

Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad

Josep Barceló-Prats (*)

(*) orcid.org/0000-0002-8818-0872. Serra Húnter Fellow, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili. josep.barcelo@urv.cat

Dynamis
[0211-9536] 2021; 41 (1): 27-51
<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.22456>

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2020
Fecha de aceptación: 19 de febrero de 2021

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Los antecedentes del hospital moderno en España. 3.—Las bases de la reforma hospitalaria en España: regionalización y jerarquización. 4.—Conclusiones.

RESUMEN: A finales de los años cincuenta del siglo pasado, en Asturias, se empezó a implantar una nueva manera de entender el hospital, cuya influencia terminaría siendo enorme y decisiva en la modernización de la organización hospitalaria española. Proyectado para ser utilizado por cualquier tipo de enfermo, tanto por su patología como por su situación económica, el Hospital General de Asturias (HGA) se convirtió en el pionero del Estado español en implementar una estructura jerárquica en todos sus servicios médicos, clínicos y comunes, tanto en hospitalización como en consultas externas y en urgencias. Otra de sus consecuencias más palpables fue la introducción de la formación sanitaria especializada en España mediante la creación del primer programa de médicos residentes. Hasta entonces, el hospital era todavía un recurso asistencial poco accesible a amplios sectores de la ciudadanía, lo que demuestra la existencia de un desajuste cronológico en relación con lo sucedido en otros países europeos de referencia. El modelo organizativo del HGA supuso el punto de inflexión para el desarrollo de un proceso más amplio de reforma hospitalaria que acabó rompiendo definitivamente con los conceptos ya obsoletos de hospital «autónomo» y «cerrado». El primero se integró dentro de una coordinación funcional y escalonada de hospitales en red, conocida como «regionalización», y el segundo quedó eclipsado por la hegemonía del hospital «abierto» a toda la comunidad. Esta nueva realidad exigió el desarrollo e implantación de unos rigurosos criterios de acreditación en los hospitales para homologarse con los establecidos por la doctrina hospitalaria internacional y para ofrecer un mínimo de garantías, a empresas aseguradoras y usuarios, de la calidad y racionalidad de su oferta de servicios. Las consecuencias de este proceso acabaron por implantar una nueva cultura sanitaria en la población fundamentada sobre una visión hospitalocéntrica del sistema sanitario.

PALABRAS CLAVE: Hospitales, historia, gestión hospitalaria, atención hospitalaria, hospitalocentrismo.

KEYWORDS: Hospitals, history, hospital management, hospital care, hospital centrism.

1. Introducción (*)

En 1989, el director gerente del Hospital La Paz de Madrid, José Luis Temes, afirmaba que la población española no empezó a integrar una nueva cultura sanitaria hasta la década de los sesenta¹. Esta nueva cultura se fundamentó sobre una realidad hospitalaria que empezaba a ser altamente tecnificada y con especialistas médicos bien formados gracias al desarrollo del sistema MIR². Ello comportó —concluía Temes— que:

«[...] todo el sistema sanitario se hizo bascular sobre los hospitales, algo que se ha denominado hospitalocentrismo³. El ciudadano y muy buena parte de los profesionales sanitarios llegaron a la conclusión de que fuera de los hospitales no había vida inteligente»⁴.

Sin embargo, el acceso a esta vida inteligente nunca fue sencillo para una parte sustancial de la población española —sobre todo la rural—⁵, debido a las dificultades de acceso a unos hospitales centralizados, por norma general,

(*) Este estudio forma parte del proyecto titulado «Las claves históricas del desarrollo hospitalario en España y su comparación internacional durante el siglo XX» (referencia: RTI2018-094676-B-I00), financiado por FEDER y el Ministerio de Ciencia e Innovación-Agencia Estatal de Investigación.

1. Temes, José Luis. Desarrollo del sistema hospitalario. *Tribuna Médica*. 1989; 1219: 39-42.
2. MIR es el acrónimo de Médico Interno Residente. Sobre la historia de esta formación en España, véase: Tutosaus, Juan; Morán-Barrios, Jesús; Pérez-Iglesias, Fernando. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educación Médica*. 2018; 19 (4): 229-234.
3. Hospitalocentrismo es un concepto que sitúa la capacidad diagnóstica y terapéutica del hospital en el vértice superior del sistema de salud y de sus políticas. La hegemonía del hospital respecto del resto de recursos asistenciales también viene dada por ser un espacio fundamental en la formación sanitaria. Durante el transcurso del siglo XX, esta resignificación cambió el imaginario colectivo del hospital por parte de la ciudadanía. Véase: Comelles, Josep M.; Alegre-Agís, Elisa; Barceló-Prats, Josep. Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*. 2017; 10: 57-85.
4. Temes, n. 1, p. 42.
5. Durante el franquismo, la asistencia médica en las zonas rurales la ejercieron principalmente los médicos titulares de Asistencia Pública Domiciliaria. Sin embargo, esta medicina rural no pudo afrontar las profundas modificaciones tecnológicas de la práctica clínica ni los cambios derivados de la aparición de nuevos significados en torno a la propia imagen del médico general o especialista, de los hospitales y de la misma experiencia de enfermar. Véase: Comelles, Josep M. et al. Por caminos y veredas: La práctica médica rural bajo el franquismo. In: Martínez-Pérez, José; Perdiguero-Gil, Enrique (coords.). *Genealogías de la Reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2020, p. 63-124.

en las capitales de provincia. A ello se añadía la descoordinación entre diferentes redes asistenciales⁶, ya fuesen las dependientes de organismos públicos —Instituto Nacional de Previsión (INP), Dirección General de Sanidad (DGS), beneficencia provincial, ayuntamientos— o privados —mutualidades, clínicas particulares—⁷, aunque también deben tenerse en consideración las razones geográficas y demográficas que, junto a la falta crónica de inversiones, justificaban las notables diferencias regionales en la distribución de los servicios sanitarios⁸. Durante el franquismo, el conjunto de estos factores no favoreció, más bien al contrario, la disminución de desigualdades en salud.

Para entender esta realidad se deben contemplar, con perspectiva histórica, las causas de la hegemonía del hospital y, por consiguiente, la subalternidad de la atención primaria, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria⁹. Por eso, aunque los debates de antes y durante la transición democrática pretendieron realizar un cambio en el enfoque del sistema sanitario¹⁰, lo que se terminó gestando fue más una «reforma hospitalaria» que una «reforma sanitaria». Tampoco la Ley General de Sanidad de 1986, que consagró la Atención Primaria de la Salud como uno de sus pilares básicos, consiguió cambiar un modelo hospitalocéntrico centrado en la curación de la enfermedad, cuya preponderancia ha sido enorme en el diseño de las políticas sanitarias durante las últimas décadas¹¹.

