



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Economía e Empresa

Traballo de
fin de grao

La configuración
histórica del
sistema hospitalario
público y privado en
Galicia: 1963-2019

Daniel Peñín Agra

Titor/a: Margarita Vilar Rodríguez

Grado en Economía

Año 2021

Resumen

Este trabajo parte de dos ideas claves: el papel clave de los sistemas sanitarios en el bienestar de las personas y la estructura hospitalocentrista del sistema sanitario en España. Tomando como referencia los datos ofrecidos por los Catálogos de Hospitales en 1963, 1985, 1990, 2005 y 2019, completados con otras fuentes, el trabajo persigue tres principales objetivos. Primero, ofrecer un estudio sobre la configuración histórica del sistema hospitalario público y privado en Galicia dentro del conjunto español. Segundo, persigue analizar cuál ha sido la relación entre los hospitales públicos y privados en cada etapa analizada. Tercero, pretende aportar argumentos sobre los cambios políticos, económicos y legislativos que han condicionado tanto su evolución histórica como la relación del tandem público y privado. Finalmente, el trabajo se cierra con un apartado de reflexiones en torno a las fortalezas y debilidades del sistema hospitalario gallego y en torno a los argumentos a favor y en contra de un sistema hospitalario más vinculado a hospitales de titularidad y gestión pública o sostenido en un mayor número de conciertos con hospitales de titularidad y/o gestión privada.

Palabras clave: sanidad, hospital, Sergas, concierto sanitario, España, Galicia, siglos XX y XXI.

Resumo

Este traballo baséase en dúas ideas clave: o papel clave dos sistemas de saúde no benestar das persoas e a estrutura centrada no hospital do sistema de saúde en España. Tomando como referencia os datos ofrecidos polos Catálogos de hospitais en 1963, 1985, 1990, 2005 e 2019, completados con outras fontes, o traballo persegue tres obxectivos principais. En primeiro lugar, ofrecer un estudo sobre a configuración histórica do sistema hospitalario público e privado en Galicia dentro do complexo español. En segundo lugar, busca analizar cal foi a relación entre hospitais públicos e privados en cada etapa analizada. En terceiro lugar, pretende proporcionar argumentos sobre os cambios políticos, económicos e lexislativos que condicionaron tanto a súa evolución histórica como a relación entre o tándem público e privado. Finalmente, o traballo péchase cunha sección sobre reflexións sobre os puntos fortes e débiles do sistema hospitalario galego e sobre os argumentos a favor e en contra dun sistema hospitalario máis vinculado aos hospitais de titularidade pública e xestionado ou sostido nun maior número de concertos con propiedade privada e / ou hospitais xestionados.

Palabras chave: saúde, hospital, Sergas, concerto de saúde, España, Galicia, séculos XX e XXI.

Abstract

This work is based on two key ideas: the key role of health systems in people's well-being and the hospital-centric structure of the health system in Spain. Taking as a reference the data offered by the Hospital Catalogs in 1963, 1985, 1990, 2005 and 2019, completed with other sources, the work pursues three main objectives. First, to offer a study on the historical configuration of the public and private hospital system in Galicia within the Spanish complex. Second, it seeks to analyze what has been the relationship between public and private hospitals in each stage analyzed. Third, it aims to provide arguments about the political, economic and legislative changes that have conditioned both its historical evolution and the relationship between the public and private tandem. Finally, the work closes with a section on reflections on the strengths and weaknesses of the Galician hospital system and on the arguments for and against a hospital system more linked to hospitals owned and publicly managed or sustained in a greater number of concerts with privately owned and / or managed hospitals.

Keywords: health, hospital, Sergas, health concert, Spain, Galicia, 20th and 21st centuries.

Índice

Introducción	9
1. El hospital: Concepto, evolución histórica y enfoques de estudio	12
1.1.- ¿Qué es un hospital? Origen y transformación histórica	12
1.2.- Los estudios sobre la configuración histórica del sistema hospitalario en España: una revisión bibliográfica	17
2. El sistema hospitalario público y privado en España y Galicia: 1963-2019	25
2.1.- El sistema hospitalario público y privado en España y Galicia antes de la Ley General de Sanidad: 1963-1985	26
2.2.- El sistema hospitalario público y privado en Galicia y en España tras la Ley General de Sanidad y las transferencias sanitarias (1986-2008).....	35
2.3.- El sistema hospitalario público y privado en España y Galicia en 2019: el mapa hospitalario previo a la pandemia COVID-19	46
3.- El tándem histórico	55
3.1.- Las grandes etapas en la configuración del sistema hospitalario en España y Galicia: ¿cómo hemos llegado hasta aquí?.....	55
3.2.- La relación entre los hospitales públicos y privados. Lecciones para el presente de un estudio de largo plazo	59
3.3.- “Más allá de la propiedad patrimonial”. La gestión pública o privada de los centros hospitalarios, un debate abierto y algunas experiencias para aprender	64
Bibliografía	70

Índice de figuras

Figura 1. Mapa de la sanidad por comunidades autónomas	24
Figura 2. Reparto de los concertos con hospitales en la sanidad gallega en 2017	52
Figura 3 Número de asegurados y volumen de primas en Galicia	63
Figura 4. Los datos para Galicia	67

Índice de cuadros

Cuadro 1.- Primeras leyes de seguro de enfermedad aprobadas en cada país	19
Cuadro 2.- Financiación del gasto sanitario público en España	22
Cuadro 3.- Cronología del proceso de transferencias sanitarias en España	23
Cuadro 4.- Distribución de camas y hospitales por Comunidad Autónoma en 1963	27
Cuadro 5. Los hospitales con mayor capacidad de camas en Galicia (1963)	28
Cuadro 6.-Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 1985	31
Cuadro 7. Los hospitales con mayor capacidad de camas en Galicia (1985)	33
Cuadro 8. Configuración del sistema hospitalario público y privado	34
Cuadro 9.- Cronología de la de transferencia de los hospitales A.I.N.S.	36
Cuadro 10.- Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 1990	38
Cuadro 11.- Formación de complejos hospitalarios públicos en Galicia (iniciados en la década de 1990 y hasta la actualidad)	39
Cuadro 12.- Los hospitales con mayor capacidad de camas en Galicia (1990)	42
Cuadro 13.-Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 2005	43
Cuadro 14.- Los hospitales con mayor capacidad de cama en Galicia (2005).....	44
Cuadro 15.- Configuración del sistema hospitalario público y privado 1990 y 2005	46
Cuadro 16.-Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 2019	48
Cuadro 17.- El sistema hospitalario público y privado en Galicia en 2019	49
Cuadro 18. Configuración del sistema hospitalario público y privado 2005 y 2019.....	53
Cuadro 19.- Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitante protegido.....	60
Cuadro 20. Porcentaje del gasto dedicado a conciertos.....	62
Cuadro 21. Los hospitales privados con conciertos públicos en Galicia (2019)	62

Índice de gráficos

Gráfico 1.-Distribución del número de hospitales de propiedad pública y privada	57
Gráfico 2.- Distribución de las camas en los hospitales de propiedad pública y privada	58
Gráfico 3.- Camas totales por cada mil habitantes en España y Galicia	58
Gráfico 4. Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada.....	61

Introducción

Este trabajo se centra en analizar la configuración histórica del sistema hospitalario público y privado en Galicia desde la década de 1960 a la actualidad. El cuidado de la salud representa una de las principales preocupaciones de la población y los hospitales representan una pieza clave en el sistema sanitario y también en la política sanitaria. De ahí que algunos autores, como Barceló, Alegre y Comelles (2017) hayan calificado nuestro sistema sanitario como “hospitalocéntrico”. La pandemia actual ha puesto en evidencia este papel protagonista del hospital. Por lo que se refiere al gasto sanitario, se ha centrado más en la curación de la enfermedad y no en su prevención o en la promoción de la salud. En 2018, por ejemplo, más del 60% del gasto sanitario público consolidado en España, según clasificación funcional, se dedicó a servicios hospitalarios y especializados.¹

Galicia representa un interesante estudio de caso de este proceso de configuración de un sistema sanitario donde el hospital ha representado un papel protagonista. El mapa hospitalario actual de Galicia es producto de una compleja evolución histórica, donde podemos observar periodos de colaboración y de competencia entre hospitales públicos y privados. El punto inicial de este periodo de estudio viene justificado por dos factores. De un lado, en 1963, se elaboró el primer Catálogo Nacional de Hospitales en España que permite disponer por primera vez de un detallado listado de hospitales públicos y privados en los diferentes territorios. De otro, en 1963, comenzó a desarrollarse en España el denominado “hospital moderno”. Esto es, el hospital fue pasando progresivamente de ser un recurso asistencial poco accesible a amplios sectores de la población a convertirse en una institución abierta a toda la comunidad y de referencia cuando la ciudadanía debía tomar decisiones para hacer frente a situaciones derivadas de una enfermedad.² A partir de este punto de partida, el estudio se centrará en tres cortes temporales más. El año 1985 permitirá

¹ Rodríguez-Blas (2021).

² García-González (2011).

analizar el mapa hospitalario en Galicia ya en el periodo democrático, una vez que la Constitución de 1978 reconoció la atención a la salud como un derecho básico para todas y todos los ciudadanos y previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 y el traspaso de las competencias sanitarias a la comunidad. Este proceso, largo y complejo, culminó con la creación del Servicio Galego de Saúde, por Ley 1/1989, 2 de enero, y el Decreto 16/1991, 11 de enero por el que la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia asumía en su territorio las funciones del Instituto Nacional de Salud.³ El año 2005 permite analizar el sistema hospitalario gallego una vez finalizado este proceso a través del cual Galicia recibió 19 hospitales, con 84 quirófanos y un personal conformado por una plantilla de 19.000 personas, y previo al estallido de la crisis de 2008 y el endurecimiento de las políticas de austeridad en el gasto.⁴ Por último, el año 2018 nos acerca a la realidad hospitalaria gallega en el periodo previo al estallido de la pandemia actual; lo que permitirá analizar el grado de preparación que este sistema contenía en recursos humanos y materiales frente a la crisis sanitaria que estaba por venir.

Este trabajo utilizará como principal fuente de información estadística los datos proporcionados por los Catálogos Nacionales de Hospitales publicados desde 1963, aunque con periodicidad anual desde la década de 1990. Esta fuente nos permitirá conocer el número de hospitales públicos y privados, su distribución territorial y su oferta de camas, su especialización y su evolución a lo largo del tiempo. Estos datos se completarán con otras bases de datos estadísticas que aportan información sobre el gasto sanitario y otros indicadores de la sanidad pública y privada. En definitiva, se trata de analizar, dentro de un modelo sanitario hospitalocéntrico, cómo se ha transformado el sistema hospitalario gallego en el último medio siglo, cómo ha sido la relación (de competencia y/o cooperación) entre los centros públicos y privados, y cómo han evolucionado los medios disponibles y la atención y cobertura a la población a través de los diferentes cambios legislativos, crisis económicas y otros desafíos.

Con este fin, el trabajo se estructura en tres capítulos. El primero de los capítulos ofrece un marco teórico y bibliográfico del contexto del trabajo, comenzando con la definición y evolución del concepto de hospital y abordando las conclusiones a las que

³ Información obtenida de Biblioteca Virtual del Sergas, "25º aniversario de transferencias de competencias sanitarias á Xunta de Galicia. Enlace: <https://bibliosaude.sergas.gal/DXerais/847/transferencia.pdf> (consultado en mayo de 2021).

⁴ Información obtenida de Hemeroteca El Correo Gallego, "25 años de la transferencia sanitaria a Galicia", artículo publicado el 25 de enero de 2016. Enlace: <https://www.elcorreoagallego.es/hemeroteca/25-anos-transferencia-sanitaria-galicia-AKCG976363> (consultado en mayo de 2021).

han llegado los principales estudios elaborados en el ámbito académico. El segundo capítulo analiza con datos estadísticos inéditos la evolución y configuración histórica del sistema hospitalario en Galicia dentro del marco español. Con este fin, se analizarán en profundidad los datos ofrecidos por los Catálogos de Hospitales en 1963, 1985, 1990, 2005 y 2019. El trabajo con esta base de datos sirve de referencia para dar respuesta a los principales objetivos de este trabajo. Primero, ¿cómo ha evolucionado la configuración histórica del sistema hospitalario público y privado en Galicia dentro del conjunto español? Segundo, ¿en qué medida los cambios políticos, económicos y legislativos han condicionado esta evolución? Tercero, ¿cuál ha sido la relación entre los hospitales públicos y privados en cada etapa analizada? Finalmente, el trabajo se cierra con un apartado de reflexiones en torno a dos cuestiones clave: de un lado, las fortalezas y debilidades del sistema hospitalario gallego; de otro, se afronta el debate en torno a los argumentos a favor y en contra de un sistema hospitalario más vinculado a hospitales de titularidad y gestión pública o sostenido en un mayor número de conciertos con hospitales de titularidad y/o gestión privada.

1. El hospital: Concepto, evolución histórica y enfoques de estudio

1.1.- ¿Qué es un hospital? Origen y transformación histórica

A priori, por el término “hospital” entendemos un edificio en el que trabajan médicos y donde se atienden las necesidades de enfermos de diferente tipología, pero si profundizamos en este concepto su significado, historia y evolución resulta más complejo.⁵ Desde un punto de vista etimológico, la palabra “hospital” tiene su origen en el término “hospes”, que significa huésped o visita. Con el paso del tiempo su denominación y significado se han ido transformando. De este modo, de “hospe” pasamos a “hospitalia”, fórmula utilizada para denominar a los lugares destinados para alojar forasteros. Finalmente, la evolución del término nos conduce desde “hospitalia” a “hospital” que en origen se utilizaba para denominar a los lugares de auxilio a ancianos, pobres y enfermos.⁶ A partir de aquí, surgen dos corrientes bien identificadas, la primera corriente define el concepto de hospital, como toda institución pública o privada dedicada a la atención médica de las personas, requieran o no de una internación del paciente.⁷ La segunda corriente no se centra en los servicios prestados sino en los recursos utilizados. Esto es, el concepto de hospital se entiende como el conjunto de recursos humanos tecnológicos y materiales orientados a maximizar la eficiencia y la rentabilidad económica.⁸ Por lo que se refiere a este trabajo, utilizaremos una acepción más global que define el hospital como “una institución organizada, atendida y dirigida

⁵ Sobre los factores que justifican la importancia de la historia de los hospitales en nuestro ámbito sanitario actual, véase Huguet-Termes (2014), pp. 13-24.

⁶ “Hospital” traducido del latín quiere decir “amable y caritativo con los huéspedes”. Sobre la etimología del término, véase Turnes (2009).

⁷ Siguiendo la definición ofrecida por Paganini (1992 citado en Flores, 2009).

⁸ Siguiendo la definición ofrecida por Urdaneta (2004 citado en Flores, 2009).

por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales”.⁹

Desde los orígenes de la humanidad ha existido el miedo a las enfermedades, puesto que ponían en peligro la capacidad para obtener medios básicos de subsistencia. En este contexto los hospitales en sí no existían, la función de cuidar a los enfermos recaía sobre los templos debido al carácter teúrgico de la medicina.¹⁰ Los hospitales de la era cristiana acabaron sustituyendo a los preceptos médicos romanos y griego, donde la figura de Hipócrates representaba un papel fundamental, por considerarlos de origen pagano.¹¹ En paralelo, la cultura musulmana aportaría a la medicina las primeras drogas anestésicas, un salto importante en el tratamiento de enfermedades y en las prácticas quirúrgicas.

Ya iniciada la Edad Media, la combinación de etapas de crecimiento demográfico con una deficiente higiene de la población se tradujo en la proliferación de enfermedades contagiosas como la peste o la lepra. Estos episodios derivaron en una nueva función para los hospitales, servir como centros de aislamiento con el fin de frenar la transmisión social de estas epidemias. La falta de conocimientos científicos junto a los escasos recursos materiales y humanos hacían casi imposible su curación y disparaban la tasa de mortalidad de forma periódica.¹² Así, en términos generales, el concepto hospital hacía referencia hasta el siglo XVIII a instituciones destinadas al internamiento de enfermos, pobres, ancianos, impedidos para el trabajo, donde se ofrecía escasa respuesta terapéutica para devolver la salud a las personas cobijadas. De este modo, los hospitales acabaron integrándose en la larga lista de instituciones de auxilio a través de la caridad pública o privada. En el caso de España estas instituciones estuvieron en su mayor parte bajo el patrocinio de la Iglesia hasta el largo proceso desamortizador del siglo XIX y la puesta en marcha del Estado Liberal.¹³

En particular, desde finales del siglo XVIII, con la caída del Antiguo Régimen y la llegada de las ideas de la Ilustración, la estructura de cobertura social cambió por completo. En paralelo, la Revolución Industrial supuso grandes cambios económicos, políticos y sociales dentro del nuevo marco jurídico. Todo ello generó nuevas demandas

⁹ Siguiendo la definición del Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland.

¹⁰ Para esta parte, véase Turnes (2009).

¹¹ Una historia de hospitales en perspectiva comparada en el muy largo plazo puede encontrarse en Henderson; Horden y Pastore (eds.) (2007).

¹² Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (eds.) (2018), Introducción.

¹³ Para el caso español, véase Jiménez (1958), Carasa (1985) y Castel (1997).

sociales en un contexto donde los individuos habían dejado de ser siervos para convertirse en ciudadanos con derechos que se desplazaban masivamente a las ciudades atraídos por las oportunidades de trabajo del proceso industrializador.¹⁴ La mayor densidad demográfica de las ciudades y el empleo en las fábricas condujeron a nuevas enfermedades sociales y un aumento de los accidentes de trabajo. El alejamiento de su entorno familiar y la dependencia del salario para sobrevivir derivaron en riesgo de desamparo frente a situaciones de enfermedad, incapacidad laboral, el desempleo o la vejez.¹⁵ Por otro lado, el desarraigo familiar, la desaparición de los viejos modelos de protección (servidumbre, gremios...) y la pérdida de poder político y económico de la Iglesia redujeron sus vías de auxilio ante situaciones de enfermedad.¹⁶

Dentro de este contexto, el concepto de hospital como institución de cobijo de enfermos, de sustento de pobres y de sostén espiritual¹⁷ desapareció de manera progresiva en el siglo XIX, dentro de un nuevo marco legislativo, terapéutico y docente. Así, de un lado, los Estados comenzaron a adoptar un papel activo desde el punto de vista legislativo en la gestión de la salud y de la enfermedad de sus poblaciones.¹⁸ De otro, comenzaron a separarse los enfermos de otros colectivos asistidos como pobres, ancianos, expósitos o impedidos para el trabajo. No obstante, durante esta etapa, el Estado no tomó todavía las riendas de la cobertura social. Tampoco hay que olvidar la cobertura ofrecida por las entidades privadas de seguros, aunque su labor resultó limitada, puesto que eran escasas en número, trabajaban en áreas geográficas muy localizadas (sobre todo en grandes ciudades) y sus primas resultaban demasiado elevadas para la mayoría de la población. Durante esta etapa las fuentes de cobertura social proceden de una combinación de beneficencia pública y privada, asociaciones de trabajadores o socorros mutuos y compañías de seguros del sector privado, configurando lo que la literatura ha denominado “economía mixta de bienestar”.¹⁹

Dentro de esta nueva etapa, se construyeron nuevos edificios, donde se establecieron salas de observación y quirófanos, se incorporaron nuevas pruebas diagnósticas y personal especializado.²⁰ Esta ruptura del enfoque tradicional inició un proceso de transformación hacia el hospital moderno, centrado en desempeñar las

¹⁴ Palacios (2003), pp. 49-50.

¹⁵ Alarcón (1975), p. 73. Las familias se encontraban en las ciudades más desarraigadas porque muchos campesinos que emigraron a las ciudades habían dejado atrás sus redes básicas de sostenimiento familiar.

¹⁶ López (1990), p. 138 y Castel (1997), p. 217.

¹⁷ Siguiendo la definición ofrecida por Carasa (1985), pp. 30-34.

¹⁸ Barceló-Prats y Comelles (2020), pp. 22-24.

¹⁹ Este término fue acuñado por los autores británicos Bernard Harris y Paul Bridgen (2007) y ha sido adoptado por la literatura más reciente.

²⁰ Turnes (2009).

funciones prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Uno de los pilares de este nuevo concepto fue la limpieza y la desinfección. A este respecto, Pasteur demostró que la alta mortalidad de las cirugías y el incremento de enfermedades como la fiebre puerperal se achacaban a falta de higiene. Otro de los pilares que sustentaron este nuevo concepto fue la sustitución del personal religioso por personal laico con formación profesional, esto incluía tanto médicos como enfermeras. Por lo que se refiere a las instalaciones, pasamos de grandes edificios con varios pisos y salas grandes a un sistema de pabellones separados entre sí, pero que conformaban una unidad hospitalaria. Estas nuevas estructuras permitían separar enfermos, según gravedad, patologías y grado de contagio. En conjunto, durante este proceso se produce una transformación del concepto hospital tradicional vinculado a centros de culto y centrado en asilar enfermos hacia el concepto de hospital moderno integrado por instalaciones especializadas y a la ciencia (diagnóstico y tratamiento).

La organización hospitalaria experimentó una revolución entre finales del siglo XIX y primer tercio del siglo XX en un contexto donde diferentes gobiernos iniciaron la puesta en marcha de nuevos seguros sociales -también de enfermedad- y se producían importantes avances en la medicina y la tecnología. Dentro de este contexto, la transformación del hospital se produce, según López Albo (2012), por dos factores esenciales: primero, por la introducción de criterios de profesionalización y especialización del personal médico y, segundo, por la introducción de la ciencia médica, la tecnología y la aplicación de criterios fordistas en el diseño de nuevos hospitales. Aquí se empieza a combinar la asistencia, la enseñanza, la experimentación, la prevención y la aplicación de innovaciones técnicas a múltiples servicios.²¹ En este sentido no podemos olvidar que este desarrollo va a impulsar la consolidación del pago por estancia en los hospitales y el desarrollo del “negocio de la enfermedad”; a la vez que impulsó la necesidad de reformar hospitales antiguos que ya no podían continuar funcionando solo bajo parámetros benéficos.²²

Ya en la segunda mitad del siglo XX, bajo el nuevo concepto de hospital moderno, asistimos a una época de expansión y proliferación de los hospitales, impulsado por un gran número de progresos en el campo del diagnóstico y la terapia. Entre estos progresos destacan las pruebas sanguíneas y de secreciones, exámenes microscópicos de tejidos enfermos y el desarrollo de los antibióticos, para los cuales se precisó de diversos laboratorios especializados y bien equipados. Esto significó el triunfo sobre

²¹ Para esta parte, véase López Albó (2012), p. 12.

