

A configuración histórica do sistema hospitalario público e privado en España desde unha perspectiva territorial: un estudo a través do caso galego

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

Resumo

Os hospitais convertéronse hoxe en día en espazos estratéxicos de investigación científica, formación médica e atención clínica, á vez que en eixes centrais do noso sistema de saúde e do noso estado do benestar. Partindo desta idea, este traballo ofrece novos datos cuantitativos e propón dous obxectivos básicos. Primeiro, analizar que factores condicionaron a configuración histórica do mapa hospitalario público e privado en Galicia desde unha perspectiva comparativa. Segundo, estudar o impacto da Lei xeral de sanidade, aprobada en 1986, e do traspaso das transferencias sanitarias a Galicia en 1991 sobre a configuración do seu sistema hospitalario público e privado no longo prazo. Os resultados obtidos poñen en evidencia a importancia da perspectiva territorial para comprender a complexa heteroxeneidade histórica do noso modelo hospitalario actual e achegan novos elementos para o debate político e a análise económica.

Palabras chave: hospital; sanidade; España; Galicia; séculos 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

O sistema hospitalario foi un factor esencial no avance do estado do benestar e da sanidade pública. A súa configuración histórica ofrece un excelente campo de análise no ámbito económico, porque supón un dos programas sociais máis custosos e porque representa un elemento clave na conquista social e na lexitimación política. O seu estudo desde a perspectiva da historia económica resulta interesante porque o seu desenvolvemento está ligado a esixentes requirimentos de infraestruturas, tecnoloxías e profesionais, cun necesario desenvolvemento no longo prazo. A pesar da súa importancia, son escasos os estudos que analizan a construción histórica dos sistemas hospitalarios nos principais países, as súas características e o seu papel no desenvolvemento dos diferentes sistemas de saúde¹. Podemos destacar os estudos dispoñibles para os casos británico e francés² e, fóra de Europa, para Estados Unidos (Rosenberg, 1987; Hoffman, 2020) e para Xapón e China (Donzé & Fernández, 2019; Xu & Mills, 2020). O libro editado en 2020 por Gorsky, Vilar e Pons permitiu dispoñer dun estudo comparativo da configuración histórica dos sistemas hospitalarios públicos e privados en case unha decena de países, incluíndo España, Brasil, Alemaña, Europa central e do leste, Gran Bretaña, Estados Unidos e China (Gorsky et al., 2020). Esta obra supuxo un avance no coñecemento das pautas comúns e das complexidades existentes en cada país e puxo sobre a mesa novos elementos de debate ao redor do financiamento, a xestión, a distribución territorial dos recursos en cada territorio e o contexto político en que os sistemas hospitalarios se configuraron.

En xeral, a literatura puxo en evidencia como, ata o século XX, o hospital era considerado en Occidente como un asilo para incurables ou un refuxio para tolos e pobres (Granshaw & Porter, 1989; Guenter, 1999; Comelles et al., 2017). Baixo esa imaxe de centros lúgubres, onde os pacientes se apiñaban con pouca intimidade e as enfermidades se transmitían con facilidade, a xente con recursos prefería ser atendida por médicos de pago no seu domicilio particular (García-González, 2011). Os hospitais sufriron unha gran transformación da súa imaxe e das súas funcións durante o século XX ao converterse en dispositivos de saúde en todos os países occidentais, aínda que a diferentes ritmos. Nos Estados Unidos a introdución de tecnoloxía e de capacidade diagnóstica e terapéutica, xunto coa formación de profesionais durante a década de 1920, situaron os hospitais na cúspide do dispositivo de saúde (García-González, 2011; Barceló et al., 2019; Fernández Pérez, 2021). En Europa occidental, a introdución do hospital moderno produciuse, sobre todo, despois da II guerra mundial, nun marco de desenvolvemento dos estados de benestar.

En España, a aprobación tardía do Seguro Obrigatorio de Enfermidade (1942), nunha ditadura, reduciu a cobertura, as prestacións e a dispoñibilidade dunha rede hospitalaria pública moderna (Pons & Vilar, 2014). Houbo que esperar ata o inicio da transición democrática para avanzar en dous condicionantes históricos: a escasa capacidade de recadación do sistema fiscal, que actuou como lastre das posibilidades de financiamento do sistema hospitalario, e a ausencia dunha lei xeral de sanidade que definise as súas pautas básicas de funcionamento. No tocante ao primeiro condicionante, a reforma fiscal de 1977

¹ Desde un punto de vista comparativo na traxectoria histórica de diversos países, destaca o recente traballo comparativo de Gorsky, Vilar e Pons (2020).

² Para o caso británico, véxanse Cherry (1997); Doyle (2016); Gorsky et al. (2002). Sobre a formación do Sistema Nacional de Saúde (NHS), véxase Berridge (1999) e algúns traballos incluídos en Sturdy (2002). Para o sistema hospitalario francés, véxase Domin (2008) e Smith (1998). Para unha comparación entre os casos británico e francés, véxase Doyle (2016).

introduciu os principios tributarios do estado do benestar e estableceu uns tributos homologables a Europa (Comín, 1996, 2017; Torregrosa, 2021). Verbo do segundo, cómpre destacar as novas propostas de reforma sanitaria ao redor dun Servizo Nacional de Saúde, con cobertura universal e financiado a través dos orzamentos do Estado (Vilar & Pons, 2018; Perdiguero & Comelles, 2019). Este proxecto centrouse basicamente nunha reforma hospitalaria que asentou no país unha cultura hospital céntrica consolidada por tres factores históricos (Comelles et al., 2017; Barceló, 2021): decisións políticas que fomentaron a posición central do hospital nos dispositivos sanitarios; intereses do persoal sanitario, que considerou o hospital como o principal espazo educativo e de desenvolvemento das súas carreiras profesionais; e finalmente, a percepción cidadá, que entende o hospital como referente principal nos procesos de atención á saúde. Ademais, a reforma hospitalaria da década de 1970 consolidou en España diferenzas territoriais históricas no dispositivo hospitalario, nun marco onde comezaban a un tempo as transferencias sanitarias ás comunidades autónomas. Estamos, por tanto, ante un proceso complexo e difícil de comprender se non se achegan estudos desde un enfoque territorial³. Este traballo pretende contribuír a entender esta evolución a través do caso galego e utilizando nova evidencia cuantitativa⁴. Galicia ofrécenos a perspectiva histórica dun territorio con marcado carácter rural e agrario (Germán et al., 2001).

Partindo deste contexto, o traballo ofrece novos datos cuantitativos e propón dous obxectivos básicos. Primeiro, analizar que factores condicionaron a configuración histórica do mapa hospitalario público e privado en Galicia en comparación con outros territorios. Segundo, estudar a evolución do sistema hospitalario público e privado antes e despois da Lei xeral de sanidade (LXS), aprobada en 1986, así como os cambios acaecidos tras o traspaso das transferencias sanitarias a Galicia en 1991. Os resultados obtidos poñen en evidencia a importancia da perspectiva territorial para comprender a complexa heteroxeneidade histórica do noso modelo hospitalario actual e achegan novos elementos para o debate político e a análise económica.

2. ELEMENTOS CONDICIONANTES DAS DESIGUALDADES TERRITORIAIS NA CONFIGURACIÓN DO SISTEMA HOSPITALARIO EN ESPAÑA: UNHA REVISIÓN DE LONGO PRAZO

Desde un punto de vista histórico, os procesos de desamortización do século XIX significaron o afundimento do soporte asistencial vinculado tradicionalmente á Igrexa, e o traspaso destas funcións á tutela do Estado liberal⁵. Con todo, o Estado derivou esta responsabilidade cara ás deputacións e municipios, sen asignarlles novas vías de

³ Apenas contamos con estudos desde esta perspectiva, máis aló de historias particulares de hospitais, e salvo excepcións para os casos de Castela no século XIX (Maza, 1983; Carasa, 1988), o País Vasco no primeiro terzo do século XX (Pérez Castroviejo, 2002) ou Cataluña (Barceló & Comelles, 2016 e 2017; Pons & Vilar, 2021).

