

El papel de hospitales municipales y provinciales en España desde una perspectiva histórica

Margarita Vilar-Rodríguez (*) y Jerònia Pons-Pons ()**

(*) orcid.org/0000-0001-9082-2734. Universidad de A Coruña, mviar@udc.es

(**) orcid.org/0000-0003-0491-7038. Universidad de Sevilla, jpons@us.es

Dynamis

[0211-9536] 2021; 41 (1): 79-110

<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.22458>

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2020

Fecha de aceptación: 19 de febrero de 2021

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—La configuración decimonónica hospitalaria en torno a municipios y diputaciones hasta la Guerra civil española. 3.—La supervivencia de hospitales provinciales y municipales ante el lento avance del Estado (1939-1975). 4.—La lenta transición hacia un sistema hospitalario coordinado (1978-2005). 5. —Conclusiones.

RESUMEN: Los hospitales municipales y provinciales representaron un papel clave en la configuración histórica del sistema hospitalario en España hasta la segunda mitad del siglo XX. Su papel estratégico en la beneficencia del siglo XIX para la cobertura de los pobres se modificó con el avance y la configuración del hospital moderno ubicado en nuevos edificios y técnicas de gestión, con una estructura interna jerarquizada y avances en ámbito diagnóstico-terapéutico para la cobertura de cada vez más porcentaje de población. Partiendo de esta idea, este trabajo se centra en el estudio histórico de las infraestructuras hospitalarias públicas vinculadas a los municipios y diputaciones en España con dos objetivos. De un lado, trata de analizar cómo se configuraron, qué servicios prestaron y cómo afrontaron su financiación hasta la dictadura de Franco. De otro, aborda los efectos que tuvo la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), en 1944, y la construcción de su propia red de hospitales, conocidos como residencias sanitarias, en el funcionamiento y supervivencia de estas viejas infraestructuras municipales y provinciales. Finalmente se analiza su práctica desaparición tras la cesión de las competencias sanitarias en la transición democrática.

Palabras clave: hospitales, municipios, diputaciones, España, sanidad, siglos XIX y XX.

KEYWORDS: hospitals, municipalities, provincial councils, Spain, healthcare, 19th and 20th centuries.

1. Introducción (*)

Antes de la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), en 1944, y la construcción de su propia red de hospitales, conocidos como residencias sanitarias, instituciones públicas como los municipios y las diputaciones, junto con otras privadas de tipo benéfico, representaron un papel clave en el desarrollo de infraestructuras hospitalarias en España¹. Estas instituciones fueron una de las pocas vías posibles de atención hospitalaria para un importante porcentaje de población, sobre todo para las familias trabajadoras y con escasos recursos². En esta línea, una parte de la historiografía internacional reciente plantea que el acceso a la atención hospitalaria, al margen de los hospitales voluntarios (conocidos como benéficos particulares en España), dependió en buena medida de las prioridades políticas de los gobiernos locales³. En el caso español cabría incluir la particularidad de los gobiernos provinciales, denominados diputaciones, instituciones no asimilables a otros países del entorno⁴. Las diputaciones provinciales son hijas directas de la Constitución de 1812, de la revolución liberal que puso fin al Antiguo Régimen a comienzos del siglo XIX y que conllevó un