²² Barceló-Prats y Comelles (2020), p. 27.

muchas enfermedades consideradas incurables hasta entonces. De forma paralela, se produjo un movimiento de ruptura en el ámbito educativo de la medicina. El nuevo concepto de hospital, junto al incremento de la complejidad de los tratamientos de diagnóstico y terapia, dejaban obsoleto el modelo anterior. La transformación del modelo de enseñanza de los médicos y enfermeras se inició con la creación de estándares y calificaciones de los colegios y hospitales, que implicaron el cierre de un gran número de estas instituciones. Este movimiento de estandarización en la administración de estas instituciones buscaba fijar unos estándares mínimos para el cuidado de los enfermos, para ello se requería de un staff médico ético, complejo y competente, junto con registros clínicos completos y exhaustos.²³

Carles Soler Durall, uno de los principales protagonistas de la reforma hospitalaria en España en el siglo XX, señala que “el siglo XX es el siglo de los hospitales”.²⁴ Justifica esta afirmación en tres factores que han contribuido de manera más decisiva al nacimiento y configuración del hospital moderno, tal y como lo percibimos hoy: la acreditación hospitalaria introducida por Franklin Martin y Charles Mouliner en 1915; el informe Flexner, de 1910, sobre la estructuración de la formación médica, y la obra de Malcolm T. MacEachren (publicada durante la primera mitad del siglo XX) que puso las bases de la concepción moderna de la administración hospitalaria. En consecuencia, estos tres elementos, desarrollados en la primera mitad del siglo XX, habrían puesto las bases para la configuración de los sistemas hospitalarios modernos en los países más desarrollados durante las siguientes décadas.

Ahora bien, cada país siguió sus propias pautas y ritmos en este proceso en función de múltiples factores, pero lo que parece estar claro es que en la segunda mitad del siglo XX las diversas trayectorias hospitalarias se transformaron en sistemas más integrados y regulados.²⁵ En los países ricos dos modelos resultaron predominantes: los sistemas estatales de seguros sociales que prevalecen principalmente en Europa Occidental, o el sistema privado & sin fines de lucro que prevaleció en los Estados Unidos. De este modo, en el primer grupo se tendió a la financiación fiscal del sistema y se persiguió como uno de los principales objetivos la cobertura universal; mientras que, en el segundo modelo, representado por Estados Unidos, los seguros privados resultaron mucho más prominentes y los grupos de interés comerciales, esto es mutuas y aseguradoras privadas, muy influyentes, a la vez que el sistema hospitalario se volvió cada vez más costoso y menos inclusivo. Ya iniciado el siglo XX los ajustes fiscales, las

²³ Para esta parte, véase Turnes (2009).

²⁴ Soler-Durall (1989), p. 199.

²⁵ Esta parte sigue a Gorsky, Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (eds.) (2020), Introduction.

políticas de austeridad y la presión empresarial de grandes grupos sanitarios han puesto en jaque el tradicional modelo sanitario y hospitalario predominante en Europa occidental tras la II Guerra mundial.

1.2.- Los estudios sobre la configuración histórica del sistema hospitalario en España: una revisión bibliográfica

La inmensa mayoría de autores consideran que el origen del sistema hospitalario español actual tiene sus raíces en el siglo XIX, tras la puesta en marcha de los procesos de desamortización.²⁶ Los procesos desamortizadores que acontecieron durante todo el siglo XIX, tuvieron una especial incidencia tanto en la evolución, como en la financiación y configuración interna del dispositivo asistencial en España.²⁷ El sistema hospitalario hasta mediados del siglo XIX era un sistema mayoritariamente de beneficencia, compuesto por instituciones arcaicas y fuertemente vinculadas con la Iglesia. Las desamortizaciones del clero significaron el hundimiento del soporte eclesiástico en la administración del conjunto asistencial y el surgimiento de la tutela municipal, provincial y estatal en esos asuntos.²⁸ El traspaso de esta titularidad no fue acompañado de suficientes recursos financieros por parte del Estado a las Diputaciones y Municipios que asumieron buena parte de esta labor asistencial según las leyes benéficas aprobadas en el siglo XIX. En consecuencia, la mayoría de estas instalaciones permanecieron en estado deplorable y con escasos recursos, limitados en el mejor de los casos a realizar funciones básicas de acoger y alimentar.²⁹

El siglo XX se inicia con un incremento en la demanda sanitaria en las principales ciudades de España impulsado por las corrientes migratorias, que pusieron en evidencia las carencias en la atención sanitaria y deficiencias en las infraestructuras sanitarias.³⁰ Las carencias presupuestarias y de iniciativa política, la falta de coordinación entre instituciones y la ausencia de un proyecto de lucha epidemiológica resultaron evidentes con la epidemia de gripe de 1918.³¹ Buena parte de la historiografía considera que la salud pública no se consolidó como elemento fundamental de la política estatal en España hasta la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) y la II República (1931-

²⁶ Sobre la evolución del proceso de desamortización, véase Carasa (1985), p. 46.

²⁷ Para esta parte véase Barceló-Prats y Comelles (2017).

²⁸ Carasa (1985), p. 46.

²⁹ Rovira (2018), p. 262.

³⁰ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 51.

³¹ Para saber más sobre la gripe de 1918, véase Charles (1926), citado en Rodríguez-Ocaña (2001).

1936).³² Los años veinte pusieron de relieve las nuevas funciones sociales asumidas por los ayuntamientos a mayores de la asistencia médica. En paralelo, al margen de las instituciones públicas, y sobre todo en las ciudades más pobladas, surgieron las sociedades de socorros mutuos impulsadas por los trabajadores, nuevas compañías de seguro privado y una red de clínicas y policlínicas especializadas. Es decir, durante esta etapa se produjo en España un desarrollo de la ya citada economía mixta del bienestar de la atención médica a través de una combinación de servicios de instituciones de caridad, públicas y privadas, acción estatal y servicios médicos de pago privado.³³

A pesar de los avances, España permaneció antes de la Guerra civil como uno de los pocos países de Europa occidental donde aún no se había aprobado un seguro de enfermedad estatal y donde la infraestructura hospitalaria se mantenía en buena medida obsoleta, fragmentada, reducida en tamaño y dispersión y precaria en recursos tecnológicos y financieros (cuadro 1).³⁴ Entre las causas de esta carencia destacan la falta de financiación pública en un país con un sistema fiscal obsoleto, la resistencia de una parte de los colegios médicos y otros profesionales que veían el seguro público como una amenaza para su negocio y las dificultades para gestionar un seguro complejo y caro que requería una red de infraestructuras y personal suficientemente formado.³⁵

Tras el fin de la Guerra civil española y el establecimiento de la dictadura de Franco, España se hundió en una larga posguerra donde se produjo un enorme deterioro de las condiciones de vida y el retorno de enfermedades infectocontagiosas como el paludismo, la viruela, el tifus, etc.³⁶ Este panorama se tradujo en un incremento de la mortalidad y morbilidad, lo cual se vio agravado por carencia de equipos de investigación y aparatos de diagnóstico, la destrucción de instalaciones como el Instituto Nacional de Higiene o la depuración política de casi el 25% del personal sanitario. Dentro de este contexto, la dictadura aprobó la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942. Se trató básicamente de una maniobra propagandística controlada por Falange a través del Ministerio de Trabajo que supuso la puesta en marcha de un seguro sin apenas recursos financieros aportados por el Estado y con graves carencias de cobertura, prestaciones, personal e infraestructuras. En consecuencia, el SOE necesitó para su puesta en marcha de la firma de convenios de colaboración con entidades privadas para prestar sus exiguos servicios.

³² Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro (2008), p. 64.

³³ Pons y Vilar (2014), capítulo 1.

³⁴ Pons-Pons y Silvestre (ed.) (2010).

³⁵ Pons y Vilar (2014), capítulo 2.

³⁶ Siguiendo la definición ofrecida por Bernabéu-Mestre (2008) citado en Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro (2008), p. 97.

Cuadro 1.- Primeras leyes de seguro de enfermedad aprobadas en cada país

País	Año	País	Año	País	Año
Alemania	1883	Rusia	1912	Colombia	1934
Italia	(1886) 1928	Holanda	1913	Ecuador	1935
Austria	1888	Portugal	1919	Perú	1936
Hungría	1891	Polonia	1920	Costa Rica	1938
Suecia	(1891)	Grecia	1922	Nueva Zelanda	1938
Dinamarca	(1892) 1933	Japón	1922	Venezuela	1940
Bélgica	(1894) 1944	Yugoslavia	1922	Panamá	1943
Francia	(1898) 1928	Bulgaria	1924	México	1943
Luxemburgo	1901	Checoslovaquia	1924	Paraguay	1944
Noruega	1909	Chile	1924	España	1944
Reino Unido	1911	Estonia	1924	Argentina	1944
Islandia	(1911) 1936	Letonia	1924	Australia	1944
Suiza	(1911)	Lituania	1925		
Rumania	1912	Brasil	1934-36		

Nota: Entre paréntesis, sistema de libertad subsidiada. Fuente: Herranz (2010), p. 63.

Como hemos mencionado anteriormente, el SOE se caracterizó por ser un seguro muy precario, el cual estaba centrado en los trabajadores económicamente más débiles y que durante su primera etapa solo cubría de manera muy limitada la asistencia de medicina general, farmacia e indemnizaciones por enfermedad, posteriormente se incluirían las especializaciones.³⁷ Durante los primeros años, el SOE se financió a través de cotizaciones tanto de empresarios como de trabajadores en un marco de bajos salarios. En el momento de su aplicación la infraestructura hospitalaria pública en España estaba configurada por pocos hospitales, la mayoría obsoletos y con escasos recursos que en la dictadura de Franco habían quedado bajo el control de la Dirección General de Sanidad (Ministerio de Gobernación). Esto fue aprovechado por el Instituto Nacional de Previsión (INP), perteneciente al Ministerio de Trabajo, para poner en marcha un proyecto faraónico de renovación de la infraestructura hospitalaria, una estrategia orientada a consolidar su poder frente a la Dirección General de Sanidad (DGS).³⁸ Esta no fue la única medida llevada a cabo por el INP con el objetivo de monopolizar el proceso y favorecer sus fines propagandísticos como principal impulsor del seguro sanitario en España. Así, antes de la puesta en marcha del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (PNIS), aprobado en 1945, los hospitales públicos de tuberculosos, mentales y, en general, todos aquellos que quedaron fuera del control de Falange, como los hospitales asociados al Ministerio de Gobernación, Educación o Justicia, fueron apartados de la gestión del SOE.

³⁷ Para esta parte se han seguido los argumentos de Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 194.

³⁸ Recordemos que, dentro de la Dictadura de Franco, se produjo una lucha entre diferentes ministerios por el control de ciertas políticas. El Ministerio de Trabajo (y el INP) quedaron bajo el control de Falange; mientras que la Dirección General de Sanidad quedó bajo el control del Ministerio de Gobernación, fuera del control de Falange. Esto generó una lucha de competencias en el ámbito sanitario que provocó una falta de coordinación entre las instituciones adscritas a uno u otro Ministerio, véase Pons y Vilar (2014).

De este modo, el INP elaboró su propio Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, donde proyectaba inicialmente la creación de 65.000 nuevas camas en hospitales, pero esa cifra resultó demasiado elevada en un país con graves dificultades económicas; por este motivo, se decidió limitar el plan a 16.000 camas, una cifra considerada más viable.³⁹ En un primer momento se estimó en 1.000 millones de pesetas el coste de financiación del mencionado Plan, un importe imposible de cubrir a través de las cotizaciones sociales de empresarios y trabajadores, vía principal de financiación del SOE, en un país que mantenía un estructura fiscal obsoleta y proporcionaba insuficientes recursos.⁴⁰ Ante estas dificultades, el INP optó por tres vías de financiación: el trasvase de fondos de otros seguros sociales dentro de un modelo de seguros independientes y sin caja única, la emisión de obligaciones (deuda pública) y la creación de una cuenta de crédito en el Banco de España.⁴¹ Aun así, el proceso de construcción de la red de residencias sanitarias caminó demasiado lento por la escasez de financiación. Es más, en muchos casos, cuando se conseguía terminar el edificio, surgían tres nuevos problemas: la infrautilización de las instalaciones, por la imposibilidad de comprar mobiliario, tecnologías o dotar de personal estable; el elevado coste de mantenimiento de los servicios básicos, imposible de afrontar; o los problemas de coordinación interna en la organización y gestión de cada residencia, derivados del sistema jerárquico que predominaba en la gestión de los hospitales públicos en aquella época.⁴²

Mientras que desde el Ministerio de Trabajo se estaban intentando implantar planes de desarrollo hospitalario orientados a la creación de grandes instalaciones con el máximo número de camas posibles, en el sector privado se vivió una etapa de expansión predominada por la creación de clínicas privadas de pequeño tamaño por parte de médicos particulares y la proliferación de hospitales especializados en enfermedades psiquiátricas o tuberculosis, gestionadas por la Iglesia y el PNAyET respectivamente. Esta dualidad agravó la desigual distribución del sistema hospitalario en el campo y la ciudad, caracterizado por centros urbanos provistos de grandes hospitales y una constelación de pequeñas clínicas y sanatorios repartidas por el resto del territorio.⁴³

Con la crisis económica de finales de los años cincuenta se hace más que patente el declive del modelo de autarquía económica del gobierno franquista y la necesidad de un conjunto de medidas económicas. Estas medidas se aprobarán en 1959 bajo el

³⁹ Sobre el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, véase Pieltain, (2000), p. 94.

⁴⁰ Comín (2008), p. 227.

⁴¹ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 204.

⁴² Gorsky, Vilar y Pons (eds.) (2020).

⁴³ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 251.

nombre de Plan Nacional de Estabilización, financiado y dirigido básicamente desde el FMI.⁴⁴ La puesta en marcha del Plan de Estabilización significó el inicio de una etapa de crecimiento económico denominada desarrollismo. Dentro de este marco, se produjo un proceso de crecimiento urbano sin precedentes incitado por el éxodo rural y el *baby-boom*. Como consecuencia de este proceso se produjo un aumento de la demanda tanto de servicios sanitarios como de hospitales en un marco cambios profundos en la sociedad.

Al inicio de esta etapa denominada “desarrollista”, la Dirección General de Sanidad, desde el Ministerio de Gobernación, impulsó en 1962 una Ley General de Hospitales que perseguía principalmente la coordinación de los diferentes hospitales existentes en España, adscritos a diferentes ministerios e instituciones públicas, con el fin de crear una única red hospitalaria nacional.⁴⁵ Algunos autores como Pieltain achacan que el fracaso de esta ley se debió a los perennes problemas de falta cooperación entre la DGS y el INP, puesto que “el segundo se negaba a ser tutelado por el primero”.⁴⁶

Un año más tarde, desde el INP, se impulsó en 1963 la Ley de Bases de la Seguridad Social. Esta normativa conllevó una ampliación de la cobertura sanitaria, al reconocer el derecho de los asegurados a la hospitalización médica a la vez que se introducían importantes cambios en los servicios hospitalarios.⁴⁷ De la necesidad de un nuevo modelo hospitalario y un mayor número de infraestructuras sanitarias, nacieron las primeras ciudades sanitarias, basadas en el modelo de antiguos hospitales de pabellones,⁴⁸ esto es, compuestas por un conjunto de edificios próximos que compartían servicios de lavandería, cafetería, etc.... Este nuevo modelo introdujo un nuevo marco de organización y una renovada filosofía de servicio público; es decir, “se buscaba una vinculación y completa dedicación por parte del personal, la implantación de la docencia médica de posgraduados, una organización de las asistencias de las diversas especialidades médicas y quirúrgicas, y la introducción de la investigación clínica”.⁴⁹ Aunque el avance de estas estrategias fue lento, otra vez por motivos financieros, permitió la consolidación de los hospitales modernos en España.⁵⁰

En la década de 1970, ya durante la transición democrática, se produjo un hecho clave en el desarrollo del Estado de bienestar en general y del seguro de salud en

⁴⁴ Fernández (2005), p. 64.

⁴⁵ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 269.

⁴⁶ Pieltain (2003), p. 264.

⁴⁷ Sobre la Ley de Bases de 1963, véase Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2020), pp. 125-156.

⁴⁸ Pieltain (2003), pp. 237 y ss.

⁴⁹ Conde Rodelgo (2001), p. 255.

⁵⁰ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 281.

particular. En 1977 se aprobó la ansiada reforma fiscal de Fernández Ordóñez, clave para la modernización de la Hacienda española, que permitió obtener más recursos vía impuestos e incrementar la participación del Estado en los gastos sociales. Fruto de este proceso la financiación del gasto sanitario público a través de las cotizaciones sociales pasó a convertirse en fuente minoritaria (cuadro 2).

Cuadro 2.- Financiación del gasto sanitario público en España
(en porcentaje)

Fuente de financiación	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
% Cotizaciones	75,2	70,5	68,0	66,2	60,9	62,3	61,3	57,9	58,0
% Aportaciones Estado	24,8	29,5	32,0	33,8	39,1	37,7	38,7	42,1	42,0
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
% Cotizaciones	27,2	27,2	27,2	27,2	28,0	27,1	20,4	14,9	8,3
% Aportaciones Estado	72,8	72,8	72,8	72,8	72,0	72,9	79,6	85,1	91,7

Fuente: Aracil et al (1996), citado en Pons y Vilar (2014).

Por otro lado, en este año desapareció el Instituto Nacional de Previsión -organismo salpicado por la corrupción, el fraude y un enorme endeudamiento-, que fue sustituido por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), encargado desde entonces de la gestión y administración de los servicios sanitarios.⁵¹ Bajo la democracia, la protección de la salud se convierte además en un derecho básico recogido en la Constitución Española de 1978. Estos cambios descritos resultaron claves para que España pudiera lograr la ansiada universalización de la sanidad, un objetivo aún por conseguir.

En la década siguiente, en 1986, se consiguió otro hito necesario para la reforma sanitaria en España, a la aprobación de una Ley General de Sanidad que configurase un sistema nacional de salud “conformado por todas las funciones, servicios y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de la administración pública, y por el cual se ratifica el derecho a protección de la salud establecido en la Constitución”.⁵² Dentro de este proceso, la cobertura sanitaria pública en España pasó del 81% de la población en 1975 al 99% en 1990, tras la incorporación de la población atendida hasta el momento por los servicios de beneficencia. El denominado Decreto de Universalización (RD 1088/89) puso fin en España a la caridad sanitaria de la antigua beneficencia y dio acogida en el SNS a las personas sin recursos económicos.⁵³

Al mismo tiempo que se intentaba aprobar la Ley General de Sanidad surgía un nuevo modelo organizativo, cuyo objetivo era la descentralización de la sanidad.⁵⁴ En este nuevo modelo el Estado sería responsable de aquellas funciones necesarias para

⁵¹ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), pp. 290-291.

⁵² Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102, de 29/04/1986.

⁵³ Real Decreto 1088/1989, pp. 28657-28658; SESPAS (1993), p. 191 y Sevilla (1996).

⁵⁴ Para saber más de la transferencia de competencias, véase Marqués (2003), p. 543.

garantizar la unidad y solidaridad del sistema sanitario, mientras que el resto de funciones para la protección de la salud de los ciudadanos serían asumidas por las comunidades autónomas. Este traspaso de competencias del Insalud a las Comunidades Autónomas culminó en enero de 2002, tras un proceso complejo y de extraordinaria trascendencia política (cuadro 3).⁵⁵ El proceso fue acompañado también de un nuevo modelo de financiación, nacido de la necesidad de un marco financiero estable y suficiente, que hiciese frente al nuevo horizonte de mayor descentralización. Este nuevo modelo se fundamentó en tres pilares: financieros, tributarios e institucionales. Entre las novedades que este modelo conllevó se recogen la implantación de la "cesta de impuestos", la integración de los distintos sistemas de financiación existentes, la desaparición de las garantías generales, su incorporación en un texto legal con rango formal de Ley y la consideración de ciertos aspectos de la integración en la UE.⁵⁶

Cuadro 3.- Cronología del proceso de transferencias sanitarias en España

Año de transferencia de competencias sanitarias	Comunidad Autónoma
1981	Cataluña
1984	Andalucía
1988	País Vasco y Valencia
1991	Navarra y Galicia
1994	Canarias
2002	Aragón, Asturias, Castilla La Mancha, Castilla León, Extremadura, Madrid, Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla

Fuente: Organización y Gestión de la atención sanitaria. Enlace: http://www.aes.es/Publicaciones/SNS-Capitulo_II.pdf (consultado en mayo de 2021).

El incremento de establecimientos hospitalarios, camas, personal y calidad de los servicios sanitarios públicos forzó la conversión del sector privado. Esta época se caracterizó por una tendencia decreciente en el número de hospitales tanto públicos como privados, debido al cese de las instituciones de menor tamaño o que no pudieron hacer frente a los costes de modernización, este proceso fue más pronunciado en el sector privado debido al cese de los conciertos con el Estado y la mejora de la oferta pública. Los motivos que permitieron que el sector privado se mantuviera y resistiera a la implantación de un modelo sanitario público y de cobertura universal fueron varios, entre los que destacan las fusiones, para ganar competitividad y nicho de mercado.⁵⁷ Este fenómeno perdurará hasta hoy en día, puesto que el sector "privado intenta lograr

⁵⁵ Ventura (2003), p. 307.

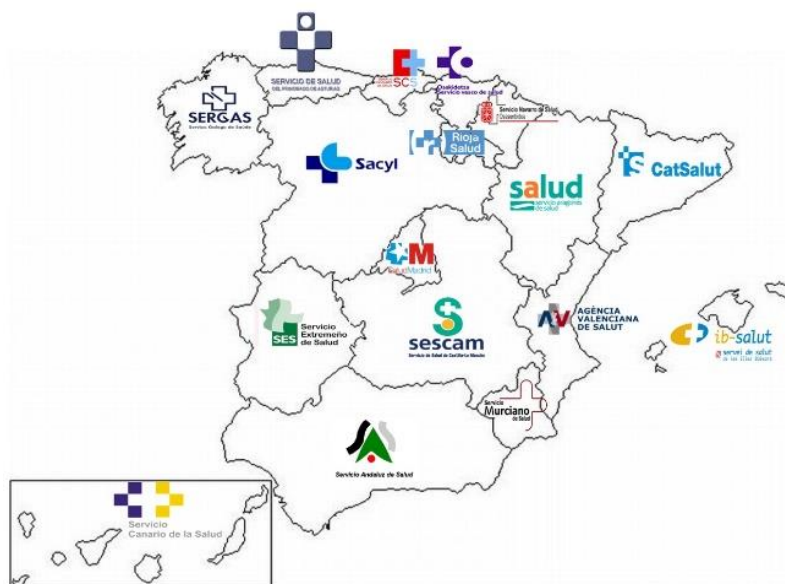
⁵⁶ Siguiendo a Cantarero (2003), p. 60.