⁴ Para o caso galego contamos con historias de hospitais –a maioría citadas neste traballo– e estudos cun enfoque parcial como, por exemplo, a sanidade rural en Lanero (2010) ou a extensa obra ao redor dos hospitais psiquiátricos en Galicia de Simón (2005). Sobre o sistema sanitario galego tras o traspaso das competencias sanitarias, véxase Vilar (2022) e un primeiro estudo sobre a historia dos seus hospitais no traballo de fin de máster de Peñín (2022).

⁵ A maioría de autores consideran que a orixe do sistema hospitalario español actual afunde as súas raíces no século XIX e é resultado dos procesos de desamortización (Carasa, 1985). Sobre a influencia da Igrexa no dispositivo hospitalario, véxase León (2018).

financiamento (Vilar & Pons, 2021). Sometidas a unha permanente escaseza de fondos, estas institucións repartíronse funcións e alcanzaron unha certa especialización. Así, as primeiras centráronse en hospitais e asilos mentres que os segundos concentraron esforzos nos servizos de urxencias e nos corpos médicos municipais. A riqueza da provincia e o tamaño do municipio resultaron determinantes neste proceso, o que xerou desigualdades territoriais. En consecuencia, a procura de vías complementarias de financiamento para o sostemento dos hospitais representou un elemento estratéxico diferencial. Aquí cabe destacar a singularidade dalgúns territorios como Cataluña, que dispuxo dunha rede de hospitais locais moi densa desde a Baixa Idade Media (Barceló & Comelles, 2016). A súa estrutura económica mantívose moi estable tras as desamortizacións e os cambios lexislativos do século XIX, que non lograron liquidar o dispositivo asistencial tradicional. En concreto, a supervivencia como fundacións benéficas particulares permitiu a conservación do seu patrimonio fronte ao afán alleador do Estado sobre os bens dos hospitais públicos.

Por outra banda, desde o punto de vista da demanda, o peso da poboación urbana e asalariada xunto ao desenvolvemento económico de cada territorio influíron tamén. Así, nas zonas de elevado pulso industrial e urbano fóronse concentrando pequenas clínicas e hospitais vinculadas á cobertura de accidentes de traballo en fábricas. Nestas áreas, a crecente demanda de obreiros asalariados e de clases medias atraeu o interese de compañías de seguro ou clínicas particulares de médicos especialistas (Vilar & Pons, 2018 e 2019; Fernández, 2018). Hai que ter en conta que a infraestrutura hospitalaria se mantivo como un recurso de difícil acceso para boa parte da poboación en España ata mediados do século XX. Dun lado, os habitantes non incluídos no rexistro de pobres debían pagar polos servizos nos hospitais da beneficencia pública, así como aboar os medicamentos. Doutro, a atención de máis de dous terzos da poboación española seguía vinculada a médicos rurais e a sistemas de avinzas⁶.

Máis adiante, coa posta en marcha do Seguro Obrigatorio de Enfermidade (SOE), en 1942, e co posterior Plan Nacional de Instalacións Sanitarias propúxose unha política hospitalaria de vocación centralizadora (coa construción da nova rede de residencias sanitarias xestionadas desde o Instituto Nacional de Previsión).

Lembremos que o SOE foi xestionado desde o Ministerio de Traballo, baixo o control da Falanxe, e deixou á marxe do seguro a rede principal de hospitais públicos provinciais e municipais, dependentes da Dirección Xeral de Sanidade adscrita ao Ministerio de Gobernación⁷. En consecuencia, permaneceu un sistema público hospitalario con distribución territorial desigual, marcado pola falta de coordinación entre servizos públicos, polos problemas de financiamento e investimento e mais polas graves limitacións en afiliación e cobertura hospitalaria do seguro (Vilar & Pons, 2018). O déficit na atención hospitalaria pública do SOE propiciou o mantemento de culturas hospitalarias diversas, marcadas pola diferente presenza de hospitais públicos provinciais e municipais –que quedarán á marxe do SOE– e polo maior ou menor peso de hospitais privados pertencentes a empresas privadas, á Igrexa e a outras entidades sen fins de lucro.

No inicio da actual democracia, a cultura hospital centrista e as desigualdades territoriais históricas do dispositivo hospitalario consolidáronse baixo dúas novas premisas. Dun lado, un sistema hospitalario coordinado e moderno que une a vocación universalista coa tendencia descentralizadora. Doutro, un sistema de titularidade, xestión e financiamento público que

⁶ Se unha persoa negociaba avinzas, aboaba unha cantidade fixa que lle permitía dispoñer de médico sen pagar por acto (Lanero, 2021; Barceló & Lanero (2022)]. Sobre a medicina rural no primeiro terzo do século XX, véxanse Perdiguero (2004) e Comelles et al. (2020).

⁷ Para saber máis sobre os conflitos internos dentro da ditadura, véxase Pieltain (2003) e Pons & Vilar (2014) e Vilar & Pons (2019).

fomenta diferentes graos de colaboración co sector hospitalario privado en territorios con desigual percorrido histórico. Ambas as premisas quedaron recollidas na LXS (1986), marco de referencia do noso sistema sanitario actual, e onde se fixou un sistema de cobertura universal e igualitaria en todo o territorio, financiado con impostos e compatible coa descentralización de competencias sanitarias, e baixo un patrón de solidariedade interrexional. O novo modelo sanitario, de marcado carácter hospital céntrico e de titularidade e xestión pública como regra xeral, deixou a porta aberta á firma de concertos coa sanidade privada e a fórmulas de xestión indirecta. Vexamos o encaixe do caso galego neste marco histórico de diversidade territorial.

3. METODOLOXÍA E FONTES DISPOÑIBLES: PRINCIPAIS DIFICULTADES DUN ESTUDO DE PERSPECTIVA HISTÓRICA

Esta sección debe proporcionar detalles suficientes para permitir que o traballo sexa reproducido por un investigador independente. Os métodos que xa están publicados deben ser resumidos e indicados por unha referencia. Se se cita directamente a partir dun método publicado anteriormente, use comiñas e cite a fonte. Tamén debe describirse calquera modificación dos métodos existentes.

Como criterio común para este estudo ao redor da configuración histórica do sistema hospitalario en Galicia, escolleuse a titularidade da propiedade do hospital. A elección da dependencia patrimonial débese a dúas razóns principais:

Primeira. A propiedade patrimonial dos hospitais é o criterio máis claro e estable no tempo para clasificar os hospitais como públicos e privados.

Segunda. Este criterio reflíctese de maneira clara tanto nas fontes diversas utilizadas como na historiografía.

Pola contra, resulta moito máis confuso o tipo de financiamento e os grupos de pacientes (pobres, de pago, determinados colectivos) atendidos en cada hospital. Deste xeito e a partir de aquí, cando se fala de hospitais públicos entenderanse como hospitais de propiedade pública, e o mesmo para o caso dos hospitais privados. Dentro dos hospitais públicos atopamos establecementos construídos e financiados por institucións públicas, é dicir, referímonos ao conxunto dos hospitais vinculados ao Estado, ás deputacións e municipios, ao Instituto Nacional de Previsión (INP), á Secretaría Xeral do Movemento (SXM), á Dirección Xeral de Sanidade (DXS) e ao Padroado Nacional Antituberculoso (PNAT). Por outra banda, dentro do grupo de hospitais de propiedade privada atoparemos os hospitais da Igrexa, da Cruz Vermella, os benéficos particulares e os hospitais privados con ánimo de lucro. Esta clasificación segundo o tipo de propiedade pública ou privada mantívose, en esencia, en todas as fontes dispoñibles e foise adaptando a cada período ata a actualidade.

Os catálogos nacionais de hospitais constitúen a principal fonte estatística deste estudo, pero estes non comezaron a elaborarse ata 1963, ao abeiro da Lei de coordinación hospitalaria aprobada en 1962⁸. Nesta lexislación, o Estado tratou de impulsar unha Rede Hospitalaria Nacional integrada por todos os hospitais do Estado e os seus organismos autónomos, os da Seguridade Social, os da organización sindical, os das corporacións locais e aqueles sometidos ao protectorado do Estado (os hospitais militares quedaron fóra desta lei). A recompilación dos datos dos establecementos sanitarios e benéficos encargóuselle á

⁸ Sobre as propostas iniciais de catálogos, véxase [Pieltain \(2003\)](#).