-
6. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. De la descoordinación a la descentralización. La evolución del dispositivo hospitalario catalán durante el franquismo y la transición (1939-1980). In: González-Madrid, Damián A.; Ortiz, Manuel (coords.). El estado del bienestar entre el franquismo y la transición. Madrid: Sílex Ediciones; 2020, p. 231-258.
 7. Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia. Competition and collaboration between public and private sectors: the historical construction of the Spanish hospital system, 1942-86. *The Economic History Review*. 2018; 72: 1384-1408.
 8. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: Cambios y resistencias. In: Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (eds.). Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español. Madrid: Marcial Pons; 2018, p. 85-138.
 9. Perdiguero-Gil, Enrique. Prevención y educación en los sistemas sanitario y educativo del franquismo y la transición democrática. In: Perdiguero-Gil, Enrique (ed.). Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática. Elche: Universidad Miguel Hernández; 2015. Disponible en: <http://editorial.umh.es/2015/12/09/politica-salud-y-enfermedad-en-espana-entre-el-desarrollismo-y-la-transicion-democratica/>
 10. Perdiguero-Gil, Enrique; Comelles, Josep M. The defence of Health. The debates on health reform in 1970s Spain. *Dynamis*. 2019; 39 (1): 45-72.
 11. En general, el gasto sanitario se ha centrado 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

Desde finales de los años cincuenta, pues, 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. El punto de partida de esa transición fue la aplicación de la doctrina hospitalaria internacional en instituciones como el Hospital General de Asturias (HGA)¹² o la madrileña Clínica de la Concepción del Dr. Jiménez Díaz¹³. En ambos centros se aunó la asistencia, la docencia y la investigación médicas, pero fue en el HGA donde se desplegó, por primera vez en España, una nueva organización basada en unos servicios clínicos especializados, autónomos, coordinados, dirigidos por médicos –bajo la supervisión de un consejo de administración y una gerencia– y con una plantilla jerarquizada de más a menos gradación. La progresiva implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria marcó el camino a seguir para modernizar el resto de los hospitales españoles durante las décadas siguientes¹⁴. A la luz de la documentación existente, esta nueva estructura de servicios totalmente jerarquizados continuó siendo uno de los ejes fundamentales, junto con la «regionalización» hospitalaria¹⁵, de la reordenación sanitaria del país durante el proceso de descentralización sanitaria fruto de las transferencias a las Comunidades Autónomas¹⁶.

En este texto se analiza la genealogía de la reforma hospitalaria en España, como un conjunto de modificaciones que influyeron decisivamente en la planificación y organización de este dispositivo tras la Constitución de 1978, así como en su homologación a los estándares establecidos por la doctrina

hospitalarios y especializados. Rodríguez-Blas, M. Carmen. Estadística de gasto sanitario público 2018: Principales resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

12. García-González, José. La implantación del hospital moderno en España. El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible. Oviedo: Nobel; 2011.
13. Culebras, Jesús M.; Franco-López, Ángeles. Los orígenes de la Fundación Jiménez Díaz. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2019; 4 (8): 746-855.
14. Font, David; Piqué, Josep M.; Guerra, Francisco; Rodés, Joan. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. *Medicina Clínica*. 2008; 130 (9): 351-356.
15. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M.; Perdiguero-Gil, Enrique. Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978). In: Porras, Isabel; Mariño, Lourdes; Caballero, M. Victoria (coords.). *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2019, p. 146-167.
16. López-Casasnovas, Guillem; Rico, Ana. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución? *Gaceta Sanitaria*. 2003; 17 (4): 319-326.

hospitalaria internacional¹⁷. Tras describir las iniciativas que precedieron a la implantación del hospital contemporáneo en España, se presta especial atención a los elementos más desconocidos de los debates sobre el objeto de estudio mencionado, surgidos a partir de los años sesenta, que incidieron en las grandes reformas de la sanidad española efectuadas ya durante los inicios del periodo democrático¹⁸.

2. Los antecedentes del hospital moderno en España

Carles Soler Durall¹⁹, uno de los referentes de la gestión hospitalaria en España y protagonista de la reforma del mencionado HGA, afirmaba que entre los factores determinantes en el avance y configuración del hospital «moderno» había que destacar a:

«Charles Moulinier y Franklin Martin²⁰, que introducen, en 1915, la estandarización, de la que se deriva la acreditación hospitalaria²¹; el informe Flexner²², de 1910, sobre estructuración de la formación médica; y la obra de Malcolm MacEachern²³, que crea la moderna concepción de la administración hospitalaria»²⁴.

Estos y otros criterios de gestión y organización, como los derivados de la aplicación fordista en el diseño de nuevos hospitales²⁵, no solo transformaron la manera de entender la institución hospitalaria, sino también de

-
17. Asenjo, Miguel Á. Una reforma hospitalaria radical y consensuada. Barcelona: Publicacions UB; 2017.
 18. Nadal, Juli. La construcción de un éxito. Así se hizo nuestra sanidad pública. Barcelona: La Lluvia; 2016.
 19. Sobre la biografía del médico Carles Soler-Durall, véase: Asenjo, Miguel Á. Dificil camino, espléndida realidad: el sistema MIR. Fem. 2018; 21 (2): 75-78.
 20. Kauffman, Christopher J. The Push for Standardization: The Origins of the Catholic Hospital Association, 1914-1920. Health Progress. 1990; 71 (1): 57-65.
 21. «La acreditación asegura que en un hospital se ejerce una medicina crítica y que su organización provee de transparencia, de un continuo en las responsabilidades y de garantías de estandarización y seguridad». Soler-Durall, Carles. Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de los médicos. Educ. Med. 2010; 13 (2): 71-75 (72).
 22. Flexner, Abraham. Medical Education in the United States. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation; 1910 [1972].
 23. MacEachern, Malcolm. Hospital organization and management. Chicago: Physicians Record Company; 1946.
 24. García-González, n. 12, p. 69.
 25. Fernández-Pérez, Paloma. The emergence of modern hospital management and organization in the world 1880s-1930s. Bradford: Emerald Publishing; 2021.

toda la cultura médica y *folk* norteamericana²⁶. Entre otras consecuencias, hay consenso en afirmar que la necesidad de acreditación hospitalaria que introdujo esta nueva mentalidad, cuyo objetivo era dar garantías a usuarios y empresas aseguradoras de la calidad y racionalidad de su oferta de servicios, tuvo efectos directos en el aumento de su capacidad de resolución clínica²⁷.

El advenimiento del moderno hospital norteamericano²⁸, cuyos inicios podemos datar a finales del siglo XIX y principios del XX, puso las bases de un modelo de medicina que ha perdurado hasta la actualidad²⁹. Además de la creciente complejidad de la ciencia médica y quirúrgica, cabe destacar otros factores que también contribuyeron a poner de manifiesto la necesidad de una nueva política hospitalaria. Por ejemplo, el surgimiento de una nueva conciencia colectiva que hizo de la salud un valor deseable y necesario o, también, el aumento de una población urbana, con unas condiciones de vida propias de la industrialización del primer tercio del siglo XX, que —en algunos países europeos— condujeron a la instauración de seguros obligatorios de enfermedad³⁰. No debemos olvidar que el movimiento hospitalario contemporáneo, más allá de lo acontecido en la institución hospitalaria norteamericana, fue extraordinariamente complejo y tuvo distintas velocidades según las características nacionales y de la propia historia médica, social, económica y política de los países «occidentales» desde el último tercio del siglo XIX y, sobre todo, durante la primera mitad del XX.

Para ilustrar el desfase de los hospitales españoles en relación con la evolución general del hospital en los países occidentales de referencia, el

26. Starr, Paul. *The social transformation of American medicine*. New York; Basic books: 1982.

27. Aragón, Ignasi. *La planificación hospitalaria*. Madrid: Ruan; 1974, p. 88-94.

28. Rosenberg, Charles E. *The care of the strangers. The rise America's hospital system*. New York: Basic Books; 1987; Risse, Guenter B. *Mending bodies, saving souls: A History of hospitals*. New York: Oxford University Press; 1999, p. 463-512.

29. «Dicho modelo se caracterizó por la introducción de las ciencias básicas biomédicas en el currículum médico, la necesidad de la investigación para el progreso médico, la fundamentación de la enseñanza médica sobre dicha investigación, la necesidad de especialización médica y la conversión del hospital en el centro en torno al cual giraba la investigación, la docencia y la asistencia médicas». Salmón, Fernando; García-Ballester, Luis; Arrizabalaga, Jon. *La Casa de Salud Valdecilla. La introducción del hospital contemporáneo en España: origen y antecedentes*. Santander: Universidad de Cantabria; 1990, p. 23.

