

La configuración histórica del sistema hospitalario público y privado en España desde una perspectiva territorial: un estudio a través del caso gallego

The historical configuration of the public and private hospital system in Spain from a territorial perspective: The case of Galicia

Daniel Peñín-Agra^{1,a} , Margarita Vilar-Rodríguez^{1,b} 

¹ Departamento de Economía, Universidade de A Coruña, Campus de Elviña, s/n, 15071, A Coruña, Campus de Elviña, s/n, 15071, A Coruña, España

 adaniel.penin@udc.es

 bmvilar@udc.es

Recibido: 12/05/2023; Aceptado: 15/09/2023

Resumen

Los hospitales se han convertido hoy en día en espacios estratégicos de investigación científica, formación médica y atención clínica, a la vez que en ejes centrales de nuestro sistema de salud y de nuestro estado del bienestar. Partiendo de esta idea, este trabajo ofrece nuevos datos cuantitativos y propone dos objetivos básicos. Primero, analizar qué factores condicionaron la configuración histórica del mapa hospitalario público y privado en Galicia desde una perspectiva comparativa. Segundo, estudiar el impacto de la Ley General de Sanidad aprobada en 1986 y del traspaso de las transferencias sanitarias a Galicia en 1991 sobre la configuración de su sistema hospitalario público y privado en el largo plazo. Los resultados obtenidos ponen en evidencia la importancia de la perspectiva territorial para comprender la compleja heterogeneidad histórica de nuestro modelo hospitalario actual y aportan nuevos elementos para el debate político y el análisis económico.

Palabras clave: hospital; sanidad; España; Galicia; siglos XIX-XX.

Abstract

Hospitals have become strategic spaces for scientific research, medical training and clinical care, as well as central axes of our health system and our welfare state. Starting from this idea, this article offers new quantitative data and proposes two basic objectives. First, to analyse which elements conditioned the historical creation of the public and private hospital map in Galicia from a comparative perspective. Second, to study the impact of the General Health Law passed in 1986 and the transfer of healthcare to Galicia in 1991 on the development of its public and private hospital system in the long term. The results obtained highlight the relevance of the territorial perspective for understanding the historical heterogeneity of our current hospital model and to provide new elements for political debate and economic analysis.

Keywords: hospital; health policy; Spain; Galicia; XIX-XX centuries.

JEL: H54; I11; I16.



1. INTRODUCCIÓN

El sistema hospitalario ha sido un factor esencial en el avance del estado del bienestar y de la sanidad pública. Su configuración histórica ofrece un excelente campo de análisis en el ámbito económico, porque supone uno de los programas sociales más costosos y porque representa un elemento clave en la conquista social y en la legitimación política. Su estudio desde la perspectiva de la historia económica resulta interesante porque su desarrollo está ligado a exigentes requerimientos de infraestructuras, tecnologías y profesionales con un necesario desarrollo en el largo plazo. A pesar de su importancia, son escasos los estudios que analizan la construcción histórica de los sistemas hospitalarios en los principales países, sus características y su papel en el desarrollo de los diferentes sistemas de salud¹. Podemos destacar los estudios disponibles para los casos británico y francés² y, fuera de Europa, para Estados Unidos (Rosenberg, 1987; Hoffman, 2020) y para Japón y China (Donzé & Fernández, 2019; Xu & Mills, 2020). El libro editado en 2020 por Gorsky, Vilar y Pons permitió disponer de un estudio comparativo de la configuración histórica de los sistemas hospitalarios públicos y privados en casi una decena de países incluyendo España, Brasil, Alemania, Europa central y del este, Gran Bretaña, Estados Unidos y China (Gorsky et al., 2020). Esta obra supuso un avance en el conocimiento de las pautas comunes y de las complejidades existentes en cada país y puso sobre la mesa nuevos elementos de debate en torno a la financiación, la gestión, la distribución territorial de los recursos en cada territorio y el contexto político en el que los sistemas hospitalarios se configuraron.

En general, la literatura ha puesto en evidencia cómo, hasta el siglo XX, el hospital era considerado en Occidente como un asilo para incurables o un refugio para locos y pobres (Granshaw & Porter, 1989; Guenter, 1999; Comelles et al., 2017). Bajo esa imagen de centros lúgubres donde los pacientes se hacían con poca intimidad y las enfermedades se transmitían con facilidad, la gente con recursos prefería ser atendida por médicos de pago en su domicilio particular (García-González, 2011). Los hospitales sufrieron una gran transformación de su imagen y de sus funciones durante el siglo XX al convertirse en dispositivos de salud en todos los países occidentales, aunque a diferentes ritmos. En Estados Unidos la introducción de tecnología y capacidad diagnóstica y terapéutica, y la formación de profesionales durante la década de 1920 situó a los hospitales en la cúspide del dispositivo de salud (García-González, 2011; Barceló et al., 2019; Fernández Pérez, 2021). En Europa occidental la introducción del hospital moderno se produjo sobre todo después de la II guerra mundial en un marco de desarrollo de los estados de bienestar.

En España la aprobación tardía del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942), en una dictadura; redujo la cobertura, las prestaciones y la disponibilidad de una red hospitalaria pública moderna (Pons y Vilar, 2014). Hubo que esperar hasta el inicio de la transición democrática para avanzar en dos condicionantes históricos: la escasa capacidad de recaudación del sistema fiscal, que actuó como lastre de las posibilidades de financiación del sistema hospitalario y la ausencia de una ley general de sanidad que definiese sus pautas básicas de funcionamiento. Primero, la reforma fiscal de 1977 introdujo los principios tributarios del

¹ Desde un punto de vista comparativo en la trayectoria histórica de diversos países, destaca el reciente trabajo de Gorsky et al. (2020).

² Para el caso británico, véanse Cherry (1997); Doyle (2016); Gorsky, et al. (2002). Sobre la formación del Sistema Nacional de Salud (NHS), véase Berridge (1999) y algunos trabajos incluidos en Sturdy (2002). Para el sistema hospitalario francés, véase Domin (2008) y Smith (1998). Para una comparación entre los casos británico y francés, véase Doyle (2016).

Estado del bienestar y estableció unos tributos homologables a Europa (Comín, 1996, 2017; Torregrosa, 2021). Segundo, destacan las nuevas propuestas de reforma sanitaria en torno a un Servicio Nacional de Salud, con cobertura universal y financiado a través de los Presupuestos del Estado (Vilar & Pons, 2018; Perdiguero & Comelles, 2019). Este proyecto se centró básicamente en una reforma hospitalaria, lo que perpetuó en el país una cultura hospital céntrica consolidada por tres factores históricos (Comelles et al., 2017 y Barceló, 2021): decisiones políticas que han fomentado la posición central del hospital en los dispositivos sanitarios; intereses del personal sanitario que ha considerado el hospital como el principal espacio educativo y de desarrollo de sus carreras profesionales; y, finalmente, la percepción ciudadana que entiende el hospital como referente principal en los procesos de atención a la salud. Además, la reforma hospitalaria de la década de 1970 consolidó en España diferencias territoriales históricas en el dispositivo hospitalario, en un marco donde empezaron también las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas. Estamos, por tanto, ante un proceso complejo y difícil de comprender sin aportar estudios desde un enfoque territorial³. Este trabajo pretende contribuir a entender esta evolución a través del caso gallego y utilizando nueva evidencia cuantitativa⁴. Galicia nos aporta la perspectiva histórica de un territorio con marcado carácter rural y agrario (Germán et al., 2001).

Partiendo de este contexto, el trabajo ofrece nuevos datos cuantitativos y propone dos objetivos básicos. Primero, analizar qué factores condicionaron la configuración histórica del mapa hospitalario público y privado en Galicia en comparación con otros territorios. Segundo, estudiar la evolución del sistema hospitalario público y privado antes y después de la Ley General de Sanidad (LGS) aprobada en 1986, así como los cambios acaecidos tras el traspaso de las transferencias sanitarias a Galicia en 1991. Los resultados obtenidos ponen en evidencia la importancia de la perspectiva territorial para comprender la compleja heterogeneidad histórica de nuestro modelo hospitalario actual y aportan nuevos elementos para el debate político y el análisis económico.

2. ELEMENTOS CONDICIONANTES DE LAS DESIGUALDADES TERRITORIALES EN LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA HOSPITALARIO EN ESPAÑA: UNA REVISIÓN DE LARGO PLAZO

Desde un punto de vista histórico, los procesos de desamortización del siglo XIX significaron el hundimiento del soporte asistencial vinculado tradicionalmente a la Iglesia y el traspaso de estas funciones a la tutela del Estado liberal⁵. Pero el Estado derivó esta responsabilidad en las diputaciones y municipios, sin asignarles nuevas vías de financiación (Vilar & Pons, 2021). Sometidas a una permanente escasez de fondos, estas instituciones se

³ Apenas contamos con estudios desde esta perspectiva, más allá de historias particulares de hospitales, salvo excepciones para los casos de Castilla en el siglo XIX (Maza, 1983; Carasa, 1988), el País Vasco en el primer tercio del siglo XX (Pérez Castroviejo, 2002) o Cataluña (Barceló & Comelles, 2016; 2017; Pons & Vilar, 2021).

⁴ Para el caso gallego contamos con historias de hospitales –la mayoría citadas en este trabajo– y estudios con un enfoque parcial como, por ejemplo, la sanidad rural en Lanero (2010) o la extensa obra en torno a los hospitales psiquiátricos en Galicia de Simón (2005). Sobre el sistema sanitario gallego tras el traspaso de las competencias sanitarias véase Vilar (2022) y un primer estudio sobre la historia de sus hospitales en el trabajo de fin de máster de Peñín (2022).

⁵ La mayoría de autores consideran que el origen del sistema hospitalario español actual hunde sus raíces en el siglo XIX y es resultado de los procesos de desamortización (Carasa, 1985). Sobre la influencia de la Iglesia en el dispositivo hospitalario véase León (2018).

repartieron funciones y alcanzaron una cierta especialización. Así, las primeras se centraron en hospitales y asilos y los segundos concentraron esfuerzos en los servicios de urgencias y en los cuerpos médicos municipales. La riqueza de la provincia y el tamaño del municipio resultaron determinantes en este proceso, lo que generó desigualdades territoriales. En consecuencia, la búsqueda de vías complementarias de financiación para el sostenimiento de los hospitales representó un elemento estratégico diferencial. Aquí cabe destacar la singularidad de algunos territorios como Cataluña que dispuso de una red de hospitales locales muy densa desde la Baja Edad Media (Barceló & Comelles, 2016). Su estructura económica se mantuvo muy estable tras las desamortizaciones y los cambios legislativos del siglo XIX, que no lograron liquidar el dispositivo asistencial tradicional. En particular, la pervivencia como fundaciones benéficas particulares permitió la conservación de su patrimonio frente al afán enajenador del Estado sobre los bienes de los hospitales públicos.