Secretaría da Comisión Central de Coordinación Hospitalaria. A información solicitada foi publicada tres anos despois, en 1966 (e actualizada en 1970), e permítenos obter por primeira vez un mapa completo do sistema hospitalario público e privado en España Orden, de 19 de abril de 1966⁹. Ademais da súa tardía elaboración, esta fonte presenta o problema da irregularidade na publicación de datos. En 1973 publicouse unha actualización parcial do primeiro catálogo con datos practicamente similares pero máis completos, pois nela se incluían os hospitais militares Orden, de 31 de Diciembre de 1970¹⁰. Entre 1981 e 1982 retómase a elaboración do censo anual de hospitais en España, pero non se consegue manter a periodicidade anual da fonte ata 1985; momento en que estaba a piques de ser aprobada no Congreso a LXS, que constitúe a base do noso sistema sanitario actual, tal e como logo se comentará (véxanse fontes).

En consecuencia, para os períodos anteriores utilizáronse os escasos datos dispoñibles para o ámbito provincial publicados esporadicamente pola Dirección Xeral de Administración –DXA– (1912-1918). Os anuarios estatísticos de España –AEE– do primeiro terzo do século XX publicaron censos para o conxunto de España de institucións de socorro e asistencia a enfermos e datos de dubidosa orixe dos movementos de enfermos nos hospitais das capitais de provincia, sen máis especificacións. O Instituto Nacional de Estatística (INE) elaborou en 1949 o primeiro censo de establecementos sanitarios onde dispoñemos de datos incompletos por provincias para determinados grupos de hospitais. Este censo foi publicado no Anuario Estatístico de España de 1952. Desde 1972 o INE encargouse de elaborar con periodicidade anual a Estatística de establecementos sanitarios con réxime de internado, en colaboración co Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade e, máis tarde, coas consellerías de saúde das comunidades autónomas. A partir de 1996, o Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (MSSSI), en colaboración coas consellerías de saúde das comunidades autónomas, encárgase da elaboración desta estatística. Non obstante, para esta última época os catálogos nacionais de hospitais xa ofrecen unha información moito máis completa para os estudos con enfoque territorial, por iso optouse por esta fonte como a principal base de datos deste traballo. Deste xeito, a análise pormenorizada destes catálogos desde o punto de vista patrimonial, baixo o prisma da propiedade pública ou privada, permite establecer modelos territoriais distintos. En particular, a fonte permítenos analizar o peso histórico das diferentes institucións públicas (concellos, deputacións, Estado) e privadas (profesionais da medicina, patronais, fundacións e Igrexa) no financiamento, construción e xestión de centros hospitalarios e mesmo no cociente de camas en relación coa poboación nas diferentes provincias.

4. A CONFIGURACIÓN HISTÓRICA DO SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO E PRIVADO NA GALICIA PREBÉLICA

Os procesos de desamortización do século XIX arrasaron en Galicia con boa parte do sistema asistencial tradicional e deixaron este labor en mans das deputacións e dos

⁹ Orde do 19 de abril de 1966 pola que se publica o Catálogo de Hospitais. Boletín Oficial do Estado, nº. 140, do 13 de xuño de 1966, pp. 7389-7427. Madrid: Ministerio da Gobernación. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-9421>

¹⁰ Orde pola que se fai público o Catálogo de Hospitais, actualizado ao 31 de decembro de 1970. Boletín Oficial do Estado, nº. 70, do 22 de marzo de 1973, pp. 5631-5662. Madrid: Ministerio da Gobernación. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-35120> Esta versión actualizada é a que se utiliza neste traballo.

municipios, que eran moi pobres¹¹. Esta falta de financiamento traducíuse no desenvolvemento en Galicia de dous escenarios característicos do mapa hospitalario público da época.

Dun lado, os antigos hospitais que pasaron a mans destas institucións provinciais e municipais atopábanse nun estado deplorable, tanto en financiamento como en instalacións. O seu labor concentrouse en amarear e controlar pobres, salvo algunha excepción como o Hospital Real de Santiago de Compostela (fundado no século XV, segundo [García Iglesias, 2004](#)). Este centro, máis tarde denominado Gran Hospital de Santiago, foi considerado como o hospital central de Galicia desde o século XIX. Pasou de mans da Igrexa á xestión da Deputación Provincial en 1879, e sufriu graves problemas de financiamento ata a guerra civil española. O hospital ofrecía 330 camas distribuídas en dúas seccións, xeral e clínica, e contaba cun persoal de catro médicos, dez practicantes e dúas enfermeiras especializadas que, xunto con 23 relixiosas, se dedicaban a coidar pacientes (DXA, 1912-1918). A el acudían non só persoas de Galicia senón doutras rexións limítrofes para operacións cirúrxicas, atraídos polo prestixio dos seus médicos e cirurxiáns e polo variado dispositivo de instrumentos dispoñibles ([García, 1998](#)).

Hai que lembrar que o Gran Hospital e a Facultade de Medicina de Santiago mantiveran unha histórica colaboración. A súa boa fama atraía tamén “obreiros e empregados que carecían de medios suficientes para sufragar unha enfermidade de longa duración ou intervención cirúrxica” ([García, 1998](#)). Así, a maioría das 120.450 estancias anuais non dispoñían do certificado oficial de pobreza (necesario para atención gratuíta), pero tampouco pagaban as tarifas establecidas (2,34 ptas. por cama e 0,548 ptas. por medicina en 1912), consideradas desproporcionadas polas familias traballadoras. A situación traducíuse nunha grave penuria económica do centro en 1914. Foi entón cando a Deputación tratou de restrinxir o acceso de enfermos sen certificado de pobreza, o que provocou unha gran mobilización popular que estivo a punto “de orixinar un grave problema de orde pública” (DXA, 1912-1918). Finalmente, a medida non se chegou a executar. Constátase, por tanto, que o prestixio dos profesionais médicos conseguiu vencer o tradicional prexuízo da poboación a ingresar en establecementos de beneficencia, e isto a pesar do seu deplorable estado de conservación.

En conxunto, o mapa hospitalario público galego antes da guerra civil dependeu en boa medida do labor de deputacións e municipios, con capacidades limitadas. A penuria económica vese reflectida na iniciativa do Concello de Lugo, que puxo en marcha o primeiro hospital público da cidade en 1930, financiado co arbitrio municipal de dez céntimos no litro de viño e cos donativos de benfeitores particulares ([Pardo Gómez, 2014: 30](#)). No caso de Pontevedra, a Deputación financiou gran parte da construción dun novo hospital en 1897, que o municipio non podía manter, e decidiu convertelo nun hospital de beneficencia particular. A súa xestión cedéuselle a un padroado, quen o mantivo aberto grazas a doazóns en especie de panadeiros e agricultores locais, que achegaban comida, e con outros donativos en diñeiro e en especie procedentes de legados ou rifas. Tras varios desencontros entrambas as institucións, o hospital pasou a mans da Deputación e converteuse en hospital provincial en 1928.

En 1930 os principais hospitais públicos estaban situados nas sete cidades máis poboadas de Galicia. En Ourense, Pontevedra e Santiago de Compostela–vinculado á Facultade de Medicina– atopamos hospitais provinciais financiados pola Deputación; en Lugo, Vigo, A Coruña e Ferrol foron os municipios os principais valedores da oferta hospitalaria pública. A cidade compostelá especializouse, tamén, na atención de enfermos psiquiátricos no Hospital Psiquiátrico de Conxo e de infecciosos no Hospital San Lázaro ([De la Torre, 2015](#)). A esta

oferta hospitalaria pública sumábanse os hospitais do persoal militar (A Coruña, Ferrol e Pontevedra), as casas de maternidade e mais as casas de socorro concentradas na atención das urxencias e dos accidentados. O problema na maioría dos casos non foi tanto a construción de instalacións, onde se investiron a maior parte dos fondos, como o mantemento dos servizos.

