el 67% de los beneficiarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad era atendido por servicios no públicos, y apenas el 10% de las escasas camas hospitalarias existentes en 1963 eran del INP-SOE frente al 33,2% del sector privado; en 1975 se alcanzó el 21,7% de camas de titularidad de la Seguridad Social (González Murillo, 2005: 72; Guillén, 2000: 72, 143, 211). A la muerte de Franco el sector público alcanzó el 70% de las camas del país sumadas las de la SS, la administración central (19,9%) y las de los ayuntamientos y diputaciones (27,6%). Y hasta 1963, el seguro de accidentes laborales (discriminatorio con agrarios y autónomos), estuvo controlado en gran medida por entidades privadas, para las que representaba un negocio interesante por su capacidad para ajustar primas y gastos (Pons, 2011).

Durante las décadas de los cuarenta, cincuenta y toda la de los sesenta, nada existe en España asimilable a un sistema de seguridad social con derechos reconocidos para todos los ciudadanos por el hecho de serlo, es decir general y universal. Ni tampoco existe nada parecido a un Estado implicado presupuestaria y fiscalmente en su financiación. La existencia de ciertos mecanismos para protección y la “seguridad” social, no convierten a la España franquista en un inquilino más del edificio del bienestar europeo. La dictadura, casi hasta su final, protegió y con excepciones a los trabajadores fijos por cuenta ajena y sus familias. Y lo hizo, esencialmente, con el ahorro de los propios trabajadores.

La cuestión de la fiscalidad resulta esencial para comprender el modelo asistencial franquista. Como tantas veces se ha apuntado, la guerra la ganaron “los de la coraza tributaria” que, con un planteamiento anacrónicamente liberal, evitaron en lo posible el desarrollo de políticas fiscales que gravasen adecuadamente la riqueza en cualquiera de sus modalidades. El franquismo se negó a avanzar hacia un sistema tributario moderno, progresivo y que incrementase la presión fiscal, lo que suponía un ingreso insuficiente al que debía amoldarse el gasto, y la utilización de la inflación como impuesto. Con este estado de cosas los primeros y principales damnificados de la voluntad de no recaudar fueron los presupuestos sociales. El gasto social era además objeto de vigilancia pues un exceso de generosidad estimularía conductas sociales incompatibles con el esfuerzo y la responsabilidad individual. Sin una estructura fiscal adecuada y progresiva, el sistema de protección español no podía así evolucionar como el de otros vecinos europeos. En su modelo, antes y después de 1963-67, es decir, de la famosa ley de Bases de la Seguridad Social, nada hay parecido a un Estado recaudador y redistribuidor a través de la política social.

El SOE, emblema del sistema de protección social franquista, se financiaba a través de un modelo contributivo nutrido con las cotizaciones fijadas para trabajadores y empresarios y funcionaba mediante un sistema de reparto simple, padeciendo un problema crónico de financiación (Pons y Vilar, 2014: 143). Un seguro como el obligatorio de enfermedad estaba pensado para atender, con limitaciones, gastos médicos, farmacéuticos, por maternidad y hospitalización a trabajadores manuales no agrarios, con un empleo fijo por cuenta ajena, y por debajo de un nivel escaso de ingresos. Éste, como todos los seguros obligatorios franquistas, lo pagaban por tanto los trabajadores con menos salario junto a sus empleadores, por lo que es factible afirmar que una parte de la estructura sanitaria pública de este país la pagaron los trabajadores pobres (Guillén, 2000: 77). El SOE cubría por 26 semanas el 50% del salario cotizado en caso de baja por enfermedad, y hasta 12 de hospitalización siempre en el caso del titular del seguro, pues los beneficiarios disponían de la mitad. Quienes no fueran trabajadores fijos por cuenta ajena y débiles económicamente, debían procurarse la atención que precisaran pagándola, o sufragando seguros voluntarios en la línea de la vieja libertad subsidiada. En el medio rural las “iguales” fueron un recurso popular para disponer de atención médica básica. Los seguros públicos ofrecían por tanto prestaciones exiguas a grupos limitados de la población.

Los mayores beneficiarios del SOE fueron los trabajadores manuales fijos, lo que invita a reflexionar sobre la intencionalidad política de la dictadura al favorecer a los obreros industriales. Debemos reparar también en cómo el SOE mantuvo una “concepción restrictiva de la sanidad nacional que va a ir dirigida a la atención de personas sin recursos” lo que aproxima al seguro, en cierta forma, a una actuación “de tipo benéfico” (Guillén, 2000: 78, 58). El sistema dejaba igualmente un amplio margen para el beneficio y la iniciativa privada. El SOE respetaba así los intereses de la profesión médica, preocupada por continuar manteniendo un lucrativo sistema de atención al paciente basado en la clientela. En sus tres primeros años (1944-1946) el seguro alcanzó una cobertura del 28,5% de la población, y llegó a prácticamente la mitad en 1963, según demuestra Guillén gracias al crecimiento vegetativo de la población y no por que se flexibilizaran los criterios salariales para acceder al seguro. Por supuesto muchos ciudadanos socialmente vulnerables continuaron utilizando la beneficencia municipal y provincial (González Murillo, 1998a: 702).

La ley del seguro obligatorio de enfermedad aparentemente contemplaba la inclusión como beneficiarios de los trabajadores agrarios, pero la realidad fue que quedaron solo cubiertos por vejez y subsidio familiar. Fue la reforma del

SOE de 1948 la que incluyó a todos los trabajadores por cuenta ajena, fijos, eventuales y a domicilio, que ganasen menos de 18.000 pesetas al año. Una disposición transitoria a la ley aplazó, sin embargo, la incorporación de los eventuales. Solo los trabajadores fijos, accedieron a salud, vejez e invalidez. El propio decreto ley de reforma sobre el régimen especial de seguros agropecuarios del 23 de julio de 1953 reconocía que el campo acumulaba un notable retraso en la incorporación de beneficiarios, pues apenas el 18% de los trabajadores agrarios en aquella fecha, constaba como asegurado. Los esfuerzos por asegurar a los trabajadores del campo se desplegaron con alguna intensidad durante la segunda mitad de los años 50 (Pons y Vilar, 2014: 109, 127-128, 246-249).