Por otra parte, desde el punto de vista de la demanda, el peso de la población urbana y asalariada, y el desarrollo económico de cada territorio influyeron también. Así en las zonas de elevado pulso industrial y urbano se concentraban pequeñas clínicas y hospitales vinculadas a la cobertura de accidentes de trabajo en fábricas. En estas áreas la creciente demanda de obreros asalariados y de las clases medias atrajo el interés de compañías de seguro o clínicas particulares de médicos especialistas (Vilar & Pons, 2018, 2019; Fernández, 2018). Hay que tener en cuenta que la infraestructura hospitalaria se mantuvo como un recurso de difícil acceso para buena parte de la población en España hasta mediados del siglo XX. De un lado, los habitantes no incluidos en el registro de pobres debían pagar por los servicios en los hospitales de la beneficencia pública, así como abonar los medicamentos. De otro, la atención de más de dos tercios de la población española seguía vinculada a médicos rurales y a sistemas de iguales⁶.

Más adelante, con la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942 y el posterior Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias se propuso una política hospitalaria de vocación centralizadora (con la construcción de la nueva red de Residencias Sanitarias gestionadas desde el Instituto Nacional de Previsión). Recordemos que el SOE se gestionó desde el Ministerio de Trabajo, bajo el control de Falange, y dejó al margen del seguro la red principal de hospitales públicos provinciales y municipales, dependientes de la Dirección General de Sanidad adscrita al Ministerio de Gobernación⁷. En consecuencia, permaneció un sistema público hospitalario con distribución territorial desigual, marcado por la falta de coordinación entre servicios públicos, los problemas de financiación e inversión y graves limitaciones en afiliación y cobertura hospitalaria del seguro (Vilar & Pons, 2018). El déficit en la atención hospitalaria pública del SOE propició el mantenimiento de culturas hospitalarias diversas, marcadas por la diferente presencia de hospitales públicos provinciales y municipales –que habían quedado al margen del SOE– y el mayor o menor peso de hospitales privados pertenecientes a empresas privadas, a la Iglesia y a otras entidades sin fines de lucro.

En el inicio de la actual democracia la cultura hospital centrista y las desigualdades territoriales históricas del dispositivo hospitalario se han consolidado bajo dos nuevas premisas. De un lado, un sistema hospitalario coordinado y moderno que une la vocación universalista con la tendencia descentralizadora. De otro, un sistema de titularidad, gestión y

⁶ Si una persona negociaba las iguales abonaba una cantidad fija que permitía disponer de médico sin pagar por acto (Lanero 2021, Barceló y Lanero 2022). Sobre la medicina rural en el primer tercio del siglo XX, véanse Perdiguero (2004) y Comelles et al. (2020). ^[7] Para saber más sobre los conflictos internos dentro de la dictadura, véase Pieltain (2003) y Pons & Vilar (2014) y Vilar & Pons (2019).

⁷ Para saber más sobre los conflictos internos dentro de la dictadura, véase Pieltain (2003) y Pons & Vilar (2014) y Vilar & Pons (2019).

financiación pública que fomenta diferentes grados de colaboración con el sector hospitalario privado en territorios con desigual recorrido histórico. Ambas premisas quedaron recogidas en la [LGS \(1986\)](#), marco de referencia de nuestro sistema sanitario actual, donde estableció un sistema de cobertura universal e igualitaria en todo el territorio, financiado con impuestos y compatible con la descentralización de competencias sanitarias, y bajo un patrón de solidaridad interregional. El nuevo modelo sanitario, de marcado carácter hospital céntrico y de titularidad y gestión pública como regla general, dejó la puerta abierta a la firma de conciertos con la sanidad privada y las fórmulas de gestión indirecta. Veamos el encaje del caso gallego en este marco histórico de diversidad territorial.

3. METODOLOGÍA Y FUENTES DISPONIBLES: PRINCIPALES DIFICULTADES DE UN ESTUDIO DE PERSPECTIVA HISTÓRICA

Esta sección debe proporcionar detalles suficientes para permitir que el trabajo sea reproducido por un investigador independiente. Los métodos que ya están publicados deben ser resumidos e indicados por una referencia. Si se cita directamente a partir de un método publicado anteriormente, use comillas y cite la fuente. También debe describirse cualquier modificación de los métodos existentes.

Como criterio común a este estudio en torno a la configuración histórica del sistema hospitalario en Galicia se ha escogido la titularidad de la propiedad del hospital. La elección de la dependencia patrimonial se debe a dos razones principales. Primero, la propiedad patrimonial de los hospitales es el criterio más claro y estable en el tiempo para clasificar los hospitales como públicos y privados. Segundo, este criterio se refleja de manera clara tanto en las fuentes diversas utilizadas como en la historiografía. Por el contrario, resulta mucho más confuso el tipo de financiación y los grupos de pacientes (pobres, de pago, determinados colectivos) atendidos en cada hospital. De este modo, a partir de aquí, cuando se habla de hospitales públicos se entenderán como hospitales de propiedad pública y lo mismo para el caso de los hospitales privados. Dentro de los hospitales públicos encontramos establecimientos contruidos y financiados por instituciones públicas; es decir, nos referimos al conjunto los hospitales vinculados al Estado, a las Diputaciones y Municipios, al Instituto Nacional de Previsión (INP), a la Secretaría General del Movimiento (SGM), a la Dirección General de Sanidad (DGS) y al Patronato Nacional Antituberculoso (PNAT). Por otra parte, dentro del grupo de hospitales de propiedad privada encontraríamos a los hospitales de la Iglesia, de la Cruz Roja, los benéficos particulares y los hospitales privados con ánimo de lucro. Esta clasificación según el tipo de propiedad pública o privada se mantuvo en esencia en todas las fuentes disponibles y se fue adaptando a cada periodo hasta la actualidad.

Los Catálogos Nacionales de Hospitales constituyen la principal fuente estadística de este estudio, pero no comenzaron a elaborarse hasta 1963, al calor de la Ley de Coordinación Hospitalaria aprobada en 1962⁸. En esta legislación, el Estado trató de impulsar una Red Hospitalaria Nacional integrada por todos los hospitales del Estado y sus organismos autónomos, los de la Seguridad social, los de la Organización Sindical, los de las Corporaciones Locales y los sometidos al protectorado del Estado (los hospitales militares quedaron fuera de esta ley). La recopilación de los datos de los establecimientos sanitarios y benéficos se encargó a la secretaría de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria. La información recabada fue publicada tres años después, en 1966 (y actualizada en 1970); y nos permite obtener por

⁸ Sobre las propuestas iniciales de catálogos, véase [Pieltain \(2003\)](#).

primera vez un mapa completo del sistema hospitalario público y privado en España, Orden, del 19 abril de 1966,⁹. Además de su tardía elaboración, esta fuente presenta el problema de la irregularidad en la publicación de datos. En 1973 se publicó una actualización parcial del primer catálogo con datos prácticamente similares, pero más completos, pues se incluían los hospitales militares Orden, del 31 de diciembre de 1970 ¹⁰. Entre 1981-1982 se retoma la elaboración del censo anual de hospitales en España, pero no se consigue mantener la periodicidad anual de la fuente hasta 1985; momento en el que estaba a punto de ser aprobada en el Congreso la LGS, que constituye la base de nuestro sistema sanitario actual, tal y como luego se comentará (véanse fuentes).

En consecuencia, para periodos anteriores se han utilizado los escasos datos disponibles para el ámbito provincial publicados esporádicamente por la Dirección General de Administración –DGA– (1912-1918). Los *Anuarios Estadísticos de España* –AEE– del primer tercio del siglo XX publicaron censos para el conjunto de España de instituciones de socorro y asistencia a enfermos y datos de dudoso origen de los movimientos de enfermos en los hospitales de las capitales de provincia, sin más especificaciones. El Instituto Nacional de Estadística (INE) elaboró en 1949 el primer censo de establecimientos sanitarios donde disponemos de datos incompletos por provincias para determinados grupos de hospitales. Este censo fue publicado en el *Anuario Estadístico de España* de 1952. Desde 1972 el INE se encargó de elaborar con periodicidad anual la *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado* en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y, más tarde, con las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas. A partir de 1996, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en colaboración con las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, se encarga de la elaboración de esta estadística. Pero para esta última época los Catálogos Nacionales de Hospitales ya ofrecen una información mucho más completa para estudios con enfoque territorial; de ahí que se haya optado por esta fuente como principal base de datos de este trabajo. De este modo, el análisis pormenorizado de estos Catálogos desde el punto de vista patrimonial, bajo el prisma de la propiedad pública o privada, permite establecer modelos territoriales distintos. En particular, la fuente nos permite analizar el peso histórico de las diferentes instituciones públicas (ayuntamientos, diputaciones, estado) y privadas (profesionales de la medicina, patronales, fundaciones e iglesia) en la financiación, construcción y gestión de centros hospitalarios y en la ratio de camas en relación con la población en las diferentes provincias.

4. LA CONFIGURACIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO Y PRIVADO EN LA GALICIA PREBÉLICA

Los procesos de desamortización del siglo XIX arrasaron en Galicia con buena parte del sistema asistencial tradicional y dejaron esta labor en manos de diputaciones y municipios muy

⁹ Orden de 19 de abril de 1966 por la que se publica el Catálogo de Hospitales. Boletín Oficial del Estado, N.º. 140, de 13 de junio de 1966, pp. 7389-7427. Madrid: Ministerio de la Gobernación. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-9421>

¹⁰ Orden por la que se hace público el Catálogo de Hospitales, actualizado al 31 de diciembre de 1970. Boletín Oficial del Estado, N.º. 70, de 22 de marzo de 1973, pp. 5631-5662. Madrid: Ministerio de la Gobernación. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-35120> Esta versión actualizada es la que se utiliza en este trabajo.

pobres¹¹. Esta falta de financiación se tradujo en el desarrollo de dos escenarios en Galicia, característicos del mapa hospitalario público de la época.

De un lado, los antiguos hospitales que pasaron a manos de estas instituciones provinciales y municipales se encontraban en un estado deplorable tanto en financiación como en instalaciones. Su labor se concentró en hacinar y controlar a pobres, salvo alguna excepción, como el Hospital Real de Santiago de Compostela (fundado en el siglo XV, según [García Iglesias, 2004](#)). Este centro, más tarde denominado Gran Hospital de Santiago, fue considerado como el hospital central de Galicia desde el siglo XIX. Pasó de manos de la Iglesia a la gestión de la Diputación Provincial en 1879 y sufrió graves problemas de financiación hasta la Guerra civil española. El hospital ofrecía 330 camas distribuidas en dos secciones, general y clínica, y contaba con una plantilla de cuatro médicos, diez practicantes y dos enfermeras especializadas que, junto con 23 religiosas, se dedicaban a cuidar pacientes ([DGA, 1912-1918](#)). A él acudían no solo personas de Galicia sino de otras regiones limítrofes para operaciones quirúrgicas, atraídos por el prestigio de sus médicos y cirujanos y por el surtido aparato de instrumentos disponibles ([García, 1998](#)).