Por outra banda, habemos de ter en conta que, durante este período, Galicia era un territorio con elevado peso da poboación rural, moi vinculada á agricultura e gandería, cunha gran dispersión demográfica e penosas comunicacións. En 1930, a porcentaxe de poboación urbana en Galicia alcanzaba o 9,2% do total; en 1960, esta porcentaxe só subira ao 18,6%, fronte ao 50,6% da media española¹². Esta distribución demográfica xeraba barreiras de entrada da poboación rural aos hospitais situados no ámbito urbano. Nas cidades situáronse tamén as principais sociedades de socorros mutuos, que noutros territorios, como Cataluña, representaron un papel clave na construción de clínicas e consultorios (Vilar, 2010). En Galicia a capacidade económica destes socorros foi moito menor. Ás fundacións benéficas particulares ocorrelles algo parecido. Ademais, concentráronse sobre todo en tarefas educativas e na atención aos pobres, máis que na atención a enfermos.

Táboa 1. Tipoloxía das fundacións de beneficencia particular en Galicia en 1930

	De índole relixiosa	A favor dos pobres	Para enfermos	Económico-sociais	Dotes e pensións	Varios fins	Carácter instrutivo
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

Fonte: Elaboración propia a partir do [Anuario Estatístico de España \(1930\)](#), pp. 648-649.

Agora ben, no ámbito privado realizaron un labor imprescindible os pequenos consultorios privados.

Este foi o caso do Dr. Rafael Vega, director municipal do Hospital de Lugo, quen compatibilizou este posto coa apertura dunha clínica cirúrxica privada en 1922 que, máis tarde, se converteu en sanatorio cirúrxico¹³. Os enfermos contaban con cuarto de baño independente e o servizo de enfermería estaba a cargo de enfermeiras tituladas. A estes centros privados, dotados de todo o confort e luxo acorde coa época, acudía “a xente ben da cidade”, pois as súas tarifas non estaban ao alcance da maior parte da poboación¹⁴. As condicións sanitarias e cirúrxicas que ofrecían estas clínicas privadas poñen en evidencia que

¹² Segundo os datos de Reher (1994). Lembremos que se considera poboación urbana só aquela que vive en núcleos que superan os 5.000 habitantes.

¹³ Cabe destacar que este sanatorio dispoñía en 1933 de “calefacción, iluminación, desinfección, instalación completa de Raios X, diatermia, sol artificial, correntes eléctricas e laboratorio”, tal e como se recolle na súa web oficial, ligazón: <https://www.rafaeldevega.es/rafael-de-veiga-como-medico/> (consultada en novembro de 2022).

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

as deficiencias dos hospitais públicos na época non respondían a descoñecemento da tecnoloxía ou prácticas diagnósticas, senón á escaseza de financiamento, falta de persoal e deficiente profesionalización deste (sobre todo de enfermería).

5. A POSTA EN MARCHA DO SEGURO OBRIGATORIO DE ENFERMIDADE: O MAPA HOSPITALARIO PÚBLICO E PRIVADO DE GALICIA DURANTE A DITADURA

A posta en marcha do Seguro Obrigatorio de Enfermidade en 1944 apenas tivo efectos no mapa hospitalario público e privado en Galicia (Pons & Vilar, 2014). Primeiro, porque nas limitadas prestacións iniciais do seguro non se incluíu a cobertura hospitalaria¹⁵. Segundo, porque o novo seguro estatal, xestionado pola á falanxista da ditadura a través do Ministerio de Traballo, deixou á marxe do SOE os hospitais públicos da beneficencia municipal e provincial xestionados desde outro Ministerio (Vilar & Pons, 2019). Terceiro, a falta de recursos e de vontade política lastrou tamén o financiamento destes hospitais públicos nun marco de grave crise económica, escaseza e racionamento de recursos básicos (Barciela, 2003). E lembremos, de novo, que estes centros se situaron nas capitais de provincia, onde apenas residía en 1943 o 8,5% da poboación galega, unha realidade xeográfica moi diferente a outros territorios como Cataluña.

Táboa 2. Institucións sanitarias en 1943

	Hospitais	Casas de Socorro	Beneficencia particular	Poboación Provincia Censo 1940	Poboación capital de provincia Censo 1940	% poboación na capital de provincia
Barcelona	4	14	92	1.931.875	1.081.175	55,97
Xirona	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

Fonte: Anuario Estadístico de España 1944-1945, pp. 1318, 1320 e 1321.

Na década de 1950, impulsouse o Plan Nacional de Instalacións Sanitarias para a construción dunha nova rede de hospitais públicos vinculados ao SOE e destinados a atender os seus limitados afiliados. Hai que apuntar que nestes anos as prestacións do SOE se

¹⁵ Un estudo sobre o SOE pode verse en Pons e Vilar (2014). Para o SOE en Galicia, véxase Lanero (2010).

ampliaron á cobertura dalgunhas especialidades médicas e ás operacións cirúrxicas. O proceso de construción resultou lento pola falta de financiamento dun seguro que dependía das cotizacións procedentes de salarios baixos e sen apenas achegas do Estado (Vilar, 2009: 214-215). As residencias sanitarias do SOE instaláronse tamén nas principais cidades, onde xa había outros hospitais públicos. Esta decisión duplicou, a miúdo, os servizos hospitalarios nos centros urbanos de maior tamaño, mentres deixaba sen servizo núcleos máis pequenos (Pons & Vilar, 2014 e Barceló & Lanero, 2022).

As tres primeiras residencias sanitarias galegas, situadas na Coruña, Vigo e Lugo, inauguráronse oficialmente a finais da década de 1950 (Pons & Vilar, 2014). Moitas destas residencias cirúrxicas construídas permaneceron pechadas ou infrautilizadas, sen persoal xerarquizado e estable, e con escaseza de recursos materiais. Os equipos médicos desprazábanse desde as súas clínicas privadas a estes centros para realizar, sobre todo, tratamentos cirúrxicos. As novas residencias quedaron tamén desvinculadas da docencia baixo o discurso demagóxico da propaganda falanxista: “os traballadores non poden servir para que se estude neles” (García-González, 2011, p.113).

Na década de 1960, puxéronse en marcha dúas reformas lexislativas importantes: A Lei de hospitais de 1962 e a Lei de bases da Seguridade Social de 1963 (Vilar & Pons, 2020). Ambas compartían o obxectivo de conseguir unha maior coordinación dos hospitais públicos dispoñibles en España co fin de mellorar a atención dos pacientes. Este obxectivo resultaba necesario para a xestión máis eficiente dos recursos nun marco de ampliación da cobertura sanitaria, onde se recoñecía o dereito dos asegurados á hospitalización médica. Non obstante, o obxectivo de coordinación fracasou no ámbito da xestión do hospital moderno. Uns anos máis tarde, o III Plan de Desenvolvemento Económico e Social, publicado en 1972, recoñecía as graves dificultades financeiras do sistema hospitalario público nun contexto de rápido cambio tecnolóxico e de incremento de custos¹⁶. Neste documento xa se poñía en evidencia a necesidade de crear unha rede rexionalizada de hospitais, adaptada ás necesidades de cada territorio. O problema radicaba, outra vez, no financiamento.

Galicia contaba en 1970 cun precario sistema hospitalario integrado por 117 instalacións, 26 de propiedade pública e 91 privadas, que ofrecían un total de 9.392 camas –7.141 en hospitais públicos e 2.251 en privados– (Táboa 4). Dentro dos hospitais públicos, a maior parte das camas estaban concentradas nos hospitais militares de acceso restrinxido (19,5%), nos hospitais especializados en pacientes tuberculosos do PNA e ET (18%) e nos de enfermos psiquiátricos (27,5%).

¹⁶ Asociación para o Desenvolvemento Hospitalario de Barcelona (1972).