⁵⁷ Rodríguez-Ocaña y Martínez-Navarro (2008), p. 118.

la estabilidad de su negocio en el largo plazo, cuando lo público no destina dinero para mejorar su capacidad de respuesta”.⁵⁸

El siglo XXI puso fin al proceso de configuración del modelo sanitario descentralizado con sus luces y sus sombras (Figura 1).⁵⁹ Para una parte de la literatura, significó un primer paso en la modernización del sistema sanitario aproximándonos a un sistema más equitativo, de calidad y cercano. Para otra, significó también la existencia de 17 sistemas hospitalarios que gestionaban sus servicios de forma independiente y que podían dar lugar a retrasos, duplicidades y largos tiempos de espera.⁶⁰ Las políticas de austeridad han supuesto un importante hándicap en los últimos años en la atención sanitaria en general y hospitalaria en particular. Los recortes en camas, personal, las listas de espera y los copagos en tratamientos han servido para impulsar y justificar un mayor protagonismo del sector privado, a través de la firma de conciertos con las instituciones públicas.⁶¹ A partir de aquí, este trabajo se centra en el estudio de la configuración del sistema hospitalario público y privado en Galicia desde la década de 1960 hasta la actualidad. Se adoptará el enfoque de la propiedad patrimonial de los hospitales y se analizará el impacto de los diferentes cambios legislativos expuestos en este epígrafe sobre la relación de cooperación y/o competencia entre los centros públicos y privados.

Figura 1. Mapa de la sanidad por comunidades autónomas



Fuente: Obtenido del siguiente enlace: http://saludinerop.blogspot.com/2017/07/las-serpientes-autonomicas_3.html (consultado en mayo de 2021).

⁵⁸ Véase una explicación más detallada en este punto en Padilla (2020).

⁵⁹ Para profundizar más sobre estas cuestiones, véase Cabo (2010), Capítulo 2.

⁶⁰ Padilla (2020).

⁶¹ Mercedes (2015), p. 4.

2. El sistema hospitalario público y privado en Galicia dentro del marco español, 1963-2019

En este capítulo se analizará la configuración histórica del sistema hospitalario gallego desde 1963 hasta la actualidad. Como criterio común a este estudio de tan largo plazo del desarrollo del sistema hospitalario se ha escogido la titularidad de la propiedad patrimonial del hospital. Esta clasificación se refleja de manera clara en la principal fuente que servirá como base estadística de este estudio, los Catálogos Nacionales de Hospitales, elaborados en España desde 1963, aunque no fue hasta la década de 1980 cuando no adquirieron periodicidad anual. De esta manera 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 construidos y financiados por instituciones públicas; es decir, nos referimos al conjunto los hospitales vinculados al Estado, las administraciones provinciales y municipales, Instituto Nacional de Previsión (INP), Secretaría General del Movimiento (SGM), Dirección General de Sanidad (DGS) y el Patronato Nacional Antituberculoso (PNAT), entre otros. Por otra parte, dentro del grupo de hospitales de propiedad privada encontraríamos a los hospitales de la Iglesia, de la Cruz Roja, Benéficos particulares y los hospitales privados con ánimo de lucro, pertenecientes a compañías de seguros, médicos privados o mutuas patronales. Esta clasificación según el tipo de propiedad pública o privada se mantuvo en esencia en todas las fuentes disponibles hasta 1986. A partir de aquí, y con la aprobación de la ya mencionada Ley General de Sanidad, el criterio de propiedad pública y privada se mantiene en la fuente de los Catálogos, aunque la clasificación varía debido a la reordenación del sistema sanitario en España y el inicio del traspaso de las competencias de Sanidad a las diferentes comunidades autónomas. Aún así, la metodología utilizada de propiedad pública y privada de cada hospital sigue siendo

válida para analizar las características propias de la configuración de este mapa hospitalario en Galicia dentro del conjunto de España y para explicar la complementariedad y/o competencia entre la red pública y privada, según las etapas analizadas.

2.1.- El sistema hospitalario público y privado en Galicia y España antes de la Ley General de Sanidad: 1963-1985

Cuando se elaboró el primer catálogo completo de hospitales en España estaban en marcha dos reformas legislativas importantes ya mencionadas: La Ley de Hospitales de 1962 y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963.⁶² Ambas pretendían conseguir una mayor coordinación de los hospitales disponibles en España con el fin de conseguir una mejor atención de los enfermos. Recordemos que hasta la década de 1960 el SOE, aprobado en 1942, solo establecía prestaciones y cobertura muy limitada por falta de recursos materiales y financieros. Por lo que se refiere a la atención hospitalaria, el SOE, controlado por Falange a través del Ministerio de Trabajo, dejó fuera de las infraestructuras del seguro a los hospitales municipales y provinciales de la beneficencia pública existentes en España, y que constituían hasta entonces la red principal del mapa hospitalario público hasta ese momento. Estos hospitales quedaron bajo la Dirección General de Sanidad, adscrita al Ministerio de Gobernación, fuera del control de Falange. Ante esta situación, el SOE ofreció en sus inicios una cobertura hospitalaria exigua, concentrada en la atención de pacientes con necesidades quirúrgicas o agudos con cobertura muy limitada y días de internamiento limitados también. Muchos de estos pacientes eran atendidos en clínicas privadas que habían firmado convenios de colaboración con el SOE ante la falta de centros propios.

Como maniobra de propaganda política, y debido a la falta de hospitales, se puso en marcha el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (PNIS), una obra faraónica que pretendía construir una red de Residencias Sanitarias del SOE distribuidas por todo el país.⁶³ Sabemos que este Plan caminó lento debido a la falta de financiación y que algunas de las Residencias ya construidas permanecieron cerradas o funcionando de manera marginal por falta de equipos humanos y tecnológicos. De hecho, en muchas de estas Residencias los equipos médicos se desplazaban desde sus clínicas privadas solo para realizar las intervenciones que les habían encargado en las fechas señaladas.

⁶² Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2020), pp. 125-156.

⁶³ Pieltain (2003) y Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 255.

El Catálogo de Hospitales elaborado entre 1963-1966 nos muestra un primer mapa del sistema hospitalario en España dentro de este contexto (cuadro 4). A partir de estos datos será posible analizar el peso de los hospitales públicos y privados, el avance en la construcción de la red de las denominadas Residencias Sanitarias y la posición relativa de Galicia dentro de este panorama general, tanto en número de hospitales como de camas.

Cuadro 4.- Distribución de camas y hospitales por Comunidad Autónoma en 1963

C.C.A.A.	Nº de hospitales	Nº de camas	Nº camas por hospital	población 1960	Camas por 1.000 hab.
Madrid	134	19.620	146	2.606.254	7,5
Navarra	18	2.923	162	402.042	7,3
País Vasco	102	9.932	97	1.371.654	7,2
La Rioja	21	1.469	70	229.852	6,4
Cataluña	258	24.153	94	3.925.779	6,2
Cantabria	23	2.584	112	432.132	6
Baleares	26	2.448	94	443.327	5,5
Aragón	65	5.467	84	1.105.498	4,9
España Total	1.578	139.919	89	30.582.936	4,6
Canarias	53	4.277	81	944.448	4,5
Asturias	38	4.228	111	989.344	4,3
Castilla y León	159	12.250	77	2.848.352	4,3
Andalucía	300	22.185	74	5.893.396	3,8
Com. Valenciana	95	9.410	99	2.480.879	3,8
Región Murcia	33	2.533	77	800.463	3,2
Galicia	139	7.620	55	2.602.962	2,9
Castilla La Mancha	73	5.255	72	1.975.539	2,7
Extremadura	41	3.565	87	1.378.777	2,6

Nota 1: La población de España por Comunidades Autónomas para 1960 procede de: <https://aecr.org/es/evolucion-de-la-poblacion-en-las-comunidades-autonomas-1960-2020/> Hay que tener en cuenta que en el Catálogo de 1963 no se incluyen 48 hospitales militares existentes en España en ese momento. Nota 2: En todos los cuadros elaborados a partir de los Catálogos Nacionales de hospitales se ha mantenido la nomenclatura original de la fuente, tanto para los hospitales como para su localización. Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 13/06/1966, Núm. 140, pp. 7389/7427.

Esta fuente nos permite observar cómo, tras dos décadas de aprobación del SOE y ya iniciado el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, el sistema hospitalario español se componía en 1963 de 1.578 instalaciones hospitalarias, 541 de propiedad pública y 1.037 privadas. Esta clasificación se basa en la propiedad patrimonial de estas instituciones, tal y como se comentó anteriormente. El sistema hospitalario gallego estaba conformado en 1963 por un total de 139 instalaciones hospitalarias (24 de propiedad pública y 115 privadas), que ofrecían un total de 7.620 camas.

De estos primeros datos podemos extraer dos principales conclusiones. Primero, el peso de los hospitales de propiedad privada en Galicia (83%) era mayor que en el conjunto de España (66%). Segundo, el resultado se revierte si analizamos el porcentaje de camas. Esto es, solo el 42% de las camas hospitalarias pertenecían a hospitales de propiedad privada en Galicia; un dato muy parecido al del conjunto de España (37%).

Estas cifras revelan que en el mapa hospitalario gallego correspondiente a 1963 nos encontramos una constelación de pequeños hospitales privados que ofrecen un número de camas muy reducido; mientras tanto, los hospitales públicos, aunque más reducidos en número, ofrecen una mayor capacidad en términos de camas. De hecho, desde el punto de vista del minifundismo hospitalario, Galicia es la comunidad peor situada con 55 camas por hospital, 15 camas menos que la siguiente peor situada (La Rioja). Las circunstancias descritas condicionan el resultado final: el número de camas hospitalarias disponibles por cada mil habitantes en Galicia en 1963 (2,9), situando a esta comunidad en la tercera por la cola, tras Extremadura y Castilla La Mancha, y muy lejos de la media española (4,6). En conjunto, Galicia presentaba una peor atención hospitalaria de la población a inicios de la década de 1960, situación que se veía agravada por el desigual reparto de estos centros en un territorio con elevada dispersión de la población.

Los 139 hospitales existentes en Galicia en 1963 se distribuían por provincias del siguiente modo: A Coruña (56), Ourense (30), Pontevedra (27) y Lugo (26). De este largo listado, 92 eran sanatorios privados de ámbito local, especializados en cirugías y ginecología (partorios), y con menos de una decena de camas disponibles en cada uno. Por otro lado, solo una veintena de los 139 hospitales disponibles ofrecían más de 100 camas: 9 en A Coruña, 5 en Lugo, 3 en Pontevedra y 3 en Ourense (cuadro 5).

Cuadro 5. Los hospitales con mayor capacidad de camas en Galicia (1963)

Prov.	Hospital	Población	Nº Camas	Funciones	Dependencia Patrimonial
COR	Manicomio de Conjo	Santiago Com.	1.360	Mental	Privado
COR	Sanatorio Marítimo de Oza	La Coruña	566	Quirúrgico	PNAYET
LUG	Hospital Psiquiátrico Provincial San Rafael	Castro del Rey	422	Psiquiátrico	Diputación
PON	Gran Hospital Provincial	Pontevedra	371	General	Diputación
LUG	Sanatorio Antituberculoso de Calde	Lugo	324	Antituberculoso	PNAYET
OUR	Sanatorio de Piñor	Barbadanes	276	Antituberculoso	PNAYET
COR	Residencia Sanitaria de Juan Canalejo	La Coruña	258	Quirúrgico	INP
PON	Residencia Ambulatorio Almirante Vierna	Vigo	250	Quirúrgico	INP
OUR	Hospital Provincial (Hospital Modelo)	Orense	244	General	Diputación
COR	Hospital de Santiago	Santiago Com.	242	General	Otros Pub.
COR	Sanatorio Profesor Nova Santos	El Ferrol	235	Antituberculoso	PNAY ET
LUG	Hospital Provincial de San José	Lugo	198	General	Diputación
PON	Pabellones Sanitarios (Hospital Municipal)	Vigo	153	General	Municipal
COR	Hospital Municipal Labaca	La Coruña	150	General	Municipal
OUR	Sanatorio Psiquiátrico de Toén	Toén	150	Mental	Otros Pub
COR	Santo Hospital de Caridad	El Ferrol	140	General	Benéfico
COR	Hospital Provincial	Santiago Com.	132	General	Diputación
LUG	Hospital de San Pablo y San Lázaro	Mondoñedo	126	Hospital-Asilo	Iglesia
COR	Sanatorio Profesor Gil Casares. La Choupana	Santiago Com.	125	Antituberculoso	PNAYET
LUG	Residencia Sanitaria Hermanos Pedrosa Posada	Lugo	115	Quirúrgico	INP

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 13/06/1966, Núm. 140, pp. 7389/7427. Nota: COR (A Coruña); LUG (Lugo); OUR (Ourense); PON (Pontevedra).

Se trataba básicamente de hospitales de titularidad pública, solo tres son privados, y los más grandes se concentraban en la asistencia asilar (y aislar) enfermos mentales y tuberculosos. Aquí destaca un gigante, el Hospital Psiquiátrico de Conxo, especializado en el confinamiento de enfermos psiquiátricos que contenía casi el 18% del total de camas del sistema hospitalario gallego. En este grupo de hospitales con mayor capacidad destacan también las tres Residencias Sanitarias construidas en Galicia por el INP al amparo del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, todas ellas con una oferta de camas superior a 250. Se localizaban en las tres ciudades más pobladas por entonces en el territorio gallego: Coruña, Vigo y Ferrol. En realidad, en 1963 ya estaba en marcha también la Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Cristal situada en la ciudad de Ourense, pero funcionaba a escala reducida, solo con fines quirúrgicos y con 40 camas disponibles. Recordemos que, a principios de la década de 1960, el SOE cubría básicamente la hospitalización de enfermos con fines quirúrgicos y estancias muy limitadas. De hecho, en muchos de sus Residencias Sanitarias ni siquiera había equipos médicos permanentes y solo se trasladaban allí desde sus clínicas privadas para realizar las intervenciones.

En conjunto, el sistema hospitalario gallego y el sistema español mantenían una composición similar, con un predominio de una constelación de hospitales de propiedad privada y un incipiente crecimiento de las Residencias Sanitarias construidas a la sombra del PNIS. Las limitaciones del SOE, un seguro estatal aprobado mucho más tarde que en otros países, y de la red de hospitales públicos, donde se dejaron la margen del seguro los hospitales bajo el control de la Dirección General de Sanidad, dieron cuota de mercado al negocio privado en forma de pequeñas clínicas y sanatorios. Mientras tanto, muchos de los hospitales municipales y provinciales, la mayoría situados en edificios obsoletos y con unas instalaciones anticuadas, se especializaron en la atención benéfica a la población más pobre que quedaba al margen del SOE, aunque en algunos casos admitían también pacientes de pago.

En esencia, la falta de coordinación del sistema hospitalario que desaprovechó recursos existentes y el lento avance de la red de Residencias Sanitarias debido a limitaciones presupuestarias derivaron en un sistema hospitalario insuficiente en número y capacidad de centros, limitado en la prestación de recursos y concentrado sobre todo en las zonas más urbanas. Por tanto, durante esta incipiente etapa la red de pequeñas clínicas privadas resultó imprescindible para atender a la población que necesitaba de asistencia quirúrgica o maternal. Sin embargo, estas clínicas no estaban al alcance de todos los bolsillos, por lo que un elevado porcentaje de población recurría

a los servicios de los hospitales municipales y provinciales. Dentro de este mapa, el SOE apenas daba cobertura en 1963 a la mitad de la población y con unas prestaciones muy limitadas.

Dos décadas más tarde, cuando se elaboró el Catálogo de hospitales en España para el año 1985 estaban en marcha dos reformas legislativas importantes: La Ley General de Sanidad de 1986 y las transferencias de competencias sanitarias. La primera pretendía configurar un sistema nacional de salud, de cobertura universal y titularidad y gestión pública, financiado básicamente con impuestos. Estos objetivos debían ser compatibles con el proceso de descentralización sanitaria a las comunidades autónomas iniciado en la década de 1980 con Cataluña. Tengamos presente, como ya se comentó, que tanto la Ley de Hospitales de 1962 como la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, fracasaron en buena parte de sus objetivos debido a los múltiples intereses políticos y los problemas de financiación heredados.⁶⁴ Tras la reforma fiscal de Fernández Ordoñez en 1977 y la aprobación de la Constitución de 1978, el panorama legislativo cambió.

Por lo que se refiere a la atención hospitalaria, la implantación de la Ley de Bases de la Seguridad Social definió el camino a seguir en la consolidación de los hospitales modernos en España. Este nuevo modelo hospitalario nace del apuro de hacer frente al incremento de la demanda originada por el reconocimiento del derecho a la hospitalización médica. De esta nueva pauta surgirá una renovada filosofía de servicio público junto con las primeras ciudades sanitarias. A finales del año 1976, se encontraban en funcionamiento 14 Ciudades Sanitarias que comprendían 49 Centros, 88 Residencias o Centros en el resto de las provincias, todo ellos con un total de 41.582 camas. En ese momento todavía estaban en proceso de construcción otras 33 Residencias o Centros, con 11.303 camas.⁶⁵ Durante la transición democrática no solo se da inicio a la modernización de los hospitales, un proceso que puso en evidencia la gran desigualdad que existía en el sistema hospitalario español, tanto en la distribución geográfica de los centros como en la calidad de la atención al paciente.⁶⁶

El Catálogo de Hospitales elaborado para 1985 nos muestra el mapa del sistema hospitalario en España previo a la puesta en marcha de la Ley General de Sanidad (cuadro 6). A partir de estos datos será posible ver en qué medida los cambios comentados afectaron a la configuración del mapa hospitalario público y privado gallego y hasta qué punto permitieron a este territorio mejorar su posición relativa en este ámbito

⁶⁴ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 268.

⁶⁵ Conde Rodelgo (2001), p. 251.

⁶⁶ Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018), p. 290.

respecto de 1963. A primera vista esta fuente nos permite ver como, transcurridas más de dos décadas desde la aprobación de la Ley de Hospitales y la Ley de Bases de la Seguridad Social, en 1985, el sistema hospitalario en el conjunto de España se componía de 943 instalaciones hospitalarias, 364 de propiedad pública, 547 privadas y 32 del Ministerio de Defensa. En el primer grupo se incluían hospitales Municipales, del Municipio, de las Diputaciones, de la Seguridad Social, de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (A.I.S.N.), de Insalud (anteriormente llamado INP) y de carácter público regional. En el segundo grupo se incluían hospitales privados, de beneficencia particular, de la Iglesia o la Cruz Roja. Por su parte, el mapa hospitalario gallego estaba integrado por 93 instalaciones hospitalarias en 1985, muchas menos que en 1963 (139). A diferencia de 1963, se incluyen también aquí los cuatro hospitales públicos militares propiedad del Ministerio de Defensa situados en Ferrol, Vigo, A Coruña y Marín. De las 93 instalaciones hospitalarias que conformaban el sistema gallego en 1985, 25 eran de propiedad pública (una más que en 1963), más 4 hospitales militares, y 64 de propiedad privada (51 menos que en 1963), con un total de 12.173 camas.

Cuadro 6.-Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 1985

C.C.A.A.	Nº de hospitales	Nº de camas	Nº camas por hospital	Población 1985	Camas por 1.000 hab.
Melilla	2	542	271	54.821	9,9
Ceuta	3	643	214	66.292	9,7
Cantabria	15	4.132	275	524.258	7,9
Navarra	15	3.827	255	516.776	7,4
Aragón	37	8.300	224	1.201.839	6,9
La Rioja	7	1.743	249	260.117	6,7
Cast. y Leon	76	16.434	216	2.588.079	6,3
Madrid	100	30.644	306	4.840.565	6,3
Asturias	30	6.475	216	1.124.759	5,8
Canarias	51	8.129	159	1.431.157	5,7
País Vasco	62	12.086	195	2.145.711	5,6
Baleares	20	3.756	188	682.576	5,5
España Total	943	199.429	211	38.467.027	5,2
Andalucía	148	32.075	217	6.699.926	4,8
Región Murcia	28	4.828	172	1.000.734	4,8
Extremadura	23	4.877	212	1.069.373	4,6
Cast. La Mancha	39	7.530	193	1.661.019	4,5
Com. Valenciana	73	16.554	227	3.763.106	4,4
Galicia	93	12.173	131	2.800.320	4,3
Cataluña	121	24.681	204	6.035.599	4,1

Nota: La población de España por Comunidades Autónomas para 1985 procede de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10262>

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/1989.

Como ya hemos expuesto con anterioridad, el sistema hospitalario gallego y el conjunto de España mantenían en 1963 una estructura similar. Ambos sistemas mantienen en 1985 esta estructura en forma de constelación, predominada por un sector privado numeroso, pero de pequeño tamaño, en contraposición a los crecientes

hospitales públicos, que aún eran menos en número, pero de mayor tamaño. Lo que había ocurrido entre 1963 y 1985 es que el avance en la cobertura y prestaciones del seguro obligatorio de enfermedad, la construcción de la red de Residencias sanitarias y las mayores exigencias en financiación y tecnología de la dotación de los hospitales produjeron una reducción del número de los hospitales privados más pequeños, peor dotados y más vulnerables. Estas pequeñas clínicas o bien cerraron, al no poder hacer frente a la competencia de los grandes centros públicos, o bien fueron absorbidas por grupos hospitalarios privados de mayor tamaño. Este proceso aún estaba en marcha en 1985, puesto que el peso de los pequeños centros privados aún era considerable. En conjunto, en 1985, había menos hospitales, pero más grandes, gracias al impacto de la construcción de las grandes residencias sanitarias y el cierre de muchas pequeñas clínicas privadas. En cuanto a la posición relativa de Galicia, esta comunidad permanecía a la cola respecto del resto de comunidades con 4,3 camas por cada mil habitantes (superando solo a Cataluña), aunque más cerca de la media española (5,2) que en 1963.

Los 89 hospitales existentes en Galicia en 1985 se distribuían por provincias del siguiente modo: A Coruña (32), Ourense (17), Pontevedra (26) y Lugo (14). A estos habría que sumar los ya mencionados 4 hospitales militares, dos en la provincia de A Coruña (A Coruña y Ferrol) y dos en Pontevedra (Vigo y Marín). De los 61 centros hospitalarios privados que conformaban el sistema hospitalario gallego en 1985, 41 eran sanatorios privados de ámbito local especializados en fines quirúrgicos y maternidad y con una media menor a una trentena de camas disponibles cada uno. Se trataba, por tanto, de los pequeños centros supervivientes al proceso de cierre de absorción en una etapa de creciente competencia de los hospitales públicos de reciente construcción. Por otro lado, solo una veintena de los 93 hospitales disponibles ofrecían más de 150 camas: 8 en A Coruña, 3 en Lugo, 5 en Pontevedra y 4 en Ourense (cuadro 7). Dentro de este grupo, destacan los hospitales de titularidad pública, puesto que solo dos son privados, y los más grandes se concentraban en la asistencia asilar de enfermos psiquiátricos y generales.