30. Sobre el desarrollo y tendencias de los diferentes seguros de enfermedad, véase: Sigerist, Hery E. *De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social*. In: Lesky, Erna (comp.). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984, p. 187-210.

médico Ignasi Aragó³¹ ideó un gráfico —titulado «hospitalescope»—³² donde se podía observar como el dispositivo hospitalario español no había sido capaz de seguir la aceleración impuesta por el hospital moderno. Entre otros motivos, Aragó atribuía este retraso histórico a la desigual construcción del Estado del Bienestar³³, cuyo desarrollo obligó a que los poderes públicos fueran regulando y asumiendo los efectos colaterales que la introducción de la economía capitalista tuvo sobre la población³⁴. En España, la exigencia de dar respuesta a los riesgos cotidianos que desbordaban la capacidad de gestión de los grupos primarios —especialmente los derivados de los accidentes y de las enfermedades comunes de los trabajadores—³⁵, se dio de forma significativa en regiones industrializadas y con un gran crecimiento demográfico como Cataluña³⁶ o el País Vasco³⁷. En ambos territorios, estas demandas se tradujeron —ya durante la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del XX— en el mantenimiento de una red de hospitales comarcales³⁸ y en el desarrollo de un floreciente mercado médico que, para dar respuesta a las necesidades de atención surgidas por la creación de sociedades de socorro mutuo³⁹ y otros seguros particulares⁴⁰, favoreció la proliferación de centros de diagnóstico y de clínicas quirúrgicas privadas en las ciudades de gran y mediano tamaño⁴¹.

-
31. Sobre la biografía de Ignasi Aragó, véase: <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EMH>
 32. Aragó, Ignasi. La integración hospitalaria y sanitaria: ¿Cómo traducir la ciencia en asistencia? Barcelona: Imp. Altès; 1969, p. 25-33.
 33. González-Madrid, Damián; Ortiz, Manuel. El franquismo y la construcción del Estado de Bienestar en España: la protección social del Estado (1939-1986). Pasado y Memoria. Revista de Historia Contemporánea. 2018; 17: 361-388.
 34. Ewald, François. Histoire de l'Etat providence: les origines de la solidarité. Paris: Grasset; 1996.
 35. Castel, Robert. La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós; 1997.
 36. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya. Manresa: PAHCS; 2020.
 37. Pérez-Castroviejo, Pedro. La formación del sistema hospitalario vasco, administración y gestión económica 1800-1936. Transportes, Servicios y Telecomunicaciones. 2002; 3-4: 73-97.
 38. Aragó, Ignasi. Els hospitals a Catalunya. Barcelona: Imp. Altès; 1967.
 39. Maza, Elena. La horizontalidad de las solidaridades: El mutualismo español en la España contemporánea. Ayer. 1997; 25: 73-102.
 40. Pons-Pons, Jerònia; Vilar-Rodríguez, Margarita. El seguro de salud privado y público en España. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2014.
 41. Para el caso catalán, véase: Zarzoso, Alfons. Private surgery clinics in an open medical market: Barcelona, 1880s-1936. Journal of Evolutionary Studies in Business. 2021; 6 (1): 67-113. Un ejemplo concreto de este nuevo mercado médico privado puede verse en el texto de Pilar León en este monográfico.

Sin embargo, en muchas otras regiones del estado español —las menos industrializadas—, el dispositivo hospitalario vigente hasta el tardofranquismo estaba configurado principalmente por el hospital y manicomio provinciales tutelados por el Ministerio de la Gobernación⁴², los gobiernos civiles y las juntas de beneficencia y sanidad⁴³. Esta «provincialización», fruto de las leyes de Beneficencia de 1849 y de Sanidad de 1855⁴⁴, «concentró en las capitales de provincia la asistencia hospitalaria, alejándola de la población rural⁴⁵, y dejó la atención descentralizada en manos de médicos, practicantes, matronas y boticarios»⁴⁶. Este dispositivo hospitalario de base provincial, por falta de una reforma fiscal, nunca pudo ser sostenido por el Estado y éste se vio obligado a trasladar el problema a las diputaciones. Las corporaciones provinciales, también mal financiadas, no tuvieron más remedio que concertar los servicios hospitalarios con instituciones privadas o religiosas⁴⁷ que, por regla general, solo pudieron dispensar una atención asilar próxima a los parámetros de la «*domestic era of the old homelike hospital*»⁴⁸. En síntesis, la falta crónica de inversiones del Estado y del resto de administraciones públicas imposibilitó que la mayoría de los hospitales pudieran contratar el personal sanitario necesario, así como realizar las compras en tecnología médica y las reformas estructurales convenientes, para adaptarse a los presupuestos del hospital contemporáneo.

Estos motivos ayudan a entender por qué, en España, la preocupación por los problemas de ordenación hospitalaria surgió primero en regiones como Cataluña. Desde 1917⁴⁹ y hasta 1938, pueden documentarse las primeras

-
42. Sobre el papel de los hospitales provinciales y municipales, véase el texto de Margarita Vilar y Jerònia Pons en este monográfico.
 43. Carasa, Pedro. El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1985.
 44. Maza, Elena. Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936). Madrid: Ariel; 1999.
 45. Sobre la asistencia hospitalaria en las comunidades rurales, véase el texto de Daniel Lanero en este monográfico.
 46. Barceló-Prats; Comelles; Perdiguero-Gil, n. 15, p. 153.
 47. León, Pilar. La Iglesia católica en el sistema hospitalario español (1942-1986): continuidades, cambios, asociacionismo. In: Martínez-Pérez, José; Perdiguero-Gil, Enrique (eds.). Genealogías de la Reforma sanitaria en España. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2020, p.192-214.
 48. Sobre la evolución hospitalaria que implicó la transición desde la «*domestic era*» hasta la «*managerial era*», véase: Lynaugh. Joan E. From Respectable Domesticity to Medical Efficiency: The Changing Kansas City Hospital, 1875-1920. In: Long, Diana E.; Golden, Janet (eds.). The American General Hospital: Communities and Social Contexts. New York: Cornell University Press; 1989, 21-39.
 49. En 1917 la Mancomunidad de Cataluña encargó al médico Jacinto Reventós la que se considera la primera propuesta de regionalización de una región del Estado. Véase: Sabaté, Ferran.

propuestas teórico-prácticas de regionalización hospitalaria, cuya aplicación intentaba dividir el territorio en zonas homogéneas y, de esta forma, crear una red coordinada y «jerarquizada»⁵⁰ que enlazase y relacionase los hospitales unos con otros. La que tuvo más implicaciones prácticas, por influir en la redacción de la legislación sanitaria promulgada durante la *Generalitat republicana*⁵¹, fue la elaborada por el médico Enric Fernández Pellicer⁵². Siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Europea de Higiene Rural que tuvo lugar en Ginebra a mediados de 1931⁵³, esta propuesta clasificó y coordinó a los establecimientos hospitalarios catalanes en tres niveles de jerarquía: «los primarios o rurales de atención ambulatoria, los secundarios o comarcales y los terciarios o de ámbito regional»⁵⁴.

Sin embargo, el proyecto más ambicioso para implantar el hospital contemporáneo en España no tuvo lugar ni en las provincias catalanas ni en las vascongadas, sino en la de Santander. En 1928, bajo el liderazgo del médico Wenceslao López Albo y con el mecenazgo de Ramón Pelayo —marqués de Valdecilla—, la Casa de Salud Valdecilla (CSV) se diseñó para llevar a cabo en su seno las cuatro funciones características del moderno hospital: asistencia, docencia médica, investigación científica y acción social preventiva de la comunidad en la que se ubicaba el establecimiento⁵⁵. Pese a su importancia como experiencia fundacional en la introducción del hospital contemporáneo en España, la indefinición del modelo económico elegido para regir la CSV y otros obstáculos de índole ideológica pusieron fin a este proyecto a mediados de 1930.