(*) Este trabajo 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. Una perspectiva general sobre el papel de los hospitales urbanos en la asistencia a los pobres del Occidente latino durante los siglos bajomedievales y modernos en Arrizabalaga, Jon. Asistencia, caridad y nueva ética de la responsabilidad colectiva ante la salud y la pobreza en el espacio urbano occidental del Antiguo Régimen. En: Huguet-Termes, Teresa; Verdés-Pijuan, Pere; Arrizabalaga, Jon y Sánchez-Martínez, Manuel, eds. Ciudad y Hospital en el Occidente Europeo (1300-1700). Lleida: Milenio; 2014, p. 27-48. Sobre los hospitales y sus efectos en las comunidades próximas, véase Bonfield, Christopher; Reinartz, Jonathan; Huguet-Termes, Teresa. Hospitals and Communities 1100-1960. Oxford: Peter Lang; 2013.
2. Véase el caso de Inglaterra y Gales en Sheard, Sally. The roots of regionalism: municipal medicine from the Local Government Board to the Dawson Report. En: Lucey, Donnacha S.; Crossman, Virginia. Healthcare in Ireland and Britain 1850-1970. Voluntary, regional and comparative perspective. London: University of London Press; 2014.
3. Cherry, Steven. Before the National Health Service: Financing the Voluntary Hospitals, 1900-1939. Economic History Review. 1997; 50: 305-326; Gorsky, Martin; Mohan, John; Powell, Martin. The financial health of voluntary hospitals in interwar Britain. Economic History Review. 2002; 55: 533-557. Hay que matizar que la sociedad civil británica estaba más vertebrada en esa época, disponía de una mejor estructura económica y de movimientos como el «sanitary movement».
4. Para este aspecto, véase Carasa, Pedro. El Sistema Hospitalario Español en el Siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual. Valladolid: Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca; 1985.

nuevo régimen político-administrativo, con una organización burocrática y centralizada, implantando lo que se denomina el Estado liberal⁵. Pueden ser consideradas como los órganos de gobierno de las provincias y su labor consiste en administrar sus intereses y asegurar la prestación integral y adecuada de los servicios públicos de competencia municipal en todo el territorio de la provincia.

En Europa, este proceso vino determinado en gran medida por el momento histórico en que los gobiernos centrales estuvieron dispuestos a aceptar la responsabilidad de la atención médica de la mayor parte de población mediante servicios públicos o mediante la regulación de seguros de salud. Mientras este paso no se produjo, los fondos municipales destinados a la cobertura médica se ocuparon de atender de manera precaria a las familias con menos recursos. Al mismo tiempo, algunos trabajadores experimentaron fórmulas de cobertura solidaria a través de las sociedades de socorros mutuos, a la vez que las clases medias y altas acudían de manera prioritaria a la medicina privada⁶. La intervención de los Estados en materia sanitaria no produjo cambios radicales en este escenario. En algunos casos, la promulgación de seguros de salud se inició por fórmulas de carácter voluntario o de afiliación limitada a un pequeño porcentaje de población. La falta de universalidad y prestaciones suficientes por parte de los incipientes seguros estatales en algunos países, dentro de un marco en el que aumentaban los costes hospitalarios por el avance en los diagnósticos y la medicalización, presionaron al alza los gastos a sufragar por las instituciones hospitalarias municipales⁷.

-
5. Véase reseña histórica en https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/SedesElectronicas-y-Webs-Publicas/websPublicas/WP_EELL/WP_Diputaciones.html (consultado el 11 de abril de 2020).
 6. En el caso de Escocia, encontramos un intento temprano de creación de un sistema integrado de hospitales en la ciudad de Aberdeen, entre las instituciones municipales y los hospitales clínicos y voluntarios, antes de la creación del National Health Service, véase Gorsky, Martín. «Threshold of a New Era»: The development of an integrated hospital system in Northeast Scotland, 1900. *Social History of Medicine*. 2004; 17 (2): 247-267. Tampoco podemos olvidar los sistemas de seguros empresariales, sobre todo de algunas empresas de grandes dimensiones, aunque con un alcance minoritario en la mayoría de países, véase Herranz, Alfonso. La difusión internacional de los seguros sociales antes de 1945. En: Pons, Jerònia; Silvestre, Javier, eds. *Los orígenes del estado de bienestar en España, 1900-1945*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2010, p. 51-83.
 7. En el caso de los Países Bajos, la prestación real de estos servicios a menudo estaba en manos de organizaciones privadas, pero las autoridades municipales pagaron la mayor parte de los costos, ya sea mediante pago directo o mediante subsidios, Van der Velden, Henk. *The Duch*