Hay que recordar que el Gran Hospital y la Facultad de Medicina de Santiago habían mantenido una histórica colaboración. Su buena fama atraía también a “obreros y empleados que carecían de medios suficientes para sufragar una enfermedad de larga duración o intervención quirúrgica” ([García, 1998](#)). Así, la mayoría de las 120.450 estancias anuales no disponían del certificado oficial de pobreza (necesario para atención gratuita), pero tampoco pagaban las tarifas establecidas (2,34 ptas. por cama y 0,548 ptas. por medicina en 1912), consideradas desproporcionadas por las familias trabajadoras. La situación se tradujo en una grave penuria económica del centro en 1914. Fue entonces cuando la Diputación trató de restringir el acceso de enfermos sin certificado de pobreza, lo que provocó una gran movilización popular que estuvo a punto “de originar un grave problema de orden público” ([DGA, 1912-1918](#)). Finalmente, la medida no se llegó a ejecutar. Se constata, por tanto, que el prestigio de los profesionales médicos consiguió vencer el tradicional prejuicio de la población a ingresar en establecimientos de beneficencia, a pesar de su deplorable estado de conservación.

En conjunto, el mapa hospitalario público gallego antes de la Guerra civil dependió en buena medida de la labor de diputaciones y municipios con capacidades limitadas. La penuria económica se ve reflejada en la iniciativa del Ayuntamiento de Lugo, que puso en marcha el primer hospital público de la ciudad en 1930, financiado con el arbitrio municipal de diez céntimos en el litro de vino y con los donativos de benefactores particulares ([Pardo Gómez, 2014](#)). En el caso de Pontevedra, la Diputación financió gran parte de la construcción de un nuevo hospital en 1897, que el municipio no podía mantener, y decidió convertirlo en un hospital de beneficencia particular. Su gestión se cedió a un Patronato, quien lo mantuvo abierto gracias a donaciones en especie de panaderos y agricultores locales que aportaban comida, y con otros donativos en dinero y en especie procedentes de legados o rifas. Tras varios desencuentros entre ambas instituciones, el hospital pasó a manos de la Diputación y se convirtió en Hospital Provincial en 1928.

En 1930 los principales hospitales públicos estaban situados en las siete ciudades más pobladas de Galicia. En Ourense, Pontevedra y Santiago de Compostela –vinculado a la Facultad de Medicina– encontramos hospitales provinciales financiados por la Diputación; en Lugo, Vigo, A Coruña y Ferrol fueron los municipios, los principales valedores de la oferta hospitalaria

¹¹ En este ámbito, Galicia abandona el modelo de asistencial tradicional, principalmente en manos de la Iglesia y de pequeñas obras pías laicas, siguiendo el modelo castellano descrito por Carasa ([1985](#) y [1988](#)). Sobre estas cuestiones véanse también [Vilar \(2007\)](#) y [Domínguez \(2020\)](#).

pública. La ciudad compostelana se había especializado también en la atención de enfermos psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico de Conxo e infecciosos en el Hospital San Lázaro (De la Torre, 2015). A esta oferta hospitalaria pública se sumaban los hospitales del personal militar (A Coruña, Ferrol, Pontevedra), las casas de maternidad y las casas de socorro concentradas en la atención de las urgencias y los accidentados. El problema en la mayoría de los casos no fue tanto la construcción de instalaciones, donde se invirtieron la mayor parte de los fondos, como el mantenimiento de los servicios.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que, durante este periodo, Galicia era un territorio con elevado peso de la población rural, muy vinculada a la agricultura y ganadería, con una gran dispersión demográfica y penosas comunicaciones. En 1930 el porcentaje de población urbana en Galicia alcanzaba el 9,2% del total; en 1960 el porcentaje solo había subido al 18,6% frente al 50,6% de la media española¹². Esta distribución demográfica generaba barreras de entrada de la población rural a los hospitales situados en el ámbito urbano. En las ciudades se situaron también las principales sociedades de socorros mutuos, que en otros territorios como Cataluña representaron un papel clave en la construcción de clínicas y consultorios (Vilar, 2010). En Galicia la capacidad económica de estos socorros fue mucho menor. A las fundaciones benéficas particulares les ocurrió algo parecido. Además, se concentraron sobre todo en tareas educativas y en la atención a los pobres, más que en la atención a enfermos (Tabla 1).

Tabla 1. Tipología de las fundaciones de beneficencia particular en Galicia en 1930

	De índole religiosa	A favor de los pobres	Para enfermos	Económico-sociales	Dotes y pensiones	Varios fines	Carácter instructivo
A Coruña	7	37	14	8	9	14	40
Lugo	3	5	11	1	5	1	52
Ourense	6	10	7	3	4	7	20
Pontevedra	2	17	10	5	4	7	55
Galicia total	18	69	42	17	22	29	167
España total	826	2.160	1.726	451	1.752	1.658	1.633

Fuente: Elaboración propia a partir de *Anuario Estadístico de España (1930)*, pp. 648-649.

Ahora bien, en el ámbito privado realizaron una labor imprescindible los pequeños consultorios privados. Este fue el caso del Dr. Rafael Vega, director municipal del Hospital de Lugo, quien compatibilizó este puesto con la apertura de una clínica quirúrgica privada en 1922 que, más tarde, se convirtió en sanatorio quirúrgico¹³. Los enfermos contaban con cuarto de baño independiente y el servicio de enfermería estaba a cargo de enfermeras tituladas. A estos centros privados dotados de todo el confort y lujo acorde a la época acudía “la gente bien de la ciudad”; pues sus tarifas no estaban al alcance de la mayor parte de la población¹⁴. Las condiciones sanitarias y quirúrgicas que ofrecían estas clínicas privadas ponen en evidencia que las deficiencias de los hospitales públicos en la época no respondían a desconocimiento de

¹² Según los datos de Reher (1994). Recordemos que se considera población urbana solo aquella que vive en núcleos que superan los 5.000 habitantes.

¹³ Cabe destacar que este sanatorio disponía en 1933 de “calefacción, iluminación, desinfección, instalación completa de Rayos X, diatermia, sol artificial, corrientes eléctricas y laboratorio”. Tal como se recoge en su web oficial, enlace: <https://www.rafaeldevega.es/rafael-de-vega-como-medico/> (consultada en noviembre de 2022).

¹⁴ «Sanatorio Alonso-Pimentel», La Voz de Galicia, 16-8-2008.

tecnología o prácticas diagnósticas, sino a escasez de financiación, falta de personal y deficiente profesionalización en la plantilla (sobre todo de enfermería).

5. LA PUESTA EN MARCHA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD: EL MAPA HOSPITALARIO PÚBLICO Y PRIVADO DE GALICIA DURANTE LA DICTADURA

La puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1944 apenas tuvo efectos en el mapa hospitalario público y privado en Galicia (Pons & Vilar, 2014). Primero, porque en las limitadas prestaciones iniciales del seguro no se incluyó la cobertura hospitalaria¹⁵. Segundo, porque el nuevo seguro estatal, gestionado por el ala falangista de la dictadura a través del Ministerio de Trabajo, dejó al margen del SOE los hospitales públicos de la beneficencia municipal y provincial gestionados desde otro Ministerio (Vilar & Pons, 2019). Tercero, la falta de recursos y voluntad política lastró también la financiación de estos hospitales públicos en un marco de grave crisis económica, escasez y racionamiento de recursos básicos (Barciela, 2003). Y recordemos de nuevo que estos centros se situaron en las capitales de provincia, donde apenas residía el 8,5% de la población gallega en 1943, una realidad geográfica muy diferente a otros territorios como Cataluña.

Tabla 2. Instituciones sanitarias en 1943

	Hospitales	Casas de Socorro	Beneficencia particular	Población Provincia Censo 1940	Población capital de provincia Censo 1940	% población en la capital de provincia
Barcelona	4	14	92	1.931.875	1.081.175	55,97
Girona	1	1	61	322.360	29.632	9,19
Lleida	1	1	21	297.440	41.464	13,94
Tarragona	1	3	38	339.299	35.648	10,51
<i>Total Cataluña</i>	7	19	212	2.890.974	1.187.919	41,09
A Coruña	2	2	16	883.090	104.220	11,80
Lugo	3	1	11	512.735	42.805	8,35
Ourense	1	1	7	458.272	28.397	6,20
Pontevedra	1	1	10	641.763	36.968	5,76
<i>Total Galicia</i>	7	5	44	2.495.860	212.390	8,51
<i>Total España</i>	106	114	1.782	25.877.971	5.087.941	19,66

Fuente: Anuario Estadístico de España 1944-1945, pp. 1318, 1320 y 1321.

En la década de 1950, se impulsó el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias para la construcción de una nueva red de hospitales públicos vinculados al SOE y destinados a atender a sus limitados afiliados. Hay que apuntar que en estos años las prestaciones del SOE se ampliaron a la cobertura de algunas especialidades médicas y a las operaciones quirúrgicas. El proceso de construcción resultó lento por la falta de financiación de un seguro que dependía de las cotizaciones procedentes de salarios bajos y sin apenas aportaciones del Estado (Vilar, 2009). Las Residencias Sanitarias del SOE se ubicaron también en las principales ciudades,

¹⁵ Un estudio sobre el SOE en Pons & Vilar (2014) y sobre el SOE en Galicia, véase Lanero (2010).

donde ya había otros hospitales públicos. Esta decisión duplicó a menudo los servicios hospitalarios en los centros urbanos de mayor tamaño, mientras dejaba sin servicio núcleos más pequeños (Pons & Vilar, 2014; Barceló & Lanero, 2022).

Las tres primeras Residencias Sanitarias gallegas, situadas en A Coruña, Vigo y Lugo, se inauguraron oficialmente a finales de la década de 1950 (Pons & Vilar, 2014: 138). Muchas de estas Residencias quirúrgicas ya construidas permanecieron cerradas o infrautilizadas, sin plantilla jerarquizada y estable, y con escasez de recursos materiales. Los equipos médicos se desplazaban desde sus clínicas privadas a estos centros solo para realizar sobre todo tratamientos quirúrgicos. Las nuevas Residencias quedaron también desvinculadas de la docencia bajo el discurso demagógico de la propaganda falangista: “los trabajadores no pueden servir para que se estudie en ellos” (García-González, 2011, p. 113).