El sector agrario fue un paria de la “política social” de la dictadura. Lo cual no deja de tener su importancia en un país donde el peso del trabajo agrario superaba, en regiones como la manchega, un tercio de la población activa en los años 70. Sus trabajadores, especialmente los eventuales, estuvieron discriminados, lastrados por la incapacidad del Estado para hacer un censo agrario fiable ante las dimensiones de un sector heterogéneo y peculiar por la estacionalidad laboral y los sistemas de propiedad o de explotación, los obstáculos del lobby agrario (reticente a incrementar costes laborales), la falta de información y las prácticas fraudulentas. Todo ello, junto a la escasa extensión del seguro, generó un montante cotizado insuficiente para la provisión de servicios. En 1953, como señalamos, el seguro obligatorio no llegaba ni a 1 de cada 5 agricultores (González Murillo, 1998a: 687). Y en 1957 una región agraria como la configurada por las cinco provincias castellano-manchegas tenía a 1 de cada cuatro habitantes protegido por el SOE (el cálculo, basado en datos INE, se refiere a beneficiarios, no a trabajadores). La media nacional, también según datos INE, era de un tercio de la población (Pons y Vilar, 2014: 126; Vilar y Pons 2015: 189; Lanero, 2007). A partir de 1958 y coincidiendo con la creación de la Mutua Nacional de Previsión Agraria, los eventuales agrarios fueron incorporados al seguro. No obstante, continuaron discriminados en cuanto prestaciones de todo tipo en relación con los fijos. En 1966, las propias autoridades reconocían en la ley sobre el régimen especial agrario de la seguridad social que “todo el esquema operativo de la Seguridad Social en el sector agrario ha tenido (...) un claro significado de acción benéfica, en evidente contraste con los principios del Seguro Social. Prácticamente, las cotizaciones de trabajadores han existido con un carácter más simbólico que real, [y] las cotizaciones patronales se han establecido sobre bases a todas luces insuficientes (...)” (BOE, 131, 2.6.1966: 6.906).

3. La Seguridad Social de Franco

La ley de bases de la Seguridad Social de 1963, puesta en vigor en 1967, es hija de la estabilización de 1959 y la etapa de crecimiento, empleo y conflicto social que abrió en España la renuncia al disparate autárquico. El modelo de seguros sociales obligatorio se mostró insuficiente para un país que crecía, se modernizaba y precisaba responder a “las exigencias de la producción fordista” con medidas para gestionar y reproducir la fuerza de trabajo (Rodríguez Cabrero, 2013: 148). Se puede coincidir con Cayuela en que aquella norma marcó el inicio de otra forma de concebir la protección social y su financiación en España. Pero debemos preguntarnos, con Guillén, si condujo a la creación de un sistema auténtico de seguridad social o fue una mera ampliación y consolidación del modelo existente. La ley se proponía caminar hacia un modelo unitario de riesgos y prestaciones, más universal y con participación estatal en la financiación. Pero la reforma del sistema fue muy limitada porque requería, esencialmente, esfuerzos fiscales que no se estaban dispuestos a asumir. La contribución del Estado a los gastos sociales continuó siendo excesivamente baja: en una fecha tan tardía como 1977 la financiación en España, vía presupuestos generales, era del 4%, cuando la media Europa apuntaba al 30%. Y el umbral del creciente gasto en protección social se mantuvo en el subdesarrollo en términos comparativos: mientras España en 1970 invertía el 9,5% del PIB o el 12,1% en 1975, Alemania gastaba el 21,5 y el 28% respectivamente, situándose la media europea entre el 17,2% y el 20,1% en esas dos fechas. Con todo, España ya destinaba en 1970 el 56% del presupuesto a gastos sociales. Todavía en 1990 España tenía el gasto en protección social más bajo de Europa, con excepción de Portugal, en relación al PIB: 18% frente a una media CEE del 25,6% (Cayuela, 2014: 242-247; Moreno y Sarasa, 1992: 16 y 25; Guillén, 2000: 128).

De la nueva *seguridad social* franquista se han señalado algunas debilidades adicionales:

a) Continuó siendo un modelo fragmentado a base de regímenes especiales que impedían una protección homogénea. Llegaron a ser más de diez, y en algún caso sirvieron para privilegiar a unos sectores respecto a otros, de modo que los trabajadores del régimen general financiaban a los especiales para evitar así gravar, por ejemplo, pero no solamente, a los empresarios agrícolas. Siguió siendo, en cierta forma, un modelo “profesionalista” de seguridad social, que continuó prestando niveles asistenciales muy diferentes en función de colectivos, clases sociales y de la estrategia política de la dictadura. De hecho, no existió una única red asistencial.

b) La unidad de contingencias en materia sanitaria no se llevó a cabo, de tal forma que las prestaciones fueron diversas en función de la causa que las generase, por ejemplo, se privilegiaba el accidente de trabajo y la enfermedad profesional sobre la común. De nuevo, pero trascurridas más de dos décadas, el propósito principal de la atención sanitaria era devolver al trabajador al espacio laboral.

c) Los trabajadores continuaron financiando su propia protección social a base de cotizaciones y sin apenas apoyo de los presupuestos generales. La estructura propuesta por la ley de bases permaneció como un sistema de seguros sociales contributivo en el que el Estado renunciaba a cualquier actitud redistributiva; las transferencias del Estado a la seguridad social llegaron al 0,43% del PIB en 1975 en crecimiento desde el 0,21% de 1967, pero muy lejos del 12,1% de la media OCDE; y la gestión pública continuó siendo solamente parcial. Con un gasto insuficiente, aunque creciente, se mantuvo un modelo de baja cobertura.

d) Quienes no eran trabajadores cotizantes, dependientes de éstos o pensionistas, quedaban fuera del sistema.

e) Si el presupuesto del Estado no financió el sistema de seguridad social, se dio la paradoja de que el sistema de cotizaciones, que acumuló cierto superávit como consecuencia de la estructura demográfica, fue utilizado por la dictadura para financiar obras y proyectos ajenos al sistema de protección; la dictadura utilizaba el ahorro de los trabajadores para desviarlo al INI, a financiar infraestructuras, e incluso como pasivo bancario.

f) El sistema tarifado de cotizaciones no se actualizaba conforme a los salarios por una utilización política del modelo que, en un contexto de gasto social creciente, contribuyó a su descapitalización (Pons y Vilar, 2014: 226-232 Moreno Fernández, 2007; García Padilla, 1990; Comín, 1996: 45-48 y 2007a: 668-670; Moreno y Sarasa, 1992: 16; Guillén, 2000: 125-126, 134-135, 166, 173).