Como consecuencia, en el proceso histórico de ampliación de la cobertura, los gobiernos provinciales y locales, y sobre todo estos últimos como principales responsables de la población clasificada como pobre, abrieron sus servicios a pacientes de pago, que contribuían a sufragar este incremento de costes⁸. A este respecto, el desarrollo de fórmulas de pago por estancia, en especial para los marineros y soldados enfermos a cargo del Estado, puede observarse en España en los hospitales civiles de plazas fuertes desde mediados del siglo XVI⁹. En paralelo, en algunos países, ampliaron sus servicios a la atención de las urgencias quirúrgicas y traumatológicas en las grandes ciudades, la medicina general y la salud pública de forma gratuita (vacunación, atención maternal e infantil)¹⁰. En general, ambos, municipios y diputaciones, extendieron en la medida de sus limitadas posibilidades financieras y de gestión la cobertura curativa y preventiva ante la ausencia o insuficiencia de la intervención estatal¹¹. En el caso de España, la extensión de los servicios de hospitales y centros de atención sanitaria de diputaciones y municipios se prolongó hasta la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, desde la década de 1970, este tipo de hospitales, herederos de la atención hospitalaria benéfica del siglo XIX, se pusieron en cuestionamiento (no solo en España) y empezaron a cerrar sus puertas en gran parte por el estrés presupuestario que

Health services before compulsory health insurance, 1900-1941. *Social History of Medicine*. 1996; 9 (1): 49-68.

8. Sobre la red local hospitalaria en Cataluña, véase Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna. *Asclepio*. 2016; 68 (1): 127-143.
9. Comelles, Josep M. Locuras, excesos y manías en la Cataluña moderna (1769-1834). En: Brigidi, Serena; Comelles, Josep M., eds. *Locuras, culturas e historia*. Tarragona: PURV; 2014. Disponible en: <http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/view/13>.
10. Para el caso inglés contamos con estudios que analizan hasta qué punto la oportunidad de acceder a un tratamiento hospitalario dependía de la residencia antes de la creación del NHS, por ejemplo, Mohan, John. *Voluntarism, municipalism and welfare: The geography of hospital utilization in England in 1938*. *Transactions of the Institute of British Geographers*. 2003; 28 (1): 56-74. En el caso español, este proceso puede observarse en la Barcelona del primer tercio del siglo XX, caso estudiado en Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia. *The historical roots of the creation of the Catalan private-public hospital model: c. 1870-1935*. *Journal of Evolutionary Studies in Business*. 2021; 6 (1): 30-66.
11. Un estudio detallado sobre las numerosas iniciativas municipales en Barona, Josep Lluís; Micó, Juan A. *Salut i Malaltia als municipis Valencians*. Valencia: Trobades; 1996. Dentro de este libro cabe destacar especialmente el capítulo de Navarro Pérez, Jorge. *La organización de los servicios de higiene municipal (1881-1931)*, p. 167-182. En este capítulo se analiza la creación y desarrollo de los servicios asistenciales (casa de socorro, Instituto policlínico, de Puericultura y Oncológico) y los servicios preventivos desarrollados por el Instituto de Higiene.

sufrían las instituciones de las que dependían y ante el avance en cobertura y prestaciones de los sistemas estatales de cobertura sanitaria¹².

Este trabajo se centra en el estudio histórico de las infraestructuras hospitalarias públicas vinculadas a los municipios y diputaciones en España con dos objetivos. De un lado, trata de analizar qué servicios prestaron y cómo afrontaron su financiación. De otro, aborda los efectos que tuvo la intervención legislativa del Estado en la cobertura sanitaria a través del SOE y su red de residencias sanitarias en estas infraestructuras hasta su desaparición, integración o transformación en la red hospitalaria actual. Para la investigación a largo plazo se ha contado con las estadísticas y catálogos de hospitales que permiten cuantificar el número, camas y función de los centros hospitalarios de propiedad de las instituciones locales y provinciales. Esta información se ha complementado con documentación y bibliografía que permiten detallar de forma cualitativa los procesos de cambio, seleccionando básicamente los casos de las provincias y ciudades más pobladas (Madrid, Barcelona, Sevilla, Bilbao y Valencia), pero incorporando a su vez casos de hospitales de municipios o provincias más pequeños que permitían ilustrar procesos más específicos.