Por encima de todos los centros, sobresalen como hospitales con mayor capacidad las cuatro Residencias Sanitarias construidas en Galicia por el Insalud antes llamado INP, todas ellas con una oferta de camas superior a 300. Se localizaban en las cuatro ciudades más pobladas por entonces en el territorio gallego: A Coruña, Vigo, Ourense y Ferrol. Aquí destaca un gigante, el Hospital General Juan Canalejo en A Coruña, especializado en la atención y asistencia a enfermos que con casi mil camas

contenía casi el 8% del total de camas del sistema hospitalario gallego. En realidad, en 1985 ya estaban en marcha también las Residencias Sanitarias 18 de Julio y de Valdeorras situadas en la ciudad de Ourense y el Barco de Valdeorras respectivamente, pero funcionaba a escala reducida, solo con fines quirúrgicos y generales, y con menos de 100 camas disponibles. Entre estos gigantes públicos podríamos también incluir dos hospitales militares: uno del ejército de tierra, con 450 camas y situado en A Coruña, y otro de Marina, con 392 camas y situado en Ferrol; ambos propiedad del Ministerio de Defensa.

Cuadro 7. Los hospitales con mayor capacidad de camas en Galicia (1985)

Prov.	Hospital	Población	Nº Camas	Funciones	Dependencia Patrimonial
COR	Hospital Juan Canalejo	La Coruña	943	General	Insalud*
COR	Sanatorio Psiquiátrico Provincial Conjo	Santiago Com.	721	Psiquiátrico	Diputación
COR	Hospital General y Clínico de Galicia	Santiago Com.	653	General	Ministerio de Educación y Ciencia
OUR	Hospital Ntra. Sra. Del Cristal	Orense	611	General	Insalud
PON	Hospital General de Vigo	Vigo	560	General	Seguridad social
LUG	Hospital Hermanos Pedrosa Posada	Lugo	510	General	Insalud
PON	Hospital General Provincial	Pontevedra	500	General	Diputación
LUG	Hospital Psiquiátrico San Rafael	Castro de Rey	480	Psiquiátrico	Diputación
PON	Sanatorio Psiquiátrico Provincial El Rebullon	Mos	370	Psiquiátrico	Diputación
PON	Policlínico Vigo S.A.	Vigo	364	General	Privado
COR	Hospital Arquitecto Marcide	Ferrol	323	General	Seguridad social
PON	Hospital <Montecelo>	Pontevedra	319	General	Insalud
COR	Santo Hospital de Caridad	Ferrol	269	General	Benéfico-Particular
COR	Hospital Provincial	Santiago Com.	262	General	Diputación
OUR	Hospital Enfermedades del Tórax Santo Cristo del Piñor	Barbadanes	215	Enfermedades Tórax	A.I.S.N.
OUR	Hospital Provincial Sta. María Madre	Orense	209	General	Diputación
OUR	Sanatorio Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goas	Toen	206	Psiquiátrico	A.I.S.N.**
COR	Hospital Enfermedades del Torax Novoa Santos	Ferrol	165	Enfermedades Tórax	A.I.S.N.
COR	Hospital Municipal de Labaca	La Coruña	152	General	Municipio
LUG	Hospital Enfermedades del Tórax	Lugo	152	Enfermedades Tórax	A.I.S.N.

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/1989. Nota: COR (A Coruña); LUG (Lugo); OUR (Ourense); PON (Pontevedra). Nota: *Recordemos que el INSALUD es la entidad gestora de la Seguridad Social encargada de la gestión sanitaria, sustituyó al antiguo INP y quedó disuelta en 2002 tras finalizar los traspasos de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas.**Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN), "Organismo autónomo denominado «Administración Institucional de la Sanidad Nacional», en el que quedan integrados el Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, Hospital del Niño Jesús, Instituto Oftálmico Nacional, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Oncología, Instituto Leprológico y Leprosería Nacional de Trillo, Centro Nacional de Lucha contra las Enfermedades Reumáticas, Centros Maternales y Pediátricos, Hospitales Rurales y Centros de Urgencia dependientes de la Dirección General de Sanidad, Dispensario Central de Rehabilitación e Instituto Español de Hematología y Hemoterapia y los Centros Nacionales de Sanidad de Majadahonda." BOE, núm. 9, de 10 de enero de 1973, pp. 488-490.

En conjunto, el sistema hospitalario gallego y el sistema español mantenían la estructura en forma de constelación predominante en 1963, sin embargo, en estos veinte años esta estructura se ha visto ligeramente mitigada (cuadro 8). Por un lado, el peso de los hospitales públicos aumentó a la par que su tamaño medio se reducía. Por

otro lado, el tamaño medio de los hospitales privados se ha reducido en mayor proporción que su número, lo que ha conllevado un mayor cambio en la distribución de las camas entre los hospitales públicos y privados.

Cuadro 8. Configuración del sistema hospitalario público y privado

	España			Galicia		
Años	Número de Hospitales			Número de Hospitales		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
1963*	34%	66%	1.578	17%	83%	139
1985	40%	60%	943	28%	72%	93
Años	Número de camas			Número de camas		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
1963*	63%	37%	139.919	58%	42%	7.620
1985	69%	31%	199.429	75%	25%	12.173

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 13/06/1966, Núm. 140, pp. 7389/7427 y datos obtenidos del BOE 31/12/1989. Nota: *El catálogo de 1963 no incluye los hospitales propiedad del Ministerio de Defensa que mantienen un estatus especial, pues son de propiedad pública, pero de acceso restringido para un determinado colectivo. Véase nota de cuadro 4.

La entrada del SOE en su segunda fase en la década de 1960 significó el crecimiento progresivo de la población cubierta y la incorporación de la asistencia especializada y otros servicios de carácter hospitalario, lo que obligó en cierto modo a impulsar un proceso de modernización de estas instituciones en un marco de grandes avances en las pruebas diagnósticas y tratamientos médicos y procesos quirúrgicos. El proceso de modernización significó una mejora de la prestación de servicios y un aumento del número de hospitales públicos, que ofrecían mayor número de camas y mejores prestaciones. La ampliación de la cobertura sanitaria pública y los avances médicos y tecnológicos forzaron al sector privado a decidir nuevas estrategias de actuación. La mayor parte de los hospitales privados más pequeños optaron por fusionarse con otros de mayor tamaño o directamente tuvieron que cerrar sus puertas, lo que favoreció una reducción en la constelación de centros hospitalarios observados en etapas anteriores. Aún así muchos pequeños hospitales privados resistieron la competencia, así como también otros de carácter público dedicados a la beneficencia o atención de pacientes especializados como los psiquiátricos. El proceso descrito para el conjunto de España se produjo también en Galicia. Aquí, la puesta en marcha de las Residencias Sanitarias tuvo un impacto clave en la estructura de hospitales públicos y privados y el número de camas ofertadas. Aún así, en 1985, el grupo de los hospitales de propiedad privada en Galicia representaban el 72% de los centros, aunque solo poseían el 25% de la oferta total de camas hospitalarias (cuadro 8). Por tanto, en las

vísperas de la aprobación de Ley General de Sanidad en España, clave para la configuración de nuestro sistema sanitario y hospitalario actual, el mapa minifundista de hospitales privados en Galicia aún mantenía un peso considerable.

2.2.- El sistema hospitalario público y privado en Galicia y en España tras la Ley General de Sanidad y las transferencias sanitarias (1986-2008)

Uno de los más importantes logros de la Ley General de Sanidad de 1986 fue la elaboración de un marco general, capaz de compatibilizar la puesta en marcha de un sistema sanitario público de cobertura universal con el proceso de traspaso de competencias a las comunidades autónomas garantizando los principios de la igualdad y solidaridad interterritorial. Según se recoge en el Título III de esta ley, en cada Comunidad Autónoma se constituyó un Servicio de Salud conformado por la totalidad de los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones y Ayuntamientos y cual quier otras administraciones territoriales intracomunitarias, cuya gestión será responsabilidad de la Comunidad Autónoma respectiva.⁶⁷ El Servicio Gallego de Salud, SERGAS, se crearía en el año 1989, siendo un organismo autónomo vinculado y supervisado por la consejería de Sanidad.⁶⁸

El proceso de transferencia de competencias sanitarias en España se caracterizó por ser lento, pero constante. Dio comienzo con la aprobación de los Estatutos Autonómicos de las 17 Comunidades Autónomas, donde recibieron, entre otras, las competencias de Sanidad e Higiene; es decir, salud pública y autoridad sanitaria, así como el personal, centros y servicios. Este proceso se inaugura con la adhesión a las distintas redes asistenciales de las comunidades autónomas que así lo desearan de los hospitales y centros asistenciales de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN), ligados a su vez al Ministerio de Sanidad. Cumpliendo lo establecido en el Art. 93 de la Ley de Presupuestos Generales para el año 1985, los hospitales no anexionados pasaron a conformar parte de la red asistencial del INSALUD. En una primera fase, solo las comunidades autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del Art. 151 de la Constitución y excepcionalmente Valencia y Canarias, que accedieron a la autonomía por la vía del Art. 143, iniciaron la transferencia de competencias de INSALUD y por consiguiente de la Seguridad Social (cuadro 9). En

⁶⁷ Conde Rodelgo (2001), p. 263.

⁶⁸ SERGAS (2020).

el resto de comunidades la responsabilidad de los servicios asistenciales siguió recayendo en el INSALUD.⁶⁹ Más adelante, en 2001, tras un proceso laborioso y técnicamente muy complejo se aprobaron los Decretos de traspasos de las competencias sanitarias del Estado a las diez comunidades autónomas que aún quedaban pendientes de recibirlas en ese momento.⁷⁰

Cuadro 9.- Cronología de la de transferencia de los hospitales A.I.N.S.

Año de aprobación del Estatuto de Autonomía en cada comunidad.		Año de transferencia de los hospitales A.I.N.S.		Año de transferencia de las competencias de INSALUD	
Año	Comunidad Autónoma	Año	Comunidad Autónoma	Año	Comunidad Autónoma
1979	Asturias, Canarias, Cataluña, Extremadura, País Vasco	1980	Cataluña y el País Vasco	1981	Cataluña
1980	Baleares, C. Valenciana, Galicia, Murcia	1982	Aragón, Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, C. Valenciana, Extremadura y Murcia	1984	Andalucía
1981	Andalucía y Castilla-León	1985	Andalucía, Castilla León, Galicia y Madrid	1987	C. Valenciana y País Vasco
1982	Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha			1990	Galicia y Navarra
1984	Madrid y La Rioja			1994	Canarias
1985	Navarra				

FUENTE: Elaborado a partir de Conde (2001).

El proceso de transferencias sanitarias a Galicia se inició en 1979 con el nombramiento de José Quiroga Suárez como titular del Departamento de la Junta de Galicia: Sanidad y Seguridad Social (Decreto 4/78, el 12 de junio) y la creación del *Consello Galego de Sanidade*, duró más de una década y terminó en 1991 con la absorción de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud por parte de la comunidad autónoma gallega (Decreto 16/1991, de 11 de enero). En 1991 se elaboró ya desde la Consejería de Sanidad un modelo estratégico para el marco sanitario de Galicia acompañado de las correspondientes partidas presupuestarias. Este lento proceso trazó los siguientes pasos. Primero, en 1980, se realizaron las primeras transferencias en materia de trabajo, industria, comercio, sanidad, cultura y pesca de la Administración del Estado a la Xunta de Galicia (Real Decreto 1634/1980).⁷¹ En ese año se constituyó la también la Consellería de Sanidade e Seguridade Social, institución que estableció las primeras bases para un programa de Reforma Sanitaria en Galicia.

⁶⁹ Conde Rodelgo (2001), pp. 260-261.

⁷⁰ Cantarero (2003), pp. 65-80.

⁷¹ Real Decreto 1634/1980, de 31 de julio, sobre transferencias de la Administración del Estado a la Junta de Galicia en materia de trabajo, industria, comercio, sanidad, cultura y pesca, Boletín Oficial del Estado (BOE), Núm. 191, de 9 de agosto de 1980, pp. 17960-17971.

A partir de aquí, se aprobaron tres decretos claves: decreto 22/1982, de 5 de febrero sobre la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad⁷², decreto 78/1983, de 21 de abril, en el cual se regula la organización y función de la Consejería de Sanidad⁷³ y decreto 4/1984, de 19 de enero de 1984 "por el que se establece la organización y funciones de la Consejería de Sanidad y Consumo".⁷⁴ Al mismo tiempo, en 1982, se constituyó una Comisión Mixta para determinar la fecha idónea para la transferencia de INSALUD. De forma inicial se fija el 1 de julio de 1983, pero se fue aplazando la fecha en varias ocasiones hasta que el 12 de diciembre de 1985 la Xunta de Galicia solicitó de forma oficial la transferencia de funciones y servicios de INSALUD a la Administración del Estado. No obstante, la demora en el proceso continuaría en un marco legislativo complejo en la sanidad estatal, pues se está negociando en el Parlamento de la compleja aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, donde se incluía un apartado al proceso de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas. Dos años más tarde de este trámite, el 21 de abril de 1988 se publicó el acuerdo suscrito entre el ministro de Sanidad y Consumo y el consejero de Sanidad de la Xunta de Galicia, sobre la colaboración en materia de Asistencia Sanitaria en dicha Comunidad Autónoma. De este acuerdo nació el SERGAS en 1989 (Ley 1/1989, el 2 de enero). En paralelo, se aprobó el decreto 55/1989, de 6 de abril, "por el cual se aprueba la revisión del mapa sanitario de Galicia". Tras una serie de complejos trámites administrativos se acuerda que el traspaso de competencias sanitarias comience a ser efectivo desde el 1 de enero de 1991.⁷⁵

El Catálogo de Hospitales elaborado para 1990 nos muestra el mapa del sistema hospitalario en España posterior a la Ley General de Sanidad y en el inicio del traspaso de las competencias sanitarias a la comunidad (cuadro 10). A partir de estos datos será posible analizar las características del mapa sanitario que "recibe" Galicia del Insalud en este proceso de traspaso de competencias y qué cambios se habían producido en este mapa tras la puesta en marcha de la Ley General de Sanidad de 1986. El sistema hospitalario español se componía en 1990 de 838 instalaciones hospitalarias, 335 de propiedad pública, 480 privadas y 23 del Ministerio de Defensa, con un total de 178.711

⁷² Decreto 22/1982. Diario Oficial de Galicia (DOG), Núm. 22, 17 de marzo de 1983.

⁷³ Decreto 78/1983. DOG, Núm. 78, 6 de julio de 1983.

⁷⁴ Decreto 4/1984. DOG, Núm. 110, 8 de junio de 1984.

⁷⁵ SERGAS (2014). Caben destacar entre otras medidas legislativas las siguientes, que configuraron el nuevo sistema sanitario gallego: Decreto 203/1990, de 8 de marzo, "por el cual se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad", Decreto 204/1990, el 8 de marzo, "por el que se establece la estructura y funciones del SERGAS", Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre, traspasase a la Comunidad Autónoma de Galicia las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud y la Orden del 27 de junio de 1990 "por la que se desenvuelve la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud".

camas (cuadro 10). En el primer grupo se incluían hospitales del Municipio, de las Diputaciones, de la Seguridad Social, de la A.I.S.N., de Insalud y de carácter público regional. En el segundo grupo encontramos los hospitales privados, privados no benéficos, privados benéficos, mutuas patronales, de beneficencia particular, de la Iglesia o la Cruz Roja, entre otros. En cuanto al sistema hospitalario gallego se constituía en 1990 de 69 instalaciones hospitalarias (incluyendo los tres hospitales militares situados en A Coruña, Ferrol y Marín), lejos de los 93 registrados en 1985, 24 de propiedad pública y 45 de propiedad privada, que ofrecían un total de 11.758 camas. En conjunto, la Seguridad Social poseía en Galicia 11 hospitales según el catálogo de 1990, incluidos los complejos hospitalarios antes mencionados. El resto de los hospitales de propiedad pública pertenecían a la Diputación (8), Ministerio de Defensa (Ferrol, A Coruña y Marín), Municipio (Vigo) y uno a la Comunidad Autónoma.

Cuadro 10.- Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 1990

C.C.A.A.	Nº de hospitales	Nº de camas	Nº camas por hospital	Población 1990	Camas por 1000 hab.
Cantabria	15	4.132	275	527.515	7,8
Navarra	13	3.103	239	519.603	6
Cast. y León	66	15.046	228	2.554.037	5,9
Madrid	93	27.884	300	4.942.230	5,6
Aragón	28	6.578	235	1.191.406	5,5
Canarias	50	8.203	164	1.487.752	5,5
CEUTA	2	354	177	67.505	5,2
Cataluña	163	30.507	187	6.062.272	5
La Rioja	5	1.316	263	263.233	5
País Vasco	58	10.642	183	2.111.722	5
Baleares	20	3.430	172	706.936	4,9
Melilla	2	264	132	56.442	4,7
España Total	838	178.711	213	38.860.826	4,6
Asturias	25	4.829	193	1.098.965	4,4
Extremadura	17	4.652	274	1.063.773	4,4
Galicia	69	11.758	170	2.743.027	4,3
Cast. La Mancha.	28	5.928	212	1.659.675	3,6
Región Murcia	23	3.726	162	1.040.942	3,6
Andalucía	106	23.490	222	6.915.479	3,4
Com. Valenciana	55	12.869	234	3.848.312	3,3

Nota: La población de España por Comunidades Autónomas para 1990 procede de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10262>

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/1990.

En este mapa destacan dos procesos paralelos. Por un lado, observamos como los hospitales de propiedad pública van adquiriendo mayor peso tanto en número como en capacidad. De hecho, durante esta etapa se produjeron importantes fusiones de diferentes hospitales públicos que formaron complejos hospitalarios de gran tamaño. Esto dio lugar a una nueva reestructuración de los principales hospitales de propiedad pública en las siete principales ciudades gallegas (cuadro 11). Los complejos hospitalarios se convirtieron en los hospitales más grandes de la comunidad. En sus

instalaciones no solo agruparon diversos hospitales, sino que adquirieron funciones docentes y formativas.

Cuadro 11.- Formación de complejos hospitalarios públicos en Galicia

(iniciados en la década de 1990 y hasta la actualidad)

Complejo Hospitalario	Ciudad	Integrado por
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)	A Coruña	Hospital Abente y Lago Hospital Marítimo de Oza Hospital Teresa Herrera Hospital Universitario de A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF)	Ferrol	H. Arquitecto Marcide H. Profesor Novoa Santos Hospital Naval
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)	Santiago de Compostela	Hospital Clínico Universitario Hospital Médico Cirúrgico de Conxo Hospital Gil Casares Hospital Psiquiátrico de Conxo
Complejo Universitario Lucus Augusti (HULA)	Lugo	Hospital Comarcal de Monforte de Lemos Hospital Público da Mariña Hospital Universitario Lucus Augusti*
Complejo Hospitalario Cristal Piñor	Ourense	Hospital Cristal Hospital Santa María Nai Hospital Piñor Hospital Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás+ Hospital Materno-Infantil Infanta Elena
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)	Vigo	Hospital do Meixoeiro Hospital Nicolás Peña (antigo Hospital Municipal) Hospital Álvaro Cunqueiro Policlínico Cies*** H. Xeral de Vigo**
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra	Pontevedra	Hospital Provincial de Pontevedra Hospital Montecelo Fundación Pública Hospital comarcal del Salnés

* Nuevo Hospital inaugurado en 2011 que vino a sustituir al antiguo Hospital Xeral de Lugo. Inicialmente en este Complejo se integró también el Hospital de Enfermedades del Torax de Calde.

+Cerrado en 2012

** 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 Alvaro Cunqueiro en 2015.

*** Este hospital cerró en 2015.

Nota 1: Forman parte también de los Complejos Hospitalarios otros centros de especialidades y atención primaria que no han sido incluidos aquí porque el objetivo del trabajo es el estudio del sistema hospitalario

Nota 2: Centros hospitalarios públicos no dependientes de ningún complejo: Fundación Pública Hospital de Verín, Hospital Comarcal de Valdeorras, Fundación Pública Hospital del Barbanza, Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira, Hospital da Costa de Burela, Hospital Comarcal de Monforte

Fuente: Sergas, https://recursos.mec.edu.py/kiwix/wikipedia_es_all_maxi/A/Servicio_Gallego_de_Salud (consultado en junio de 2021).

El origen de estos complejos hospitalarios estaba en las Residencias Sanitarias construidas dentro del PNIS. Algunas de estas Residencias dieron lugar a Ciudades Sanitarias en la década de 1970. En el caso de A Coruña, Franco inauguró en 1972 la nueva Ciudad Sanitaria Juan Canalejo que comprendía una Residencia General, un Centro de Traumatología-Rehabilitación y un Bloque de Consultas Externas.⁷⁶ Unos

⁷⁶ Esta información fue obtenida de Sergas, enlace: <https://xxicoruna.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idLista=3&idContido=28&migtab=26%3B28&idTax=12500&idioma=es> (consultado en junio de 2021)

años más tarde, en 1975, el centro inició también funciones docentes para la formación de los MIR. En 1991 asume la transferencia del INSALUD (R.D. 1679/90, 28 de diciembre) y el Complejo Hospitalario Juan Canalejo es transferido a la Comunidad Autónoma. En 2007 con la aplicación de la Ley de Memoria Histórica, el Complejo Hospitalario cambia de nombre y pasa a denominarse Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. El Complejo Hospitalario de Santiago tuvo su germen en el Sanatorio Antituberculoso de La Choupana, creado en 1938. En la década de 1950 se reformó y pasó a denominarse Hospital de Enfermedades del Tórax Profesor Gil Casares. En la década de 1970 el centro sufrió una importante reestructuración para convertirse en hospital general y se integró en la Seguridad Social. En 1993 pasó a configurar el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago junto con otros tres centros.⁷⁷

En el caso de Lugo, el antiguo Hospital Xeral construido inicialmente como Residencia Sanitaria Hermanos Pedrosa, inaugurada en 1957 bajo el impulso del PNIS, fue sustituido en 1975 por un nuevo centro el Hospital Universitario Lucus Augusti en 2011 que constituye el eje central de este Complejo Hospitalario.⁷⁸ Por lo que se refiere a Vigo ocurrió algo similar con la sustitución del antiguo Hospital Xeral (antigua Residencia Sanitaria Almirante Vierna, inaugurada en 1955) por el Hospital Alvaro Cunqueiro inaugurado en 2015. En Ourense se había inaugurado en la Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Cristal que abrió sus puertas en 1969 y que, en 1977, se amplió con el nuevo Hospital Materno-Infantil Infanta Elena. A finales de esa década, en 1979, se abrió el Hospital provincial «Santa María Madre» que se integró también en el Complejo Hospitalario de Ourense (cuadro 11).⁷⁹

En conjunto, cabe destacar que, mientras las décadas de 1950 y 1960 se centraron en Galicia en la construcción de las principales Residencias Sanitarias en el ámbito del SOE, las décadas de 1970 y 1980 dieron inicio a la formación de las ciudades sanitarias y de los complejos hospitalarios en las principales ciudades gallegas. En este proceso rompe la norma el caso de Ferrol que no inauguró su Residencia Sanitaria Arquitecto Marcide hasta 1976 y se convirtió en Complejo Hospitalario y hospital docente

⁷⁷ Decreto 71/1993, do 18 de marzo, polo que se establecen os órganos de dirección da asistencia especializada da Área Sanitaria de Santiago de Compostela se determinan as súas funcións. Enlace: <https://extranet.sergas.es/nrmtv/docs/cas/NormativaConvenios/NormativaSanitaria/archivos/26319935821841.htm> (consultado en junio de 2021)

⁷⁸ Véase <https://xxilugo.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=7&migtab=7&idTax=6307> (consultado en junio de 2021)

⁷⁹ Hemeroteca de La Voz de Galicia, https://www.lavozdegalicia.es/noticia/ourense/2005/11/07/presente-cambios-cualitativos-1967/0003_4231318.htm (consultado en junio de 2021).

iniciado el siglo XXI.⁸⁰ Este retraso destaca más si tenemos en cuenta que Ferrol (87.736) era la tercera ciudad más poblada de Galicia en 1970, después de Vigo (197.144) y A Coruña (189.654), según indican los censos de población del INE.