Public health in Catalonia between 1885 and 1939. *Catalan Historical Review*. 2017; 10: 43-57 (51).

50. El término «jerarquización» referido a la regionalización hospitalaria no debe confundirse con la «jerarquización» relacionada con la organización de los servicios clínicos dentro de un hospital. «La jerarquización de que se trata (...) implica una ordenación escalonada y, también, coordinada horizontalmente de los servicios médicos y quirúrgicos de todos los hospitales de una red». Aragón, n. 27, p. 83.
51. Peláez, Manuel J. La Conselleria de Sanitat i Assistència social de la Generalitat Republicana a través de la Ley de Bases de 5 de abril de 1934 y de la Ley de Coordinación y Control Sanitarios Públicos de 26 de junio de ese año. *Revista de Política Social*. 1982; 134: 73-86.
52. Fernández-Pellicer, Enric. Ordenació hospitalària a Catalunya, solucions pràctiques. *Annals de Medicina*. 1932; 7 (26): 387-408.
53. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Conferencia Europea de Higiene Rural. *Pan American Journal of Public Health*. 1932; 11 (3): 246-261. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10471>
54. Pardell, Hélios. Estudio de la dotación hospitalaria española. Barcelona: UAB; 1973, p. 107.
55. Sobre la CSV, véase: Salmón; García-Ballester; Arrizabalaga, n. 29.

En cualquier caso, durante el primer tercio del siglo XX, no existió ningún tipo de proyecto —a nivel estatal— destinado a modernizar y reordenar el conjunto del sistema hospitalario español. Los escasos intentos mencionados en este apartado deben acotarse a casos muy particulares y contextualizados en regiones urbanas o industrializadas. Todos ellos se vieron truncados por las repercusiones de la guerra civil española. Del mismo modo, el inicio del franquismo —por razones relacionadas con intereses contradictorios de las diferentes facciones que le daban apoyo⁵⁶, así como por la debilidad económica del «Nuevo Estado»— pospuso las necesarias reformas en materia hospitalaria durante más de dos décadas.

Durante el primer franquismo, pues, la crisis del sistema hospitalario tampoco se revirtió con la puesta en marcha, en 1944, del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)⁵⁷. En sus inicios, el SOE adoptó el funcionamiento de una mutua de Estado para trabajadores asalariados y, al contrario de los seguros públicos de enfermedad de otros países —cuyos servicios se planificaron en base a los hospitales existentes—, optó por construir su propia red de hospitales⁵⁸. Debido a la ausencia de una financiación regular y cuantiosa, la construcción de esta red fue extremadamente lenta y su consolidación se demoró varias décadas. Ello implicó que el SOE tuviera que continuar con la concertación de camas con los hospitales de beneficencia, mutualidades laborales u otras entidades colaboradoras⁵⁹. Tal y como se desprende de la tabla 1, hasta que no se desarrolló el articulado de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, cuya aplicación se demoró a 1966, el porcentaje de camas de los hospitales de la Seguridad Social (SS) no empezó a ser significativo respecto del total. Así, pues, durante las dos primeras décadas de funcionamiento del SOE, el número de camas del «Seguro» siempre fue muy modesto y solamente alcanzó más del 20% del total de camas hospitalarias españolas a mediados de los setenta.

56. Los sectores católicos, militares y monárquicos afines al régimen se quedaron con la DGS que, integrada dentro del Ministerio de la Gobernación, controlaba —entre otras— las instituciones de beneficencia provincial y local. Mientras, la Falange Española Tradicionalista y de las JONS, mediante el Ministerio del Trabajo y el INP, diseñó y monopolizó el SOE.

57. Solé-Sabarís, Felip. Apunte crítico del funcionamiento de la Seguridad Social en España. In: Hatzfeld, Henri (ed.). *La crisis de la medicina liberal*. Barcelona: Ariel; 1965, p. 197-221.

58. Sobre el diseño inicial de la red hospitalaria del SOE, véase: De la Quintana, Primitivo; Espinosa, Joaquín. *Seguro de Enfermedad. Estudio para un plan de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: INP; 1944.

59. Pons-Pons, Jerònia. El Seguro Obligatorio de Enfermedad y la gestión de las entidades colaboradoras (1942-1963). *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*. 2010; 4: 227-248.

Tabla 1
Distribución de las camas hospitalarias españolas en 1949, 1964, 1969 y 1974,
según su pertenencia a hospitales del «Seguro» o a otros organismos

<i>DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS DE HOSPITAL (1949) (1)</i>		
Camas hospitalarias del INP	1.356	1,1%
Camas del resto de hospitales	125.987	98,9%
TOTAL, camas hospitalarias en España	127.343	100%
<i>DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS DE HOSPITAL (1963) (2)</i>		
Camas hospitalarias de la SS	11.939	8,6%
Camas del resto de hospitales	127.454	91,4%
TOTAL, camas hospitalarias en España	139.393	100%
<i>DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS DE HOSPITAL (1969) (2)</i>		
Camas hospitalarias de la SS	25.807	16,7%
Camas del resto de hospitales	128.422	83,3%
TOTAL, camas hospitalarias en España	154.229	100%
<i>DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS DE HOSPITAL (1974) (3)</i>		
Camas hospitalarias de la SS	36.333	21,3%
Camas del resto de hospitales	134.100	78,7%
TOTAL, camas hospitalarias en España	170.433	100%

Fuentes: (1) Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia. El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del franquismo. In: Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (eds). Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Madrid: Marcial Pons; 2018, p. 193-194. (2) Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo. Barcelona: ADHB; 1972, p. 57. (3) Soler-Durall, Carles. La planificación de la salud pública en su vertiente hospitalaria. Jano. 1978; 306: 11-19 (12).

Por otro lado, a pesar de tener una fisonomía arquitectónica y funcional similar a la del hospital norteamericano⁶⁰, los hospitales del SOE no cumplieron, hasta mediados de los años sesenta, con los requisitos mínimos para

60. De la Cámara, Juan P. Fisonomía y vida del Hospital Americano. Estampas de un viaje de estudio. Madrid: INP; 1948.

ser etiquetados bajo el concepto de hospital «moderno». Su organización se parecía más a la de una policlínica privada que a la de un hospital general, con una oferta asistencial que básicamente solo cubría los servicios de cirugía y maternidad. Además, inicialmente, en estos establecimientos no se practicaba ningún tipo de docencia médica.

Sin embargo, lo más relevante era que sus servicios no se ofrecían al conjunto de la población, sino solamente a los afiliados al SOE⁶¹. En este sentido, hay que recordar que hasta principios de los años setenta la SS no alcanzó una cobertura significativa —esto es, de más del 60%— de la población española (tablas 2 y 3). A partir de entonces, el incremento de la población protegida por la SS fue espectacular y a mediados de la misma década ya superaba el 80%.

Tabla 2
Desglose de cifras y porcentajes de población protegida por la Seguridad Social a fecha 31/12/1970

<i>POBLACIÓN BAJO REGIMEN DE LA SS (datos 31/12/1970)</i>		
Asegurados en el Régimen general	6.665.943	31,6%
Beneficiarios (1,63 x asegurado)	10.865.436	51,5%
TOTAL	17.531.379	83,1%
Asegurados en el Régimen agrario ⁶²	1.031.067	4,9%
Beneficiarios (2,27 x asegurado)	2.536.087	12%
TOTAL	3.567.154	16,9%
TOTAL, con derecho a Asistencia Sanitaria	21.098.533	100%

Fuente: Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo. Barcelona: ADHB; 1972, p. 57.