En la década de 1960, se pusieron en marcha dos reformas legislativas importantes: La Ley de Hospitales de 1962 y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 (Vilar & Pons, 2020). Ambas compartían el objetivo de conseguir una mayor coordinación de los hospitales públicos disponibles en España con el fin de mejorar la atención de los pacientes. Este objetivo resultaba necesario para la gestión más eficiente de recursos en un marco de ampliación de la cobertura sanitaria, donde se reconocía el derecho de los asegurados a la hospitalización médica. Pero el objetivo de coordinación fracasó en un marco de gestación del hospital moderno. Unos años más tarde, el III Plan de Desarrollo Económico y Social publicado en 1972 reconocía las graves dificultades financieras del sistema hospitalario público en un contexto de rápido cambio tecnológico e incremento de costes¹⁶. En este documento ya se ponía en evidencia la necesidad de crear una red regionalizada de hospitales, adaptada a las necesidades de cada territorio. El problema radicaba otra vez en la financiación.

Galicia contaba en 1970 con un precario sistema hospitalario integrado por 117 instalaciones, 26 de propiedad pública y 91 privadas, que ofrecían un total de 9.392 camas – 7.141 en hospitales públicos y 2.251 en privados – (Tabla 4). Dentro de los hospitales públicos la mayor parte de las camas estaban concentradas en los hospitales militares de acceso restringido (19,5%), en los hospitales especializados en pacientes tuberculosos del P.N.A. y E. T. (18%) y en enfermos psiquiátricos (27,5%).

Tabla 3. Sistema hospitalario público y privado en Galicia 1970

Prov.	Nombre de Establecimiento	Municipio	Núm. camas	Dependencia patrimonial
A Coruña	Santo Hospital de Caridad	Ferrol	133	Benef. Part.
	Sanatorio Psiquiátrico de Conxo	Santiago de C.	1.400	Diputación
	Residencia Sanitaria «Juan Canalejo»	A Coruña	299	I.N.P.
	Sanatorio «Ntra. Sra. Esperanza»	Santiago de C.	85	Iglesia
	Hospital Militar Regional	A Coruña	275	M. Defensa
	Hospital Militar de Ferrol	Ferrol	752	M. Defensa
	Hospital Militar de Santiago	Santiago de C.	300	M. Defensa
	Hospital Clínico de Santiago	Santiago de C.	252	M. Educación
	Hospital Municipal de Labaca	A Coruña	150	Municipio
Sanatorio «Ntra. Sra. de Fátima»	Santiago de C.	18	O.S. 18 de Julio	

¹⁶ Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona (1972).

	Sanatorio «Prof. Novoa Santos»	Ferrol	235	P.N.A. y E.T.
	Sanatorio Marítimo de Oza	A Coruña	300	P.N.A. y E.T.
	Sanatorio «Profesor Gil Casares»	Santiago de C.	125	P.N.A. y E.T.
	28 Clínicas y Sanatorios	Varios	640	Privados
Lugo	Centro Maternal de Urgencia	Monforte	11	D. G. S.
	Hospital Psiquiátrico Provincial «San Rafael»	Castro de Rei	411	Diputación
	Hospital Provincial «San José»	Lugo	198	Diputación
	Resid. Sanitaria «Hermanos Pedrosa Posada»	Lugo	115	I.N.P.
	Hospital «San Pablo y San Lázaro»	Mondoñedo	48	Iglesia
	Hospital Mun. «San Sebastián y San Lázaro»	Ribadeo	35	Municipio
	Sanatorio Antituberculoso de Calde	Lugo	336	P.N.A. y E.T.
	15 Clínicas y Sanatorios	Varios	268	Privado
Ourense	Hospital Provincial	Ourense	236	Diputación
	Sanatorio Psiquiátrico de Toén	Toén	150	D.G.S.
	Residencia Sanitaria «Ntra. Sra. Del Cristal»	Ourense	250	I.N.P.
	Residencia Sanitaria «Adolfo Gómez Ruiz»	Ourense	24	O.S. 18 de Julio
	Residencia Sanatorio Antitub. «Santo Cristo del Piñor»	Barbadás	276	P.N.A. y E.T.
	20 Clínicas y Sanatorios	Varios	270	Privado
Pontevedra	Hospital Dispensario C.R.E. de Vigo	Vigo	45	Cruz Roja
	Hospital Provincial	Pontevedra	475	Diputación
	Residencia Sanitaria «Almirante Viema»	Vigo	300	I.N.P.
	Hogar Clínica «San Rafael»	Vigo	120	Iglesia
	Hospital Militar de Vigo	Vigo	65	M. Defensa
	Hospital Municipal	Vigo	153	Municipio
	Clínicas y Sanatorios privados: 23	Varios	582	Privado

Fuente: Elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales de 1970. (Véase nota a pie 7).

Por otro lado, el SOE en 1970 disponía de cuatro Residencias Sanitarias en Galicia, una por provincia, con capacidad de 954 camas. Estaba recién inaugurada la Residencia Sanitaria de Ourense y, más adelante, en 1977, se inauguraría la Residencia Sanitaria Arquitecto Marcide en Ferrol. Por lo que se refiere a los hospitales privados, Galicia mantenía dos características históricas peculiares respecto a otras comunidades: el escaso peso de la Iglesia –con solo dos pequeños sanatorios–; y la casi ausencia de hospitales de la beneficencia privada de gran entidad¹⁷. Incluso cabe destacar algunos casos como la Clínica Labaca, fundada en A Coruña con los bienes testamentarios de una familia adinerada en la década de 1920. Esta clínica terminó vendida al ayuntamiento y convertida en hospital municipal en la década de 1950, tras pasar por dificultades económicas (Fernández, 1995).

En paralelo, las clínicas privadas experimentaron un notable avance en esta etapa ante la creciente demanda urbana y las limitaciones del SOE. Así, en 1946, se inauguró en A Coruña el Sanatorio Quirúrgico Modelo, bajo la dirección de Ramón Cobián Varela, miembro de una

¹⁷ Cabe destacar como excepción el antiguo Hospital de Caridad de Ferrol, véase [Lens \(2013\)](#).

reconocida saga de médicos¹⁸. Fue el primer centro médico privado de la ciudad. Más adelante, llegarían otros como el Hospital de San Rafael –hoy Instituto Médico Quirúrgico San Rafael– de A Coruña que nació en 1969, a partir del consultorio que el doctor Rafael Hervada tenía abierto en el centro de la ciudad¹⁹. En Ferrol, ciudad en plena expansión demográfica, que contaba tan solo con el antiguo Hospital de Caridad, abrieron durante estos años tres Sanatorios quirúrgicos privados: “El Carmen”, “San Javier” y “San Pablo” (Lens, 2013, Tablas 1-5). Fruto de este proceso, el Catálogo de Hospitales de 1970 registra para Galicia una constelación minifundista de 86 clínicas privadas de pequeño tamaño concentradas en las siete principales ciudades con una capacidad total de 1.770 camas; esto es, una media de veinte camas por centro. A muchos de estos pequeños centros se derivaron pacientes del SOE a través de los conciertos firmados en el ámbito del seguro. No obstante, tanto en el número de centros como en capacidad de camas el peso de lo público sobre lo privado resultaba muy evidente (Tabla 4). Por otro lado, el protagonismo de las siete principales ciudades gallegas como sede de la mayor parte de hospitales resultaba de nuevo difícil de encajar en un mapa sociodemográfico donde solo el 18,6% de la población vivía en centros urbanos de más de 5.000 habitantes (Reher, 1994).

6. EL LENTO TRASPASO DE LAS COMPETENCIAS SANITARIAS A GALICIA Y SU IMPACTO EN EL MAPA HOSPITALARIO PÚBLICO Y PRIVADO (1977-1991)

Al final de la década de 1970, ocurrieron tres hechos claves para la modernización del sistema sanitario en España. Primero, la ansiada reforma fiscal de Fernández Ordóñez (1977) que dotó de más capacidad de gasto al Estado y convirtió los impuestos en la principal fuente de financiación del gasto sanitario público. Segundo, la protección de la salud se convirtió en un derecho básico recogido en la Constitución Española de 1978, lo que impulsó la ansiada cobertura universal en la sanidad pública. Tercero, la creación de un nuevo órgano gestor de la sanidad, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), permitió mejorar la gestión de los recursos sanitarios públicos²⁰. Casi en paralelo se aprobó el Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establecía la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional²¹. Siguiendo esta normativa, se elaboró una estructuración territorial sanitaria para las cuatro provincias gallegas, donde se consideró población de área rural a toda aquella que no residía en las siete principales ciudades de la comunidad (Villarino et al., s.f.). Así, en un territorio integrado por 312 municipios 305 eran considerados áreas rurales, donde residían más de 1,8 millones de personas a principios de la década de 1980. Estas áreas rurales fueron integradas en demarcaciones sanitarias formadas por comarcas (22), subcomarcas (61) y unidades sanitarias locales (232); una metodología que no encajaba con la realidad gallega. Como consecuencia, el mapa sanitario previsto ofrecía un tratamiento desequilibrado según la provincia considerada. En paralelo, y desde la Galicia aún preautonómica, se encargó la configuración de un Nuevo

¹⁸ «El Modelo cumple sesenta años», La Voz de Galicia, 10-8-2002. Enlace: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/coruna/coruna/2006/08/10/modelo-cumple-sesenta-anos/0003_5014359.htm (consultado en febrero de 2022).

¹⁹ Información obtenida de la página web institucional de este centro, enlace: <http://www.imqsanrafael.es/>

²⁰ En sustitución del Instituto Nacional de Previsión, –organismo salpicado por la corrupción, el fraude y un enorme endeudamiento– (Vilar & Pons, 2018).

²¹ Boletín Oficial del Estado, N.º. 226, de 21 de septiembre de 1978, páginas 22061-22062. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-24165>

Mapa Sanitario de Galicia, partiendo de la “parroquia” como unidad básica de referencia social. Otra vez más, se ponían en evidencia las desigualdades territoriales, que exigían estrategias diversas en la configuración de los mapas sanitarios, igual que en otros servicios básicos.

Dentro de este contexto, la reforma sanitaria pública había iniciado una segunda fase protagonizada por dos procesos paralelos: la aprobación de una [Ley General de Sanidad \(1986\)](#) y el traspaso de competencias sanitarias a las comunidades autónomas, contemplado en la Constitución –iniciado en 1981 y terminado en 2002–. La LGS definió un modelo sanitario público basado en un sistema nacional de salud de titularidad, gestión y prestación pública que ratificaba el principio de la universalidad y contemplaba la firma de convenios y conciertos hospitalarios con el sector privado para la prestación de servicios²². La población protegida en España por la sanidad pública pasó del 80% de la población en 1975 al 99% en 1990, tras la incorporación de la población atendida hasta el momento por los servicios de beneficencia²³.