Por otro lado, cabe destacar la reducción del número de hospitales privados, desde los 64 existentes en Galicia en 1985 a los 45, que recoge el Catálogo de 1990. Dentro de este grupo la mayoría de los hospitales eran clasificados como privados no benéficos y la mitad, al menos, tenían firmados conciertos de colaboración con los hospitales de propiedad pública. Según el Catálogo de 1990 solo quedaban registrados en Galicia un hospital propiedad de la Iglesia, el Sanatorio Nuestra Señora de la Esperanza en Santiago de Compostela y dos hospitales privados benéficos, uno en A Coruña y otro en Ferrol, aunque admitían también a pacientes de pago y mantenían firmados conciertos con los hospitales de propiedad pública de ambas localidades. En conjunto, el mapa hospitalario gallego en estos años experimentó una importante transformación protagonizada sobre todo por los hospitales de propiedad pública. Este proceso permitió que Galicia mejorase en su dotación de camas hospitalarias, situándose con 11.758 camas en la media española, 4,3 camas por cada mil habitantes, en 1990 (cuadro 10).

Los 69 hospitales existentes en Galicia en 1990 se distribuían por provincias del siguiente modo: A Coruña (23), Ourense (11), Pontevedra (26) y Lugo (9). De los 45 sanatorios privados que conformaban el sistema hospitalario gallego en 1985, 32 eran sanatorios privados especializados en fines quirúrgicos y generales y con una media menor a unas ochenta camas disponibles cada una. Por otro lado, además de los dos hospitales militares mencionados situados en A Coruña y Ferrol, solo una quincena de los 66 hospitales restantes ofrecía más de 250 camas: 6 en A Coruña, 2 en Lugo, 5 en Pontevedra y 2 en Ourense (cuadro 12).

Se trataba de hospitales de titularidad pública, solo dos son privados, y se concentraban principalmente en la asistencia de enfermos generales y en menor medida psicológicos. Aquí destaca un gigante, el Hospital General Juan Canalejo, especializado en la atención y asistencia a enfermos que contenía casi el 11% del total de camas del sistema hospitalario gallego. En este grupo de hospitales con mayor capacidad vuelven a destacar las Residencias Sanitarias, ahora bajo la supervisión de la seguridad social, todas ellas con una oferta de camas superior a 310. Se localizaban 3 en la Coruña, 1 en Lugo, 3 en Pontevedra y 1 en Ourense. En realidad, en 1990 ya estaban en marcha

⁸⁰

Sergas,

enlace:

<https://ferrol.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=61&miqtab=61&idioma=es>
(consultado en junio de 2021)

también las Residencias Sanitarias Burela, de Monforte y de Valdeorras situadas en Cervo, Monforte de Lemos y el Barco de Valdeorras respectivamente, pero funcionaba a escala reducida, solo con fines generales, y con menos de 150 camas disponibles. Respecto al periodo anterior, cabe mencionar como los hospitales tuberculosos perdieron peso en el mapa hospitalario tanto en España como en Galicia, a la vez que esta enfermedad infectocontagiosa dejaba de ser un problema social.

Cuadro 12.- Los hospitales con mayor capacidad de camas en Galicia (1990)

Prov.	Hospital	Población	Nº Camas	Funciones	Dependencia Patrimonial
COR	Complejo Hospitalario Juan Canalejo	La Coruña	1.165	General	Seguridad social
OUR	Complejo Hospitalario Cristal Piñor	Orense	793	General	Seguridad social
COR	Complejo Hospitalario Xeral de Galicia Gil Casares	Santiago de Compostela	749	General	Seguridad social
PON	Complejo Hospitalario Xeral-Cies	Vigo	728	General	Seguridad social
LUG	Complejo Hospitalario Xeral de Lugo Calde	Lugo	713	General	Seguridad social
PON	Policlinico Vigo S.A. (POVISA)	Vigo	656	General	Privado no benéfico
COR	Sanatorio Psiquiátrico de Conjo	Santiago de Compostela	534	Psiquiátrico	Diputación
PON	Hospital do Meixoeiro	Vigo	420	General	Seguridad social
COR	Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos	Ferrol	388	General	Seguridad social
PON	Hospital General Provincial	Pontevedra	365	General	Diputación
PON	Hospital <Montecelo>	Pontevedra	319	General	Seguridad social
LUG	Hospital Psiquiátrico San Rafael	Castro de Rey	305	Psiquiátrico	Diputación
COR	Fundación Pública Hospital Medico-Quirúrgico Provincial	Santiago de Compostela	283	General	Diputación
COR	Hospital General de Ferrol	Ferrol	260	General	Otro privado benéfico
OUR	Hospital Provincial Sta. María Madre	Orense	252	General	Diputación

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/1990. Nota: COR (A Coruña); LUG (Lugo); OUR (Ourense); PON (Pontevedra).

En este corto periodo de tiempo el efecto mitigador de la estructura en forma de constelación tanto del sistema gallego como del sistema español se ha fortalecido. La aprobación de la Ley General de Sanidad dibujó el mapa de ruta en la modernización y descentralización de la sanidad. Durante este proceso de reorganización de la Seguridad Social y de inicio del traspaso de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas el sector público sanitario supero al privado, en cuanto al peso porcentual de las camas y la calidad del servicio. Con el objetivo de incrementar su competitividad y hacer frente a los costes tanto en términos financieros, logísticos y de capital humano que exigía el proceso de modernización, muchas instituciones privadas optaron por cooperar y fusionarse. Además, muchos de estos centros privados firmaron conciertos con los hospitales públicos, lo que les abrió una importante línea de negocio. Por consiguiente, a finales del siglo XX, aumentó tanto el peso de los hospitales públicos

como el tamaño de los hospitales privados, dando lugar a una reducción de la constelación de hospitales observada en los catálogos anteriores.

Estas tendencias se confirman en el catálogo de hospitales elaborado para 2005; una fuente que nos va a permitir estudiar también el mapa hospitalario en España una vez finalizado el proceso de traspaso de competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas y antes del estallido de la crisis de 2008. Después de haber finalizado el mapa de transferencias dio inicio un nuevo modelo de financiación autonómica; necesario para abordar la nueva configuración de la sanidad en España. En este nuevo modelo de financiación, las CCAA se financiaban a través de dos vías: las transferencias corrientes del Estado y las recaudaciones de las comunidades a través de impuestos indirectos e IRPF.⁸¹ Una vez obtenida la financiación cada comunidad autónoma tenía el libre derecho de redistribuirla como mejor conviniese a sus intereses.

El Catálogo de Hospitales elaborado para 2005 nos muestra el mapa del sistema hospitalario en España posterior a la ley general de sanidad. A partir de estos datos será posible ver el peso de los hospitales públicos y privados, la posición relativa de Galicia dentro de este panorama general y cómo ha evolucionado en el largo plazo tras la aprobación de la LGS. A primera vista esta fuente nos permite ver cómo, tras 21 años de la aprobación de la ley general de salud, el sistema hospitalario español se componía en 2005 de 777 instalaciones hospitalarias; 331 de propiedad pública, 441 privadas y 5 del ministerio de defensa, con un total de 157.808 camas (cuadro 13). En el primer grupo se incluían hospitales del Municipio, de las Diputaciones, de la Seguridad Social, del MATED y de carácter público regional, entre otros. En el segundo grupo se incluían hospitales de la Cruz Roja, privados benéficos y no benéficos, entre otros hospitales benéficos. El sistema hospitalario gallego se constituía en 2005 de 47 instalaciones hospitalarias, un 49% menos que en 1985, de estos 17 hospitales eran de propiedad pública y 30 hospitales eran de propiedad privada, conjuntamente ofrecían un total de 10.405 camas.

Cuadro 13.-Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 2005

C.C.A.A.	Nº de hospitales	Nº de camas	Nº camas por hospital	población 2005	Camas por 1000 hab.
Cataluña	194	31.626	163	6.944.211	4,6
Canarias	45	8.274	184	1.876.369	4,4
Aragón	27	5.440	201	1.263.819	4,3
Cantabria	10	2.417	242	557.962	4,3
Asturias	20	4.239	212	1.062.559	4,0
Navarra	13	2.334	180	587.922	4,0

⁸¹ Consejo Editorial de Medifam (2002).

País Vasco	44	8.539	194	2.121.009	4,0
Cast. y Leon	45	9.673	215	2.487.533	3,9
Baleares	24	3.607	150	954.612	3,8
Extremadura	19	4.076	215	1.071.979	3,8
Galicia	47	10.405	221	2.723.961	3,8
España Total	777	157.808	203	43.662.612	3,6
Madrid	72	20.814	289	5.912.335	3,5
La Rioja	5	1.014	203	300.594	3,4
Melilla	2	222	111	66.351	3,3
Región Murcia	26	4.310	166	1.335.288	3,2
Ceuta	2	213	107	72.192	3,0
Andalucía	92	22.777	248	7.803.422	2,9
Com. Valenciana	62	12.676	204	4.625.342	2,7
Cast. La Mancha	28	5.152	184	1.895.152	2,7

NOTA: La población de España por Comunidades Autónomas para 2005 procede de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10262>

FUENTE: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/2005

Observando los datos para 2005, confirmamos la consolidación de la tendencia de reducción del número de hospitales en el conjunto de España y también de camas. Además, los hospitales van ganando tamaño para aprovechar las economías de escala y afrontar la incorporación de nuevas tecnologías, cada vez más complejas y caras, de diagnóstico y atención a pacientes. De este nuevo mapa hospitalario cabe destacar que, por primera vez, Galicia rompe con la tendencia de los periodos anteriores y se ubica por encima de la media española en la ratio de camas hospitalarias por cada mil habitantes. Esta mejora en su posición relativa responde principalmente a la consolidación de los Complejos Hospitalarios Públicos que se había empezado a configurar en la década de 1990 (cuadro 14).

Cuadro 14.- Los hospitales con mayor capacidad de cama en Galicia (2005)

Prov.	Hospital	Población	Nº Camas	Funciones	Dependencia Patrimonial
COR	Complejo Hospitalario Universitario De Santiago	Santiago De Compostela	1498	General	Entidades Publicas
COR	Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo	A Coruña	1430	General	Entidades Publicas
PON	Complejo Universitario De Vigo	Vigo	1252	General	Entidades Publicas
OUR	Complejo Hospitalario De Ourense	Ourense	929	General	Entidades Publicas
LUG	Complejo Hospitalario Xeral-Calde	Lugo	724	General	Entidades Publicas
PON	Complejo Hospitalario De Pontevedra	Pontevedra	573	General	Entidades Publicas
PON	Hospital Povisa S. A.	Vigo	491	General	Privado No Benefico
COR	Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos	Ferrol	458	General	Seguridad Social
LUG	Centro Residencial y Rehabilitador San Rafael	Castro De Rei	230	Psiquiatrico	Diputacion Cabildo
COR	Hospital General Juan Cardona (Santo Hospital De Caridad)	Ferrol	215	General	Otro Privado Benefico

FUENTE: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/2005. Nota: COR (A Coruña); LUG (Lugo); OUR (Ourense); PON (Pontevedra).

De los 47 hospitales que conformaban el sistema hospitalario gallego en 2005, 18 se ubicaban en la provincia de A Coruña, 6 en Ourense, 17 en Pontevedra y 6 en Lugo. Por otro lado, de los 30 centros privados que conformaban el sistema hospitalario gallego en 2005, la mayoría (20) eran clínicas privadas con fin de lucro especializadas en atención general y quirúrgica. Había menos centros privados que en 1990, pero su tamaño medio había subido, esto es, más camas por centro. Esto se debe bien al cierre de los centros más pequeños, que no pudieron afrontar la competencia de la sanidad pública o la inversión en nuevas tecnologías, o bien por la fusión de varios centros privados con el fin de aumentar el tamaño y contar con mayor capacidad para superar los obstáculos señalados. No obstante, el tamaño de los centros públicos seguía siendo muy superior. Así, en el listado de hospitales con mayor número de camas (más de 200) en Galicia en 2005 encontramos solo dos privados, ambos generales. Estos hospitales más grandes estaban ubicados, sobre todo, en las provincias atlánticas, las más pobladas de Galicia: 4 en A Coruña, 2 en Lugo, 3 en Pontevedra y 1 en Ourense (cuadro 13). Cabe destacar que, por primera vez desde 1985, el Complejo Universitario de A Coruña (antes Hospital General Juan Canalejo) pierde su predominio como el más grande de Galicia en favor del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, especializado en la atención y asistencia a enfermos y que contenía casi el 14% del total de camas del sistema hospitalario gallego.

Desde una perspectiva de largo plazo, tras la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 y la culminación de las transferencias de competencias sanitarias a las comunidades autónomas, observamos como la estructura del mapa hospitalario público y privado ofrece una cierta estabilización. De un lado, en 2005, el peso de los grandes complejos hospitalarios públicos en España se traduce en más de 2/3 de la oferta de camas hospitalarias totales. Por lo que se refiere al número de hospitales los porcentajes resultan mucho más ajustados, 43% para los centros de propiedad pública y 57% para los de propiedad privada en un periodo en el que el número de hospitales se redujo de 838 a 777 (cuadro 15). Cabe destacar que entre 1990 y 2005, y en paralelo al proceso de aplicación de la Ley General de Sanidad y la culminación de las transferencias sanitarias, se cerraron muchos hospitales de propiedad pública pertenecientes a municipios y diputaciones. La mayoría de ellos habían quedado obsoletos tanto en las instalaciones como en los servicios prestados y su función había perdido importancia tras la construcción de una sólida red de hospitales públicos y una vez logrado el objetivo de la cobertura universal.⁸²

⁸² Vilar y Pons (2021).

Cuadro 15.- Configuración del sistema hospitalario público y privado 1990 y 2005

Años	España			Galicia		
	Número de Hospitales			Número de Hospitales		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
1990	43%	57%	838	35%	65%	69
2005	43%	57%	777	36%	64%	47
Años	Número de camas			Número de camas		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
	1990	68%	33%	178.711	74%	26%
2005	68%	32%	157.808	76%	24%	10.405

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/1990 y datos obtenidos del BOE 31/12/2005.

Aunque a menudo olvidados o mantenidos en segundo plano, los hospitales municipales y provinciales representaron un papel clave en la configuración histórica del sistema hospitalario en España, sobre todo antes de la aprobación del SOE. Hay que tener en cuenta que estos servicios hospitalarios benéficos eran los únicos disponibles para la mayor parte de la población que no podía costear los servicios de un médico o clínica privada. Según los datos aportados por Vilar y Pons (2021), los hospitales municipales en España se redujeron de 42 a 19 entre 1985 y 2005 y los hospitales provinciales de las Diputaciones cayeron de 79 a 30. En Galicia el proceso transcurrió en paralelo, aunque aquí resultó todavía más importante el cierre o fusión de los pequeños hospitales privados en un marco de tendencia al gigantismo de los hospitales de propiedad pública (cuadro 15). Aún así, la reducción del minifundismo hospitalario en el sector privado fue menor en Galicia que en el conjunto de España desde una perspectiva de largo plazo. Esta diferencia podría venir explicada tanto por los recortes o listas de espera del sistema hospitalario público como por la dispersión de la población fuera de los grandes centros urbanos donde estaban localizados los grandes complejos hospitalarios públicos.

2.3.- El sistema hospitalario público y privado en España y Galicia en 2019: el mapa hospitalario previo a la pandemia COVID-19

El catálogo de hospitales correspondiente a 2019 nos permite posicionarnos en una atalaya privilegiada de análisis. Primero, nos ubica una década después del estallido de la Gran Recesión que trajo consigo políticas de austeridad y recortes en el gasto, también sanitario, de los gobiernos. Segundo, se trata del último catálogo hospitales elaborado antes del estallido de la actual pandemia sanitaria. A este respecto, tengamos

en consideración dos hechos de especial importancia para España. De un lado, durante la Gran Recesión, España destacó dentro del grupo de países de la Unión Europea por el aumento de la pobreza, el desempleo, los suicidios y los problemas de salud cardiovasculares y mentales.⁸³ De otro, en un marco de austeridad y endeudamiento del gobierno, se aprobó el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este Real Decreto-ley perseguía garantizar la sostenibilidad (más precaria) del sistema en un marco de recortes y déficit afectando lo menos posible a la equidad y cohesión territorial de la cobertura sanitaria en las diferentes comunidades autónomas. Los recortes y limitaciones presupuestarias del sistema sanitario público dieron mayores oportunidades de colaboración al sector privado a través de convenios y conciertos. De este modo, buena parte del sistema hospitalario privado se convirtió en cooperador “¿necesario?” del sistema hospitalario público.

El Catálogo de Hospitales elaborado para 2019 nos muestra el mapa del sistema hospitalario en España una década después de la crisis económica del 2008. A partir de estos datos será posible ver el peso de los hospitales públicos y privados, la posición relativa de Galicia dentro de este panorama general y cómo ha evolucionado. A primera vista esta fuente nos permite ver como el sistema hospitalario español se componía en 2019 de 837 instalaciones hospitalarias, 44 hospitales públicos y 19 hospitales privados más que en 2005; de los cuales 375 eran de propiedad pública, 460 privadas y 2 del ministerio de defensa, con un total de 157.249 camas (cuadro 16). En el primer grupo teniendo en cuenta la dependencia funcional se incluían hospitales del Municipio, de las Diputaciones, de los Servicios o Institutos de Salud de las comunidades autónomas (S. o I. S.) e INGESA, entre otras entidades u organismos públicos. En el segundo grupo se incluían hospitales privados, Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y Organizaciones no gubernamentales. El sistema hospitalario gallego estaba integrado por 35 instalaciones hospitalarias en 2019, un 26% menos que en 2005, de estos 14 hospitales eran de propiedad pública y 21 hospitales eran de propiedad privada, conjuntamente ofrecían un total de 9.779 camas.

El proceso de reducción de la constelación de hospitales que se viene observando en las etapas anteriores continua en los resultados del catálogo de 2019. Así, en este año el sistema hospitalario gallego estaba configurado por 35 hospitales, una cifra muy alejada de los 69 hospitales registrados en 1990 o los 47 en 2005. El

⁸³ Muñiz (2014).

número de hospitales se reduce, pero lo que siguen funcionando ganan capacidad. En este proceso la configuración de los complejos hospitalarios en las principales ciudades resultó determinante. Es más, cabe destacar que Galicia es una de las comunidades con un mayor tamaño medio de hospital por número de camas (279 camas de promedio por centro) y su posición relativa en la ratio “camas por cada 1.000 habitantes” ha mejorado respecto al catálogo de 2005 con 3,6 camas por cada mil habitantes, lo que permite superar la media española (cuadro 16). Por lo que se refiere a su distribución territorial, los 35 hospitales que conformaban el sistema hospitalario gallego en 2019 se reparten por provincias de la siguiente forma: 12 se ubicaban en A Coruña, 5 en Ourense, 13 en Pontevedra y 5 en Lugo.

Cuadro 16.-Distribución de las camas y hospitales según la C.C.A.A. en 2019

C.C.A.A.	Nº de hospitales	Nº de camas	Nº camas por hospital	población 2019	Camas por 1000 hab.
Cataluña	206	34.554	168	7.610.226	4,5
Aragón	29	5.254	181	1.324.279	4,0
Cast. y Leon	46	9.414	205	2.402.729	3,9
País Vasco	42	8.001	191	2.181.919	3,7
Extremadura	25	3.941	158	1.062.845	3,7
Asturias	26	3.825	147	1.020.039	3,7
Galicia	35	9.779	279	2.698.920	3,6
Navarra	10	2.295	230	652.561	3,5
Cantabria	7	2.020	289	581.877	3,5
España Total	837	157.249	188	47.105.360	3,3
Región Murcia	28	4.909	175	1.495.084	3,3
La Rioja	8	1.050	131	314.441	3,3
Baleares	24	3.846	160	1.198.081	3,2
Madrid	90	20.640	229	6.686.513	3,1
Canarias	39	6.916	177	2.220.215	3,1
Ceuta	1	252	252	84.469	3,0
Com. Valenciana	63	13.985	222	4.999.621	2,8
Cast. La Mancha	30	5.384	179	2.038.700	2,6
Andalucía	127	21.016	165	8.448.442	2,5
Melilla	1	168	168	84.399	2,0

NOTA: El dato medio de ESPAÑA se ha calculado dividiendo el número de hospitales y camas entre el número de comunidades de la tabla. La población de España por Comunidades Autónomas para 2019 procede de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10262>

FUENTE: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/2019

En el ámbito de los hospitales privados, encontramos menos centros, pero de mayor tamaño debido a dos procesos que caminaron en paralelo: la concentración y la desaparición de las clínicas más vulnerables al cambio tecnológico en la atención médica 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, más de la mitad contaban con un centenar de camas disponibles y solo dos ofrecían menos de cuarenta camas. Parece claro que el mayor tamaño de estos centros resultó una variable clave de cara a su supervivencia.

La mayoría de estos centros eran hospitales generales, solo cuatro se especializaban en salud mental y dos en tratamiento oncológico (cuadro 17).