2. La configuración decimonónica hospitalaria en torno a municipios y diputaciones hasta la Guerra civil española

El punto de partida de la crisis del dispositivo hospitalario antiguo en España se puede fechar en la desamortización de Godoy en 1798¹³. Este proceso supuso «el primer ataque frontal del Estado en contra de las instituciones de asistencia y acción social», cuya principal finalidad se centró en obtener recursos para afrontar los crecientes y asfixiantes pagos de la deuda pública acumulada¹⁴. Con este objetivo se impulsó la enajenación —en subasta

12. El estrés fiscal de grandes municipios como New York y Filadelfia en la década de 1970 provocó el debate sobre la viabilidad de los hospitales municipales, véase Craig, John; Koleda, Michael. The urban fiscal crisis in the United States, National Health Insurance, and municipal hospitals. *International Journal of Health Services*. 1978. 8 (2): 322-349.

13. Herr, Richard. España y la Revolución del siglo XVIII. Madrid: Aguilar; 1971, p. 327-333.

14. Para esta parte, Maza, Elena. Crisis y desamortización a principios del siglo XIX. Su reflejo y significado en la asistencia social vallisoletana. *Investigaciones históricas, Época moderna y contemporánea*. 1983; 4: 185-246.

pública— de «todos los Bienes Raíces pertenecientes a Hospitales, Hospicios, Casas de Misericordia, de reclusión y de Expósitos, Cofradías, Memorias y Obras Pías y Patronatos de legos»¹⁵. A mediados del siglo XIX, el Estado Liberal, inmerso en pleno desmantelamiento de las instituciones benéficas, asistenciales y sanitarias del Antiguo Régimen derivado del mencionado proceso de desamortizaciones, impulsó una reestructuración del sistema benéfico. El Estado descargó esta responsabilidad hacia otras instituciones de menor entidad sin asumir apenas compromisos financieros y de gestión. De este modo estableció un nuevo sistema administrativo y financiero cuyas bases descansaban sobre los débiles presupuestos y la supervisión de los municipios y diputaciones¹⁶. En conjunto, esta asistencia social residual se manifestó claramente insuficiente a pesar de las interacciones entre las diputaciones y municipios basadas en infraestructuras hospitalarias arcaicas, médicos titulares desbordados y cuerpos de beneficencia insuficientes¹⁷. Todo ello en un marco donde en ocasiones no existía una frontera clara entre la asistencia sanitaria y el control social dentro de estas opciones asistenciales.

Entre todas las medidas adoptadas cabe destacar el requisito de establecer en cada provincia, según el Reglamento General de Beneficencia en 1822/1836, una Casa de Maternidad y Expósitos, una Casa de Socorro

-
15. Maza, n. 14, p. 233. Este proceso tuvo unos efectos desoladores para el mapa hospitalario, aunque no afectó a todos los territorios por igual. Así, por ejemplo, el impacto fue mucho mayor para los hospitales castellanos que para los catalanes, véase Carasa, Pedro. *Crisis del Antiguo Régimen y Acción Social en Castilla*. Valladolid: Junta de Castilla y León; 1988, p. 141. Las razones de estas diferencias parecen estar en su idiosincrasia jurídica, como señalan Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: cambios y resistencias. En: 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: 83-138.
 16. Sobre la configuración de este modelo, véase Archivo de la Diputación de Alicante. Estudio de la documentación de Beneficencia; 2017. Enlace: <http://www.archivo.diputacionalicante.es/descargas/BENEFICENCIA.pdf> (consultado el 11 de noviembre de 2017). Para esta parte, véase Esteban de Vega, Mariano. *La asistencia liberal española: beneficencia pública y previsión particular*. *Historia Social*. 1992; 13: 123-128; Maza, Elena. *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1939)*. Barcelona: Ariel; 1999. Más información sobre estos establecimientos y su regulación en Marín de la Barcena, Antonio. *Apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de beneficencia y previsión*. Madrid: Rivadeneyra; 1909.
 17. Aspectos clave del sistema de beneficencia de finales del siglo XIX en una de las principales ciudades de España, Valencia, puede verse en Díez Rodríguez, Fernando. *La sociedad desasistida. El sistema benéfico asistencial en la Valencia del siglo XIX*. València: Diputació de València; 1993. Una desasistencia provocada según el autor tanto por la propia debilidad y carencias del sistema, como en lo tardío y limitado de las medidas que introdujeron para ampliarlo.