Un modelo sanitario naciente e inmaduro, inmerso en una profunda reforma sanitaria, con buena parte de la legislación aún por desarrollar, tuvo que afrontar el traspaso de las competencias sanitarias a las siete Comunidades Autónomas históricas y asimiladas (art. 151 de la Constitución): Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco y Valencia (1988), Navarra y Galicia (1991) y Canarias (1994) ([Marqués, 2003](#)). La transferencia no resultaba fácil de gestionar con un sistema sanitario de fuerte carácter hospital céntrico, compuesto por hospitales de diferente adscripción patrimonial y débil coordinación; con una asistencia de atención primaria que estaba por modernizar y reformar; y con un modelo de financiación insuficiente y finalista, aún por definir. Esto último se solucionó con el nuevo modelo de financiación autonómica establecido por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que introdujo el principio de autonomía financiera y de corresponsabilidad fiscal, principios claves en un proceso descentralizador ([Cantarero, 2006](#); [Ventura, 2003](#)).

El traspaso de las competencias sanitarias resultó positivo para Galicia en términos de financiación, puesto que arrastraba una financiación sanitaria per cápita muy inferior a otras comunidades autónomas ([Tabla 4](#)). La principal novedad en este ámbito de la LGS fue el concepto de población protegida (art. 82, LGS 1986). Según este concepto, la financiación sanitaria que correspondía a Galicia era del 7,10% de la media estatal, pero el gasto en este apartado en 1989 –año de referencia en el acuerdo de transferencia– solo ascendía al 5,92%, lo que suponía un agravio comparativo. El acuerdo de transferencias sanitarias se cerró a finales de 1990, tras más de una década de negociaciones, con dos claves ([Vilar, 2022](#)). De un lado, el cambio del modelo de financiación con el acuerdo de establecer como coeficiente de referencia de la población protegida, en Galicia, del 7,069%. No obstante, por el momento se fijó un coste efectivo del 5,88% y la diferencia sería abonada por el Estado hasta llegar de manera progresiva al porcentaje establecido en un periodo estimado de diez años. Se acordó además una compensación complementaria de 8.000 millones a pagar en cuatro años destinada a la reforma del Hospital Clínico de Santiago de Compostela. De otro, y bajo las condiciones anteriores, las funciones y servicios del INSALUD fueron traspasadas al Servicio Galego de Saúde (SERGAS) a partir del 1 de enero de 1991, según [Real Decreto 1679/1990, 28 de diciembre](#).

²² Boletín Oficial del Estado, N.º. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207-15224. Madrid: Jefatura del Estado. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

²³ Boletín Oficial del Estado, N.º. 216, de 9 de septiembre de 1989, páginas 28657-28658. Madrid: Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-21969>

Tabla 4. Gasto sanitario público total por comunidades autónomas (euros/habitante).

CCAA	1991	CCAA	2001	CCAA	2010	CCAA	2019
Navarra	501	Navarra	708	Navarra	754	País Vasco	1.873
País Vasco	465	País Vasco	654	País Vasco	680	Asturias	1.763
Aragón	451	Asturias	633	Asturias	650	Navarra	1.694
Asturias	435	Cantabria	614	Cantabria	645	Extremadura	1.682
Madrid	426	Aragón	607	Aragón	635	Aragón	1.677
Extremadura	418	Madrid	598	Cataluña	622	Castilla y León	1.661
Cataluña	411	Cataluña	595	Extremadura	621	Murcia	1.638
C. Valenciana	410	Extremadura	589	Andalucía	612	Cantabria	1.621
Andalucía	409	17 CCAA	582	Galicia	611	Galicia	1.568
Cantabria	408	Galicia	580	17 CCAA	608	Rioja (La)	1.535
17 CCAA	406	Castilla y León	578	Madrid	605	Cataluña	1.515
Castilla y León	399	Andalucía	567	Castilla y León	603	Castilla-Mancha	1.501
Rioja	376	C. Valenciana	559	Rioja	596	17 CCAA	1.486
Canarias	367	Canarias	552	Murcia	579	Canarias	1.477
Castilla La Mancha	361	Rioja	544	C. Valenciana	571	C. Valenciana	1.477
Murcia	361	Murcia	543	Canarias	558	Baleares	1.475
Baleares	347	Castilla La Mancha	534	Castilla La Mancha	552	Madrid	1.340
Galicia	331	Baleares	492	Baleares	524	Andalucía	1.262

Fuente: Obtenido de Vilar (2022), con datos de Abellán (dir.) (2013).

Nota Para 2019 se ha utilizado el Gasto sanitario público consolidado por comunidad autónoma publicado por el Ministerio de Sanidad, Estadística, enlace:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

En paralelo, en estos años la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN) se hizo cargo de los hospitales del desaparecido P.N.A.T. y E. T. en todo el país, también en Galicia (Tabla 5). Por otro lado, la Seguridad Social asumió la gestión de los hospitales del desaparecido INP y de la Dirección General de Sanidad y de algunos municipios y diputaciones. Fue en este periodo, entre 1975 y 1985, donde observamos la mayor transformación del mapa hospitalario público y privado en Galicia. Por un lado, asistimos a la modernización de las Residencias Sanitarias en un marco de grandes avances en las pruebas diagnósticas, tratamientos médicos y procesos quirúrgicos. Por otro lado, el sector privado tuvo que cambiar su estrategia empresarial en un marco de cobertura universal y profunda transformación y mayor coordinación de los hospitales públicos.

Tabla 5. Sistema hospitalario público y privado en Galicia 1986

Prov.	Nombre de Establecimiento	Municipio	Núm. camas	Dependencia patrimonial
A Coruña	Hosp. Enferm. Tórax Profesor Novoa Santos	Ferrol	165	A.I.S.N.
	Sanatorio Marítimo Nacional de Oza	A Coruña	150	A.I.S.N.
	Hosp. Enferm. Tórax «Prof. Gil Casares»	Santiago de C.	210	A.I.S.N.
	Santo Hospital de Caridad	Ferrol	269	Benéfico-Particular
	Hospital Provincial	Santiago de C.	450	Diputación
	Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Conxo	Santiago de C.	640	Diputación
	Sanatorio Ntra. Sra. de la Esperanza	Santiago de C.	93	Iglesia

	Hospital Municipal de Labaca	A Coruña	152	Municipio
	Clínicas y Sanatorios privados: 17	varios	815	Privados
	Hospital Arquitecto Marcide	Ferrol	323	Seguridad social
	Hospital Juan Canalejo	A Coruña	956	Seguridad Social
	Hospital General y Clínico de Galicia	Santiago de C.	664	Seguridad Social
Lugo	Hospital Enfermedades del Tórax	Lugo	240	A.I.S.N.
	Hospital Psiquiátrico San Rafael	Castro de Rei	480	Diputación
	Hospital Provincial de San José	Lugo	95	Diputación
	Clínicas y Sanatorios privados: 7	Varios	302	Privado
	Hospital Hermanos Pedrosa Posada	Lugo	503	Seguridad Social
Ourense	Hosp. Enferm. Tórax Santo Cristo del Piñor	Barbadás	215	A.I.S.N.
	Sanatorio Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goas	Toen	206	A.I.S.N.
	Clínicas y Sanatorios: 8	Varios	167	Privado
	Hospital de Valdeorras	O Barco Val.	76	Seguridad Social
	Hospital Provincial Sta. María Madre	Ourense	190	Seguridad Social
	Hospital Ntra. Sra. Del Cristal	Ourense	660	Seguridad Social
Pontevedra	Hospital de la Cruz Roja	Vigo	56	Cruz Roja
	Sanat. Psiquiátrico Provincial El Rebullón	Mos	370	Diputación
	Hospital General Provincial	Pontevedra	466	Diputación
	Hospital Municipal	Vigo	119	Municipio
	Clínicas y Sanatorios privados: 18	Varios	1.067	Privados
	Hospital «Montecelo»	Pontevedra	319	Seguridad Social
	Hospital General de Vigo	Vigo	560	Seguridad social
	Policlínico Cíes	Vigo	90	Seguridad social

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo (1986). Catálogo Nacional de Hospitales 1986. Datos actualizados a 1 de enero de 1986. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como consecuencia, observamos una reducción en el número de hospitales privados (1970: 86 y 1986: 50), pero aumentó su tamaño medio (Tablas 3 y 5). Muchos de estos pequeños centros se convirtieron en sociedades limitadas y algunos en sociedades anónimas para hacer frente a las nuevas inversiones. Estos centros se concentraban en las dos ciudades más pobladas de Galicia, A Coruña y Vigo, y constituirán el germen de los principales grupos hospitalarios privados de inicio del siglo XXI. En la capital ourensana, con menor densidad demográfica, las clínicas privadas se agruparon en forma de cooperativa. Así nació Cooperativa Sanitaria Gallega (CO.SA.GA) en 1985, impulsada por un grupo de once cooperativistas. Comenzó con un pequeño hospital y apenas veinte empleados y llegó a convertirse a principios del siglo XXI en uno de los centros hospitalarios privados más importantes de Galicia. En el caso de Ferrol, la construcción de un nuevo Hospital General –gestionado por un patronato benéfico privado– en 1974 (260 camas) y de la Residencia Sanitaria en 1976 (350 camas) condujeron al cierre de los tres pequeños sanatorios quirúrgicos privados de la ciudad antes mencionados (Lens, 2013).

7. LA GESTIÓN AUTÓNOMA DEL SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO EN GALICIA Y EL ENCAJE DEL SECTOR PRIVADO 1991-2022

El 1 de enero de 1991, el SERGAS se hizo cargo de la gestión de los centros gestionados por la Seguridad Social. En paralelo a este proceso desaparecieron los sanatorios antituberculosos, se cerraron o reformaron los viejos hospitales psiquiátricos en penosas condiciones y muchos de los antiguos hospitales municipales o provinciales se integraron en la sanidad pública o se reconvirtieron en asilos o museos (Tablas 6 y 7). Todos estos procesos se tradujeron en una mayor concentración y coordinación de los hospitales públicos existentes en Galicia y procedentes de diferentes instituciones públicas. Incluso los hospitales militares, pertenecientes al Ministerio de Defensa, se integraron en la gestión del SERGAS con la firma de convenios de larga duración desde principios del siglo XXI²⁴.