Cuadro 17.- El sistema hospitalario público y privado en Galicia en 2019

Nombre Centro	Municipio	Prov.	Camas	Clase de Centro	Depend. Funcional	Concierto
Fremap, Hospital De Vigo	Vigo	PON	17	Hospitales especializados	MC SS**	SC
Hospital Povisa	Vigo	PON	573	Hospitales Generales	Privados	CS
Vithas Hospital Nosa Señora De Fatima	Vigo	PON	200	Hospitales Generales	Privados	CP
Hospital Juan Cardona Ribera	Ferrol	COR	150	Hospitales Generales	Privados	CP
Hm Modelo-Belen	Coruña, A	COR	146	Hospitales Generales	Privados	CP
Hospital Quironsalud A Coruña	Coruña, A	COR	127	Hospitales Generales	Privados	CP
Grupo Quironsalud Pontevedra	Pontevedra	PON	127	Hospitales Generales	Privados	CP
Hospital San Rafael	Coruña, A	COR	120	Hospitales Generales	Privados	CP
Hospital Hm Rosaleda - Hm La Esperanza	Santiago Compostela	COR	119	Hospitales Generales	Privados	CP
Hospital Polusa Ribera	Lugo	LUG	97	Hospitales Generales	Privados	CP
Sanatorio La Robleda	Pino, O	COR	96	Hospitales de salud mental y toxicomanías	Privados	SC
Clinica Residencia El Pinar	Vigo	PON	84	Hospitales de salud mental y toxicomanías	Privados	RUP
Hestia Santa Maria	Pontevedra	PON	70	Otros Centros con Internamiento	Privados	CP
Sanatorio Nosa Señora Dos Ollos Grandes Quirón	Lugo	LUG	69	Hospitales Generales	Privados	CP
Centro Oncologico De Galicia	Coruña, A	COR	56	Hospitales especializados	Privados	CS
Clinica Santa Teresa	Ourense	OUR	49	Hospitales Generales	Privados	CP
Sanatorio Psiquiatrico San Jose	Vigo	PON	48	Hospitales de salud mental y toxicomanías	Privados	SC
Centro Medico El Carmen	Ourense	OUR	43	Hospitales Generales	Privados	CP
Concheiro Centro Medico Quirurgico	Vigo	PON	40	Hospitales Generales	Privados	CP
Centro Medico Pintado	Vigo	PON	12	Hospitales Generales	Privados	SC
Hospital Hm Vigo	Vigo	PON	12	Hospitales Generales	Privados	SC
Complejo Hospitalario Universitario De Santiago	Santiago Compostela	COR	1395	Hospitales Generales	Público	SC
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	Coruña, A	COR	1341	Hospitales Generales	Público	SC
Complejo Hospitalario Universitario De Vigo	Vigo	PON	1273	Hospitales Generales	Público	SC
Complejo Hospitalario Universitario De Ourense	Ourense	OUR	869	Hospitales Generales	Público	SC
Complejo Hospitalario Universitario De Lugo	Lugo	LUG	848	Hospitales Generales	Público	SC
Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra	Pontevedra	PON	605	Hospitales Generales	Público	SC
Complejo Hospitalario Universitario De Ferrol	Ferrol	COR	457	Hospitales Generales	Público	SC
Hospital Publico De Monforte	Monforte de Lemos	LUG	140	Hospitales Generales	Público	SC
Hospital Publico Da Mariña	Burela	LUG	139	Hospitales Generales	Público	SC
Hospital Publico Do Salnes	Vilagarcía de Arousa	PON	122	Hospitales Generales	Público	SC
Hospital Publico De Valdeorras	Barco de Valdeorras	OUR	100	Hospitales Generales	Público	SC
Hospital Publico Da Barbanza	Ribeira	COR	81	Hospitales Generales	Público	SC
Hospital Publico De Verin	Verín	OUR	80	Hospitales Generales	Público	SC

Hospital Publico Virxe Da Xunqueira	Cee	COR	74	Hospitales Generales	Público	SC
-------------------------------------	-----	-----	----	----------------------	---------	----

Nota: *Público: Servicios o Institutos de Salud de las comunidades autónomas; **Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social. FUENTE: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/2019. Nota: COR (A Coruña); LUG (Lugo); OUR (Ourense); PON (Pontevedra) Nota 2: SC: Sin concierto; CP: Concierto parcial; CS: Concierto sustitutorio.

Otro de los elementos que resultó clave para la supervivencia de la sanidad privada fue la firma de conciertos (cuadro 17). De los 21 hospitales privados existentes, solo cinco no han firmado algún tipo de concierto con la sanidad pública. Se trata de una Mutua de Accidentes de Trabajo (FREMAP) colaboradora por ley con la Seguridad Social, dos hospitales psiquiátricos (La Robleda y San José) y los dos centros privados con menor número de camas, esto es, pequeñas clínicas especializadas en un público muy restringido. El resto de centros mantenía una relación contractual con la sanidad pública, con la Orden de 29 de junio de 1993, se posibilitó la suscripción de los conciertos parciales por los centros privados, tengan o no ánimo de lucro.

En la actualidad la inmensa mayoría de los centros gallegos privados mantiene un concierto parcial, estando sometidos a un régimen de funcionamiento programado y plenamente coordinado con el de los centros sanitarios públicos en el marco de una planificación sectorial. La duración de este acuerdo queda fijada de manera estándar por un máximo de cinco años y los requisitos técnico-sanitarios y económicos determinados para cada concierto se establecen en base a módulos de coste efectivo fijados en la regulación para cada prestación y servicio concertado.⁸⁴ Es decir, se fijan precios o tarifas fijas de referencia para determinados volúmenes de actividad. Este concierto puede ser de varios tipos, bien para la atención y hospitalización de pacientes, bien para la realización de procedimientos diagnósticos o para realización de procedimientos quirúrgicos, u otros tipos de actividad.⁸⁵

Por otro lado, el Hospital Povisa y el Centro Oncológico de Galicia mantienen una situación particular abajo la fórmula de un concierto sustitutorio, un tipo de concierto de integración en el SERGAS. A este respecto, el art. 2.2 de la Orden de 29 de junio de 1993 establece que tendrán carácter sustitutorio los centros que constituyan una alternativa al dispositivo asistencial del Instituto Nacional de la Salud y cuyo régimen se fijará en un contrato programa de carácter anual mediante la incorporación de cláusulas adicionales al concierto vigente. Estos contratos deben especificar el área o población asignada al centro, los tipos de servicios a prestar por el Hospital, la oferta asistencial, la actividad pactada y el techo de financiación. Pudiendo, además, recoger las prestaciones complementarias que se consideren necesarias para otras áreas o zonas

⁸⁴ Antonio (2020), p.142.

⁸⁵ MSSSI (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad) (2009), p.10.

distintas de la asignada al hospital concertado. Estos conciertos deben tender al establecimiento de un régimen de funcionamiento programado y plenamente coordinado con el de los centros sanitarios públicos en el marco de una planificación sectorial, quedando fijada su duración máxima en 5 años.⁸⁶ Es decir, el centro tiene una relación contractual con el SNS, de forma que el centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al propio SNS y más del 80% de su actividad proviene de este contrato.⁸⁷ Tal y como señala un informe del IDIS (Instituto para el desarrollo e Integración de la Sanidad) para 2020:

“Este tipo de acuerdos se establece la vinculación de un hospital privado con el sistema sanitario público; vinculación en la que se tiene concertada la prestación de la asistencia sanitaria especializada de una determinada población, al establecimiento de objetivos asistenciales o al desarrollo de programas asistenciales, integrando su actividad y objetivos en la planificación general del Sistema Nacional de Salud. Hospitales privados quedan, por tanto, incorporados en la red sanitaria pública. Los conciertos singulares cuentan con una vocación de permanencia en el tiempo, permitiendo una gestión ágil, flexible y adaptable a cambios. Ejemplos de conciertos singulares son La Fundación Jiménez Díaz en Madrid, Povisa en Vigo, Fundación Centro Oncológico de Galicia, Fundación Hospital de Jovéen Asturias, la Orden de San Juan de Dios o Cruz Roja en diferentes comunidades autónomas...”⁸⁸

En particular, 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”.⁸⁹ Por otro lado, se encuentra el acuerdo con el Hospital Povisa, el hospital privado más grande de Galicia, “un concierto singular de carácter sustitutorio para la prestación de la asistencia sanitaria especializada a un sector de la población del área sanitaria de Vigo, que 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”. En conjunto, para el año 2017, solo el concierto del Hospital de Povisa alcanzó 76 millones de euros y los recursos destinados a concertar actividad con el resto de hospitales ascendió a 44,1 millones de euros en el mismo ejercicio. Por su parte, el Centro

⁸⁶ Antonio (2020), p.142.

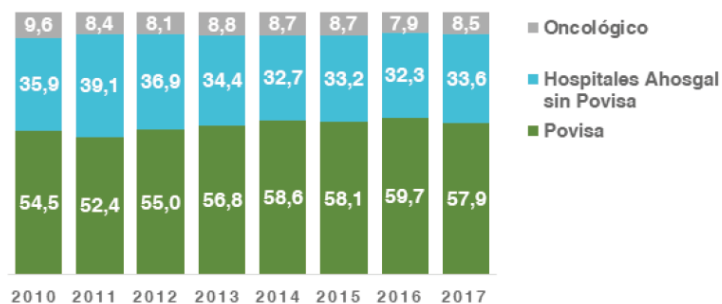
⁸⁷ Esta fórmula incluye los centros de la Red Sanitaria de Utilización Pública o formas similares MSSSI (2009), p.10.

⁸⁸ IDIS (2020), Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad. Sanidad Privada, aportando valor. Informe número 10. Enlace: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>

⁸⁹ Toda la información contenida en este párrafo procede de Consello de Contas de Galicia, Diagnóstico de la sanidad en Galicia 2019. <http://ahosgal.es/wp-content/uploads/2019/12/Diagn%C3%B3stico-de-la-Sanidad-en-Galicia-2019.pdf>

Oncológico de Galicia obtuvo una cifra mucho más reducida, 11,1 millones de euros en 2017 (Figura 2).

Figura 2. Reparto de los conciertos con hospitales en la sanidad gallega en 2017



Fuente: Información obtenida de Consello de Contas de Galicia. Elaboración propia con los datos obtenidos del Diagnóstico de la sanidad en Galicia 2019. <http://ahosgal.es/wp-content/uploads/2019/12/Diagn%C3%B3stico-de-la-Sanidad-en-Galicia-2019.pdf>, p. 96.

Por cierto, cabe destacar que el Hospital Povisa, que absorbe la mayor parte de los fondos destinados a conciertos desde el Sergas, estuvo al borde del concurso de acreedores en diciembre de 2018. La firma de un nuevo concierto con el Sergas en 2019 le permitió superar el trance. Este nuevo concierto ofrece unas condiciones mucho más favorables para el hospital, puesto que le permite cobrar 505 euros por cada tarjeta pública asignada, a la vez que el Sergas se hace cargo de la medicación ambulatoria y de los fármacos de alto impacto.⁹⁰ En paralelo a este proceso, el Grupo Ribera Salud tomó las riendas de su gerencia.

A pesar de la profunda transformación destacada en el sector privado, los hospitales con mayor capacidad en Galicia siguen siendo de titularidad pública. El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago continúa su predominio como el centro más grande (en términos de oferta de camas) del sistema hospitalario gallego, especializado en la atención y asistencia a enfermos, ofrece el 14% del total de camas del sistema hospitalario gallego. En este grupo de hospitales con mayor capacidad se compone principalmente de complejos hospitalarios, bajo la supervisión del SERGAS y ubicándose en las ciudades más pobladas. En el último Catálogo Nacional de Hospitales se confirma la tendencia observada para 2005, la estabilidad tanto en el peso de los centros públicos y privados como en la oferta de camas de cada grupo (cuadro 18).

⁹⁰ Hemeroteca El Faro de Vigo. Enlace: <https://www.farodevigo.es/gran-vigo/2020/09/24/nuevo-concierto-sergas-reduce-mitad-14731054.html> (consultado en junio de 2021).

Parece que los centros públicos de gran tamaño consolidan su función mientras que los hospitales privados han encontrado su nicho de mercado, tanto en un segmento de clientes provenientes de las aseguradoras privadas como, sobre todo, de los conciertos firmados con la sanidad pública. Un dato a destacar es que cerca del “25% de la atención especializada de Galicia se realiza en hospitales privados, bien a través de los conciertos con el Sergas o por los seguros privados”.⁹¹

Cuadro 18. Configuración del sistema hospitalario público y privado 2005 y 2019

Años	España			Galicia		
	Número de Hospitales			Número de Hospitales		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
2005	43%	57%	777	36%	64%	47
2019	45%	55%	837	40%	60%	35
Años	Número de camas			Número de camas		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
	2005	68%	32%	157.808	76%	24.2%
2019	67%	33%	157.249	77%	23.1%	9.779

FUENTE: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/2005 y datos obtenidos del BOE 31/12/2019.

En conjunto, por lo que se refiere a nuestro ámbito de estudio, los últimos años cuatro grandes grupos hospitalarios han concentrado más del 70% de las plazas en los centros privados en Galicia⁹²: el grupo HM (Hospitales de Madrid) que aterrizó en Galicia con al compra del Hospital Modelo y la Maternidad Belén de A Coruña en 2014, más tarde adquirió La Rosaleda y Nuestra Señora de la Esperanza en Santiago; Ribera Salud, que accedió al mercado gallego con la compra de Povisa en 2019 y compró recientemente el hospital Polusa de Lugo y el Hospital General de Ferrol⁹³; el grupo Quirón con el Hospital de A Coruña; el Hospital Miguel Domínguez y el Instituto de Neurorehabilitación de Pontevedra y el Sanatorio de Nuestra Señora de los Ojos Grandes en Lugo; finalmente, VITHAS, que representa el mayor grupo privado de España adquirió el hospital Nuestra Señora de Fátima en Vigo, con 200 camas. Estos cuatro grupos controlan más del 80% de las camas de los hospitales privados de Galicia;

⁹¹ “Así queda el mapa de la sanidad privada en Galicia”, enlace: https://www.economiadigital.es/galicia/empresas/asi-queda-el-mapa-de-la-sanidad-privada-de-galicia_655655_102.html (consultado en junio de 2021)

⁹² AHOSGAL, 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>

⁹³ “Cuatro grupos controlan el 80% de las camas de los hospitales privados de Galicia”, enlace: <https://www.economiadigital.es/galicia/empresas/cuatro-grupos-controlan-el-80-de-las-camas-de-los-hospitales-privados-de-galicia.html> (consultado en junio de 2021) y La Voz de Galicia, enlace: <https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/ferrol/ferrol/2021/03/25/ribera-salud-ultima-compra-hospital-ferrolano-juan-cardona-tercer-centro-adquiere-ano-medio-galicia/00031616685732665737788.htm> (consultado en junio de 2021).

cuatro gigantes que tienen su principal vía de negocio en los conciertos con la sanidad pública.

3.- El tándem histórico “hospital público & hospital privado” en Galicia: reflexión final

Los sistemas sanitarios representan piezas clave en cualquier país para atender una necesidad básica y proritaria de cualquier persona: su salud. A este respecto, los sistemas sanitarios pueden ser considerados también como uno de los ejes más importantes de la equidad. La configuración histórica de nuestro sistema de salud nos permite entender la realidad actual, sus potenciales y principales problemas. En particular, el estudio histórico revela la importancia de analizar el ámbito privado y público y su conexión entre la colaboración y la competencia según las etapas analizadas. Por otro lado, la perspectiva de largo plazo nos permite constatar cómo nuestro sistema sanitario ha sido “hospitalocéntrico”, término utilizado en la literatura, para poner en evidencia que el hospital ha representado el papel protagonista en este ámbito. De hecho, la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 puso en evidencia la necesidad de una reforma profunda en este ámbito que aún representa un proceso innacabado.⁹⁴

3.1.- Las grandes etapas en la configuración del sistema hospitalario en España y Galicia: ¿cómo hemos llegado hasta aquí?

Por lo que se refiere a este trabajo, el enfoque de la propiedad patrimonial de los hospitales (pública o privada) y la configuración histórica de nuestro sistema hospitalario en España y Galicia nos han permitido observar una serie de etapas claras que han condicionado nuestra realidad actual. Primero hasta la aprobación del SOE en 1942 y

⁹⁴ Martín García (2001). Al parecer, se propone una reforma inmediata de este ámbito en los próximos años: “Sanidad y CCAA tienen hasta 2023 para modernizar la Atención Primaria”, artículo publicado en Redacción Médica, enlace: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/atencion-primaria-sanidad-ccaa-2023-modernizar-8210> (consultado en junio de 2021).

de la existencia, por tanto, de un seguro de sanidad público, asistimos en España a un marco denominado por la literatura económica como “economía mixta del bienestar”. Esto es, conviven hospitales propiedad privada con fines y sin fines de lucro, propiedad de mutuas y sociedades de socorro mutuo, propiedad de la Iglesia y otras organizaciones como la Cruz Roja y hospitales militares. Durante esta etapa, los hospitales de propiedad pública pertenecen principalmente a Diputaciones y Municipios y se concentran en la atención benéfica, aunque admiten también a pacientes de pago. Comparten dos fines principales, bien asilar (es decir, confinar enfermos, ancianos...) bien con fines quirúrgicos y de urgencia con estancias muy breves.

Una vez se aprueba el primer seguro estatal de enfermedad en España (SOE) en 1942 surgen dos problemas. Primero, el SOE, en manos del Minsiterio de Trabajo y bajo el control de Falange deja fuera del seguro a los hospitales de Diputaciones y Municipios, que constituían la mayor parte de los hospitales de propiedad pública en ese momento, y se encontraban bajo el control del Ministerio de Gobernación (al margen de Falange). Segundo, y como consecuencia, el nuevo seguro se encuentra que no dispone de red pública de hospitales, lo que le obliga a tomar dos medidas: de un lado, mantener las prestaciones hospitalarias bajo mínimos (solo cirugías urgentes y estancias muy cortas para la pequeña población cubierta) y firmar conciertos con el sector privado para prestar este servicio. Esto supuso una vía de negocio y colaboración con la sanidad privada. No obstante, en la década de 1950 se impulsa el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias que pretendía construir una red de Residencias Sanitarias, un proyecto faraónico para el que no había suficiente financiación; el proceso va más lento de lo esperado, pero en la década de 1960 empiezan a verse los resultados.

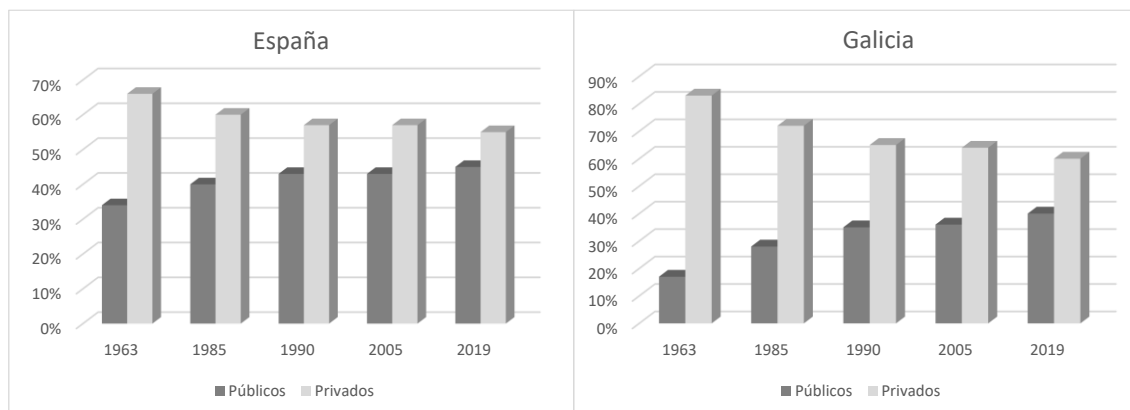
El catálogo de 1963 ya refleja parte de este proceso, pues algunas de las grandes residencias sanitarias estaban ya construidas, aunque funcionaba a medio gas. Por tanto, dentro del grupo de hospitales de propiedad pública, abundan los antiguos hospitales públicos de diputaciones y municipios, muchos construidos en el siglo XIX y principios del siglo XX, en estado obsoleto, que realizaban una importante labor porque la cobertura del SOE era muy baja. Y junto a éstos, las nuevas residencias del SOE que solo cubren cirugías y otros servicios muy limitados a los asegurados por tiempo limitado. Estos hospitales públicos conviven con una constelación de pequeños hospitales privados. A medida que crece la cobertura del SOE (en porcentaje de población) y avanza la red de residencias sanitarias, crece el tamaño en función de las camas de los hospitales públicos y pierden peso los hospitales privados, puesto que su nicho de mercado se reduce cuando aumenta la población cubierta con el seguro público

y sus prestaciones. Ya en la década de 1970 algunas Residencias sanitarias comienzan a transformarse en Ciudades Sanitarias como, por ejemplo, el caso de A Coruña, lo que consolida el gigantismo de los hospitales públicos.

En la década de 1980 suceden tres procesos en paralelo. Primero, se aprueba la Ley General de Sanidad (1986) que establece un Sistema Nacional de Salud gestionado desde el sector público pero abriendo la puerta a posibles firmas de convenios y conciertos con el sector privado. Segundo se da inicio al proceso de traspaso de competencias sanitarias a las comunidades autónomas. Tercero, se logra la cobertura sanitaria universal y se inicia la reconfiguración de los hospitales públicos en complejos hospitalarios de gran tamaño. A la vez, se produce un cierre masivo o reconversión de hospitales de municipios y diputaciones en un marco de modernización tecnológica y avances en técnicas de diagnóstico y atención médica. Dentro de este contexto, el sector privado se transforma en dos líneas principales: de un lado, cierran muchas pequeñas clínicas en un marco de mayor competencia y, de otro, se producen fusiones que darán lugar a grandes grupos empresariales. Como resultado, entre 1990 y 2005 se mantiene el número de hospitales públicos y cae el número de hospitales privados. Este proceso se consolida en 2019. Cabe destacar que en esta fecha la mayor parte de hospitales privados en Galicia habían firmado un concierto de colaboración con la sanidad pública, que representa su principal línea de negocio, como ya se comentó.

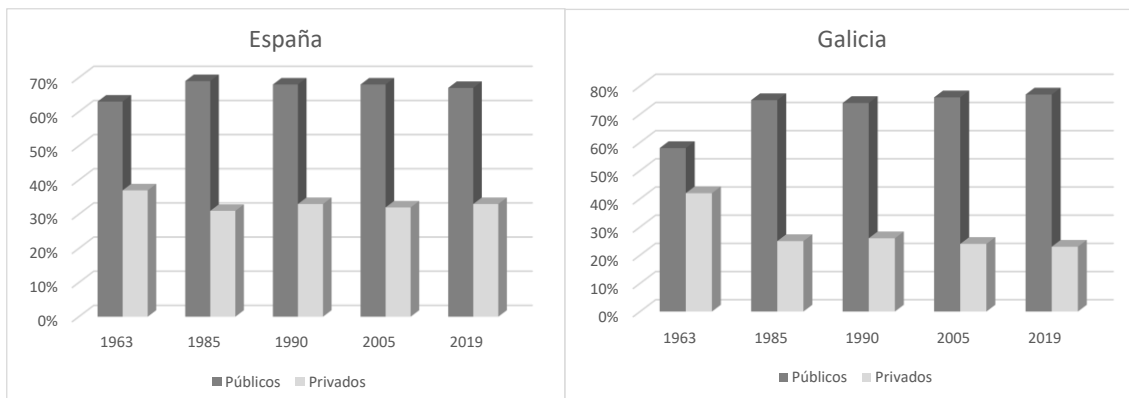
En conjunto, las tendencias observadas en España y Galicia resultan muy similares (Gráficos 1 y 2). Cabe destacar, no obstante, el mayor peso del número de hospitales privados. Pero se trata, en general, de centros de pequeño tamaño, como revela la distribución de camas. Esta diferencia puede deberse a razones históricas (el punto de partida en 1963) o culturales, a la localización de las residencias sanitarias en los grandes centros urbanos en un territorio de gran dispersión de la población...