y Misericordia y un Hospital público¹⁸. El origen de los ingresos de estos establecimientos procedía históricamente de los censos consignados, censos particulares y rentas de fincas propiedad de cada institución heredados durante siglos. Sin embargo, estas propiedades fueron vendidas en función de las leyes de desamortización por lo que sus rentas tradicionales disminuyeron. En consecuencia, fueron sustituidas de manera progresiva, a partir de 1861, por los intereses satisfechos por la Hacienda derivados de la deuda pública en equivalencia de los bienes enajenados y censos redimidos (tabla 1).

Tabla 1
Distribución de los ingresos obtenidos por el Hospital General de las Islas Baleares 1841-1877 (en porcentaje)

<i>Conceptos</i>	<i>1841</i>	<i>1851</i>	<i>1861</i>	<i>1871</i>	<i>1876-77</i>
1. Censos consignados (1)	22,75	8,65	0	0	0
2. Censos a cargo de particulares	24,92	41,73	22,04	11,81	0,47
3. Renta de fincas	8,29	14,79	14,07	7,80	1,09
4. Productos especiales del Teatro	9,04	9,17	21,91	9,35	4,56
5. Diezmos	5,68	0	0	0	0
6. Laudemios	0,01	1,11	1,89	0,24	0
7. Acciones del Banco Español, réditos	1,95	3,49	13,42	2,87	0
8. Títulos de la Deuda pública	0	0	0	1,70	0
9. Intereses Hacienda nacional (bienes desamortización) (2)	0	0	10,62	52,62	92,86
10. Limosnas, legados y otras mandas piadosas	2,48	9,94	5,10	10,63	0,41
11. Especiales limosnas de la Sangre	0,31	0	0	0	0
12. Productos de la Botica	0	0	1,80	0	0
13. Venta de inmuebles por el Establecimiento	20,73	0	0	0	0

18. Reglamento general de beneficencia pública / decretado por las Cortes Extraordinarias en 27 de diciembre de 1821, y sancionado por S. M. Se puede consultar en la Biblioteca Virtual de Patrimonio Bibliográfico, enlace: <https://bvpb.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=398366>.

<i>Conceptos</i>	<i>1841</i>	<i>1851</i>	<i>1861</i>	<i>1871</i>	<i>1876-77</i>
14. Reintegro de estancias y otros varios ingresos	3,78	11,08	9,10	2,93	0,58
Total	100	100	100	100	100

- (1) Censos sobre los caudales públicos que se llamaron consignados.
- (2) Intereses satisfechos por la hacienda nacional, de capitales o inscripciones de la deuda pública intransferibles, en equivalencia de los bienes enajenados y censos redimidos a tenor de las leyes de desamortización.

Fuente: Urech y Cifre, Casimiro. Memoria. Hospital General de las Islas Baleares. Palma; 1878, p. 41.

De esta forma, durante gran parte del siglo XIX y hasta la Guerra civil, municipios y diputaciones, en base a lo heredado del Antiguo Régimen y lo nuevo construido, subvencionaron con sus exiguos presupuestos buena parte de las instituciones públicas sanitarias de su entorno, básicamente hospitales, casas de maternidad, casas de socorro, manicomios e instituciones de huérfanos. Toda esta infraestructura se centró principalmente en atender a la población clasificada (y estigmatizada) como pobre. Las insuficientes partidas asignadas por las diputaciones se completaron con donativos caritativos de grandes benefactores y con las recaudaciones obtenidas de rifas y entradas de espectáculos como, por ejemplo, corridas de toros, a beneficio de estos centros¹⁹.