Tabla 6. Sistema hospitalario público y privado en Galicia 1996

Prov.	Nombre de Establecimiento	Municipio	Núm. camas	Dependencia patrimonial
A Coruña	C. H. U. Juan Canalejo-Marítimo de Oza: -Hosp. Juan Canalejo -Hosp. Materno Infantil Teresa-Herrera - Sanatorio Marítimo de Oza -Hospital Abente y Lago	A Coruña	1.290	Público
	C. H. U. de Santiago: -Sanatorio Psiquiátrico de Conxo - Hospital Profesor Gil Casares -Hospital Xeral de Galicia - Hospital Xeral Básico de Conxo	Santiago de C.	1.467	Público
	Sanatorio Ntra. Sra. de la Esperanza	Santiago de C.	40	Iglesia
	Hospital Naval de Ferrol	Ferrol	367	M. Defensa
	Hospital General Juan Cardona	Ferrol	260	Privados Benéficos
	Centro Oncológico Regional de Galicia	A Coruña	130	Privados Benéficos
	Clínicas y Sanatorios privados: 12	varios	856	Privados
	C. H. U. Arquitecto Marcide-Novoa Santos: - Hospital Arquitecto Marcide - Hospital Profesor Novoa Santos	Ferrol	458	Público
Lugo	Centro Residencial y Rehabilitador San Rafael	Castro de Rei	250	Diputación
	Complejo Hospitalario Xeral-Calde: -Hospital de Calde - Hospital Xeral de Lugo* -Hospital Provincial de San José	Lugo	721	Público
	Clínicas y Sanatorios privados: 3	Varios	191	Privados
	Hospital da Costa	Burela	124	Público
	Hospital Comarcal de Monforte	Monforte	137	Público
Ourense	Complejo Hospitalario Santa María: -Hospital Santa María Nai -Hosp. Psiquiátrico Cabaleiro Goás (+2012)	Ourense	380	Público
	Fundación Hospital Verín	Verín	80	Público
	Clínicas y Sanatorios: 5	Varios	205	Privados
	Hospital Comarcal Valdeorras	O Barco Val.	80	Público
	C. H. Cristal-Piñor: -Hospital Ntra. Sra. del Cristal - Hospital Santo Cristo de Piñor	Ourense	729	Público

²⁴ «Defensa cede el hospital naval de Ferrol al Sergas por 75 años», La Voz de Galicia, 11-7-2022. Enlace: https://elpais.com/diario/2007/07/11/galicia/1184149092_850215.html (consultado en diciembre de 2022).

Prov.	Nombre de Establecimiento	Municipio	Núm. camas	Dependencia patrimonial
Pontevedra	Hospital Nicolás Peña	Vigo	80	Público
	Hospital de la Cruz Roja	Vigo	71	Cruz Roja
	C. H. Provincial-Rebullón: -Hospital General Provincial - Hospital Psiquiátrico Provincial Rebullón (+2016)	Pontevedra	437	Público
	Hospital Militar Virgen del Carmen	Marín	86	M. Defensa
	Clínica Rehabilitadora FREMAP	Vigo	24	MATEP
	16 Clínicas y Sanatorios	Varios	1374	Privados
	Hospital Montecelo	Pontevedra	332	Público
	C. H. Xeral-Cfés: -Hospital Xeral de Vigo (+2015)** - Policlínico Cfés (+2015)	Vigo	636	Público
	Hospital do Meixoeiro	Vigo	415	Público

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo (1997). [Catálogo Nacional de Hospitales 1997](#). Datos actualizados a 31 de diciembre de 1996. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

* Nuevo Hospital inaugurado en 2011 que vino a sustituir al antiguo Hospital Xeral de Lugo

** El Hospital Xeral de Vigo radica en la antigua Residencia Sanitaria Almirante Vierna que se comenzó a construir en 1947 y se inauguró en 1955. Este hospital se cerró en 2015, dada la existencia de otros más modernos como el Meixoeiro inaugurado en 1989 y el Hospital Álvaro Cunqueiro en 2015

+ año de cierre.: Forman parte también de los Complejos Hospitales otros centros de especialidades y atención primaria que no han sido incluidos aquí porque el objetivo del trabajo es el estudio del sistema hospitalario.

Por otro lado, desde finales del siglo XX, destaca el inicio de la creación de los complejos hospitalarios públicos, ubicados en las principales ciudades, que supusieron un avance en tres ámbitos: cambio en la gestión interna de los hospitales, modernización de las instalaciones y, sobre todo, coordinación hospitalaria entre centros públicos de diferente origen patrimonial (Tabla 7). Este proceso impulsó una profunda reforma en la gestión y coordinación de los hospitales públicos en Galicia y catapultó a sus siete principales ciudades como ejes del mapa hospitalario. En paralelo, se construyó un nuevo Hospital General de Galicia en Santiago de Compostela, con un coste de más de 10.000 millones de pesetas, inversión que formaba parte del acuerdo de traspaso de competencias sanitarias (Vilar, 2022). El nuevo hospital, inaugurado en 1999, se convirtió en el eje principal del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

En paralelo, dos estrategias resultaron claves para la supervivencia de los hospitales privados en Galicia, desde la década de 1990. Primero, la concentración empresarial y el cierre de las clínicas más vulnerables, incapaces de hacer frente a los cambios tecnológicos (y la necesidad de grandes inversiones) y a la competencia de los grandes complejos hospitalarios públicos en un marco de cobertura sanitaria universal. De los 21 centros hospitalarios privados que integraban el sistema hospitalario gallego en 2019, menos de la mitad contaban con un centenar de camas disponibles y solo dos ofrecían menos de cuarenta camas. Segundo, los conciertos se convirtieron en la herramienta clave para la supervivencia de los hospitales privados en Galicia, tras el traspaso de las competencias sanitarias. Así, del total de los 21 hospitales privados existentes en la comunidad gallega en 2019, solo cuatro se mantenían al margen de algún tipo de concierto con la sanidad pública (Tabla 7). Esta estrategia resultó diferente a otros territorios, como Cataluña, donde muchos hospitales de propiedad privada se integraron en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya (XHUP)²⁵.

²⁵ La Xarxa aglutina centros de diversa titularidad y formalizó la colaboración continua y estable de los hospitales de propiedad pública y privada. Véase Calle (2019). Sobre las diferentes experiencias de la privatización sanitaria

Tabla 7. Clínicas y Hospitales Privados en Galicia en 2019

Prov.	Hospital	Población	N.º Camas	Concierto
A Coruña	Hospital Quironsalud A Coruña	A Coruña	127	S
	Hospital San Rafael - Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ)	A Coruña	120	S
	HM Modelo (Grupo) Virrey Osorio	A Coruña	146	S
	- Hospital HM Modelo			
	- Maternidad HM Belén	Santiago C.	119	S
	Hospital HM Rosaleda - HM La Esperanza			
	- Hospital HM Esperanza			
	- Hospital HM Rosaleda	O Pino	96	N
	Sanatorio la Robleda (Hestia Alliance), salud mental	A Coruña	56	S
	Centro Oncológico de Galicia	Ferrol	150	S
Hospital Juan Cardona(*)				
Lugo	Hospital Ribera Polusa	Lugo	97	S
	Sanatorio Quironsalud Nosa Señora dos Ollos Grandes	Lugo	69	S
Ourense	Centro Médico El Carmen	Ourense	43	S
	CO.SA.GA Policlínica Santa Teresa	Ourense	49	S
Pontevedra	FREMAP, Hospital de Vigo	Vigo	17	N
	Hestia Santa María (**)	Pontevedra	70	S
	Hospital Quironsalud Miguel Domínguez	Pontevedra	127	S
	Hospital Ribera Povisa	Vigo	573	S
	Hospital HM Vigo	Vigo	12	N
	Vithas Hospital Nosa Señora de Fátima	Vigo	200	S
	Concheiro Centro Médico Quirúrgico (***)	Vigo	40	S
	Centro Médico Pintado (Ginecología y Pediatría)	Vigo	12	N
	Sanatorio Psiquiátrico San José (Hestia Alliance)	Vigo	48	N
	Clínica Residencia El Pinar (salud mental)	Vigo	84	S

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). [Catálogo Nacional de Hospitales 2020](#). Datos actualizados a 31 de diciembre de 2019. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

(*) desde 2021 del grupo Ribera

(**) cierra en 2021, Sanidade retira la acreditación como centro sociosanitario concertado,

<https://www.farodevigo.es/pontevedra/2021/06/08/hestia-santa-maria-ve-obligado-52743322.html>

(***) en julio de 2020 adquirió la actividad del Centro Médico El Castro, propiedad de HM Hospitales, lo que supuso una ampliación de su capacidad, medios técnicos y recursos humanos.

Casi la totalidad de los hospitales privados en Galicia mantiene un concierto parcial, donde se fijan precios o tarifas fijas de referencia para determinados volúmenes de actividad programada, derivada desde la sanidad pública ([Ministerio de Sanidad, 2013](#)). Tal y como ha

en las comunidades autónomas desde finales del siglo XX, véanse los trabajos compilados en Sánchez Bayle ([2013](#)) y ([2019](#)).

denunciado el Consello de Contas de Galicia en varias ocasiones estos conciertos son difíciles de fiscalizar por falta de transparencia, pero resultan caros para las arcas públicas. Además, en el marco gallego, hay dos centros privados que disfrutan de un concierto sustitutorio de carácter particular: el Hospital Povisa de Vigo y el Centro Oncológico de Galicia (A Coruña). El primero representa el hospital privado más grande de Galicia y mantiene la potestad de atención sanitaria especializada a un sector de la población del área sanitaria de Vigo²⁶. Este concierto lo sitúa en un ámbito diferente al resto de entidades concertadas y no responde a la situación clásica de la utilización de un dispositivo privado para dar cobertura a excesos temporales de demanda, que caracteriza al resto de centros. El segundo, el Centro Oncológico de Galicia, forma parte del “Consortio Oncológico de Galicia, dentro del propio Sergas y está gestionado por una fundación pública, en cuyo patronato figuran el presidente de la Xunta y el titular de la Consellería de Sanidade”²⁷.

Bajo estas circunstancias, los hospitales privados en Galicia se han convertido en objetivo de grandes grupos de inversión (Tabla 7). En particular, cuatro grandes grupos hospitalarios han concentrado más del 70% de las plazas en los centros privados en Galicia durante los últimos años (AHOSGAL, 2019): el grupo HM (Hospitales de Madrid), Ribera Salud, el grupo Quirón y VITHAS. Estos cuatro grupos controlan más del 80% de las camas de los hospitales privados de Galicia; cuatro gigantes que tienen su principal vía de negocio en los conciertos con la sanidad pública. Por otro lado, el grupo Hestia Alliance ha adquirido buena parte de los hospitales privados gallegos especializados en salud mental. La única provincia gallega que había resistido el envite de los grandes grupos hospitalarios internacionales ha sido Ourense, donde el Centro Médico el Carmen S.A. y el Policlínico Santa Teresa de la Cooperativa CO.SA.GA mantuvieron el control de este mercado. Pero en 2021 la Cooperativa firmó un acuerdo con el Grupo Hospitalario Recoletas, lo que supuso el fin de su modelo de gestión.