Táboa 3. Sistema hospitalario público e privado en Galicia, 1970

Prov.	Nome do establecemento	Municipio	Núm. camas	Dependencia patrimonial
A Coruña	Santo Hospital de Caridad	Ferrol	133	Benef. Part.
	Sanatorio Psiquiátrico de Conxo	Santiago de C.	1.400	Deputación
	Residencia Sanitaria «Juan Canalejo»	A Coruña	299	INP
	Sanatorio «Ntra. Sra. Esperanza»	Santiago de C.	85	Igrexa
	Hospital Militar Rexional	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 Xullo
	Sanatorio «Prof. Novoa Santos»	Ferrol	235	PNA e ET
	Sanatorio Marítimo de Oza	A Coruña	300	PNA e ET
	Sanatorio «Profesor Gil Casares»	Santiago de C.	125	PNA e ET
	Clínicas e sanatorios: 28	varios	640	Privados
Lugo	Centro Maternal de Urxencia	Monforte	11	DXS
	Hospital Psiquiátrico Provincial «San Rafael»	Castro de Rei	411	Deputación
	Hospital Provincial «San José»	Lugo	198	Deputación
	Resid. Sanitaria «Hermanos Pedrosa Posada»	Lugo	115	INP
	Hospital «San Pablo e San Lázaro»	Mondoñedo	48	Igrexa
	Hospital Mun. «San Sebastián e San Lázaro»	Ribadeo	35	Municipio
	Sanatorio Antituberculoso de Calde	Lugo	336	PNA e ET
	Clínicas e sanatorios: 15	Varios	268	Privado
Ourense	Hospital Provincial	Ourense	236	Deputación
	Sanatorio Psiquiátrico de Toén	Toén	150	DXS
	Residencia Sanitaria «Ntra. Sra. del Cristal»	Ourense	250	INP
	Residencia Sanitaria «Adolfo Gómez Ruiz»	Ourense	24	O.S. 18 de Julio
	Residencia Sanatorio Antitub. «Santo Cristo del Piñor»	Barbadás	276	PNA e ET
	Clínicas e sanatorios: 20	Varios	270	Privado
Pontevedra	Hospital Dispensario CRE de Vigo	Vigo	45	Cruz Vermella
	Hospital Provincial	Pontevedra	475	Deputación
	Residencia Sanitaria «Almirante Viema»	Vigo	300	INP
	Hogar Clínica «San Rafael»	Vigo	120	Igrexa
	Hospital Militar de Vigo	Vigo	65	M. Defensa
	Hospital Municipal	Vigo	153	Municipio
	Clínicas e sanatorios privados: 23	Varios	582	Privado

Fonte: Elaboración propia a partir do Catálogo Nacional de Hospitais de 1970. (Véxase nota ao pé 7).

Doutra banda, o SOE en 1970 dispoñía de catro residencias sanitarias en Galicia, unha por provincia, cunha capacidade de 954 camas. Acabábase de inaugurar, o ano anterior, a Residencia Sanitaria de Ourense e, máis adiante, en 1977, inauguraríase a Residencia Sanitaria Arquitecto Marcide en Ferrol. Polo que se refire aos hospitais privados, Galicia mantíña dúas características históricas peculiares respecto a outras comunidades: o escaso peso da Igrexa –con só dous pequenos sanatorios–; e a case ausencia de hospitais da beneficencia privada dunha certa entidade¹⁷. Mesmo cabe destacar algún caso como a Clínica Labaca, fundada na Coruña cos bens testamentarios dunha familia adiñeirada na década de 1920. Esta clínica rematou sendo vendida ao Concello e convertida en hospital municipal na década de 1950, tras pasar por dificultades económicas (Fernández, 1995).

En paralelo, as clínicas privadas experimentaron un notable avance nesta etapa dada a crecente demanda urbana e as limitacións do SOE. Así, en 1946 inaugurouse na Coruña o Sanatorio Cirúrxico Modelo, baixo a dirección de Ramón Cobián Varela, membro dunha recoñecida saga de médicos¹⁸. Foi o primeiro centro médico privado da cidade. Máis adiante, chegarían outros como o Hospital de San Rafael –hoxe Instituto Médico Cirúrxico San Rafael– da Coruña, que naceu en 1969 a partir do consultorio que o doutor Rafael Hervada tiña aberto no centro da cidade¹⁹. En Ferrol, cidade en plena expansión demográfica, e que contaba tan só co antigo Hospital de Caridade, abriron durante estes anos tres sanatorios cirúrxicos privados: “El Carmen”, “San Javier” e “San Pablo” (Lens, 2013, Táboas 1-5). Froito deste proceso, o Catálogo de Hospitais de 1970 rexistra para Galicia unha constelación minifundista de 86 clínicas privadas de pequeno tamaño concentradas nas sete principais cidades e cunha capacidade total de 1.770 camas, isto é, unha media de vinte camas por centro. A moitos destes pequenos centros deriváronse pacientes do SOE a través dos concertos asinados no ámbito do seguro. Con todo, tanto no número de centros como na capacidade de camas o peso do público sobre o privado resultaba moi evidente (Táboa 4). Doutra banda, o protagonismo das sete principais cidades galegas como sedes da maior parte dos hospitais resultaba, de novo, difícil de encaixar nun mapa socio demográfico onde só o 18,6% da poboación vivía en centros urbanos de máis de 5.000 habitantes (Reher, 1994).

6. O LENTO TRASPASO DAS COMPETENCIAS SANITARIAS A GALICIA E O SEU IMPACTO NO MAPA HOSPITALARIO PÚBLICO E PRIVADO (1977-1991)

Ao final da década de 1970, ocorreron tres feitos claves para a modernización do sistema sanitario en España. Primeiro, a ansiada reforma fiscal de Fernández Ordóñez (1977), que dotou de máis capacidade de gasto ao Estado e converteu os impostos na principal fonte de financiamento do gasto sanitario público. Segundo, a protección da saúde converteuse nun dereito básico recolleito na Constitución española de 1978, o que impulsou a ansiada cobertura universal na sanidade pública. Terceiro, a creación dun novo órgano xestor da

¹⁷ Cabe destacar, como excepción, o antigo Hospital de Caridade de Ferrol; véxase Lens (2013).

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

¹⁹ Información obtida da páxina web institucional deste centro. Ligazón: <http://www.imqsanrafael.es/>

sanidade, o Instituto Nacional de Saúde (INSALUD), permitiu mellorar a xestión dos recursos sanitarios públicos²⁰.

Case en paralelo, aprobouse o Real decreto 2221/1978, do 25 de agosto, polo que se establecía a confección do mapa sanitario do territorio nacional²¹. Seguindo esta normativa, elaborouse unha estruturación territorial sanitaria para as catro provincias galegas, onde se considerou poboación de área rural toda aquela que non residía nas sete principais cidades da comunidade (Villarino et. al., s.d.). Así, nun territorio integrado por 312 municipios 305 eran considerados áreas rurais, onde residían máis de 1,8 millóns de persoas a principios da década de 1980. Estas áreas rurais foron integradas en demarcacións sanitarias formadas por comarcas (22), subcomarcas (61) e unidades sanitarias locais (232); unha metodoloxía que non encaixaba coa realidade galega. Como consecuencia, o mapa sanitario previsto ofrecía un tratamento desequilibrado segundo a provincia considerada. En paralelo, e desde a Galicia aínda preautonómica, encargouse a configuración dun novo Mapa Sanitario de Galicia, partindo da “parroquia” como unidade básica de referencia social. Outra vez máis, quedaban en evidencia as desigualdades territoriais, que esixían estratexias diversas na configuración dos mapas sanitarios, igual que noutros servizos básicos.

Dentro deste contexto, a reforma sanitaria pública iniciara unha segunda fase protagonizada por dous procesos paralelos: a aprobación dunha Lei xeral de sanidade (1986) e o traspaso de competencias sanitarias ás comunidades autónomas previsto na Constitución –iniciado en 1981 e terminado en 2002–.

A LXS definiu un modelo sanitario público baseado nun sistema nacional de saúde de titularidade, xestión e prestación pública, que ratificaba o principio da universalidade e que prevía a firma de convenios e concertos hospitalarios co sector privado para a prestación de servizos²². A poboación protexida en España pola sanidade pública pasou do 80% en 1975 ao 99% en 1990, tras a incorporación da poboación atendida ata o momento polos servizos de beneficencia²³.

Un modelo sanitario nacente e inmaduro, inmerso nunha profunda reforma sanitaria, con boa parte da lexislación aínda por desenvolver, tivo que afrontar o traspaso das competencias sanitarias ás sete comunidades autónomas históricas e asimiladas (art. 151 da Constitución): Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco e Valencia (1988), Navarra e Galicia (1991) e Canarias (1994) (Marqués, 2003). A transferencia non resultaba fácil de xestionar cun sistema sanitario de forte carácter hospital céntrico, composto por hospitais de diferente adscrición patrimonial e débil coordinación; cunha asistencia de atención primaria que estaba por modernizar e reformar; e cun modelo de financiamento, insuficiente e finalista, aínda por definir. Isto último solucionouse co novo modelo de financiamento autonómico establecido pola Lei 21/2001, do 27 de decembro, que introduciu o principio de autonomía financeira e de corresponsabilidade fiscal, principios claves nun proceso descentralizador (Cantarero, 2006; Ventura, 2003).