La dictadura, que apenas había evolucionado el modelo de previsión heredado de etapas anteriores, no abordó una modernización real del sistema. Como sucedería también en democracia, no se acometió el reto de sustituir las estructuras vigentes por otras nuevas, tan solo se remozaron. De hecho, autores como Guillén o Pons apuntan a un claro “principio de continuidad en materia de asistencia sanitaria” entre el modelo SOE y el nuevo por la ausencia de novedades y alguna regresión como el pago farmacéutico por el asegurado. Hasta la ley 24/1972 beneficiaba a los pensionistas y trabajadores por cuenta ajena por debajo de un determinado nivel de renta. Esta afirmación puede resultar controvertida porque se suele señalar que la ley de 1967 incorporó a todos los trabajadores, pero no fue exactamente así, porque como muestran

Pons y Vilar (2014: 234) se excluyó a ingenieros y licenciados. Solo a partir de 1972 se integró a la totalidad de los trabajadores por cuenta ajena, eliminando por tanto la condición de debilidad económica. En buena parte de la Europa occidental la inclusión en el sistema de todos los asalariados junto a sus familias y sin discriminaciones era una asignatura superada desde los años cuarenta (Guillén, 2000: 142).

En el nuevo modelo sanitario tecnocrático proliferaron construcciones sanitarias megalómanas y urbanas, a veces con tintes simbólicos y conmemorativos. Esos grandes edificios hospitalarios, ambulatorios y residencias de la Seguridad Social proporcionaban réditos políticos en unas ciudades cada vez más pobladas. Pero uno de los grandes problemas de aquella sanidad es que descuidó la atención básica (Infante, 2016). El eje de la actuación asistencial fue el hospital, lo que provocó disfunciones serias para el tratamiento de patologías menores o en fase de diagnóstico, derivó en un “centralismo sanitario”, y acentuó la persistencia de un modelo sanitario curativo despreocupado por la prevención (Guillén, 2000: 171-172; González, 2012: 134). La brecha entre zonas urbanas y rurales que en 1963 apuntaba a que sólo el 4% de los trabajadores del régimen agrario utilizaba las instalaciones hospitalarias, frente al 9,5% de los cotizantes por la rama general, no se puso en vías de solución (Pons y Vilar, 2014: 258).

Utilizando datos estadísticos de Comín y Díaz (2005: 946) el gasto en salud de la dictadura entre 1945 y 1970 apenas se incrementó en 0,5% en relación al presupuesto, pasando del 0,87% al 1,32%; pero es que en 1933 era del 0,71% sobre los gastos totales del Estado. En 1975 ya fue el 4,7% del presupuesto, equivalente al 3,6% del PIB frente a una media OCDE del 5,1% (Guillén, 2000: 142). En 1968 España no alcanzaba siquiera las 4,5 camas hospitalarias por cada mil habitantes. Portugal llegaba casi a las 6, Grecia a 5,5, Francia disponía de 11 y Alemania 12 (Pons y Vilar, 2014: 237). Y por supuesto no desaparecieron los problemas de coordinación y un policentrismo ineficaz que provocaba que la administración pública sanitaria se repartiese, a nivel nacional, entre 52 organismos diferentes en 15 ministerios (Guillén, 2000: 191). Y eso por no hablar de los recelos de la profesión médica, siempre alerta ante una posible pérdida de estatus derivada de la reducción de su actividad privada. No existía pues, en la práctica, algo parecido a la cobertura sanitaria universal, pues se cubrían situaciones laborales concretas ni, por descontado, el derecho a la salud.

El resultado de la puesta en marcha de la Seguridad Social fue un remedo de lo existente. No se logró un sistema unificado, como evidencian los regímenes especiales. No se mejoró la financiación, que siguió dependiendo de unas

cotizaciones respaldadas por unos sueldos que crecían por debajo de la productividad del país; y de esa infrafinanciación, lógicamente, se derivaron unas prestaciones que continuaron siendo insuficientes y desiguales. Y el régimen agrario, que apenas aportaba un tercio de sus gastos, sobrevivió en medio del fraude, baja cotización, pérdida de cotizantes, discriminación de los eventuales y unos patronos reticentes, gracias a trasvases autorizados por el Estado desde el régimen general.

Pero el análisis no puede perder de vista otra cuestión básica: los avances sociales en la Europa de posguerra fueron el resultado de un pacto social y fiscal imposible en España por incompatible con la supervivencia del régimen político (Moreno Fernández, 2001 y 2007; Moreno y Sarasa, 1992). En España los sucesivos acuerdos que alumbraron una seguridad social con vocación universal, redistributiva, unificada y financiada con el apoyo de los presupuestos generales solo llegarían con la democratización del sistema político.

Tras cuatro décadas de gobierno sin limitaciones el gran "éxito" de la dictadura en materia asistencial fue que aproximadamente el 81% de la población española, en mayor o menor medida, estaba cubierta por el sistema sanitario semi-público con menos de un 5% de aportación estatal (Martínez Quinteiro, 2008: 125-160). El régimen general cubría al 61,7% de la población en 1975 (Pons y Vilar, 2014: 234). Su legado a la democracia fue un sistema confuso, poco transparente e infrafinanciado que hubo que refundar, eso sí, con más problemas y limitaciones de los que la memoria colectiva suele admitir o recordar.