8. CONCLUSIONES

Este trabajo ha permitido analizar los factores históricos que han condicionado la configuración del sistema hospitalario público y privado en Galicia. Este análisis ha puesto en evidencia la existencia de diferentes patrones de evolución territorial, que explican en buena medida nuestro modelo hospitalario actual. En particular, el caso gallego presenta características singulares vinculadas con su idiosincrasia y desarrollo socioeconómico.

Primero, las desamortizaciones del siglo XIX dismantelaron buena parte del sistema asistencial en manos de la Iglesia. Este vacío no fue suficientemente cubierto ni por fundaciones privadas –con escaso peso en Galicia– ni por el impulso de Diputaciones y Municipios que apenas contaban con suficientes fondos para mantener modestos hospitales en las principales ciudades, destinados más a confinar enfermos que a curarlos. En este apartado Galicia encaja en el modelo castellano descrito por Carasa (1988), más que en el catalán descrito por Barceló & Comelles (2017).

Segundo, durante el primer tercio del siglo XX, el débil pulso económico de las ciudades gallegas y el alto peso de la población rural se tradujo en Diputaciones y Municipios con escasa capacidad financiera y un escaso peso de la iniciativa privada. Las sociedades de socorros

²⁶ El Hospital Povisa ha presentado muchos conflictos internos (gestión económica) y externos (negociación de su concierto con Sergas) en los últimos años, véanse los informes de fiscalización elaborados por el [Consello de Contas de Galicia \(2018-2020\)](#).

²⁷ Toda la información contenida en este párrafo procede de los informes elaborados por el Consello de Contas de Galicia y por [AHOSGAL –Asociación de Hospitales privados de Galicia– \(2019\)](#).

mutuos gallegas tuvieron poca capacidad de cobertura sanitaria y las clínicas y sanatorios quirúrgicos fueron pequeños en número y estaban muy concentrados en la demanda sanitaria de las clases pudientes. En el ámbito público la colaboración con la Facultad de Medicina de Santiago catapultó al Hospital General como el centro de mayor prestigio y avances técnicos de Galicia.

Tercero, el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias vinculado al SOE se tradujo en nuevas Residencias Sanitarias para Galicia, ubicadas en las principales ciudades donde ya había otros hospitales. Pero la mayor parte de la población gallega seguía dispersa en el ámbito rural. Por otro lado, las Residencias funcionaron de manera deficiente, sin plantilla estable y con recursos limitados, atendiendo solo a la población afiliada al SOE; sobre todo tras la ampliación de las coberturas del seguro. Este escenario impulsó la creación de pequeñas clínicas y consultorios en el ámbito privado que se desplegaron por las principales ciudades en un mapa minifundista. Aquí se puso de manifiesto también la escasa tradición de las fundaciones privadas benéficas en el marco hospitalario gallego (a diferencia de otros casos como el catalán). En la década de 1970, con la profunda reforma modernizadora de la red de Residencias del SOE y el incremento de la cobertura y prestaciones del seguro, el sector privado inició dos estrategias. De un lado, algunas clínicas no pudieron asumir la competencia de los hospitales públicos y cerraron. De otro, empezó una estrategia de concentración empresarial para ganar capacidad de inversión y cuota de mercado. Durante este proceso su actividad se concentró de manera clara en las ciudades de mayor densidad poblacional y pulso económico de la vertiente atlántica gallega: A Coruña y Vigo.

Cuarto, el traspaso de competencias sanitarias a Galicia en 1991 se tradujo en una mejora sustancial de la posición relativa de esta comunidad en términos de gasto sanitario per cápita en el conjunto de España, lo que permitió compensar una deuda histórica con un territorio que mantenía una peor dotación de hospitales y de camas en la sanidad pública. A partir de entonces, aumentó el número de hospitales públicos y se reformaron muchos de los ya existentes. Aunque se elaboraron diferentes planes, no se desplegó ninguna estrategia para adaptar el mapa hospitalario gallego a las necesidades de la población; donde el peso del rural seguía siendo considerable. Por otro lado, el sistema sanitario gallego no integró globalmente en su red pública a los hospitales privados –como sí ocurrió en otros territorios–, pero estableció otras fórmulas de colaboración que fueron esenciales para la supervivencia del sector hospitalario privado: la firma de conciertos. Hoy en día se benefician de esos conciertos los grandes grupos hospitalarios que han penetrado desde inicios del siglo XXI en el sistema hospitalario privado en Galicia, donde controlan más del 80% de los centros.

En conclusión, la configuración histórica de nuestro sistema hospitalario público y privado y sus diferencias territoriales resultan claves para comprender muchos de los problemas actuales en la atención a la salud que tienen que ver con el gasto sanitario público, el peso del hospital frente a la atención primaria, la organización de servicios o la adaptación del sistema a las necesidades demográficas de un territorio. En este sentido, la elección histórica de las ciudades como ejes de la atención hospitalaria dentro de un sistema sanitario hospital céntrico ha podido influir también en el despoblamiento del rural en el largo plazo. Estamos hablando de un servicio básico que constituye un pilar fundamental de nuestra sociedad del bienestar. La reciente pandemia ha sido un buen ejemplo de esto.

Autoría del trabajo

Los autores han contribuido por partes iguales a la elaboración de este trabajo tanto en el proceso de conceptualización y metodología, en el vaciado de datos y su interpretación, así

como en la redacción y edición del texto. Todos los autores han leído y están de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Agradecimientos

Ambos autores desean agradecer la financiación recibida del proyecto titulado "El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)". Referencia PID2021-1226990B-I00 financiado por MCIN/ AEI /10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

Referencias

- Abellán Perpiñán, J., M. (Dir.) (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y Reformas*. BBVA.
- AHOSGAL –Asociación de Hospitales privados de Galicia– (2019). *Diagnóstico de la Sanidad en Galicia 2019*, enlace: <http://ahosgal.es/wp-content/uploads/2019/12/Diagn%C3%B3stico-de-la-Sanidad-en-Galicia-2019.pdf>.
- Anuario Estadístico de España 1930. Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Anuario Estadístico de España 1944-1945. Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona (ed.) (1972). *Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo Económico y Social*. Imprenta Pedro Hernández.
- Barceló-Prats, J. (2021). Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad, Dossier especial, Los factores condicionantes en la configuración histórica del sistema hospitalario en España. *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 41(1), 27-51. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/dynamis/article/view/22456>
- Barceló-Prats, J. & Lanero, D. (2022). From Abandonment to Hospitalisation: Evolution of Hospital Care in Rural Spain (1939-1975). *Social History of Medicine*, 35(2), 661-681. <https://academic.oup.com/shm/article/35/2/661/6491907>
- Barceló-Prats, J. & Comelles, J.M. (2016). La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna. *Asclepio*, 68(1), 127-143. <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/682/973>
- Barceló-Prats, J. & Comelles, J.M. (2017). La adaptación de los hospitales catalanes a la legislación benéfica del Estado liberal (1798-1914). En A. Zarzoso & J. Arrizabalaga (Eds.), *Al servicio de la salud humana, la Historia de la Medicina ante los retos del siglo XXI* (pp. 503-508). Sociedad Española de Historia de la Medicina. <https://sehm.es/wp-content/uploads/2020/06/LIBRO-FINAL-IMPRIMIR.pdf>
- Barceló-Prats, J., Comelles, J. M. & Perdiguero, E. (2019). Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978). En I. Porrás, L. Mariño & M. V. Caballero (eds.), *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo* (pp. 146-167). Catarata.
- Barciela, C. (ed.) (2003). *Autarquía y mercado negro. El fracaso económico del primer franquismo, 1939-1959*. Crítica.

- Berridge, V. (1999). *Health and Society in Britain since 1939*. Cambridge U. P.
- Calle, C. (2019). *Análisis del modelo de liderazgo en las organizaciones sanitarias del sector público catalán*. Tesis doctoral inédita, Universitat Internacional de Catalunya. <https://www.tdx.cat/handle/10803/668433>
- Cantarero Prieto, D. (2006). La evolución de la financiación sanitaria en España. En J. M. Cabasés Hita (Dir.), *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada* (pp. 129-160). Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2007_financiacion_gasto_sanitario.pdf
- Carasa, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX, De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad.
- Carasa, P. (1988). *Crisis del Antiguo Régimen y Acción Social en Castilla*. Junta de Castilla y León - Departamento de Cultura y Bienestar Social.
- Catálogo Nacional de Hospitales 1986. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Catálogo Nacional de Hospitales 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Catálogo Nacional de Hospitales 2020. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Cherry, S. (1997). Before the National Health Service: Financing the Voluntary Hospitals, 1900-1939. *The Economic History Review*, 50, 305-326. <https://www.jstor.org/stable/2599062>
- Comelles, J. M., Alegre-Agís, E. & Barceló-Prats, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, 10, 57-85. <https://ojs.uv.es/index.php/kamchatka/article/view/10420>
- Comelles, J. M., Perdiguero, E., Bueno, E. & Barceló, J. (2020). Por caminos y veredas: La práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979). En J. M. Martínez & E. Perdiguero (Eds.), *Genealogías de la reforma sanitaria en España* (pp. 63-124). Catarata.
- Comín, F. (1996). *Historia de la Hacienda pública, II, España (1808-1995)*. Crítica.
- Comín, F. (junio, 2017): La fiscalidad del Estado del bienestar frente a la fiscalidad del franquismo (1940-2016). 2017. La evolución de los sistemas fiscales desde la España medieval a la contemporánea: objetivos y consecuencias. Málaga, Universidad de Málaga. https://www.aehe.es/wp-content/uploads/2016/01/201709_Francisco-Comin.pdf
- Consello de Contas de Galicia. (1997-2020). *Informes de fiscalización da Conta Xeral do Servizo Galego de Saúde*. <https://www.ccontasgalicia.es/gl/menu-consello/fiscalizacion/informes>
- De la Torre, J. (2015). *El hospital Provincial de Ourense*. Diputación Provincial.
- DGA, Dirección General de Administración (1912-1918), *Nuevos apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de beneficencia y de previsión*. Ministerio de la Gobernación.
- Domin, J. P. (2008). *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier, Tome I (1803-1945)*. CHSS
- Domínguez Freire, F. (2020). *Evolución del pensamiento médico de entresiglos (1878-1932) en Galicia: de la caridad a la asistencia. El caso de Vigo*. Tesis Doctoral leída en la Universidad de Santiago de Compostela. <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/24363>