²⁰ En substitución do Instituto Nacional de Previsión –organismo salpicado pola corrupción, a fraude e un enorme endebedamento– (Vilar & Pons, 2018).

²¹ Boletín Oficial do Estado, nº. 226, do 21 de setembro de 1978, páxinas 22061-22062. Madrid: Ministerio de Sanidade e Seguridade Social. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-24165>

²² Boletín Oficial do Estado, nº. 102, do 29 de abril de 1986, páxinas 15207-15224. Madrid: Xefatura do Estado. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

²³ Boletín Oficial do Estado, nº. 216, de 9 de setembro de 1989, páxinas 28657-28658. Madrid: Ministerio de Relacións coas Cortes e da Secretaría do Goberno. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-21969>

O traspaso das competencias sanitarias resultou positivo para Galicia en termos de financiamento, debido a que arrastraba un financiamento sanitario per cápita moi inferior ao doutras comunidades autónomas (Táboa 4). A principal novidade neste ámbito da LXS foi o concepto de poboación protexida (art. 82, LXS 1986). Segundo este concepto, o financiamento sanitario que correspondía a Galicia era do 7,10% da media estatal, pero o gasto neste apartado en 1989 –ano de referencia no acordo de transferencia– só ascendía ao 5,92%, o que supoñía un agravio comparativo. O acordo de transferencias sanitarias pechouse a finais de 1990, tras máis dunha década de negociacións, con dúas claves (Vilar, 2022). Dun lado, o cambio do modelo de financiamento co acordo de establecer como coeficiente de referencia da poboación protexida, en Galicia, o 7,069%. Con todo, polo momento fixouse un custo efectivo do 5,88% e a diferenza sería aboada polo Estado ata chegar de maneira progresiva á porcentaxe establecida nun período estimado de dez anos. Acordouse, ademais, unha compensación complementaria de 8.000 millóns a pagar en catro anos e destinada á reforma do Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Por outro lado, e baixo as condicións anteriores, as funcións e servizos do INSALUD foron traspasadas ao Servizo Galego de Saúde (SERGAS) a partir do 1 de xaneiro de 1991, segundo o Real decreto 1679/1990, 28 de decembro (Táboa 4).

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

CC.AA.	1991	CC.AA.	2001	CC.AA.	2010	CC.AA.	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	Castela e 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 CC.AA.	582	Galicia	611	Galicia	1.568
Cantabria	408	Galicia	580	17 CC.AA.	608	A Rioxa	1.535
17 CC.AA.	406	Castela e León	578	Madrid	605	Cataluña	1.515
Castela e León	399	Andalucía	567	Castela e León	603	Castela-A Mancha	1.501
A Rioxa	376	C. Valenciana	559	A Rioxa	596	17 CC.AA.	1.486
Canarias	367	Canarias	552	Murcia	579	Canarias	1.477
Castela-A Mancha	361	A Rioxa	544	C. Valenciana	571	C. Valenciana	1.477
Murcia	361	Murcia	543	Canarias	558	Baleares	1.475
Baleares	347	Castela-A Mancha	534	Castela-A Mancha	552	Madrid	1.340
Galicia	331	Baleares	492	Baleares	524	Andalucía	1.262

Fonte: Obtido de Vilar (2022), con datos de Abellán (dir.) (2013)

Nota Para 2019 utilizouse o gasto sanitario público consolidado por comunidade autónoma publicado polo Ministerio de Sanidade. Ligazón:

<https://www.sanidad.gob.es/estadestudios/estadisticas/inforrecopilaciones/gastosanitario2005/home.htm>

En paralelo, nestes anos a Administración Institucional da Sanidade Nacional (AISN) fíxose cargo dos hospitais do desaparecido PNAT e ET en todo o país, tamén en Galicia (Táboa 5). Doutra banda, a Seguridade Social asumiu a xestión dos hospitais do desaparecido INP e mais os da Dirección Xeral de Sanidade e os dalgúns municipios e deputacións. Foi neste período, entre 1975 e 1985, cando observamos a maior transformación do mapa hospitalario público e privado en Galicia. Por unha banda, asistimos á modernización das residencias sanitarias nun marco de grandes avances nas probas diagnósticas, tratamentos médicos e procesos cirúrxicos. Doutra banda, o sector privado tivo que cambiar a súa estratexia empresarial nun marco de cobertura universal e de profunda transformación e maior coordinación dos hospitais públicos.

Táboa 5. Sistema hospitalario público e privado en Galicia, 1986

Prov.	Nome do establecemento	Municipio	Núm. Camas	Dependencia patrimonial
A Coruña	Hosp. Enferm. Tórax Profesor Novoa Santos	Ferrol	165	AISN
	Sanatorio Marítimo Nacional de Oza	A Coruña	150	AISN
	Hosp. Enferm. Tórax «Prof. Gil Casares»	Santiago de C.	210	AISN
	Santo Hospital de Caridad	Ferrol	269	Benéfico-particular
	Hospital Provincial	Santiago de C.	450	Deputación
	Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Conxo	Santiago de C.	640	Deputación
	Sanatorio Ntra. Sra. De la Esperanza	Santiago de C.	93	Igrexa
	Hospital Municipal de Labaca	A Coruña	152	Municipio
	Clínicas e sanatorios privados: 17	Varios	815	Privados
	Hospital Arquitecto Marcide	Ferrol	323	Seguridade Social
	Hospital Juan Canalejo	A Coruña	956	Seguridade Social
	Hospital General y Clínico de Galicia	Santiago de C.	664	Seguridade Social
Lugo	Hospital Enfermedades del Tórax	Lugo	240	AISN
	Hospital Psiquiátrico San Rafael	Castro de Rei	480	Deputación
	Hospital Provincial de San José	Lugo	95	Deputación
	Clínicas e sanatorios privados: 7	Varios	302	Privado
	Hospital Hermanos Pedrosa Posada	Lugo	503	Seguridade Social
Ourense	Hosp. Enferm. Tórax Santo Cristo del Piñor	Barbadás	215	AISN
	Sanatorio Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás	Toén	206	AISN
	Clínicas e sanatorios: 8	Varios	167	Privado
	Hospital de Valdeorras	O Barco de Valdeorras	76	Seguridade Social
	Hospital Provincial Sta. María Madre	Ourense	190	Seguridade Social
	Hospital Ntra. Sra. Del Cristal	Ourense	660	Seguridade Social

Prov.	Nome do establecemento	Municipio	Núm. Camas	Dependencia patrimonial
Pontevedra	Hospital de la Cruz Roja	Vigo	56	Cruz Vermella
	Sanat. Psiquiátrico Provincial O Rebullón	Mos	370	Deputación
	Hospital General Provincial	Pontevedra	466	Deputación
	Hospital Municipal	Vigo	119	Municipio
	Clínicas e sanatorios privados: 18	Varios	1.067	Privados
	Hospital «Montecelo»	Pontevedra	319	Seguridade Social
	Hospital General de Vigo	Vigo	560	Seguridade social
	Policlínico Cíes	Vigo	90	Seguridade social

Fonte: elaboración propia a partir do Ministerio de Sanidade e Consumo (1986). [Catálogo Nacional de Hospitais, 1986. Datos actualizados ao 1 de xaneiro de 1986. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo.](#)

Como consecuencia, observamos unha redución no número de hospitais privados (1970: 86 e 1986: 50), pero aumentou o seu tamaño medio (Táboas 3 e 5). Moitos destes pequenos centros convertéronse en sociedades limitadas, e algúns en sociedades anónimas, para lles facer fronte aos novos investimentos. Estes hospitais concentrábanse nas dúas cidades máis poboadas de Galicia, A Coruña e Vigo, e constituirán o xerme dos principais grupos hospitalarios privados do inicio do século XXI. Na capital ourensá, con menor densidade demográfica, as clínicas privadas agrupáronse en forma de cooperativa. Deste xeito naceu a Cooperativa Sanitaria Galega (Cosaga) en 1985, impulsada por un grupo de once cooperativistas. Comezou cun pequeno hospital e apenas vinte empregados e chegou a converterse, a principios do século XXI, nun dos centros hospitalarios privados máis importantes de Galicia. No caso de Ferrol, a construción dun novo Hospital Xeral –xestionado por un padroado benéfico privado– en 1974 (260 camas) e mais da Residencia Sanitaria en 1976 (350 camas) conduciron ao peche dos tres pequenos sanatorios cirúrxicos privados da cidade antes mencionados ([Lens, 2013](#)).