Otros aspectos de lo que actualmente podríamos considerar una asistencia social básica, adolecieron de un tratamiento igualmente deficiente. Durante el primer franquismo, la dictadura se negó a reconocer en la práctica la existencia de un problema de desempleo, al menos hasta el 24 de julio de 1961 (BOE 175 p. 11.007). La promoción de la estabilidad en el empleo, las indemnizaciones por despido, la emigración, la obra pública y medidas igualmente limitadas como coberturas especiales a trabajadores afectados por incorporación de tecnología o falta de energía eléctrica, fueron los remedios habituales en un contexto político instalado en las tesis liberales de que las prestaciones a los desempleados solo servían como estimulantes de la vagancia. En aquella fecha, y mediante la ley 62/61, se puso en marcha el Seguro Nacional de Desempleo, el primero de estas características para la dictadura. Tuvo un carácter netamente contributivo, y resultó excesivamente discriminatorio para muchos trabajadores. Por ejemplo, había que estar incorporado a los seguros obligatorios unificados entre los que estaban enfermedad y vejez, lo que ya suponía una discriminación para los asalariados que sobrepasasen los niveles mínimos, y excluía a los trabajadores eventuales en actividades agropecua-

rias, del mar, temporeros y trabajadores a domicilio. El seguro, financiado por cotizaciones de patronos y trabajadores en una proporción de 75-25 y una aportación del Estado que decidía el gobierno en función de la salud del seguro, daba derecho a 6 meses de prestaciones por el 75% del salario base cotizado y un periodo de carencia de 12 para poder volver a disfrutarlo, siempre y cuando sumasen una situación de desempleo verificable a través de su inscripción en una oficina de colocación, y que hubieran estado afiliados al seguro durante un periodo mínimo de 6 meses en los últimos 18 (contaba el periodo de prestación como afiliación).

El gasto en desempleo en 1972 apenas llegaba al 2,3% de todo el gasto social, pero en 1976 ya había alcanzado el 5,7%. ¿Cuál fue la tasa de cobertura? Calculada sobre el total de población activa en paro, la protección media entre 1970-1976 fue de aproximadamente el 30%; aunque entre 1973 y 1974 sólo 1 de cada 5 parados recibía prestaciones económicas. El modelo franquista, al que la transición daría continuidad, se caracterizaba, según Desdentado y Cruz, por una baja tasa de cobertura lograda a partir de requisitos de acceso altos, que resultó soportable debido a las relativamente moderadas tasas de desempleo. Eso supuso que, si entre 1975 y 1981 la media de desempleados con subsidio mejoró hasta el 36,6% en un contexto creciente de paro (que pasó de menos del 3% en 1974 a más del 14% en 1981 o más del 21% cuatro años después), eran muchos más los parados que quedaban sin protección con independencia de que en 1981 hubiera nueve veces más subsidiados por desempleo que en 1974. Todavía en 1983 España apenas lograba cubrir con prestaciones a uno de cada tres desempleados inscritos, aunque algunos autores hablan de una tasa de cobertura del 20%. En 1988 la exigencia sindical era proteger por desempleo a la mitad del colectivo, cuando en Europa la media era del 60% (Desdentado y Cruz, 1982: 317-318; Gálvez, 2010: 251-284; Comín y Díaz, 2005: 890; Comín, 2007a: 671-673; Cayuela, 2014: 249; Rodríguez Cabrero, 1989: 84 y 1993: 190; Moreno y Sarasa, 1992: 18-22; Guillén, 2000: 186). Tras la restrictiva Ley Básica del Empleo de 1980 las constantes reformas de las prestaciones por desempleo se han dirigido, preferentemente, hacia el reforzamiento de la parte asistencial y no contributiva del sistema (Tortuero, 2003: 38).

En cuanto a las pensiones por abandono de la vida laboral activa como consecuencia de la "invalidez" generada por la edad, la dictadura remozó el viejo retiro obrero en 1939 y lo convirtió en subsidio de vejez. En 1947 se transformó en Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), exigiendo tiempo mínimo de cotización e incompatibilidad con prestaciones similares. Continuó siendo un seguro obligatorio para trabajadores asalariados con ingresos por

debajo de un determinado umbral que se situó en 9.000 pesetas anuales. Inicialmente se financió con cuotas empresariales (3% del salario), incorporándose los trabajadores al sostenimiento del seguro en 1955. La aportación del trabajador se fijó en el 1% de su salario, mientras que los empleadores colaboraban con otro 5% adicional. El seguro funcionaba mediante un sistema de reparto y el INP actuaba como gestor. Como señala Campos Egozcue, las prestaciones fueron precarias, por debajo de cualquier límite de subsistencia y permaneciendo “importantes rasgos benéficos”. Hasta 1948 la prestación más habitual fueron las famosas 3 pesetas fijas diarias que en modo alguno aseguraban la supervivencia de los asegurados. En 1962 las pensiones más corrientes eran de unas 400 pesetas, muy lejos por tanto de las 1.800 que se fijaron como primer salario mínimo interprofesional en España en 1963. Y en 1971 la pensión media estaba en 2.350 pesetas al mes (aunque unos 300.000 cobraban menos de 1.000 pesetas y sólo 80.000 más de 4.000 pesetas) habiéndose fijado el salario mínimo para ese año en 4.080 pesetas (Campos, 1996: 242, 244, 246-247). El gasto en pensiones de vejez constituyó la mayor parte del dispendio social dictatorial, suponiendo entre el 28% y el 35% entre 1972 y 1976, algo lógico teniendo en cuenta que se pasó de 400.000 pensionistas en 1960 a 3,05 millones en 1973 (Comín, 2007a: 671) pero resultaba una protección insuficiente para revertir la tradicional relación entre ancianidad y pobreza.

Los trabajos de Comín aquí citados muestran cómo la descapitalización del sistema a partir de unas bases tarifadas no actualizadas, cuestión a la que ya se aludió, coincidió con la expansión del gasto social, especialmente en pensiones. Entre 1971 y 1975 la dictadura reaccionó ante la problemática de los ancianos flexibilizando el acceso a las pensiones y utilizando, por ejemplo, discrecionalmente las de invalidez como parte de la política de empleo. Adicionalmente revalorizó las cuantías de un sistema que tenía carácter contributivo, y todo ello sin suficiente respaldo financiero. Aquellas decisiones no solo pusieron en riesgo el sistema, sino que beneficiaron a algunas cohortes de perceptores en relación a sus cotizaciones (ver también Campos, 1996: 252). La Ley de Financiación y Perfeccionamiento del Régimen General de la Seguridad Social de 1972 se promulgó para la adecuación paulatina de las bases tarifadas a los salarios reales, proceso que culminaría casi al final de la década.