- Donzé, P. I. & Fernández, P. (2019). Health Industries in the Twentieth Century. *Business History*, 61(3), 385-403. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00076791.2019.1572116>
- Doyle, B. (2016). Healthcare before Welfare States: Hospitals in Early Twentieth Century England and France. *Canadian Bulletin of Medical History*, 33(1), 174-204. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27344908/>
- Fernández, C. (1995). *Antiguos hospitales de La Coruña*. Deputación da Coruña.
- Fernández-Pérez, P. (2018). Modelos de gestión hospitalaria en España (1900-1930). El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en perspectiva comparada. En M. Vilar-Rodríguez & J. Pons-Pons (Eds.), *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986) [Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español]* (pp. 139-178). Marcial Pons.
- Fernández Pérez, P. (2021). *The Emergence of Modern Hospital Organisation and Management in the World, 1880s-1930s*. Emerald Publishing
- García González, J. (2011). *La implantación del hospital moderno en España, el Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible*. Ediciones Nobel.
- García Guerra, D. (1998). El Gran Hospital de Santiago. En Comité Organizador del XXV Aniversario del Hospital General de Galicia (1972-1997) (eds.), *XXV Aniversario del hospital General de Galicia 1972-1997* (pp. 19-42). Liña ed.
- García Iglesias, José M. (dir.) (2004). *El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación*. S.A. de Xestión do Plan Xacobeo.
- Germán Zubero, L. G., Llopis Agelán, E., Maluquer de Motes i Bernet, J. & Zapata Blanco, S. (Eds.) (2001). *Historia económica regional de España: siglos XIX y XX*. Crítica.
- Gorsky, M., Mohan, J. & Powell, M. (2002). The Financial Health of Voluntary Hospitals in Interwar Britain. *Economic History Review*, 55, 533-57. <https://www.jstor.org/stable/3091678>
- Gorsky, M., Vilar-Rodríguez M., & Pons-Pons, J. (Eds.) (2020). *The Political Economy of the Hospital in History*. University of Huddersfield Press. <https://unipress.hud.ac.uk/plugins/books/26/>
- Granshaw, L. & Porter, R. (1989). *The hospital in history*. Routledge.
- Guenter R. (1999). *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*. Oxford University Press.
- Hoffman, B. (2020). The American Hospital: Charity, Public Service, or Profit Centre? En M. Gorsky, M. Vilar-Rodríguez & J. Pons-Pons (Eds.), *The Political Economy of the Hospital in History* (pp. 251-293). University of Huddersfield Press. <https://unipress.hud.ac.uk/plugins/books/26/>
- Lanero Táboas, D. (2010). ¿La salud es lo que importa? la O.S. 18 de Julio y la asistencia médica en Galicia (1940-1965), *Historia Social*, 68, 47-67. <https://www.jstor.org/stable/23228029>
- Lanero Táboas, D. (2021). Historia de una infraestructura menguante: la crisis terminal del hospital rural al final del franquismo (1960-1975), Dossier especial, Los factores condicionantes en la configuración histórica del sistema hospitalario en España. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 41(1), 111-133. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/dynamis/article/view/22459/21347>

- Lens Tuero, Alberto M. (2013). *Historia del Santo Hospital de Caridad de Ferrol*. Deputación da Coruña.
- León Sanz, P. (2018). Hospitales de la Iglesia Católica en España. En M. Vilar-Rodríguez & J. Pons (Ed.), *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986) [Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español]* (pp. 325-365). Marcial Pons.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
- Marqués, F. (2003). *El Sistema Nacional de Salud después de las transferencias sanitarias*. Consejería de Sanidad.
- Maza, E. (1983). Crisis y desamortización a principios del siglo XIX. Su reflejo y significado en la asistencia social vallisoletana. *Investigaciones históricas, Época Moderna y Contemporánea*, 4, 187-246. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/21242>
- Ministerio de Gobernación (1909). *Apuntes para el Estudio y la organización de las instituciones de beneficencia y de previsión. Memoria de la Dirección general de administración*, Madrid, Ministerio de Gobernación, Establecimiento tipográfico sucesores de Rivadeneyra
- Ministerio de Sanidad (2013). *Manual de definiciones sistema de Información de atención especializada*, enlace: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2013/DEFINICIONES_C1.pdf
- Orden de 19 de abril de 1966 por la que se publica el Catálogo de Hospitales. *Boletín Oficial del Estado*, 140, de 13 de junio de 1966. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-9421>
- Orden por la que se hace público el Catálogo de Hospitales, actualizado al 31 de diciembre de 1970. *Boletín Oficial del Estado*, 70, de 22 de marzo de 1973. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-35120>
- Pardo Gómez, F. (2014): *Historia de la medicina de Lugo y su provincia: de los conventos a la resonancia magnética*. Diputación Provincial de Lugo.
- Peñín-Agra, D. (2022). *La configuración histórica del sistema hospitalario público y privado en Galicia: 1963-2019*. Trabajo de Fin de Máster. Facultade de Economía e Empresa. Universidade da Coruña. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/28656>
- Perdiguero-Gil, E. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial, una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 140-145. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400022
- Perdiguero-Gil, E. & Comelles, J. M. (2019). The Roots of the health Reform in Spain. En L. Abreu (Ed.), *Health Care and Government Policy*. Publicações do Cidehus. <http://books.openedition.org/cidehus/8327>
- Pérez-Castroviejo, P. M. (2002). La formación del sistema hospitalario vasco, administración y gestión económica 1800-1936. *Transportes, Servicios y Telecomunicaciones*, 3-4, 73-97. https://www.tstrevista.com/tstpdf/tst_03/dossier3_03.pdf
- Pieltain Álvarez-Arenas, A. (2003). *Los hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna*. Tesis doctoral inédita, Universidad Politécnica de Madrid. https://oa.upm.es/4331/1/ALBERTO_PIELTAIN_ALVAREZ_ARENAS_b.pdf

- Pons-Pons, J. & Vilar-Rodríguez, M. (2014). *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Pons-Pons, J. & Vilar-Rodríguez, M. (2021). The historical roots of the creation of the Catalan private-public hospital model: c. 1870-1935. *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1), 30-66. <https://revistes.ub.edu/index.php/JESB/article/view/j083>
- Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. *Boletín Oficial del Estado*, 216, de 9 de septiembre de 1989. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1989/09/08/1088>
- Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 31 de diciembre de 1990. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1990/12/28/1679>
- Real Decreto- 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional. *Boletín Oficial del Estado*, 226, de 21 de septiembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-24165>
- Reher, David-Sven (1994). Ciudades, procesos de urbanización y sistemas urbanos en la Península Ibérica, 1550-1991. En M. Guardia, J. Monclús & J. L. Oyón (dirs.), *Atlas histórico de ciudades europeas* (pp. 1-29). Centre de Cultura Contemporània de Barcelona, Salvat.
- Rosenberg, Ch. (1987). *The care of strangers. The rise of America's hospital system*. Johns Hopkins University Press.
- Sánchez Bayle, M. (2013). *La Contrarreforma Sanitaria*. Catarata
- Sánchez Bayle, M. (2019). *Privatización sanitaria. Análisis y alternativas*. El Viejo Topo.
- Simón Lorda, D. (2005). *Locura, medicina y sociedad: Ourense: (1875-1975)*. Fundación Cabaleiro Goás.
- Smith, T. B. (1998). The Social transformation of Hospitals and the Rise of Medical Insurance France, 1914-1943. *The Historical Journal*, 41(4), 1055-87. <https://www.jstor.org/stable/3020862>
- Sturdy, S. (2002). *Medicine, Health and the Public Sphere in Britain, 1600-2000*. Steve Sturdy.
- Torregrosa Hetland, S. (2021). *The Spanish Fiscal Transition: Tax Reform and Inequality in the Late Twentieth Century*. Palgrave/Macmillan.
- Ventura Victoria, J. (2003). Organización y gestión de la atención sanitaria. En Ministerio de Sanidad y Consumo, *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud* (pp. 307-362). Observatorio SNS. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anual_Anexo_V.pdf
- Vilar-Rodríguez, M. (2007). ¿Entre la limosna y el bienestar? Origen, desarrollo y consecuencias de las políticas sociales en Galicia (1890-1935). *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 29, 173-197. <https://revistas.ucm.es/index.php/CHCO/article/view/CHCO0707110173A>
- Vilar-Rodríguez, M. (2009). *Los salarios del miedo. Mercado de trabajo y crecimiento económico en España durante el franquismo*. Fundación 10 marzo & Diputación da Coruña.
- Vilar-Rodríguez, M. (2010). La cobertura social a través de las sociedades de socorro mutuo, 1839-1935. En J. Pons-Pons & J. Silvestre (Ed), *Los orígenes del Estado del bienestar en*

España 1900/1945, los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad (pp. 85-122).
Prensas Universitarias de Zaragoza.
https://www.researchgate.net/publication/28268769_La_cobertura_social_a_traves_de_las_sociedades_de_socorro_mutuo_1839-1935_una_alternativa_al_estado_para_afrontar_los_fallos_del_mercado

Vilar-Rodríguez, M. (2022). Saúde e atención sanitaria. En R. Villares (coord.), *Os tempos son chegados. Un balance da Galicia autonómica, 1981-2021*. Parlamento de Galicia.
<https://histagra.usc.es/es/publicacions/679/os-tempos-son-chegados-un-balance-da-galicia-autonomica-1981-2021>

Vilar-Rodríguez, M. & Pons-Pons, J. (2019). Competition and collaboration between public and private sectors: the historical construction of the Spanish hospital system (1942-1986). *The Economic History Review*, 72 (4), 1127-1636. <https://doi.org/10.1111/ehr.12771>

Vilar-Rodríguez, M. & Pons-Pons, J. (2020). La Ley de Bases de la Seguridad de 1963: ¿una oportunidad perdida? En D. Alberto & M. Ortiz (Eds.), *El Estado de Bienestar entre el franquismo y la transición* (pp. 125-156). Sílex.

Vilar-Rodríguez, M. & Pons-Pons, J. (2021). El papel de los hospitales municipales y provinciales en España desde una perspectiva histórica, Dossier especial, Los factores condicionantes en la configuración histórica del sistema hospitalario en España. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 41(1), 79-110.
<https://doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.22458>

Vilar-Rodríguez, M. & Pons-Pons, J. (Ed.) (2018). *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986) [Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español]*. Marcial Pons.

Villarino Sieyro, R., Rodríguez Martínez-Conde, R., García Bartolomé, J.M., Villarino Pérez, M., Rodríguez Cudeiro, M.A., García Pita, P., & De Uña Álvarez, E. (s.f.). *Propuesta de mapa sanitario para la organización territorial de Galicia*. Consellería de Sanidade e Consumo, Xunta de Galicia.

Xu, J. & Mills, A. (2020). The rise of hospital centrism in China, 1835-2018, from the perspective of financing. En M. Gorsky, M. Vilar-Rodríguez & J. Pons-Pons (Eds.), *The Political Economy of the Hospital in History* (pp. 251-293). University of Huddersfield Press.
<https://unipress.hud.ac.uk/plugins/books/26/>