7. A XESTIÓN AUTÓNOMA DO SISTEMA HOSPITALARIO PÚBLICO EN GALICIA E O ENCAIXE DO SECTOR PRIVADO (1991-2022)

O 1 de xaneiro de 1991, o Sergas fíxose cargo da xestión dos centros xestionados pola Seguridade Social. En paralelo a este proceso desapareceron os sanatorios antituberculosos, pecháronse ou reformáronse os vellos hospitais psiquiátricos, que estaban en penosas condicións, e moitos dos antigos hospitais municipais ou provinciais integráronse na sanidade pública ou reconvertéronse en asilos ou museos (Táboas 6 e 7). Todos estes procesos se traduciron nunha maior concentración e coordinación dos hospitais públicos existentes en Galicia procedentes de diferentes institucións públicas. Incluso os hospitais militares, pertencentes ao Ministerio de Defensa, integráronse na xestión do Sergas coa firma de convenios de longa duración desde principios do século XXI²⁴.

²⁴ «Defensa cede o hospital naval de Ferrol ao Sergas por 75 anos», La Voz de Galicia, 11-7-2022. Ligazón: https://elpais.com/diario/2007/07/11/galicia/1184149092_850215.html (consultado en decembro de 2022).

Táboa 6. Sistema hospitalario público e privado en Galicia, 1996

Prov.	Nome do establecemento	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 e 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	Igrexa
	Hospital Naval de Ferrol	Ferrol	367	M. Defensa
	Hospital General Juan Cardona	Ferrol	260	Privados Benéficos
	Centro Oncolóxico Rexional de Galicia	A Coruña	130	Privados Benéficos
	Clínicas e 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 e Rehabilitador San Rafael	Castro de Rei	250	Deputación
	Complexo Hospitalario Xeral-Calde: -Hospital de Calde -Hospital Xeral de Lugo* -Hospital Provincial de San José	Lugo	721	Público
	Clínicas e sanatorios privados: 3	Varios	191	Privados
	Hospital da Costa	Burela	124	Público
	Hospital Comarcal de Monforte	Monforte	137	Público
Ourense	Complexo Hospitalario Santa María: -Hospital Santa María Nai -Hosp. Psiquiátrico Cabaleiro Goás (+2012)	Ourense	380	Público
	Fundación Hospital Verín	Verín	80	Público
	Clínicas e 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
Pontevedra	Hospital Nicolás Peña	Vigo	80	Público
	Hospital da Cruz Vermella	Vigo	71	Cruz Vermella
	C. H. Provincial-Rebullón: -Hospital Xeral Provincial -Hospital Psiquiátrico Provincial O Rebullón (+2016)	Pontevedra	437	Público
	Hospital Militar Virgen del Carmen	Marín	86	M. Defensa
	Clínica Rehabilitadora FREMAP	Vigo	24	MATEP
	16 clínicas e sanatorios	Varios	1374	Privados
	Hospital Montecelo	Pontevedra	332	Público
	C. H. Xeral-Cíes: -Hospital Xeral de Vigo (+2015)** -Policlínico Cíes (+2015)	Vigo	636	Público
Hospital do Meixoeiro	Vigo	415	Público	

Fonte: Elaboración propia a partir de [Ministerio de Sanidade e Consumo \(1997\). Catálogo Nacional de Hospitais, 1997](#). Datos actualizados ao 31 de decembro de 1996. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo.

* Novo hospital inaugurado en 2011, que veu substituír o antigo Hospital Xeral de Lugo;

** O Hospital Xeral de Vigo radica na antiga Residencia Sanitaria Almirante Vierna, que se comezou a construír en 1947 e foi inaugurada en 1955. Este hospital pechou en 2015, dada a existencia doutros máis modernos como o Meixoeiro, inaugurado en 1989, e o Hospital Álvaro Cunqueiro, en 2015;

+ ano de peche. Forman parte tamén dos complexos hospitalarios outros centros de especialidades e de atención primaria que non foron incluídos, porque o obxectivo do traballo é o estudo do sistema hospitalario.

Doutra banda, desde finais do século XX destaca o inicio da creación dos complexos hospitalarios públicos, situados nas principais cidades, que supuxeron un avance en tres ámbitos: cambio na xestión interna dos hospitais, modernización das instalacións e, sobre todo, coordinación hospitalaria entre centros públicos de diferente orixe patrimonial (Táboa 7). Este proceso impulsou unha profunda reforma na xestión e coordinación dos hospitais públicos en Galicia e catapultou as sete principais cidades como eixes do mapa hospitalario. En paralelo, constrúese un novo Hospital Xeral de Galicia en Santiago de Compostela cun custo de máis de 10.000 millóns de pesetas, investimento que formaba parte do acordo de traspaso de competencias sanitarias (Vilar, 2022). O novo hospital, inaugurado en 1999, converteuse no eixe principal do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.

A un tempo, dúas estratexias resultaron claves para a supervivencia dos hospitais privados en Galicia desde a década de 1990. En primeiro lugar, a concentración empresarial e o peche das clínicas máis vulnerables, incapaces de facerlles fronte aos cambios tecnolóxicos (e á necesidade de grandes investimentos) e á competencia dos grandes complexos hospitalarios públicos nun marco de cobertura sanitaria universal. Dos 21 centros hospitalarios privados que integraban o sistema hospitalario galego en 2019, menos da metade contaban cun centenar de camas dispoñibles, e só dous ofrecían menos de corenta camas. En segundo lugar, os concertos convertéronse na ferramenta clave para a supervivencia dos hospitais privados en Galicia, tras o traspaso das competencias sanitarias. Así, do total dos 21 hospitais privados existentes na Comunidade galega en 2019, só catro se mantiñan á marxe dalgún tipo de concerto coa sanidade pública (Táboa 7). Esta estratexia resultou diferente a outros territorios, como Cataluña, onde moitos hospitais de propiedade privada se integraron na Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya (XHUP)²⁵.

Táboa 7. Clínicas e hospitais privados en Galicia en 2019

Prov.	Hospital	Poboación	Nº Camas	Concerto
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			
	Hospital HM Rosaleda - HM La Esperanza	Santiago C.	119	S
	- Hospital HM Esperanza			
	- Hospital HM Rosaleda			
	Sanatorio la Robleda (Hestia Alliance), saúde mental	O Pino	96	N
	Centro Oncolóxico de Galicia	A Coruña	56	S
	Hospital Juan Cardona*	Ferrol	150	S
Lugo	Hospital Ribera Polusa	Lugo	97	S
	Sanatorio Quironsalud Nosa Señora dos Ollos Grandes	Lugo	69	S

²⁵ A Xarxa aglutina centros de diversa titularidade e formalizou a colaboración continua e estable dos hospitais de propiedade pública e privada. Véxase Rúa (2019). Sobre as diferentes experiencias da privatización sanitaria nas comunidades autónomas desde finais do século XX, véxanse os traballos compilados en Sánchez Bayle (2013) e (2019).

Ourense	Centro Médico El Carmen	Ourense	43	S
	COSAGA 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 (Xinecoloxía e Pediatría)	Vigo	12	N
	Sanatorio Psiquiátrico San José (Hestia Alliance)	Vigo	48	N
	Clínica Residencia El Pinar (saúde mental)	Vigo	84	S

Fonte: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social (2020). Catálogo Nacional de Hospitais, 2020. Datos actualizados ao 31 de decembro de 2019. Madrid: Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social.

(*) Desde 2021, do grupo Ribeira

(**) Pecha en 2021. Sanidade retira a acreditación como centro sociosanitario concertado,

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

(***) En xullo de 2020 adquiriu a actividade do Centro Médico O Castro, propiedade de HM Hospitales, o que supuxo unha ampliación de capacidade, medios técnicos e recursos humanos.