Gráfico 1.-Distribución del número de hospitales de propiedad pública y privada



Fuente: Elaboración propia a partir de cuadros 4, 6, 10, 13 y 16.

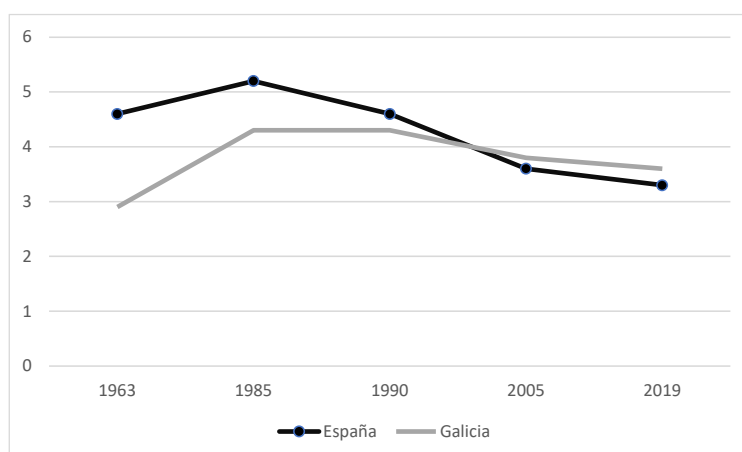
Gráfico 2.- Distribución de las camas en los hospitales de propiedad pública y privada



Fuente: Elaboración propia a partir de cuadros 4, 6, 10, 13 y 16..

Además, en este proceso de largo plazo, a partir de 1985, el número de camas hospitalarias por cada mil habitantes en España y Galicia comenzó a reducirse. La caída resultó más lenta en el caso gallego, lo que le permitió mejorar su posición relativa respecto a la media española (Gráfico 3). Esta lentitud está directamente relacionada a la mayor pervivencia de la constelación de hospitales privados antes apuntada y al impacto positivo de la construcción de los grandes complejos hospitalarios. Cabe destacar, además, que el peso de los hospitales de los municipios y diputaciones en el caso gallego era muy inferior a la media española por lo que su cierre o reconversión tuvo un impacto menor en la reducción de las camas.

Gráfico 3.- Camas totales por cada mil habitantes en España y Galicia



Fuente: Elaboración propia a partir de cuadros 4, 6, 10, 13 y 16..

3.2.- La relación entre los hospitales públicos y privados. Lecciones para el presente de un estudio de largo plazo

El estudio de largo plazo ha puesto en evidencia que la relación entre hospitales públicos y privados ha sido muy estrecha desde la aprobación del SOE en 1942. No obstante, en unas fases se fomentó la colaboración y en otras una mayor competencia, dependiendo de múltiples factores legislativos, políticos o económicos. El sector privado resultó clave para poner en marcha la creciente cobertura hospitalaria del SOE, cuando el sector público no contaba con una red de hospitales (al dejar al margen los hospitales públicos existentes, propiedad de Diputaciones y Municipios por cuestiones políticas). La falta de coordinación en el ámbito público y el desaprovechamiento de los recursos hospitalarios existentes dio una oportunidad de negocio al sector hospitalario privado a través de la firma de conciertos de colaboración. El crecimiento de la red de Residencias Sanitarias dentro del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, ya avanzada la década de 1950, en un marco de ampliación de la cobertura y prestaciones puso en jaque el nicho de mercado del sector hospitalario privado. La creciente competencia de la red de hospitales públicos tuvo lugar en una etapa de grandes avances tecnológicos y médicos, lo que supuso un doble reto para el sector hospitalario privado: pérdida de pacientes y desafío inversor. La respuesta se centró en procesos de fusión y aumento de tamaño de las empresas privadas, mientras desaparecían muchas de las pequeñas clínicas privadas. Por tanto, desde finales de la década de 1960, la creciente competencia del sector público obligó a reformas profundas en el sector privado. Su principal respuesta partió de una estrategia de aumento de tamaño para poder competir mejor.

Como ya comentamos, la Ley General de Sanidad de 1986 estableció a priori un sistema sanitario público de gestión también pública y cobertura universal, pero dejó margen para la firma de conciertos con hospitales privados. El proceso de traspaso de competencias sanitarias hizo que cada comunidad desarrollase esta vía con cierta autonomía. Lo que nos permite afirmar nuestra base de datos es que al inicio del siglo XXI destacan dos procesos en sistema hospitalario gallego. Uno, la importancia de la firma de conciertos de estos hospitales con la sanidad pública en su actividad y negocio. Dos, la tendencia a la concentración de la red de hospitales privados de esta comunidad en cuatro grandes grupos empresariales. En vista de estos resultados, parece que el inicio del siglo XXI ha dado lugar a una nueva etapa de colaboración entre los hospitales públicos y privados en medio de un debate sobre el modelo sanitario a seguir (con un mayor o menor peso de la titularidad y gestión privada) e inmersos en políticas denominadas de “austeridad”, sobre todo, desde el estallido de la crisis de 2008, donde

se ha llegado a poner en cuestión la viabilidad de nuestro modelo actual de bienestar en general y de cobertura sanitaria en particular.

¿Qué ha ocurrido en estos últimos años en nuestro ámbito de estudio? El proceso de traspaso de competencias sanitarias que se inició a finales del siglo XX nos permite analizar que ha ocurrido con el gasto sanitario público gestionado por las diferentes comunidades autónomas. El cuadro 19 nos permite observar la dispersión de esta partida entre los 1.265 euros por habitante protegido de Andalucía y los 1.735 del País Vasco. En este ranking Galicia se encuentra en posiciones intermedias, tras la caída observada en los años 2012 y 2014. Dentro de este gasto, la partida con más peso se concentra en la atención hospitalaria, que supone más del 50% del total, lo que constata el modelo “hospitalocentrico” ya apuntado (Gráfico 1).

Cuadro 19.- Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitante protegido

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
País Vasco	976	1.117	1.293	1.578	1.685	1.561	1.582	1.652	1.735
Navarra, C. Foral de	1.011	1.163	1.281	1.509	1.601	1.649	1.495	1.585	1.688
Asturias, Principado de	946	1.135	1.283	1.480	1.588	1.561	1.456	1.595	1.684
Extremadura	945	1.129	1.323	1.606	1.659	1.439	1.493	1.592	1.663
Castilla y León	893	1.091	1.339	1.507	1.503	1.435	1.324	1.523	1.629
Aragón	951	1.167	1.319	1.511	1.561	1.549	1.478	1.578	1.620
Murcia, Región de	880	1.059	1.211	1.577	1.612	1.527	1.487	1.552	1.612
Cantabria	1.013	1.242	1.403	1.378	1.501	1.842	1.416	1.487	1.588
Canarias	904	1.040	1.214	1.432	1.402	1.285	1.347	1.426	1.530
Galicia	902	1.087	1.229	1.435	1.476	1.307	1.338	1.461	1.530
Castilla - La Mancha	872	920	1.277	1.467	1.591	1.303	1.291	1.382	1.511
Balears, Illes	785	953	1.115	1.263	1.566	1.269	1.290	1.378	1.499
La Rioja	911	1.112	1.553	1.542	1.506	1.341	1.352	1.405	1.498
Comunitat Valenciana	830	974	1.106	1.264	1.405	1.308	1.284	1.411	1.494
Cataluña	873	988	1.158	1.371	1.455	1.346	1.289	1.417	1.492
España (ES)	872	1.019	1.180	1.380	1.417	1.330	1.285	1.377	1.460
Madrid, Comunidad de	829	978	1.089	1.257	1.203	1.228	1.187	1.231	1.289
Andalucía	839	975	1.108	1.327	1.262	1.189	1.110	1.159	1.265

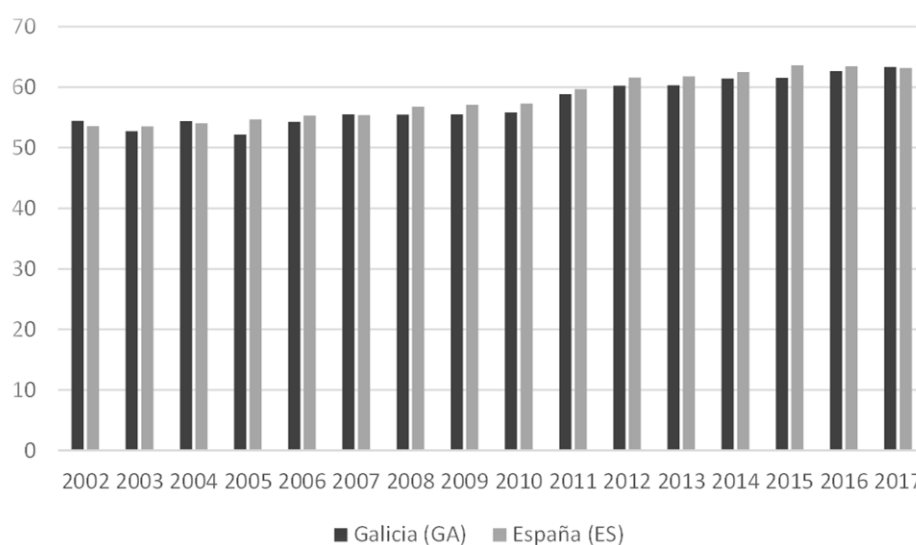
Fuente: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Indicadores

Por otro lado, el porcentaje de gasto en concertos con la sanidad privada en la sanidad gallega ascendió a más de 200 millones de euros en 2018, lo que sitúa a Galicia en la media española con un 5,31% de su gasto sanitario público (cuadro 20). Del porcentaje del gasto destinado para concertos por el SERGAS en torno a dos terceras partes están destinados a hospitales privados (Gráfico 4), el resto de los recursos de actividad concertada se destina a programas especiales de hemodiálisis, concertos con centros de diagnóstico y tratamiento, y programas especiales de transporte⁹⁵. La actividad privada en los hospitales gallegos se ha incrementado hasta alcanzar una

⁹⁵ AHOSGAL (2019).

cuarta parte de la atención especializada y hospitalaria de la comunidad autónoma, según el informe Diagnóstico de la Sanidad en Galicia 2019, elaborado por Ahosgal. De este modo, los centros hospitalarios integrados en Ahosgal realizaron el 28,5% de las intervenciones con hospitalización, el 40% de las cirugías mayores ambulatorias, el 29,8% de las intervenciones de Urgencias, el 20,5% de los ingresos hospitalarios, o el 25,8% de las consultas externas, entre otras actividades.⁹⁶

Gráfico 4. Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada



Nota: Gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados: Recoge la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas y demás personal sanitario y no sanitario. La fórmula utilizada es $(a / b) * 100$; siendo a = Gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados y b = Total gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas, en ese año.

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del MSCBS. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.

Recordemos que, de los 21 hospitales privados que conforman el sistema hospitalario gallego 16 tienen algún tipo de concierto con el SERGAS, de estos 13 mantienen conciertos parciales y son en su mayoría hospitales generales (cuadro 21). Como ya mencionamos, bajo este tipo de concierto el centro tiene una relación contractual con la sanidad pública (en este caso el SERGAS) por el que concierta volúmenes determinados de actividad a precio o tarifa fijada. Los otros tres hospitales poseen conciertos de integración en el SERGAS, este tipo de conciertos se distingue entre Red de Utilización Pública (RUP) el cual es utilizado en la clínica residencia el Pinar en Vigo alojando 84 camas, y los conciertos sustitutorios, que son utilizados en el

⁹⁶ Hemeroteca Economía Digital de Galicia, "Los conciertos con el Sergas son sólo el 16% de los ingresos de la sanidad privada", enlace: https://www.economiadigital.es/galicia/politica/los-conciertos-con-el-sergas-son-solo-el-16-de-los-ingresos-de-la-sanidad-privada_372441_102.html (consultado en junio de 2021).

centro oncológico de Galicia situado en A Coruña y el Hospital Povisa el más grande de los hospitales concertados con 573 camas, más del doble que el siguiente hospital concertado. En términos de mercado, los hospitales privados no benéficos facturaron 1.715 millones de euros en concepto de concertos en 2019, importe que representa el 24,7% de su facturación y que supone un incremento de 56 millones de euros respecto a 2018.⁹⁷

Cuadro 20. Porcentaje del gasto dedicado a concertos

Comunidades Autónomas	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Cataluña	36,1	34,3	30,4	29,2	23,6	24,6	24,5	24,5	25,3
Balears, Illes	4,25	5,07	4,98	4,65	5,09	9,02	11,7	10,5	9,93
Madrid, Comunidad de	5,16	6,06	5,64	5,89	7,47	10,3	11,2	10,2	9,59
Canarias	9,14	8,37	9,28	9,11	9,74	9,70	10,0	9,28	9,05
La Rioja	2,64	3,88	5,04	6,01	7,31	8,08	8,66	7,83	7,76
País Vasco	6,45	6,47	6,85	7,18	6,96	7,19	6,96	6,77	6,5
Navarra, C. Foral de	4,91	4,72	5,46	5,85	6,52	7,29	7,06	7,29	6,46
Murcia, Región de	7,25	7,55	7,79	7,95	7,20	7,21	6,77	6,64	6,4
Asturias, Principado de	6,14	7,11	6,99	7,01	7,69	7,16	6,34	6,13	6,16
Galicia	5,53	7,85	6,00	5,51	5,42	5,77	5,71	5,78	5,31
Castilla - La Mancha	5,66	4,87	6,26	6,07	6,32	6,39	5,32	5,03	5,2
Aragón	3,47	3,84	3,99	4,2	3,76	4,18	4,02	3,92	4,45
Andalucía	5,01	4,62	4,05	4,26	5,10	4,93	4,79	4,01	4,17
Comunitat Valenciana	5,05	5,19	6,68	6,36	6,17	6,22	5,44	4,19	4,06
Extremadura	4,13	4,00	3,94	3,74	3,86	4,78	4,56	4,40	4,06
Castilla y León	4,53	4,93	4,32	4,42	4,31	4,67	4,04	3,89	3,67
Cantabria	3,64	5,51	7,09	2,31	3,94	2,99	3,81	3,61	3,49

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del MSCBS. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.

Cuadro 21. Los hospitales privados con concertos públicos en Galicia (2019)

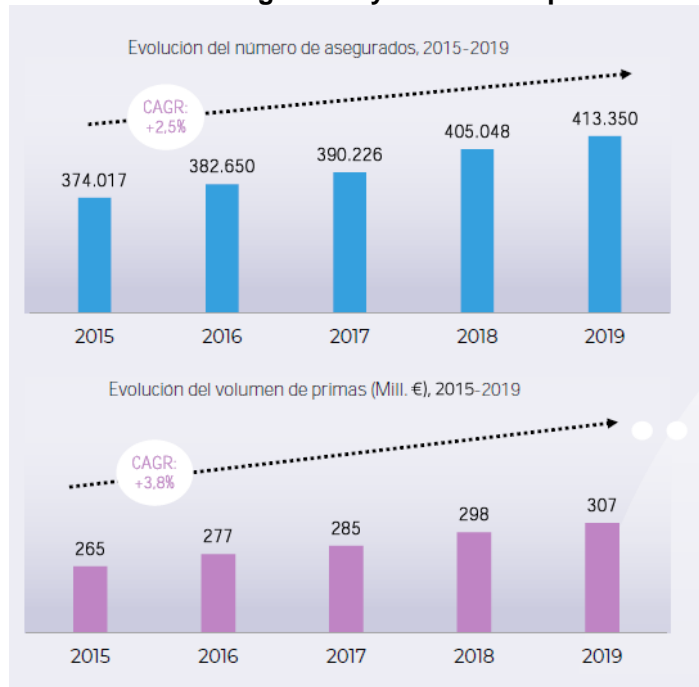
Prov.	Hospital	Población	Nº Camas	Funciones	Tipo de concierto
PON	Hospital Povisa	Vigo	573	H. G.	sustitutorio
PON	Vithas Hospital Nosa Señora De Fatima	Vigo	200	H. G.	parcial
COR	Hospital Juan Cardona	Ferrol	150	H. G.	parcial
COR	Hm Modelo-Belen	Coruña, A	146	H. G.	parcial
COR	Hospital Quironsalud A Coruna	Coruña, A	127	H. G.	parcial
PON	Grupo Quironsalud Pontevedra	Pontevedra	127	H. G.	parcial
COR	Hospital San Rafael	Coruña, A	120	H. G.	parcial
COR	Hospital Hm Rosaleda - Hm La Esperanza	Santiago Com.	119	H. G.	parcial
LUG	Hospital Polusa	Lugo	97	H. G.	parcial
PON	Clinica Residencia El Pinar	Vigo	84	HSMYT	RUP
PON	Hestia Santa María	Pontevedra	70	Otros	parcial
LUG	Sanatorio Nosa Señora dos Ollos Grandes	Lugo	69	H. G.	parcial
COR	Centro Oncologico De Galicia	Coruña, A	56	H. E.	sustitutorio
OUR	Clinica Santa Teresa	Ourense	49	H. G.	parcial
OUR	Centro Medico El Carmen	Ourense	43	H. G.	parcial
PON	Concheiro Centro Medico Quirurgico	Vigo	40	H. G.	parcial

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del BOE 31/12/2019. Nota: COR (A Coruña); LUG (Lugo); OUR (Ourense); PON (Pontevedra) . Notas: H.G.: Hospital General; H.E.: Hospital Especializado; HSMYT: Hospital de Salud Mental y Toxicomanías.

⁹⁷ IDIS (2020), Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad. Sanidad Privada, aportando valor. Informe número 10. Enlace: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>

En paralelo, ha aumentado el número de asegurados en las compañías privadas de salud en Galicia, casi cuarenta mil personas más desde 2015 a 2019 (Figura 3). Esto supuso un incremento en el volumen de primas de 35 millones de euros. Este proceso es común al conjunto de España, aunque discurre más lento en Galicia, un territorio que, en 2019, solo representaba el 3,9% del volumen total de primas de las compañías aseguradoras en el mercado nacional.⁹⁸

Figura 3 Número de asegurados y volumen de primas en Galicia



Fuente: IDIS (2020), Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad. Sanidad Privada, aportando valor. Informe número 10, p. 171. Enlace: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>

Cabe destacar en este punto que, según los datos de la OCDE para 2019, los cuatro países de Europa occidental donde hay una mayor cobertura sanitaria duplicada, esto es, cobertura a través de un “seguro de salud privado que ofrece cobertura para servicios de salud ya incluidos en el seguro de salud del gobierno, al mismo tiempo que ofrece acceso a diferentes proveedores (por ejemplo, hospitales privados) o niveles de servicio (por ejemplo, acceso más rápido a la atención)” son Portugal, España y Grecia, respectivamente, todos muy por encima de la media de la OCDE.⁹⁹ Se trata de los

⁹⁸ Según datos de IDIS (2020), Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad. Sanidad Privada, aportando valor. Informe número 10, p. 171. Enlace: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>

⁹⁹ En este grupo se encuentra también Irlanda, aunque con un sistema sanitario de características diferentes a los de la Europa del sur. Según la propia definición de la OCDE, variable “Duplicate private health insurance coverage”, enlace: <http://www.aihw.gov.au> (consultado en junio de 2021).

países de la UE15 que ya mantenían unos sistemas de protección social menos sólidos, que sufrieron en mayor medida el impacto de la crisis de 2008 y que han tenido que asumir más medidas de ajuste, también en ámbito del gasto sanitario. La denominada “austeridad sanitaria” ha generado en estos países una mayor cuota de mercado a las compañías privadas de salud, a la vez que aumentó (como se ve en el caso de Galicia y España) la firma de conciertos con hospitales privados.

3.3.- “Más allá de la propiedad patrimonial”. La gestión pública o privada de los centros hospitalarios, un debate abierto y algunas experiencias para aprender

El debate sobre el modelo sanitario/hospitalario a aplicar en España estuvo presente desde la puesta en marcha del primer seguro obligatorio de enfermedad en el ámbito estatal en 1942, volvió a discutirse en la Ley de Bases de 1963 y de nuevo se extendió un largo debate sobre el modelo a aplicar en el debate parlamentario que precedió a la Ley General de Sanidad de 1986. Durante todo este proceso, España adoptó un modelo basado en la titularidad y gestión pública de los centros hospitalarios, aunque la legislación aprobada en cada momento siempre dejó la puerta abierta a la colaboración con el sector privado. En particular, la Ley General de Sanidad tardó tanto en aprobarse desde el inicio de la democracia porque no había acuerdo entre las distintas fuerzas políticas que proponían modelos sanitarios diametralmente opuestos. Al final, la LGS instauró en España un Sistema Nacional de Salud de titularidad y gestión pública, aunque en su Art. 90 establecía la posibilidad por parte de las Administraciones Públicas de firmar conciertos “para la prestación de servicios sanitarios por medios ajenos a ellas”.¹⁰⁰ Apenas cinco años más tarde, el Informe Abril elaborado en 1991 proponía revisar el recién establecido Sistema Nacional de Salud y proponía un mayor peso en la gestión del sector privado. Una Encuesta del CIS realizada en la misma época ofrecía un barómetro sanitario donde la población española mostraba una opinión muy positiva del sistema.¹⁰¹ En conjunto, las propuestas del Informe Abril fueron recibidas en general con un gran rechazo social, lo que paralizó su puesta en marcha. A partir de aquí, las propuestas de reforma se produjeron a través de la separación entre la provisión y la gestión.

¹⁰⁰ BOE, núm. 102, 29 de abril de 1986, p.15219.

¹⁰¹ Para esta parte, véase “La modernización del Sistema Nacional de Salud”, Hemeroteca El País, enlace: https://elpais.com/diario/1999/08/23/sociedad/935359206_850215.html (consultado en junio de 2021).

Bajo nuevas fórmulas de gestión en forma de fundaciones, consorcios, entre otros, se iniciaron nuevas relaciones “lo público y lo privado”.¹⁰² Galicia fue uno de los territorios pioneros en una de estas iniciativas: el modelo de gestión a través de fundaciones sanitarias. Estas fundaciones llegaron a ser cuatro¹⁰³ y fueron concebidas para gestionar los hospitales públicos con métodos de gestión más modernos y flexibles. La idea era que los hospitales seguían integrando la red pública pero regidos por “técnicas de gestión empresarial” en materias como la contratación o el pago de incentivos. El buque insignia de esta iniciativa fue la Fundación Hospital de Verín (Ourense) constituida en 1993 con una dotación inicial de 600.000 euros.¹⁰⁴ En 1998 el Consello de Contas hizo público un informe demoledor, donde advertía de que el hospital no era capaz de atender la demanda asistencial de pacientes de su comarca, a la vez que denunciaba cierta opacidad en la gestión de los recursos y de los empleados. El fracaso del proyecto se puso en evidencia poco tiempo después. En 2000 ya se decidió que todas las fundaciones hospitalarias constituidas hasta entonces en Galicia pasaran a ser públicas; pero el proceso resultó complejo. Al final, en 2006, la Xunta tuvo que inyectar algo más de diez millones de euros en las fundaciones para evitar el colapso y compensar los resultados negativos de varios ejercicios, según nuevo informe del Consello de Contas. Finalmente, en 2008, la Xunta disolvió las fracasadas fundaciones y los hospitales pasaron a funcionar como centros públicos en todos sus aspectos. Un estudio cuantitativo, basado en el caso gallego elaborado por Bayle y Martín (2004), concluía que “el modelo de fundaciones no ha demostrado ser más eficaz y eficiente respecto al modelo tradicional, y solo parece útil como mecanismo de reducción de gasto”.