De todas las instituciones comentadas, los hospitales provinciales y las casas de socorro, estas últimas potenciadas por los municipios, resultaron claves para la atención sanitaria de la mayoría de la población. En las grandes ciudades, las diputaciones y los ayuntamientos empezaron a reorganizar estas instituciones de beneficencia desde mediados del siglo XIX, lo que se tradujo en algunos casos en la renovación de antiguos edificios e instalaciones heredadas de siglos anteriores. En las dos ciudades más pobladas de España, Madrid y Barcelona, se iniciaron diversos procesos en este sentido.

En el caso de Madrid, la diputación tomó a su cargo a partir de la Revolución de 1868 el Hospicio de Madrid y Colegio de Desamparados y el Hospital

19. Algún ejemplo en Rendueles Llanos, Estanislao. Memoria acerca del Hospital de Caridad de la Villa de Gijón, desde su fundación hasta el día. Gijón; 1965; Vilar-Rodríguez Margarita; Pons-Pons, Jerònia. The long shadow of charity in the Spanish hospital system, c. 1870-1942. Social History. 2019; 44 (3): 317-342.

Provincial de Madrid/Hospital Médico-Quirúrgico²⁰. En paralelo centralizó los ingresos y los gastos de dichos establecimientos, donde destacaban entre las principales partidas las limosnas y obras de caridad. A este patrimonio hospitalario se incorporaron más tarde otras instituciones. El Hospital Provincial de Madrid mantuvo en el siglo XIX un papel relevante en la atención de enfermedades infecto-contagiosas como, por ejemplo, la viruela²¹. A partir de 1868 inició la construcción de dependencias nuevas y el derribo de parte del antiguo edificio. Durante 1874 fueron atendidos 13.465, supervisados por los médicos de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, que ocupaban parte de su espacio (dos salas de doscientas camas), y atendidos por las Hermanas de la Caridad. Los presupuestos eran deficitarios en la mayoría de ejercicios, según las memorias contemporáneas. Los escasos recursos se veían más mermados porque las mencionadas Clínicas de la Facultad de Medicina absorbían parte de su presupuesto (que en teoría debería ir a costa del presupuesto del Estado)²².

Por su parte, el hospital más importante de Barcelona, el Hospital de la Santa Cruz, estaba gestionado por la Junta Provincial de la Beneficencia, al amparo de la diputación, en las primeras décadas del siglo XIX. Una Orden de 15 de septiembre de 1853 declaró este establecimiento público y provincial. Sin embargo, durante las décadas siguientes, los patronos administradores del hospital lucharon para su conversión en un hospital benéfico particular con el fin de impedir una operación desamortizadora respecto a sus bienes. Finalmente, la Dirección General de Beneficencia, Sanidad y Establecimientos Penitenciarios revocó esta declaración el 18 de junio de 1874 y convirtió el Hospital de la Santa Cruz en un establecimiento benéfico particular²³. Cabe mencionar otros dos ejemplos de hospitales de referencia de origen privado que posteriormente se vincularon a sus respectivas diputaciones o fueron impulsados por ellas. Nos referimos a la Casa de Salud de Valdecilla en San-

-
20. Fondos Documentales de la Diputación Provincial de Madrid. Unidad de Descripción Archivo Regional de la Comunidad de Madrid. Marzo 2015, p. 22.
 21. Informe presentado al Decano de la Sección de Medicina del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Provincial de Madrid por los Profesores encargados de la asistencia de las salas de Variolosos del Hospital General, Madrid, 1868.
 22. Memoria del Hospital Provincial de Madrid, Madrid, 1975.
 23. *Gazeta de Madrid*, núm. 51, 20 Feb 1876, p. 429. Sobre el papel de este hospital véase Arrizabalaga, Jon. *Hospitals, historia i medicina, l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona*. En: *VVAA. Actes de la VIII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, Institut d'Estudis Catalans. Barcelona; 2006, p. 203-209.