Case a totalidade dos hospitais privados en Galicia mantén un concerto parcial, onde se fixan prezos ou tarifas de referencia para determinados volumes de actividade programada derivada desde a sanidade pública (Ministerio de Sanidade, 2013). Tal e como denunciou o Consello de Contas de Galicia en varias ocasións, estes concertos son difíciles de fiscalizar por falta de transparencia, pero resultan caros para as arcas públicas. Ademais, no marco galego hai dous centros privados que gozan dun concerto substitutivo de carácter particular: o Hospital Povisa de Vigo e o Centro Oncolóxico de Galicia (A Coruña). O primeiro representa o hospital privado máis grande de Galicia e mantén a potestade de atención sanitaria especializada a un sector da poboación da área sanitaria de Vigo²⁶. Este concerto sitúao nun ámbito diferente ao resto de entidades concertadas e non responde á situación clásica da utilización dun dispositivo privado para dar cobertura a excesos temporais de demanda, que caracteriza ao resto de centros. O segundo, o Centro Oncolóxico de Galicia, forma parte do “Consortio Oncolóxico de Galicia, dentro do propio Sergas, e está xestionado por unha fundación pública, en cuxo padroado figuran o presidente da Xunta e o titular da Consellería de Sanidade”²⁷.

Baixo estas circunstancias, os hospitais privados en Galicia convertéronse en obxectivo de grandes grupos de investimento (Táboa 7). En particular, catro grandes grupos hospitalarios concentraron máis do 70% das prazas nos centros privados en Galicia durante os últimos anos (AHOSGAL, 2019): o grupo HM (Hospitales de Madrid), Ribeira Saúde, o grupo Quirón e VITHAS. Estes catro grupos controlan máis do 80% das camas dos hospitais privados de Galicia; catro xigantes que teñen a súa principal vía de negocio nos concertos coa sanidade

²⁶ O Hospital Povisa presentou moitos conflitos internos (xestión económica) e externos (negociación do seu concerto con Sergas) nos últimos anos. Véxanse os informes de fiscalización elaborados polo Consello de Contas de Galicia (2018-2020).

²⁷ Toda a información contida neste parágrafo procede dos informes elaborados polo Consello de Contas de Galicia e por AHOSGAL –Asociación de Hospitais Privados de Galicia– (2019).

pública. Doutra banda, o grupo Hestia Alliance adquiriu boa parte dos hospitais privados galegos especializados en saúde mental. A única provincia galega que resistira o envite dos grandes grupos hospitalarios internacionais foi Ourense, onde o Centro Médico El Carmen S.A. e o Policlínico Santa Teresa da cooperativa Cosaga mantiveron o control deste mercado. Non obstante, en 2021 a cooperativa asinou un acordo co Grupo Hospitalario Recolectas, o que supuxo a fin do seu modelo de xestión.

8. CONCLUSIONES

Este traballo permitiu analizar os factores históricos que condicionaron a configuración do sistema hospitalario público e privado en Galicia. Esta análise puxo en evidencia a existencia de diferentes patróns de evolución territorial que explican, en boa medida, o noso modelo hospitalario actual. En particular, o caso galego presenta características singulares vinculadas coa súa idiosincrasia e co seu desenvolvemento socioeconómico.

Primeiro, as desamortizacións do século XIX desmantelaron boa parte do sistema asistencial en mans da Igrexa. Este baleiro non foi suficientemente cuberto nin por fundacións privadas –con escaso peso en Galicia– nin polo impulso de deputacións e municipios, que apenas contaban con suficientes fondos para manter modestos hospitais nas principais cidades, destinados máis a confinar enfermos que a curalos. Neste apartado Galicia encaixa no modelo castelán descrito por [Carasa \(1988\)](#), máis que no catalán descrito por [Barceló e Comelles \(2017\)](#).

Segundo, durante o primeiro terzo do século XX o débil pulso económico das cidades galegas e o alto peso da poboación rural traducíuse en deputacións e municipios con escasa capacidade financeira xunto a un escaso peso da iniciativa privada. As sociedades galegas de socorros mutuos tiveron pouca capacidade de cobertura sanitaria, e as clínicas e sanatorios cirúrxicos foron pequenos en número e estaban moi concentrados na demanda sanitaria das clases podentes. No ámbito público, a colaboración coa Facultade de Medicina de Santiago consolidou o Hospital Xeral como o centro de maior prestixio e de maiores avances técnicos de Galicia.

Terceiro, o Plan Nacional de Instalacións Sanitarias, vinculado ao SOE, traducíuse en novas residencias sanitarias para Galicia, situadas nas principais cidades onde xa había outros hospitais. Non obstante, a maior parte da poboación galega seguía dispersa no ámbito rural. Doutra banda, as residencias funcionaron de maneira deficiente, sen persoal estable e con recursos limitados, atendendo só á poboación afiliada ao SOE; sobre todo tras a ampliación das coberturas do seguro. Este escenario impulsou a creación de pequenas clínicas e consultorios no ámbito privado que se despregaron polas principais cidades nun mapa minifundista. Púxose de manifesto, outra volta, a escasa tradición das fundacións privadas benéficas no marco hospitalario galego (a diferenza doutros casos como o catalán). Na década de 1970, coa profunda reforma modernizadora da rede de residencias do SOE e co incremento da cobertura e prestacións do seguro, o sector privado iniciou dúas estratexias. Dun lado, algunhas clínicas non puideron asumir a competencia dos hospitais públicos, e pecharon. Doutro, empezou unha estratexia de concentración empresarial para gañar capacidade de investimento e cota de mercado. Durante este proceso a súa actividade concentrouse de maneira clara nas cidades de maior densidade poboacional e pulso económico da vertente atlántica galega: A Coruña e Vigo.

Cuarto, o traspaso de competencias sanitarias a Galicia en 1991 supuxo unha mellora substancial da posición relativa desta comunidade en termos de gasto sanitario per cápita no conxunto de España, o que permitiu compensar unha débeda histórica cun territorio que

mantiña unha das peores dotacións de hospitais e de camas da sanidade pública. A partir de entón, aumentou o número de hospitais públicos e reformáronse moitos dos xa existentes. Aínda que se elaboraron diferentes plans, non se despregou ningunha estratexia para adaptar o mapa hospitalario galego ás necesidades da poboación, onde o peso do rural seguía sendo considerable. Doutra banda, o sistema sanitario galego non integrou globalmente na súa rede pública os hospitais privados –como si ocorreu noutros territorios–, pero estableceu outras fórmulas de colaboración que foron esenciais para a supervivencia do sector hospitalario privado: a firma de concertos. Hoxe en día benefíciense deses concertos os grandes grupos hospitalarios que penetraron desde inicios do século XXI no sistema hospitalario privado en Galicia, onde controlan máis do 80% dos centros.

En conclusión, a configuración histórica do noso sistema hospitalario, público e privado, e as súas diferenzas territoriais resultan claves para comprender moitos dos problemas actuais na atención á saúde e que teñen que ver co gasto sanitario público, o peso do hospital fronte á atención primaria, a organización de servizos ou a adaptación do sistema ás necesidades demográficas dun territorio. Neste sentido, a elección histórica das cidades como eixes da atención hospitalaria, dentro dun sistema sanitario hospital céntrico, puido influír tamén no despoboamento do rural no longo prazo. Estamos a falar dun servizo básico que constitúe un pilar fundamental da nosa sociedade do benestar. A recente pandemia foi un bo exemplo disto.

Contribucións dos autores

Os autores contribuíron por partes iguais á elaboración deste traballo tanto no proceso de conceptualización e metodoloxía, o baleirado de datos e a súa interpretación, así como na redacción e edición do texto. Os autores leron e están de acordo coa versión publicada do manuscrito.

Agradecementos

Ambos os autores desexan agradecer o financiamento recibido do proxecto titulado "O desenvolvemento histórico das empresas hospitalarias do sector privado en competencia e colaboración co sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)". Referencia PID2021-122699OB-I00 financiado por MCIN/ AEI /10.13039/501100011033/ e por FEDER: unha maneira de facer 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. Porras, 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/menus-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>
- Perdiguerro-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
- Perdiguerro-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/>