A pesar de este fracaso que tuvo un elevado coste para pacientes, personal y la propia Xunta, el debate en torno a la gestión pública o privada de los hospitales nunca se ha cerrado en España. No obstante, desde el estallido de la crisis de 2008 (que coincide con la extinción de las fundaciones en Galicia) la fórmula preferida pasó a ser la firma de un concierto. Y a este respecto, las políticas de austeridad en el gasto social, traducidas en recortes de todo tipo, el aumento de las listas de espera y el colapso de

¹⁰² Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, BOE, núm. 100, de 26 de abril de 1997, pp.13449-13450.

¹⁰³ Fundación Pública Hospital de Verín, Fundación Pública Hospital do Barbanza; Fundación Pública Hospital Virxen da Xunqueira; Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés. Tal y como aparece en DOGA, nú. 168, 1 de septiembre de 2008, p.16341.

¹⁰⁴ Hemeroteca El Diario, “Así quebró el primer experimento de Feijoo”, enlace: https://www.eldiario.es/galicia/quebro-primer-experimento-sanitario-feijoo_1_4416839.html (consultado en junio de 2021).

las urgencias han servido para alimentar dos posturas en torno a nuestro sistema hospitalario.

De un lado, los defensores de la sanidad privada defienden que “los conciertos entre los servicios regionales de salud y los centros privados contribuyen de manera significativa a desahogar las listas de espera, y ofrecen asistencia sanitaria en zonas geográficas en las que el sistema público no cuenta con infraestructuras o dotaciones sanitarias suficientes”.¹⁰⁵ También sostienen que la sanidad privada significa para la pública un ahorro, una idea que se recoge en el informe “Sanidad Privada, Aportando Valor: Análisis de la situación 2021” elaborado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad Privada (Fundación IDIS). Según este informe, en 2020, en España había 9,2 millones de personas suscritas a un seguro de copago, excluyendo a los mutualistas. Por consiguiente, al tratarse de un modelo de doble aseguramiento, los ciudadanos que dispongan de un seguro privado no consumirán o solo consumirán una parte de los recursos de la sanidad pública, lo que reducirá su masificación. En este sentido, desde el ámbito privado, se estima que el ahorro anual producido por un paciente que utiliza exclusivamente el sistema privado sería de entre 506 y 1.368 euros. Esto supondría, según sus argumentos, reducir el gasto de las Administraciones Públicas hasta 12.676 millones de euros al año, en el caso de los pacientes que solo acuden por lo privado y, en torno a 4.680 millones de euros al año, en el caso de los pacientes que hacen un uso mixto.¹⁰⁶ Como consecuencia de este razonamiento la fundación IDIS reclama un incremento de las retribuciones para las instituciones sanitarias privadas por su importante papel en el sistema.

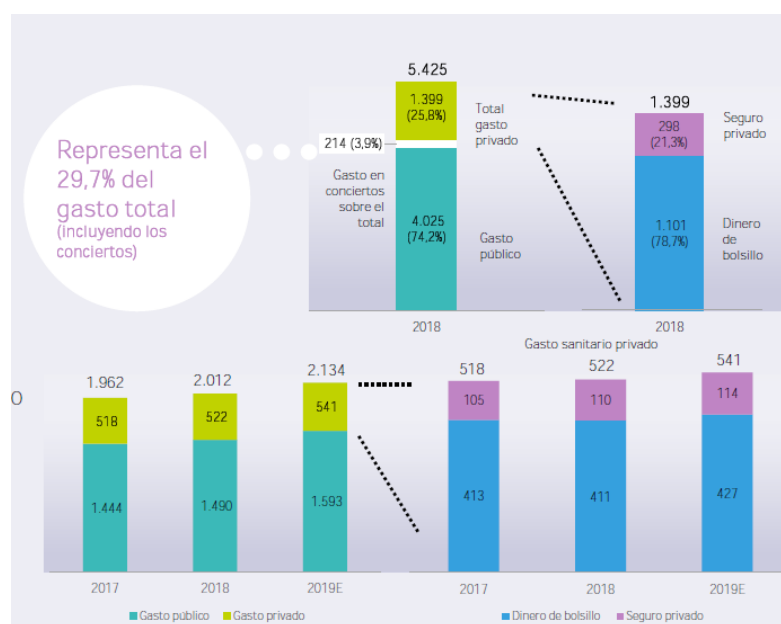
Sin embargo, los defensores de la sanidad pública ponen en tela de juicio este supuesto ahorro. Varios estudios aseguran que proyectos basados en la privatización de la atención hospitalaria salen más caros a la larga para las arcas públicas, puesto que el coste final para la administración pública es mayor al coste inicial de ofrecer el servicio directamente a través de un centro de titularidad y gestión pública. La Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) estimó que, en 2011, Madrid había pagado 761,3 millones de euros a las empresas gestoras de 7 hospitales, habiendo costado su construcción solo 701 millones y quedando pendientes

¹⁰⁵ IDIS (2020), Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad. Sanidad Privada, aportando valor. Informe número 10. Enlace: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>

¹⁰⁶ Para esta parte las cifras fueron obtenidas de Hemeroteca El Mundo, “La sanidad privada ahorra hasta 12.600 millones de euros al Estado cada año”, enlace: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/04/28/60898df1fdddfa1568b45bc.html> (consultado en junio de 2021).

de pago 4.284 millones de euros.¹⁰⁷ Por otro lado, un estudio realizado por expertos de las universidades de Londres y Manchester Allyson Pollock y Mark Hellowell, detallaba en 2006 cómo sólo en los tres primeros años de un hospital PFI (hospitales construidos y, a veces, también gestionados por la iniciativa privada) la empresa privada asume todo el gasto. Sin embargo, a partir del cuarto año, la Administración pública empieza a compartir el coste hasta que, pasados diez años, es el erario público el que asume ya en solitario el pago del hospital. A partir de ahí, el gasto para la Administración se dispara y para la empresa todo es beneficio (Figura 4).¹⁰⁸

Figura 4. El gasto sanitario público y privado en Galicia, 2017-2019



Fuente: IDIS (2020), Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad. Sanidad Privada, aportando valor. Informe número 10, p, 167. Enlace: <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>

Además, los expertos también resaltan el carácter oportunista de estas entidades privadas que, en el fondo, no son más que empresas con fines de lucro. Con carácter general, su pauta de comportamiento se basa en alegar un incremento de actividad, más allá de las previsiones previstas en el acuerdo inicial, que justificaría una mayor exigencia de dinero para evitar el colapso del servicio. A este respecto, los defensores de la sanidad pública utilizan como ejemplo del carácter oportunista de los hospitales privados otro caso gallego, el de Hospital de Povisa. El Hospital Povisa (acrónimo de

¹⁰⁷ Hemeroteca Público. Enlace: <https://www.publico.es/espana/privatizar-hospitales-acaba-saliendo-caro.html> (consultado en junio de 2021).

¹⁰⁸ Hemeroteca Público. Enlace: <https://www.publico.es/espana/privatizar-hospitales-acaba-saliendo-caro.html> (consultado en junio de 2021).

Policlínica de Vigo Sociedad Anónima), propiedad inicialmente del grupo de empresas del naviero José Baltasar Silveira Cañizares, es considerado como uno de los centros peor gestionados,¹⁰⁹ con listas de espera que triplican la media gallega y mala praxis, como reducir los recursos que se facilitan a los pacientes del sistema público para destinarlos a mejorar la atención de los privados,¹¹⁰ al mismo tiempo que el centro disfrutaba de uno de los conciertos sanitarios más caros de España.

Desde la firma del primer concierto entre el SERGAS y el centro, en 1993, se ha mantenido una estrategia basada en permitir que este hospital planifique los servicios sanitarios del área de Vigo.¹¹¹ Desde entonces, mantuvo este estatus de concierto sustitutorio (de un hospital público) con la sanidad pública gallega. En 2011 Nosa Terra, la compañía propietaria del Hospital Povisa de Vigo, aprovechó las negociaciones con Ribera Salud para la venta de este centro hospitalario para alcanzar una mejor de las condiciones de su concierto con el SERGAS.¹¹² Este nuevo concierto fue aprobado en 2014 y recogía que la Xunta pagaría unos 542 euros anuales por persona, es decir, más de 75 millones de euros al año.¹¹³ Solo 100 euros menos que el Hospital Público Alvaro Cunqueiro, pese a no atender a pacientes desplazados, a carecer de numerosos servicios como ginecología, paliativos o hospitalización a domicilio y a atender procesos de menor complejidad y coste, ya que no realiza cirugía cardiaca, cirugía torácica psiquiatría, tuberculosis y otras patologías respiratorias, etc..¹¹⁴ Tan solo dos años después, en 2016, la mala gestión del centro condujo a que reconociesen 7,1 millones de euros en pérdidas y a presentar una reclamación administrativa ante el Sergas para que le pagase 9,8 millones de euros por fármacos. En 2018 se declaró en pre-concurso de acreedores y una semana después el Sergas y Povisa llegaron a un acuerdo por el que el sistema público se haría cargo del pago de los medicamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios que, según Povisa, eran los responsables de sus pérdidas económicas. Lo cierto es que, entre 2000 y 2018, el incremento del concierto alcanzó el 27,1%, tres veces más que el crecimiento de la población asignada que fue de tan solo

¹⁰⁹ Hemeroteca Osalde (Asociación por el derecho a la salud). Enlace: <https://osalde.org/el-mayor-hospital-privado-de-espana-al-borde-de-la-quebra/> (consultado en junio de 2021).

¹¹⁰ Lopez (2019): "El mayor hospital concertado desvía recursos de los pacientes públicos a los privados", artículo publicado en El Confidencial, enlace: https://www.elconfidencial.com/espana/galicia/2019-07-13/hospital-galicia-povisa-xunta-sergas-pacientes_2124043/ (consultado en junio de 2021).

¹¹¹ Hemeroteca Xornal Galicia. Enlace: <https://xornalgalicia.com/xunta-de-galicia/7633-el-chantaje-del-hospital-privado-povisa-de-vigo-a-la-sanidad-publica-gallega> (consultado en junio de 2021).

¹¹² Hemeroteca El País. Enlace: https://elpais.com/diario/2009/06/01/galicia/1243851494_850215.html (consultado en junio de 2021).

¹¹³ Hemeroteca Osalde. Enlace: <https://osalde.org/el-mayor-hospital-privado-de-espana-al-borde-de-la-quebra/> (consultado en junio de 2021).

¹¹⁴ Hemeroteca Xornal Galicia. Enlace: <https://xornalgalicia.com/xunta-de-galicia/7633-el-chantaje-del-hospital-privado-povisa-de-vigo-a-la-sanidad-publica-gallega> (consultado en junio de 2021).

el 9,6% (de 126.922 a 139.828 personas).¹¹⁵ Ante esta situación, los defensores de la sanidad privada alegan que el caso de Povisa es extraordinario y no se debería tener en cuenta a la hora de valorar la sanidad privada. Sin embargo, el caso de Povisa no ha sido el único, ha habido otros como, por ejemplo, los casos e Alzira o Denia.¹¹⁶

Está claro que en el ámbito académico hay un debate no resuelto sobre la mayor o menor eficiencia de la gestión pública o privada que sobrepasa los límites de este trabajo. Pero lo que sí parece claro son dos cuestiones: primero, la relación de cooperación & competencia entre hospitales públicos y privados se estableció en torno a la propiedad patrimonial de estos centros hasta la LGS de 1986. A partir de aquí, una vez que se constituye un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal el debate se reorienta hacia la gestión y la firma de conciertos de colaboración. Por otro lado, contamos con experiencias de diferente tipo en la gestión pública y privada de los hospitales en España, también en Galicia, pionera en muchas de estas iniciativas. La realidad es que no disponemos de rankings independientes que evalúen la calidad de los centros hospitalarios en España.¹¹⁷ En el fondo este debate hay una cuestión de partida clave y es si la cobertura sanitaria en general y hospitalaria en particular debe ser considerada como un derecho básico y universal provista desde el sector público o debe ser ofrecida y gestionada bajo fórmulas de mercado. De esta elección depende en buena medida la sociedad que queremos construir. La reciente pandemia COVID-19 ha puesto en evidencia el rol clave que han desempeñado los hospitales en todos los países y que las decisiones políticas nunca son neutras y, en este ámbito, de manera directa pueden costar vidas.

¹¹⁵ Hemeroteca Xornal Galicia. Enlace: <https://xornalgalicia.com/xunta-de-galicia/7633-el-chantaje-del-hospital-privado-povisa-de-vigo-a-la-sanidad-publica-gallega> (consultado en junio de 2021).

¹¹⁶ Hemeroteca El País. Enlace: https://elpais.com/sociedad/2013/01/03/actualidad/1357234471_728665.html (consultado en junio de 2021).

¹¹⁷ Hemeroteca El Español, "Los 25 mejores hospitales públicos de España: la excelencia al alcance de todos". Enlace: https://www.lespanol.com/ciencia/salud/20210318/mejores-hospitales-publicos-espana-excelencia-alcance/566723325_3.html (consultado en junio de 2021)

Bibliografía

Alarcón, M. (1975). *El derecho de asociación obrera en España 1839-1900*. Madrid: Ediciones de la revista de trabajo.

Antonio, J. (2020). *Análisis de la naturaleza jurídica de la acción concertada sanitaria de las CC.AA.* País Vasco: Oficina de Control Económico.

Asociación de Hospitales de Galicia, AHOSGAL (2019). *Diagnóstico de la sanidad en Galicia 2019*. <http://ahosgal.es/wp-content/uploads/2019/12/Diagn%C3%B3stico-de-la-Sanidad-en-Galicia-2019.pdf>.

Barceló, J. y Comelles, J. (2017). *Infraestructura y gestión del sistema hospitalario español en perspectiva de largo plazo. ideología, beneficencia y economía hospitalaria en Cataluña (1797-1924)*. Tarragona: Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili.

Barceló-Prats, J. y Comelles, J. (2020). *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980)*. Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut

Cabo, F. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Madrid: Centro de Estudios Financieros.

Cantarero, D. (2003). *El traspaso de competencias sanitarias en España*, Revista de Administración Sanitaria siglo XXI. Santander: Universidad de Cantabria.

Carasa, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós, 1997.

Comelles, J. M.; Alegre, E. y 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.

Comin, F. (2008). *Historia de la cooperación entre las cajas: la Confederación Española de Cajas de Ahorros (1928-2007)*. Madrid: Alianza.

Conde Rodelgo, V. (2001). Los últimos 20 años de los Centros Sanitarios en España. *Arbor*, 170(670), 247-275.

Consejo Editorial de Medifam (2002). *Las últimas transferencias sanitarias del INSALUD: Una valoración de urgencia*. Medifam, 12(5), 11-13. Recuperado en 10 de mayo de 2021. Enlace: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000500001&lng=es&tlng=es

Dorland. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina (30ª ed.).

Fernández, D. (2005). *la política económica exterior del franquismo: del aislamiento a la apertura*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Flores, M. (2009). *El hospital: concepto y funcionamiento histórico*. Enlace: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-del-estado-de-morelos/historia-y-filosofia-de-la-medicina/apuntes/hospital-y-organizacion/3021243/view>

García-González, J. (2011). *La implantación del hospital moderno en España. El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible*. Oviedo: Nobel.

Gorsky, M.; Vilar-Rodríguez, M. y Pons-Pons, J. (eds.) (2020). *The Political Economy of the Hospital in History*. HUP: University of Huddersfield Press: Huddersfield Press, ISBN 978-1-86218-187-8. Open Access, enlace: <https://unipress.hud.ac.uk/plugins/books/26/>

Harris, B. y Bridgen, P. (2007). *Charity and Mutual Aid in Europe and North America Since 1800*. United Kingdom: Routledge.

Henderson, J.; Horden, P. y Pastore, A. (eds.) (2007). *The impact of Hospitals, 300-2000*. Berna: Peter Lang.

Herranz, A. (2010): "La difusión internacional de los seguros sociales antes de 1945". En Pons, J. y Silvestre, J. (eds.): *Los orígenes del estado de bienestar en España, 1900-1945* (pp. 51-84). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Huguet-Termes, T. (2014). "Speculum hospitalis, speculum civitatis: ¿por qué estudiar la historia de los hospitales". En: Huguet-Termes, T; Verdés, P.; Arrizabalaga, J.; Sanchez-Martínez, M. (coords.), *Ciudad y Hospital en el Occidente Europeo. 1300-1700* (pp. 13-24). Lleida: Milenio.

Jiménez Salas, M. (1958). *Historia de la asistencia social en España en la edad moderna*. Madrid: Instituto Balmes de Sociología, CSIC.

López Albó, W. (2012). *Planeamiento y organización de un hospital moderno*. Salamanca: Biblioteca Marquesa de Pelayo.

López, E. (1990). "Hacia la quiebra de la mentalidad liberal: las resistencias al cambio". En VV.AA. *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*. (pp. 137-140). Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

López, P. (2019): *El mayor hospital concertado desvía recursos de los pacientes públicos a los privados*, El Confidencial. https://www.elconfidencial.com/espana/galicia/2019-07-13/hospital-galicia-povisa-xunta-sergas-pacientes_2124043/

Marqués, F. (2003). *El Sistema Nacional de Salud después de las transferencias sanitarias*. Murcia: consejero de Sanidad.

Martín García, M. (2001). *Sanidad y CCAA tienen hasta 2023 para modernizar la Atención Primaria*. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/atencion-primaria-sanidad-ccaa-2023-modernizar-8210>

Martín García, Manuel (2001): A atención primaria na Galicia. Unha reforma inacabada. *Cadernos de atención primaria*, 8 (1), 53-56.

Mercedes, M. (2015). *Consecuencias de las políticas de austeridad sanitarias*. Baleares: Universitat de les Illes Balears.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2009). *Manual de definiciones estadística de centros sanitarios especializados con internamiento (C.1)*. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2015/Definicion es2009.pdf>

Muñiz, N. (2014). *Efecto de la crisis económica sobre el sistema sanitario: consecuencias económicas y de salud*. *Ene*, 8(3). Enlace: <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000300012>

Padilla, J. (2020). *Los 3 principales problemas y enemigos de la sanidad en España*. Infosalus. Enlace: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-principales-problemas-enemigos-sanidad-espana-20200205081444.html>.

Palacios, L. (2003). *Manual de historia contemporánea universal*. Madrid: Editorial Dilex, S.L.

Pieltain, A. (2000). *El hospital. Doscientos años de proyectos*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Pieltain, A. (2003). *Los hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna*. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid.

Pons-Pons, J. y Silvestre, J. (ed) (2010). *Los orígenes del estado del bienestar en España 1900-1945, los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Rodríguez Ocaña, E. (2001). *El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller*. Valencia: Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero, CSIC.

Rodríguez Ocaña, E. y Martínez Navarro, F. (2008). *Salud Pública en España. De la edad media al siglo XXI*. Sevilla: Junta de Andalucía-Escuela Andaluza de salud Pública-Consejería de Salud.

Rodríguez-Blas, M. Carmen (2021), *Estadística de gasto sanitario público 2018: Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Rovira, M. (2018). *La proyección de edificios asistenciales en España a inicios del siglo XIX: Guillermo casanova y el proyecto de hospital militar para Barcelona*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Sánchez Bayle, M. y Martín García, M. (2004). "Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia". *Cad. Aten. Primaria*, 11, pp. 7-25.

SERGAS (2014). *Cronología de las competencias sanitarias en la Xunta de Galicia*. <https://25aniversario.sergas.es/Contidos/Cronolox%C3%ADa-competencias-sanitarias-Xunta-Galicia?idioma=es>

SERGAS (2020). *La sanidad pública*. <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/A-Sanidade-publica?idioma=es>

SESPAS (1993). *La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Editores.

Soler Durall, Carles (1989). "L'Hospital d'avui". En VVAA, *L'Hospital de la Santa Creu i Sat Pau. L'Hospital de Barcelona* (pp. 195-199). Barcelona: Editorial Gustau Gili

Turnes, Antonio, L. (2009). Origen, Evolución y Futuro del Hospital. *Historia y Evolución de los Hospitales en las diferentes culturas*, <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>

Ventura, J. (2003). *Organización y gestión de la atención sanitaria*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Vilar-Rodríguez, M. y Pons Pons, J. (2014), El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

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

Vilar-Rodríguez, M. y Pons Pons, J. (2020) *La gestión del seguro de accidentes del trabajo en España: de mutuas patronales a entidades colaboradoras de la Seguridad Social, 1900-2019*. Madrid: Ministerio de Trabajo, Tesorería General de la Seguridad Social.

Vilar-Rodríguez, M. y Pons Pons, J. (2021). El papel de hospitales municipales y provinciales en España desde una perspectiva histórica. *Dynamis*. Dossier: Los factores condicionantes en la configuración histórica del sistema hospitalario en España (en prensa)

Hemeroteca:

Economía en Galicia
Hemeroteca de El Correo Gallego
Hemeroteca de La Voz de Galicia
Hemeroteca Economía Digital de Galicia
Hemeroteca El Diario
Hemeroteca El Faro de Vigo

Hemeroteca El Español
Hemeroteca El Mundo
Hemeroteca El País
Hemeroteca Público
Hemeroteca Osalde
Hemeroteca Xornal Galicia

Bases de datos:

Boletín Oficial del Estado (BOE)
Diario Oficial de Galicia (DOG)
Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad (IDIS 2020):
<https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2020>
Instituto Nacional de Estadística (INE): www.ine.es
Instituto Galego de Estadística (IGE): www.ige.es
Sergas, Base de datos: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/A-Sanidade-publica?idioma=es>
Catálogo Nacional de Hospitales 1963. Boletín Oficial del Estado, núm. 140 de 13 de junio de 1966, pp. 7389/7427.
Ministerio de Sanidad y Consumo (1986), Catálogo Nacional de Hospitales: actualizado a 1 de enero de 1986. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo,
Ministerio de Sanidad y Consumo. (1992), Catálogo nacional de hospitales: actualizado a 31 de diciembre de 1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo,
Catálogo Nacional de Hospitales 2005. Gobierno de España, Ministerio de sanidad: <https://www.msbs.gob.es/va/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
Catálogo Nacional de Hospitales 2019. Gobierno de España, Ministerio de sanidad: <https://www.msbs.gob.es/va/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>