61. Ortiz, José. Hacia una reordenación de la Sanidad Pública española: el problema hospitalario. *Revista de Administración Pública*. 1966; 50: 151-180.

62. Legalmente, la mayor parte de la población española —la agraria— no pudo afiliarse al SOE hasta 1958. Véase: Lanero, Daniel. Los otros marginados del bienestar. *La Previsión Social en la Galicia rural bajo el franquismo (1940-1966)*. In Capuzzo, Paolo; Giorgi, Chiara (eds.). *Centro e periferia come categorie storiografiche. Esperienze di ricerca in Italia, Spagna e Portogallo*. Roma: Carocci; 2009, p. 189-209.

Tabla 3
Porcentaje de población protegida por la Seguridad Social respecto del total a finales de 1970 y 1974

<i>Datos a fecha 31/12/1970 (1)</i>		
Población protegida por la SS	21.098.533	63,4%
Población no protegida	12.191.638	36,6%
TOTAL, población española	33.290.171	100%
<i>Datos a fecha 31/12/1974 (2)</i>		
Población protegida por la SS	28.236.000	80,2%
Población no protegida	6.964.000	19,8%
TOTAL, población española	35.200.000	100%

Fuentes: (1) Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo. Barcelona: ADHB; 1972, p. 57. (2) Soler-Durall, Carles. La planificación de la salud pública en su vertiente hospitalaria. Jano. 1978; 306: 11-19 (12).

Cuando cruzamos estos porcentajes con el número de camas hospitalarias existentes en España se puede observar como la situación del sistema hospitalario del país en su conjunto y, en particular, la del «Seguro» continuaba siendo crítica durante el tardofranquismo. En 1974, por ejemplo, la SS cubría a un 80,2% de la población española (28.236.000 personas protegidas) y, sin embargo, solo disponía de poco más del 20% de las camas hospitalarias del país (36.333 camas), dando un índice de camas de la SS por cada 1.000 de sus afiliados de sólo 1,2. Para el mismo año, este índice no mejoraba mucho cuando se calculaba para el conjunto del país (170.433 camas para 35.200.000 habitantes), puesto que su resultado —4,84 camas para cada 1.000 españoles— situaba a España en la cola de los países europeos (tabla 5). Del mismo modo, la evolución en el tiempo de este índice refleja la cronicidad del problema hospitalario durante todo el franquismo (tabla 4).

Finalmente, la progresiva construcción de los hospitales del SOE y más tarde de la SS, conocidos como «residencias sanitarias», fue agravando aún más la coexistencia descoordinada y no jerarquizada de las redes hospitalarias existentes, puesto que las nuevas «residencias» se construyeron frecuentemente donde ya había los antiguos hospitales provinciales. En definitiva, la complejidad de gestionar racionalmente unas instituciones que dependían de una gran diversidad de administraciones acabó dando lugar a discrimina-

Tabla 4
Evolución del índice de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes en España

<i>Año</i>	<i>Número de camas totales</i>	<i>Índice por 1.000 hab.</i>
1949 (1)	127.343	4,43
1963 (2)	139.393	4,44
1970 (2)	154.512	4,64
1974 (3)	170.433	4,84

Fuentes: (1) Serigó, Adolfo; Porras, Pedro. La planificación de la asistencia hospitalaria en España. Madrid: PANAP; 1966, p. 16-17; (2) Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo. Barcelona: ADHB; 1972, p. 14. (3) Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Necesidades sanitarias y recursos asistenciales. Madrid: INS; 1979, p. 243.

Tabla 5
Clasificación de los países europeos de la OMS según el índice de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes (año 1973)

<i>País</i>	<i>Índice de camas × 1.000 hab.</i>	<i>País</i>	<i>Índice de camas × 1.000 hab.</i>
Suecia	14,8	Noruega	9,2
Islandia	14,3	Dinamarca	9,1
Escocia	12,1	Francia	8,9
Finlandia	11,9	Rumania	8,2
Irlanda del Norte	11,7	Bélgica	8
Luxemburgo	11,6	Hungría	7,9
Suiza	11,3	Polonia y Bulgaria	7,6
Alemania del Este	11,2	Irlanda	6,6
Alemania del Oeste	11,1	Grecia	6,1
Austria	10,9	Albania	6
Italia	10,5	Portugal	5,8
Malta	10,3	Yugoslavia	5,5
Checoslovaquia	10,2	Países Bajos	5,2
Inglaterra y Gales	9,4	España	4,8

Fuente: Valtueña, José Antonio. La asistencia hospitalaria y la OMS. Tribuna Médica. 1974; 549: 6, a partir de los datos publicados en: World Health. Statistics Annual. Geneva: OMS; 1973.

ciones entre la ciudadanía por el aumento de las desigualdades de acceso a los servicios hospitalarios⁶³. Para ilustrar esta compleja realidad, en la tabla 6 se resume la distribución de camas hospitalarias españolas, en 1964, según el organismo al que perteneciesen.

Tabla 6
Distribución de las camas hospitalarias españolas en 1963 (*)

<i>Organismo</i>	<i>Camas</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>TOTAL</i>
Seguridad Social	11.939	8,6%	Sector público 88.767 camas (63,7%)
Ministerio Gobernación (DGS y organismos autónomos)	22.271	16%	
Ministerio Educación y Ciencia (hospitales clínicos)	5.000	3,6%	
Diputaciones provinciales	40.456	29%	
Municipios	6.967	5%	
Obra Sindical «18 de Julio» (Secretaría Gral. Movimiento)	2.134	1,5%	
Sector privado			
Cruz Roja	1.822	1,3%	50.626 camas (36,3%)
Iglesia	17.006	12,2%	
Particular	31.668	22,7%	
Extranjeros	130	0,1%	
TOTAL, camas hospitalarias de España	139.393	100%	100%

(*) Censo de Hospitales de 1964 (datos noviembre de 1963). No se han incluido las 14.367 camas de los hospitales militares.

Fuente: Serigó, Adolfo; Porras, Pedro. La planificación de la asistencia hospitalaria en España. Madrid: PANAP; 1966, p. 21-22.

63. En 1966, el dispositivo hospitalario público se distribuía entre los siguientes ministerios: el de la Presidencia del Gobierno controlaba los hospitales especiales; el de la Gobernación los hospitales de la Beneficencia; el del Trabajo las «residencias sanitarias», el de Educación y Ciencia los hospitales clínicos, el de Justicia los hospitales penitenciarios y, finalmente, los hospitales militares los gestionaban hasta tres Ministerios distintos (el del Aire, el de la Marina y el del Ejército). Véase: Baltar, Ramón. Desventura y riesgo de los hospitales españoles. Triunfo. 1971; 476: 10-16 (11-12).

En síntesis, la situación podía calificarse de patológica, como si los hospitales españoles hasta bien entrada la década de los sesenta fueran una especie de «células corcovadas, esclerosadas y escasas»⁶⁴. Por eso, la comparación entre el informe del consultor de la OMS Fraser Brockington, de 1967, con uno similar realizado por Charles Bailey, en 1926, «produce una sensación de intemporalidad. Los grandes problemas estructurales y profesionales de la Sanidad española continuaban siendo incólumes: pluralidad de competencias entre administraciones diferentes, escasez de personal en contacto directo con la población y [entre muchos otros] centralismo exagerado»⁶⁵.

3. Las bases de la reforma hospitalaria en España: regionalización y jerarquización

En España, desde mediados de los años cincuenta, las propuestas de reforma hospitalaria lideradas por el ya mencionado Aragón y su grupo multidisciplinar de estudiosos son claves para entender la política hospitalaria adoptada por el Estado hasta finales de los años setenta⁶⁶. En su conjunto, estas iniciativas giraron alrededor del concepto de hospital «dinámico»⁶⁷ y abierto a toda la comunidad, presentándolo como el centro de operaciones para toda una red de servicios sociales y de salud coordinada desde el mismo hospital, pero que superaba sus límites⁶⁸. Sin duda alguna, esta formulación sentó las bases de un hospitalocentrismo que, en parte, ya se recogió en la Ley de Hospitales de 1962⁶⁹.