Las viudas de los asegurados fueron incorporadas al sistema a partir de 1955. Para ello tendrían que demostrar impedimento para el trabajo o tener más de 65 años, no tener derecho a pensión, y haber contraído matrimonio con el asegurado al menos diez años antes de la fecha de su fallecimiento. En el caso de mediar separación “sólo se concederá la prestación cuando no se

hubiese producido por culpa de la mujer”, rezaba el decreto ley de 2 de septiembre complicando la percepción y elevando el nivel de la discriminación de género hasta alcanzar el terreno de la supervivencia. Si anteriormente reparamos en la cuantía miserable de las prestaciones por jubilación o invalidez, las que se reconocieron por viudedad se fijaron en la mitad, lo que situaba a esas mujeres en una situación de extrema vulnerabilidad. No fue, sin embargo, la única discriminación contra la mujer que podemos identificar. Como es conocido, hasta 1961 muchas ordenanzas y reglamentaciones recogían cláusulas de excedencia forzosa para las mujeres que contraían matrimonio y, por ejemplo, los hombres con esposas trabajadoras quedaban expulsados del régimen de subsidios familiares. Restricciones a las que habría que sumar la que padecieron, hasta 1959, las mujeres que deseaban inscribirse en las listas oficiales de desempleo. Según Gálvez, sólo tenían derecho a inscribirse en los archivos del paro aquellas mujeres casadas pero separadas de su marido por sentencia firme, prisión, condena o ausencia del esposo, o en el caso de que éste estuviera impedido; las solteras sin medio de vida familiar o en posesión de algún título, estudio u oficio cualificado; y, finalmente, la mujer cabeza de familia sin ingresos y sin hijos en edad de procurar al hogar el equivalente al jornal medio de la localidad (Gálvez, 2010: 269-272).

4. ¿Y la transición qué? Coda final

Un elemento esencial en las transformaciones que señalaremos a continuación es la Constitución de 1978 que, entre sus “principios rectores de la política social y económica” impuso a los poderes públicos la obligación de mantener un “régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”. Con este artículo 41 se relacionan otros que, como el 43, el 49 o el 50, reconocen el derecho a la protección de la salud, de la vejez o la discapacidad. La referencia a “todos los ciudadanos” y la introducción del matiz “ante situaciones de necesidad” dejaba abierta la posibilidad al legislador, por vez primera, a la protección universal permitiendo que los ciudadanos pudiesen recibir prestaciones públicas con independencia de su contribución al sistema de seguridad social.

La influencia de textos constitucionales como el italiano (1947), de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el convenio 102 de la OIT, o la Carta Social Europa (1961), son evidentes y conocidas, como también lo es el deseo de emular a las democracias sociales europeas. Este avance decisivo hacia el bienestar fue un elemento capital para la legitimación del cambio político, y un inmejorable aval respecto a su vocación modernizadora.

Pero como señalábamos al inicio de nuestro trabajo, la constitucionalización de los derechos sociales (bajo la peculiar fórmula de “principios rectores”) fue también el resultado de la articulación de un amplio movimiento ciudadano para el que la transformación civil y política del país debía acompañarse de un sistema de acceso universal e igualitario a un paquete de recursos básicos de protección social. Y lo que es igual de importante, con un control democrático y ciudadano sobre esos recursos y su distribución (Herrera, 2011; González, 2012; Benedicto, 2006).

El estado de bienestar que comienza a desarrollarse durante la transición fue así el resultado de la confluencia de las aspiraciones de políticos y de ciudadanos o, como señala Rodríguez Cabrero (2013: 149) una “reforma social democrática bajo el esquema del modelo general de pacto keynesiano”; pero cuyo primer eslabón no fue la Constitución, sino los Pactos de la Moncloa, que pusieron las bases para la financiación del gasto social con la creación de un sistema fiscal progresivo, y el primer boceto de un Estado “redistribuidor” a tenor de los compromisos que adquiriría en relación a la financiación presupuestaria de la seguridad social o el desempleo. Entre 1977 y 1992 el peso de las cotizaciones en el gasto social descendió, según datos de Comín, un 25%. Todo ello en un escenario de recesión económica global que supuso el inicio del cuestionamiento de los estados de bienestar, y lastró el arranque del español.

La transición comenzó con un INP absolutamente desprestigiado por su identificación con la política asistencial de la dictadura (Pons y Vilar, 2014: 294-295). Su desaparición en 1978, antes de promulgarse la Constitución, implicó modificaciones importantes que racionalizaron la estructura de la seguridad social con la creación del INSALUD, el INSERSO o el INSS, y se pusieron las bases del futuro ministerio de Sanidad y Seguridad Social. La dictadura había gobernado el país durante treinta y seis años sin un ministerio de sanidad, lo que nos invita a reflexionar sobre “la particular concepción de la sanidad” franquista, apenas dirigida hacia la reparación de la salud “de los trabajadores incapacitados (...) para la producción” y “muy lejos del concepto de salud integral y del derecho a ella que tienen los ciudadanos” (Benjumea, 1990: 449; Guillén, 2000: 57).

En materia sanitaria el presidente Suárez llegó a necesitar, durante 6 años de gobierno, de 5 ministros del ramo diferentes, pero no sacó adelante una ley de reforma. La falta de entendimiento político y los intereses creados de carácter privado en materia sanitaria retrasaron la primera ley de sanidad de la democracia hasta 1986. Desde mediados de los setenta había arraigado la idea de que la sanidad era un asunto político y en absoluto técnico. La izquierda política y sindical defendió un sistema nacional de salud y otras prestaciones

con carácter universal, unificado y con financiación del Estado. UCD, AP y sectores profesionales médicos y de negocio, apostaron, en el caso de la sanidad, por un sistema de seguros sociales financiado a través de la Seguridad Social, pero con una participación estatal marginal y que obligaba a una gestión a base de conciertos público-privados (Pons y Vilar, 2014: 299; 307-310; Vilar y Pons, 2018). Otra razón del retraso fue la existencia de un sistema de gran tamaño que ya proveía de servicios a muchos ciudadanos, lo que parece que aconsejó prudencia y sobre todo relajó las urgencias. De esta forma, el modelo que llega a 1986 es continuista del franquismo, aunque lo haga con más gasto, mejores servicios y una cobertura ampliada, pero sin concretar “el paso decisivo hacia el establecimiento de un modelo universalista” (Guillén, 2000: 200, 193).

Fue durante la primera legislatura del PSOE cuando se empezó a crear un modelo de cobertura universal, gestión pública y financiado con impuestos, a imagen y semejanza de otros países europeos para cumplir con el artículo 43 de la Constitución. Precisamente cuando, con el auge del llamado neoliberalismo, se empezaba a cuestionar su viabilidad en la vieja Europa. En 1982 casi el 14,4% de la población estaba todavía excluida del sistema. El punto de partida fue la Ley General de Sanidad aprobada, con no poca oposición profesional y política por su carácter estatalizador, siendo el responsable ministerial Ernest Lluch (Giménez, 2016: 131-147). Y hay que hablar de punto de partida porque aquella norma planteaba sus grandes objetivos (universalización, equidad, descentralización, financiación a través de los ingresos del Estado, etc.) a medio plazo. Por eso, y por las dificultades financieras, las presiones de los lobbies, y la ambigüedad de algunas decisiones para encarar el nuevo modelo, algunas herencias del sistema anterior no desaparecieron y continuaron vigentes los regímenes especiales para colectivos especiales (entre 1977 y 1981 se crearon los destinados a diputados, futbolistas, religiosos o toreros, además de Muface), de la misma forma que el recurso al concierto con la sanidad privada continuó siendo una práctica frecuente (Guillén, 2000: 183-186).

Según Comín (2008: 163), y puesto que la Constitución en su artículo 41 no define un tipo de seguridad social, en España se terminó creando un sistema mixto por superposición de tres: a) un modelo contributivo público heredado del modelo de seguros sociales franquistas; b) un modelo asistencial público surgido del mandato constitucional de cobertura universal y superador de la beneficencia; c) un modelo complementario privado. Lo cierto es que ni UCD primero, ni después el PSOE, sacaron adelante un sistema de bienestar propio, en parte por el peso de las estructuras que heredaban, el modelo económico pactado y el avance neoliberal en Europa (Pan-Montojo, 2002: 246).

Aunque la Constitución creó un marco normativo sostenido sobre la universalidad de las prestaciones, el sistema nacional de salud incorporó teóricamente al 100% de la población en 1990 y tras la aprobación del RD 1088/89. Solo entonces desaparecieron, o comenzaron a desaparecer, las viejas instituciones benéfico-caritativas de ayuntamientos y diputaciones, y parados, autónomos y jóvenes sin trabajo se incorporaron sin restricciones al sistema. La financiación sanitaria completa por los presupuestos del Estado se lograría a finales de la década de los noventa.

Otros aspectos de la seguridad social avanzaron decisivamente durante la etapa socialista como consecuencia de la mayor demanda de protección social por la crisis y la utilización de la política social como elemento de legitimación democrática y de la propia acción del gobierno. La reforma unilateral y sin consenso por la ley 26/1985 disgustó a los sindicatos, esencialmente por el endurecimiento del acceso a las prestaciones contributivas como la jubilación para la prevención del fraude. Se cortaba aquí la fase expansiva que había abierto la dictadura: España empezaba a dejar de repartir justo cuando empezaba a crecer económicamente (Campos, 1996: 252-254). Pero gracias a la presión sindical el RDL 3/89 de 31 de marzo, equiparó temporalmente las pensiones al salario mínimo³, y con la ley 26/1990 la protección asistencial fue reconocida como un derecho para los ciudadanos. Hasta esa fecha no se pusieron en marcha las prestaciones no contributivas y los complementos de mínimos de la seguridad social para atender situaciones de pobreza y marginación. Por esa ley 26/90 de 20 de diciembre se reconoció el derecho subjetivo a percibir pensiones de jubilación, invalidez o por hijos con independencia de lo cotizado. Dejó de ser necesario haber sido trabajador afiliado, bastaba con ser ciudadano. El requisito de cotizante fue definitivamente removido por el de residente (Comín, 2008: 167-168, 171-173). Probablemente es ahí, en ese punto, donde se puede empezar a hablar de ciudadanía social y estado de bienestar en España. Habían transcurrido casi tres lustros desde la muerte del dictador, pero se empezaba a materializar la aspiración constitucional por la que la protección del Estado debía alcanzar a cualquier ciudadano en situación de necesidad.

En cierta forma tienen razón Sarasa y Moreno cuando señalan que la gran política de bienestar de la democracia fue la universalización de las prestacio-

³ En 1987 la pensión media por jubilación era “solo” un 8% inferior al salario mínimo interprofesional; pero la pensión media de viudedad estaba un 47% por debajo de la misma referencia. En relación a la pensión media por jubilación, las de viudedad eran un 42,5% inferiores, lo que significa que en 1987 las viudas no estaban muy lejos de donde las dejó la dictadura (Moreno y Sarasa, 1992: 23).

nes existentes (Sarasa y Moreno, 1992: 24; Pan Montojo, 2002: 249). Como en otros muchos aspectos ni la transición ni la democracia realizaron una reestructuración real, seria y efectiva de las políticas y servicios sociales del pasado. Pero si la gran aportación de la transición y la democracia fue “el impulso universalizador de los sistemas de protección social” entonces se podrían tomar en consideración las afirmaciones que señalan que “la transición no hará más que reforzar y expandir un proceso previo generado por el franquismo tardío” (Rodríguez Cabrero, 1993: 189).

Si miramos al periodo dictatorial éste dio continuidad a la cultura de previsión social inaugurada en la Restauración, prolongada a su vez por la dictadura de Primo de Rivera y la II República. Durante su primera etapa es muy evidente que la dictadura se limitó a decretar la obligatoriedad de las coberturas mínimas en materia sanitaria para parte de los trabajadores pobres. Un paso importante, sin duda, porque la enfermedad era, y es, una de las contingencias más frecuentes. Y si realizamos, con Guillén (2000: 208), una mirada global y completa al sistema no es difícil concluir que ese sistema de seguros para pobres, evolucionado hacia la obligatoriedad, determinó los rasgos característicos del sistema de previsión social español durante mucho tiempo. De hecho, periodo tras periodo, régimen tras régimen, no acabó de decretarse la obsolescencia de lo anterior y el alumbramiento de una nueva estructura protectora y moderna. El camino hacia la universalidad de prestaciones y el desarrollo de la no contributividad se transitó de forma lenta, por la vía de la continuidad y arrastrando rémoras del pasado.