64. Aragón, n. 38, p. 11.

65. Rodríguez-Ocaña, Esteban; Ballester, Rosa. El Informe del consultor de la OMS Fraser Brockington de 1967 en el contexto del reformismo sanitario franquista. *Dynamis*. 2019; 39 (2): 477-496 (494).

66. Estas propuestas fueron publicadas en la revista *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia*. Véase: León, Pilar; Sarrasqueta, Pilar. Caracterización de los tipos de hospitales a través del análisis de la revista *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia* (1955-1968). In: Zarzoso, Alfons; Arrizabalaga, Jon (eds.). *Al servicio de la salud humana: la historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: SEHM; 2017, p. 137-142.

67. Martínez-González, Manuel et al. El concepto de hospital dinámico y pauta de calificación. *Estudios de Hospitales y Beneficencia*. 1959; 4: 7-17.

68. Bravo, Alfredo L. El hospital moderno como servicio de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1967; mayo: 383-386.

69. Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales (BOE 175 de 23 de julio). Véase: Ortiz, n. 61, p. 151-180; Serigó, Adolfo; Porras, Pedro. *La planificación de la asistencia hospitalaria en España*. Madrid: PANAP; 1966.

La definición de hospital contemporáneo quedó establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1973, como «un establecimiento con personal médico organizado, con instalaciones permanentes que incluyen camas para pacientes internos, y con servicios médicos que incluyen atención por médicos y cuidados continuos de enfermería, para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los pacientes»⁷⁰. Sin embargo, otra definición —más amplia y detallada— fue la que, anteriormente, había realizado el ya citado Soler Durall:

«El hospital es una institución promovida y gestionada, sin ánimo de lucro, por el esfuerzo organizado de la comunidad, quien provee la debida administración para prestar una asistencia médico-sanitaria curativa, preventiva y rehabilitadora en régimen de internado o ambulatorio. Ello lo hace mediante una instalación adecuadamente diseñada o acondicionada⁷¹; una concentración de medios personales y materiales; la facilitación de la comunicación; la constancia documental continua y actualizada de todas las incidencias del paciente y su enfermedad⁷²; la asistencia profesional continua y el ejercicio de una medicina crítica. Además, debe de tener en cuenta el paciente como persona, así como a su contexto social y a la necesidad de atenderlo singular e individualmente, para conseguir su plena restitución física, mental y social. Finalmente, conseguido un nivel asistencial adecuado, el hospital debe ser también centro de formación y perfeccionamiento del personal médico y hospitalario de sus diversas clases y debe asumir la responsabilidad de desarrollar programas de investigación»⁷³.

Partiendo de estas premisas, la planificación hospitalaria española de los años sesenta y setenta giró en torno a dos elementos de reforma: la

70. Aragó, n. 27, p. 59.

71. La arquitectura hospitalaria empezó a ser trascendental para organizar los servicios hospitalarios. Véase: Pérez-Sheriff, María. Arquitectura hospitalaria. In: Ministerio de la Gobernación. Temas de Dirección Hospitalaria. Madrid: DGS; 1975, p. 227-301. Sobre la arquitectura de las «residencias» sanitarias, véase: Pieltaín, Alberto. Los hospitales de Franco: la versión autóctona de una arquitectura moderna. Universidad Politécnica de Madrid; 2003.

72. Para ejercer un control integrado de gestión en el hospital fue muy importante la introducción de la informática o «cibernética», tal y como ésta se conocía en los sesenta. Así se demuestra en estudios de historia empresarial realizados al sector bancario, cuyos resultados han puesto de manifiesto la eficiencia de estas tecnologías en los procedimientos diarios. Véase: Maixé-Altés, Joan Carles. La opción tecnológica de las cajas de ahorro españolas antes de Internet, circa 1950-1995. Investigaciones de Historia Económica. 2013; 9 (3): 175-186.

73. Soler-Durall, Carles. Divagaciones en torno a la medicina, el médico y el hospital, en el dintel de una nueva etapa. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. 1968; mayo-junio: 190-192 (191).

«regionalización»⁷⁴ —para intentar dividir el país en zonas homogéneas creando una red de hospitales coordinada y escalonada— y la «jerarquización» —consistente en reorganizar a nivel interno los servicios clínicos de un hospital—. Aunque el primer elemento ya se ha abordado recientemente en otro lugar⁷⁵, sí señalaremos que por regionalización se entiende «un mecanismo complejo de descentralización técnica y administrativa que comprende el establecimiento de niveles de atención que van desde el centro primario de salud de la comunidad hasta el hospital general y los policlínicos de especialidades»⁷⁶. En síntesis, la regionalización implicaba la organización y el funcionamiento coordinado de todos los servicios de salud tanto en zonas rurales como en las urbanas. Sin embargo, durante el tardofranquismo este concepto solo se aplicó a los hospitales, dejando fuera de esta coordinación al resto de servicios de salud. En España, su implementación legal tuvo lugar con la entrada en vigor del Decreto 575/1966, de 3 marzo, sobre el Catálogo de hospitales y regionalización hospitalaria⁷⁷, que distribuyó el territorio nacional en once «regiones» hospitalarias (figura 1).

Por cuestiones de espacio no podemos profundizar más en la regionalización. Sí nos centraremos, en cambio, en lo que denominaremos «jerarquización intrahospitalaria», cuyo desarrollo se fue discutiendo paralelamente a los debates sobre la regionalización. Debe entenderse como el establecimiento de una jerarquía, coordinada de forma piramidal y en equipos, entre los diferentes servicios clínicos especializados de un hospital, cuya dirección autónoma por médicos quedaba supeditada a la supervisión de un consejo de administración y de una gerencia⁷⁸. A nivel médico, de más a menos gra-

74. Ortiz, José; Soler-Durall, Carles. La regionalización hospitalaria. 4 vols. Madrid: Fundación Juan March; 1965.

75. Barceló-Prats; Comelles; Perdiguero-Gil, n. 15.

76. Bravo, Alfredo L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1974; 77 (3): 231-246 (231).

77. El primer territorio del Estado donde la regionalización tuvo efectos prácticos fue Asturias. Véase: Artigas, José; Asenjo, Miguel Á. Plan de regionalización hospitalaria asturiana. Estudios sobre Hospitales. 1971; 48: 17-39. El plan asturiano se inspiró en el elaborado anteriormente para Cataluña y Baleares. Véase: Aragón, Ignasi et al. Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares. 5.ª región hospitalaria española. Barcelona: Caja de Ahorros de la Diputación de Barcelona; 1969.

78. La actual estructura, organización y funcionamiento que rige los hospitales españoles de la Seguridad Social quedó regulada por el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril (BOE 91 de 16 de abril).

Figura 1
Regionalización hospitalaria en España (1966)



Fuente: Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona. (1972) *Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo Económico y Social*. Barcelona: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, p. 138.

dación, el nuevo organigrama quedó configurado por jefes de departamento (figura ya extinguida), jefes de servicio, jefes clínicos o de sección, médicos adjuntos y residentes. A partir de entonces, la distribución de los servicios médicos hospitalarios se empezó a englobar en tres grandes departamentos: medicina, cirugía y servicios complementarios, tales como laboratorios, transfusiones, farmacia, radiología, radioterapia o medicina nuclear. Ello acabaría ocasionando, entre otras muchas modificaciones, la independencia de las especialidades quirúrgicas con respecto de la cirugía general y el inicio de la formación médica especializada mediante el programa MIR⁷⁹. También conllevó cambios en las condiciones laborales de los médicos contratados.

79. La formación MIR no se generalizó en los hospitales de la SS hasta 1971 (Orden de 28 de julio de 1971, BOE 185 de 4 de agosto) y no fue hasta 1984 cuando, definitivamente, se consolidó

En España, la primera «jerarquización» de un hospital no tuvo lugar en un establecimiento de la SS, sino como ya se ha comentado en el HGA. Promovida por José López Muñiz, tras ser nombrado presidente de la Diputación de Asturias, la jerarquización del HGA fue ideada y ejecutada por Carles Soler-Durall, entre 1958 y 1966. *Grosso modo*, Soler-Durall estableció una estructura con tres potentes departamentos (figura 2): el administrativo, el de enfermería y asuntos sociales y el de medicina y especialidades, este último «con sus 33 servicios jerarquizados ocupados por médicos con dedicación exclusiva y que recibían todo tipo de pacientes sin limitación alguna»⁸⁰.

Además, tal y como ya se ha comentado, Soler Durall puso en funcionamiento un nuevo sistema de docencia para postgraduados según el modelo norteamericano del internado y de la residencia⁸¹. Esta nueva fórmula docente, actualmente desarrollada en los diferentes programas de Formación Sanitaria Especializada (FSE)⁸², «tuvo un más que notorio impacto en el mundo hospitalario español, tanto por la innovación que puso en práctica como por el contraste con el rígido modelo universitario de los hospitales clínicos organizado en base a las cátedras»⁸³.

El nuevo modelo de hospital «jerarquizado» y «docente» llamó la atención, entre otros, de dos médicos que a finales de los años cuarenta habían coincidido trabajando en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid: José María Segovia de Arana y Diego Figuera Aymerich⁸⁴. Ambos personajes, después de visitar el HGA y de asesorarse sobre su organización con Soler-Durall,

como única vía legal de especialización mediante el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero (BOE 26 de 31 de enero).

80. Asenjo, n. 17, p. 110.

81. Allué, Xavier. Las influencias internacionales en la formación de los médicos españoles en la segunda mitad del siglo XX. La implantación del sistema MIR en España. In: Porras, M. Isabel et al. (eds.). Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica. Ciudad Real: SEHM; 2011, p. 335-341.

82. Actualmente, en España, existen 47 especialidades médicas, cuya residencia es de entre 4 y 5 años en función de la escogida.

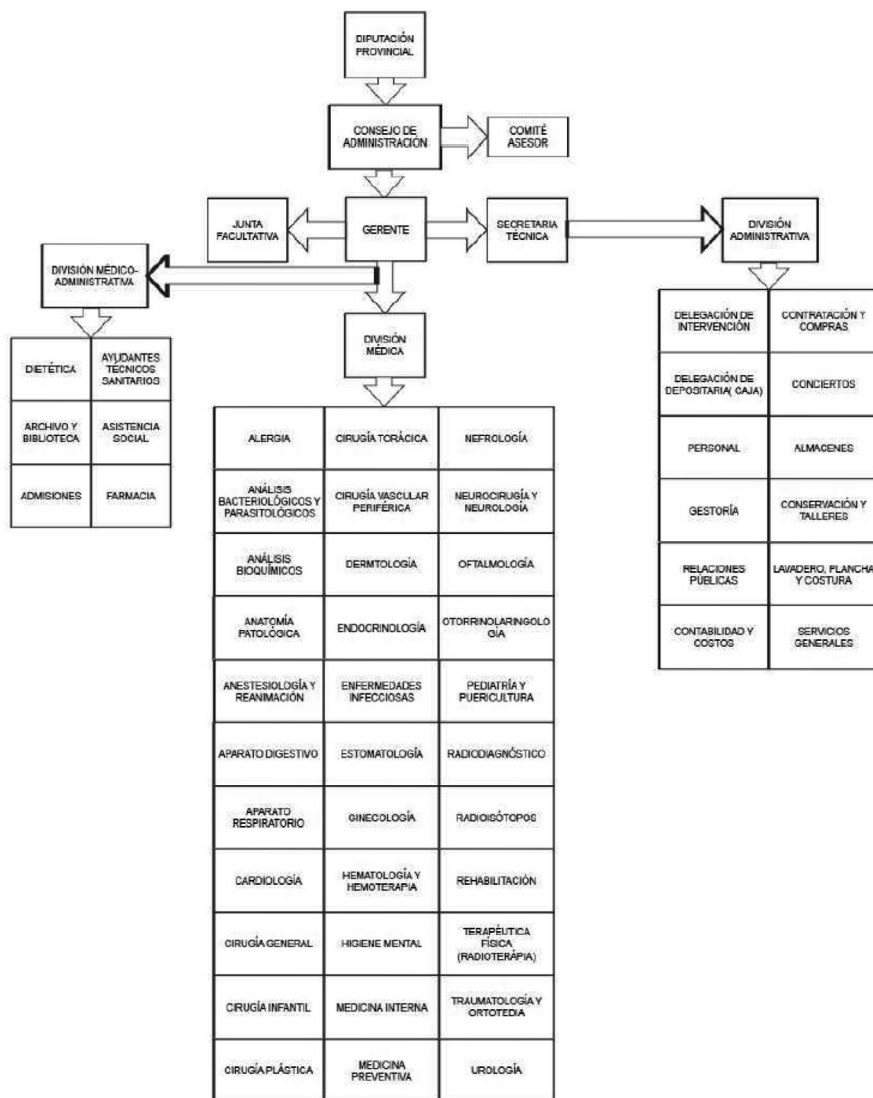
Disponible en: <https://fse.msccbs.gob.es/fseweb/view/public/fse/programasFSE/duracionProgramas.xhtml>

83. Fernández-Sabaté, Alfons. Monogràfic Prof. Fernández Sabaté. Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. 2017; 4: 6-48 (19).

84. Las biografías de José María Segovia de Arana y Diego Figuera Aymerich están disponibles en: <https://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero/97-excmo-sr-d-jose-maria-segovia-de-arana.html>

<https://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-anteriores/931-1985-figuera-aymerich-diego.html>

Figura 2
Organigrama del Hospital General de Asturias (1965)



Fuente: Diputación Provincial de Oviedo (1965) *Hospital General de Asturias*. Oviedo: Gráficas Baraza, p. 14.

trasladaron sus más que positivas valoraciones a José Martínez Estrada, uno de los grandes planificadores de la SS. Este triplete inició la reforma de los hospitales del «Seguro», cuya prueba piloto se realizó, en 1964, en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid. Así, pues, este hospital del INP ya abrió sus puertas con una estructura, organización y funcionamiento jerarquizados y sus resultados fueron claves para introducir «en la red de hospitales del Seguro de Enfermedad, que hasta entonces solo tenía «residencias» quirúrgicas atendidas por equipos cambiantes, todas las características de los más avanzados centros internacionales: dirección con intereses médicos antes que económicos, junta facultativa, autocontrol de la calidad apoyado en la anatomía patológica y sesiones generales de clínica y clínico-patológica todas las semanas»⁸⁵. La siguiente «residencia» en aplicar estos criterios fue La Paz de Madrid en 1965 y, con idéntico criterio, en los años siguientes se realizaron las reformas en la Francisco Franco de Barcelona, La Fe de Valencia o la Virgen del Rocío de Sevilla, cuya suma agrupada de nuevos centros especializados dio lugar al nacimiento del concepto de «Ciudad Sanitaria».