El modelo de seguridad social franquista desarrollado desde 1967 planteó teóricamente los beneficios de la universalidad, la unificación de la gestión, las prestaciones, y las contingencias, además de la implicación financiera del Estado. En la práctica se demostraron más como una aspiración. Porque, aunque no faltan, quizá con razón, quienes ven aquel modelo como una pasarela desde el Estado Providencia hacia el Estado de Bienestar, no es menos cierto que, en realidad, los avances fueron modestos. No hubo nada parecido a una sanidad pública, aunque solo fuera porque ni siquiera las escasas camas disponibles eran de propiedad estatal; no hubo gestión pública, sino compartida y descoordinada con las mutuas y otras entidades colaboradoras; nunca hubo prestaciones universales, permaneciendo el trabajador en el centro de la cobertura mientras se excluían o marginaban a otros colectivos; tampoco hubo equidad en las prestaciones, que quedaron marcadas por la procedencia profesional y social de los beneficiarios; y, por supuesto, la implicación financiera del estado no alcanzó nivel alguno de suficiencia.

La historia de la protección sanitaria, y del resto de coberturas básicas, es la de un lento y progresivo tránsito hacia la universalización y la no contributividad por la vía de una evidente continuidad que, ante las transformaciones de la sociedad, sus nuevas demandas y necesidades, implementó reformas que nunca implicaron la impugnación del modelo anterior y el desarrollo de uno nuevo. Resulta así del todo lógico y normal que muchos ciudadanos, con independencia de sus intenciones, atribuyan a la dictadura la paternidad del sistema de bienestar. Un sistema que, pese a sus graves imperfecciones, es el mejor que hemos sabido crear y sobre el que no deberían gravitar más dudas que las referidas a su reforzamiento.

Bibliografía

- ANCHÚSTEGUI IGARTUA, Esteban (2012). Republicanismo político y ciudadanía social. *Araucaria*, 27, 62-77.
- BENEDICTO MILLÁN, Jorge Alberto (2006). La construcción de la ciudadanía democrática en España, 1977-2004. *REIS*, 114, 103-136.
- BENJUMEA PINO, Pedro (1990). Sanidad y Desempleo. En ÁLVAREZ JUNCO, José (ed.). *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión* (449-472). Madrid: Ministerio de Trabajo.
- BERNABEU MESTRE, Josep (2002). Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo. *Revista de Demografía Histórica*, 20, 123-143.
- BERNAL GARCÍA, Francisco (2010). *El sindicalismo vertical*. Madrid: AHC-CEPC.
- BETRÁN ABADÍA, Ramón (2002). De aquellos barro, estos lodos: la política de vivienda en la España franquista y postfranquista. *Acciones e investigaciones sociales*, 16, 25-67.
- CABRERA ACOSTA, Miguel Ángel (2013). Del reformismo social a la ciudadanía social en España. En CABRERA ACOSTA, Miguel Ángel (ed.). *La ciudadanía social en España. Los orígenes históricos* (9-22). Cantabria: Universidad de Cantabria.
- CAMPOS EGOZCUE, Begoña (1996). La construcción de una política social de vejez en España: del franquismo a la normalización democrática. *REIS*, 73, 239-263.
- CARASA SOTO, Pedro (1997). La Revolución Nacional-Asistencial durante el primer franquismo (1936-1940). *Historia Contemporánea*, 16, 37-47.
- CAYUELA SÁNCHEZ, Salvador (2014). *Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco*. Madrid: FCE.
- CENARRO LAGUNAS, Ángela (2017). Maternidad en el primer franquismo: pervivencia y revisión del Seguro Obligatorio de Maternidad (1938-1942). En GONZÁLEZ MADRID, Damián A.; ORTIZ HERAS, Manuel; PÉREZ GARZÓN, Juan Sisinio (eds.). *La Historia, Lost in Translation? Actas del XIII Congreso de la AHC* (2.753-2.764). Cuenca: UCLM.

- COMÍN COMÍN, Francisco (1996). Las formas históricas del Estado de bienestar: el caso español". En *Dilemas del Estado de bienestar* (29-58). Madrid: Fundación Argentaria.
- COMÍN COMÍN, Francisco (2007a). Las fases históricas de la Seguridad Social en la España del siglo XX. En TORTUERO PLAZA, José Luis (dir.). *Cien años de protección social en España* (641-694). Madrid: Ministerio de Trabajo.
- COMÍN COMÍN, Francisco (2007b). El surgimiento y desarrollo del Estado del Bienestar (1883-1990). En SALORT I VIVES, Salvador y MUÑOZ HAEDO, Ramiro (eds.) *El Estado del Bienestar en la encrucijada* (67-128). Alicante: Universidad de Alicante.
- COMÍN COMÍN, Francisco (2008). La protección social en la democracia, 1977-2008. En CASTILLO, Santiago (dir.). *Solidaridad, seguridad, bienestar. Cien años de protección social en España* (161-200). Madrid: Ministerio de Trabajo.
- COMÍN COMÍN, Francisco; DÍAZ FUENTES, Daniel (2005). Sector público administrativo y estado del bienestar. En CARRERAS, Albert; TAFUNELL, Xavier (dirs.) *Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX* (873-964). Madrid: BBVA.
- DE LA CALLE VELASCO, Dolores (2008). Mutualidades laborales en el régimen de Franco (1-20). En *Congreso de la Asociación Española de Historia Económica*. Murcia.
- DESDENTADO BONETE, Aurelio; CRUZ ROCHE, Ignacio (1982). Las prestaciones de desempleo ante la crisis. *Papeles de Economía Española*, 12-13, 317-334.
- DIVASSÓN MENDIVIL, Blanca (2013). El origen histórico de los derechos sociales en España. En CABRERA ACOSTA, Miguel Ángel (ed.). *La ciudadanía social en España. Los orígenes históricos* (231-256). Cantabria: Universidad de Cantabria.
- FREEDEN, Michael (2013). El advenimiento del Estado del Bienestar. En BALL, Terence; BELLAMY, Richard (eds.). *Historia del pensamiento político del siglo XX* (13-52). Madrid: Akal.
- FREJEIRO VARELA, Marcos (2005). Ciudadanía, derechos y bienestar: un análisis del modelo de ciudadanía de T. H. Marshall. *Universitas*, 2, 63-100.
- GÁLVEZ MUÑOZ, Lina (2010). Paro sin seguro de desempleo: la lucha contra la desocupación durante el primer franquismo (1939-1961). *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, 4, 251-284.
- GARCÍA PADILLA, Margarita (1990). Historia de la acción social: seguridad social y asistencia (1939-1975). En ÁLVAREZ JUNCO, José (ed.). *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión* (397-448). Madrid: Ministerio de Trabajo.
- GIMÉNEZ MUÑOZ, M^a Carmen (2016). La política sanitaria socialista durante el periodo de Ernest Lluch (1982-1986). *Historia del Presente*, 27, 131-147.
- GONZÁLEZ MADRID, Damián A. (2012). Ciudadanía y democracia en el mundo rural manchego, 1977-1979. *Alcores*, 14, 117-138.
- GONZÁLEZ MADRID, Damián A.; ORTIZ HERAS, Manuel (2017). La dictadura de la miseria. Políticas sociales y actitudes de los españoles en el primer franquismo. *Historia Social*, 88, 25-46.

- GONZÁLEZ MURILLO, Pedro (1998a). *La política social franquista: el Ministerio de José Antonio Girón de Velasco*. Madrid: UCM. Tesis doctoral inédita [en línea].
- GONZÁLEZ MURILLO, Pedro (1998b). El control del desempleo durante el primer franquismo a través del Servicio Nacional de Encuadramiento y Colocación y la Obra Sindical de Lucha contra el Paro. *Aportes*, 36, 100-117.
- GONZÁLEZ MURILLO, Pedro (2005). La política social del franquismo: el SOE. *Aportes*, 57, 62-76.
- GUILLÉN RODRÍGUEZ, Ana (2000). *La construcción política del sistema sanitario español: de la postguerra a la democracia*. Madrid: ExLibris.
- HERRERA GONZÁLEZ DE MOLINA, Antonio (2001). Los procesos de democratización durante la transición española. Viejos debates, nuevas propuestas. *Historia Social*, 71, 161-179.
- INFANTE, Alberto (2016). *Constantes vitales*. Madrid: Vitruvio.
- LANERO TÁBOAS, D. (2007). La extensión de los seguros agrarios en el mundo rural gallego. Entre el clientelismo político y los ecos del "estado del bienestar", 1940-1966. *Historia del Presente*, 9, 149-162.
- LANERO TÁBOAS, Daniel (2011). *Historia dun ermo asociativo. Labregos, sindicatos verticais e políticas agrarias en Galicia baixo o franquismo*. A Coruña: tresCtres.
- LANERO TÁBOAS, Daniel (2013b). Las políticas sociales del franquismo: las obras sindicales. En DEL ARCO BLANCO, Miguel Á. (et. al. eds.). *No sólo miedo. Las actitudes políticas y opinión popular bajo la dictadura franquista, 1936-77* (127-142). Granada: Comares.
- MARTÍNEZ QUINTEIRO, Esther (2008). El INP, 1962-1977. El nacimiento de la Seguridad Social. En CASTILLO, Santiago (dir.). *Solidaridad, seguridad y bienestar. Cien años de protección social en España* (125-160). Madrid: Ministerio de Trabajo.
- MOLINERO, Carme (2005). *La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista*. Madrid: Cátedra.
- MORENO FERNÁNDEZ, Luis (2001). La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers. Revista de sociología*, 63-64, 67-82.
- MORENO FERNÁNDEZ, Luis (2007). Europa Social, bienestar en España y la 'malla de seguridad'. En ESPINA MONTERO, Álvaro (coord.). *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea* (445-511). Madrid: Fundación Carolina/Siglo XXI.
- MORENO FERNÁNDEZ, Luis; SARASA URDIOLA, Sebastián (1992). Génesis y desarrollo del Estado de Bienestar en España. *Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Documento de Trabajo 92-13*, 1-36.
- ORTIZ HERAS, Manuel; GONZÁLEZ MADRID, Damián A. (2016). Las políticas sociales en la España del siglo XX. De la dictadura franquista a la transición. En PORRAS GALLO, María Isabel (ed.). *La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas* (127-148). Madrid: La Catarata.
- PAN-MONTOJO GONZÁLEZ, Juan (2002). Política y gasto social en la transición, 1975-1982. *Hacienda Pública Española. Monografía*, 229-252.

- PÉREZ LEDESMA, Manuel (2000a). Ciudadanos y ciudadanía. Un análisis introductorio. En PÉREZ LEDESMA, Manuel (comp.). *Ciudadanía y democracia* (1-36). Madrid: Editorial Pablo Iglesias.
- PÉREZ LEDESMA, Manuel (2000b). La conquista de la ciudadanía política: el continente europeo. En PÉREZ LEDESMA, Manuel (comp.). *Ciudadanía y democracia* (115-158). Madrid: Editorial Pablo Iglesias.
- PONS PONS, Jeronia (2010). El Seguro Obligatorio de Enfermedad: la gestión de las entidades colaboradoras, 1942-1963. *Revista de Historia de la Economía y la Empresa*, 4, 227-248.
- PONS PONS, Jeronia (2011). La gestión patronal del seguro obligatorio de accidentes de trabajo durante el franquismo, 1940-1975. *Revista de Historia Industrial*, 45, 109-143.
- PONS PONS, Jeronia; VILAR RODRÍGUEZ, Margarita (2014). *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: PUZ.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (1989). Orígenes y evolución del Estado del Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general. *Política y Sociedad*, 2, 79-87.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (1993). La política social en España: realidades y tendencias. En MUÑOZ DE BUSTILLO, Rafael (ed.). *Crisis y futuro del Estado del Bienestar* (183-203). Madrid: Alianza.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2013). El Estado del bienestar en España (1982-1996): entre la universalización y la reestructuración. En MATEOS, Abdón (coord.). *Historia de la época socialista. España 1982-1996* (147-165). Madrid, Sílex.
- TORTUERO PLAZA, José Luis (2003). La evolución de la SS (1978-1995): el inicio de la modernización del sistema en clave continuista. *Revista del Ministerio de Trabajo*, 44, 33-50.
- VILAR RODRÍGUEZ, Margarita; PONS PONS, Jeronia (2015). La cobertura social de los trabajadores del campo español durante la dictadura franquista. *Historia Agraria*, 66, 177-210.
- VILAR RODRÍGUEZ, Margarita; PONS PONS, Jeronia (2018). El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición a la Ley General de Sanidad (1975-1986). *Historia y Política*, 39, 261-290.