De forma desordenada, hecho que por ejemplo provocó ciertos desequilibrios entre los hospitales de la SS y los hospitales clínicos⁸⁶, esta nueva organización jerárquica se iría desplegando en el resto del dispositivo hospitalario español. Por ejemplo, después de su experiencia asturiana, Soler-Durall fue contratado, en 1966, como Director General del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, donde llevó a cabo la segunda gran jerarquización de un hospital no perteneciente a la SS⁸⁷.

Esta nueva realidad organizativa y funcional, en un momento en que se estaba iniciando la sectorización de la asistencia que conllevaría que el enfermo —independientemente de cuál fuera su hospital de referencia— pudiera decidir a qué lugar acudir, exigió el desarrollo de unos criterios de acreditación en los hospitales para ofrecer un mínimo de garantías, a empresas aseguradoras y usuarios, de la calidad y racionalidad de su oferta

85. Anaya, A. La Clínica Puerta del Hierro en la Medicina y en la Patología españolas: luces y sombras de sus 40 años. *Rev. Esp. Patol.* 2004; 37 (2): 219-228 (219).

86. Sobre la evolución de los hospitales clínicos universitarios, véase el texto de Víctor Núñez-García en este monográfico.

87. Bohigas, Lluís. La modernització de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1060-1980). *Gimbernat.* 2020; 73: 153-167.

de servicios. La acreditación hospitalaria⁸⁸, pues, pasó a ser un requisito fundamental y muy deseado. Para su obtención:

«[...] lo primero fue establecer cuáles serían los derechos de los enfermos que ingresaran en el Hospital. Luego, determinar los objetivos cuantitativos y cualitativos, tanto en consultas externas como en hospitalización y en Urgencias. Seguidamente, enumerar las especialidades que se ofrecerían y que resultaban fundamentales para conseguir los objetivos cualitativos. A continuación, calcular el tiempo necesario para atender correctamente a cada enfermo según el lugar de atención, la especialidad responsable, la ocupación y la estancia media esperada. Y, finalmente, estipular el tanto por ciento del tiempo que cada médico debía dedicar para docencia e investigación»⁸⁹.

Con las premisas descritas, el control del gasto público sanitario pasó a formar parte de todos los análisis realizados para reformar la sanidad en los debates previos al proceso de descentralización de la sanidad española. Ello planteó la necesidad de gestionar de la forma más eficiente posible los recursos hospitalarios, puesto que éstos ya absorbían a principios de los setenta casi la mitad del dinero dedicado a la sanidad. En 1970, por ejemplo, los presupuestos generales de España ascendieron a 309.758 millones de pesetas, dedicando solo 5.784 millones —lo que representaba un 1,87% del total— a la partida de sanidad. De estos casi seis mil millones, 2.731 millones —esto es, un 47%— se invirtieron en «Hospitales, clínicas y centros médicos»⁹⁰.

Así, pues, los profesionales sanitarios, además de la función fundamental de curar y cuidar enfermos y de mantener la salud de la población, tuvieron que asumir «una nueva visión de conjunto, más social, de servicio público, en el entendimiento de que manejan y gestionan fondos públicos y éstos, en todos los países, son escasos»⁹¹. Para ello, fue necesario introducir y desarrollar lo que en EE.UU. ya hacía tiempo que era una especialidad médica conocida bajo la denominación de *Physician Executive*⁹². El concepto de

88. En España la certificación de acreditaciones hospitalarias estuvo a cargo de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, creada por el Decreto 2162/1962 de 5 de noviembre (BOE 215 de 7 de septiembre).

89. Asenjo, n. 17, p. 125.

90. Pardell, Hélios. El problema hospitalario. Barcelona: UAB; 1971, p. 26.

91. Temes, n. 1, p. 42.

92. Fue en 1934 cuando la Escuela de Chicago empezó a enseñar Organización y Administración Hospitalaria. En España, a pesar de que el I Curso Oficial de Dirección y Administración Hospitalaria se desarrolló a mediados de 1965, no fue hasta la publicación del Decreto 2614/1970 cuando

«calidad asistencial», pues, dejó paso al concepto de «calidad global» y, por consiguiente, el hospital «diagnóstico-terapéutico» incorporó los matices de hospital «eficiente» u «hospital-empresa».

Dentro de un contexto donde la mayoría de las propuestas para reformar la sanidad coincidieron en la necesidad de poner en marcha un servicio nacional de salud, con cobertura universal y financiado con los presupuestos generales del Estado⁹³, se terminó configurando una política sanitaria que apostó por una mayor igualdad en la distribución de la atención hospitalaria a la población. Ello implicó, teniendo en cuenta que durante la primera mitad de la década de los setenta España continuaba teniendo el peor índice de camas de hospital por cada 1.000 habitantes de los países europeos (tabla 5), realizar un despliegue muy acusado de la red hospitalaria española que, en parte, solo fue posible tras la reforma fiscal de 1977⁹⁴, momento a partir del cual fueron posibles más inversiones, y sobre todo con la llegada, en 1987, de los fondos FEDER.

Puesto que requiere una atención pormenorizada, no podemos ya abordar aquí cómo continuó un proceso de reforma que derivó hacia la descentralización sanitaria con la puesta en marcha de las transferencias a las Comunidades Autónomas y su engarce con la Ley General de Sanidad de 1986.

4. Conclusiones

Durante los años sesenta y setenta del siglo pasado, España vivió una transformación hospitalaria radical. Las primeras jerarquizaciones de hospitales, como las realizadas en el General de Asturias o la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, implicaron dejar atrás definitivamente el hospital benéfico y avanzar hacia el diagnóstico-terapéutico. Sin embargo, éste no fue el único cambio que sufrió el sistema hospitalario español durante ese período. Para modernizar el conjunto del dispositivo fue necesario la introducción de

se creó la Escuela de Dirección y Administración Hospitalaria adscrita a la Escuela Nacional de Sanidad.

93. Perdiguero-Gil, Enrique; Comelles, Josep M. The roots of the health reform in Spain. In: Abreu, Laurinda (dir.). Health care and government policy. Évora: Publicações do Cidehus; 2019. Disponible en: <https://books.openedition.org/cidehus/8271>

94. Gandarias, Edurne. La política de la reforma fiscal: De la dictadura a la democracia. Universidad de Deusto; 1999.

profundos cambios organizativos que, fruto del desarrollo de las técnicas de gestión en el campo hospitalario, terminaron por hacer emerger un nuevo concepto de hospital —el hospital-empresa— basado en criterios de funcionalidad y eficiencia económica. En su conjunto, supuso un cambio de paradigma que implicó pasar de lo que se podría llamar la medicina del desarrollismo científico a la medicina de la gestión.

A la luz del análisis de los debates sobre modernización hospitalaria, resulta evidente que la regionalización y la jerarquización hospitalarias fueron elementos básicos de la reforma sanitaria en España. Tales elementos ubicaron el hospital en la cúspide del sistema lo que, desde una perspectiva histórica, ayuda a entender la subalternidad de la atención primaria y las actividades preventivas y comunitarias, incluida la educación sanitaria, algo que no ha facilitado la desaparición de desigualdades en salud. Tras las transferencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, el sistema sanitario ha mantenido, con matices, un modelo hospitalocéntrico, a pesar de la retórica sobre servicios centrados en la salud y no en la enfermedad. Ciertamente, el despliegue de la Atención Primaria ha mejorado la calidad y cercanía del primer punto de contacto con el sistema, pero no es menos cierto señalar que el significado del hospital sigue siendo central en las culturas de la salud que comparten tanto los profesionales sanitarios como la población. Por eso, la hegemonía del hospital es un elemento de análisis que, junto con otros, debe ser tenido en cuenta en los actuales debates sobre el sector salud.

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a Josep M. Comelles, Paloma Fernández, Enrique Perdiguero, Jerònia Pons, Margarita Vilar y Alfons Zarzoso por su apoyo en el desarrollo de esta investigación. ■