tander²⁴ y al Hospital General de Asturias en Oviedo²⁵, ambos hospitales de referencia en el siglo XX en el proceso de implantación del hospital moderno en España y en el desarrollo del sistema MIR. La Casa de Salud de Valdecilla, financiada en gran parte por el Marqués de Valdecilla, consiguió por Real Orden de abril de 1928 que se le reconociera el carácter benéfico particular y en octubre de ese mismo año se le otorgó la exención del impuesto sobre personas jurídicas²⁶. Esta situación se prolongó en el tiempo hasta 1953 cuando, por Decreto de 10 de diciembre, se cedieron sus bienes, instalaciones y servicios a la Diputación Provincial de Santander debido a la incapacidad de la Fundación por afrontar los gastos²⁷.

En realidad, el mapa y labor a estudiar en todas las diputaciones provinciales resulta muy diverso, según su tamaño, capacidad financiera y voluntad política para atender necesidades de la población. Los gobiernos de las diputaciones durante el siglo XIX debieron luchar con escasos recursos contra la degradación de los edificios y el coste del tratamiento de enfermos pobres. Además, tuvieron que enfrentarse con otros problemas como compartir espacios con los hospitales clínicos en algunas provincias. En algunos casos, pudieron impulsar proyectos de reforma de instalaciones, en otros tuvieron que alquilar camas o firmar acuerdos de colaboración con otras instituciones públicas y privadas. Así, en la década de 1870, la Diputación Provincial de Valencia realizó un proyecto de reforma de su hospital ante su pésimo estado²⁸. Las obras fueron insuficientes, lastradas por la falta de financiación y nuevos proyectos de reforma se estudiaron durante décadas. Hubo que esperar hasta la posguerra civil española para que las obras dieran inicio y no finalizaron hasta 1962²⁹. Algunas diputaciones con

24. Salmón Muñiz, Fernando; García Ballester, Luis; Arrizabalaga, Jon. La Casa de Salud Valdecilla, origen y antecedentes, la introducción del hospital contemporáneo en España. Santander: Universidad de Cantabria; 1990.

25. García González, José. La implantación del hospital moderno en España, el Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible. Oviedo: Ediciones Nobel; 2011. Tutosaus, Juan David; Morán, Jesús; Pérez-Iglesias, Fernando. Historia de la formación sanitaria en España y sus claves docentes. Educación Médica. 2018; 19 (4): 229-234.

26. Gaceta de Madrid, núm. 300, 26 Oct 1928, p. 574-575.

27. BOE, núm. 350, 16 Dic 1953, p. 7413.

28. Memoria descriptiva acerca de las obras de reparación del Hospital Provincial de Valencia y del ex Convento de Santa María de Jesús. Valencia, 26 de octubre de 1870 [Manuscrito]. por el arquitecto provincial, Manuel Sorní y Grau, Biblioteca Nacional de España, MSS/12299.

29. Información procedente de: https://chguv.san.gva.es/documents/10184/81656/Breve_historia_Hospital_General.pdf/3f6c55bb-d4a3-4713-b015-5e009a590b60 (consultado en marzo de 2020).

mayor capacidad financiera invirtieron en edificios de nueva construcción a finales del XIX. Este fue el caso de Álava, donde decidió construir en 1899 un asilo provincial en el término de Zumaquera (Vitoria), bautizado con el nombre de Santa María de las Nieves, e inaugurado en 1907. En los años siguientes se siguieron aprobando presupuestos extraordinarios para ampliar el edificio con nuevos pabellones, dada la insuficiencia de la obra inicial acometida³⁰.

Además de hospitales y asilos, las diputaciones tuvieron la responsabilidad de crear casas de socorro, según la Ley de Beneficencia de 1822, en un marco en el que se consideraba la pobreza y la enfermedad como cuestiones morales antes que sociales. Sin embargo, las casas de socorro³¹ consiguieron un impulso mayor de la mano de los ayuntamientos con quienes transformaron su objetivo inicial de atención a pobres por el de la provisión sanitaria urgente. Las primeras de estas instituciones se fundaron al amparo de la Ley de Beneficencia de 1849. En su Reglamento de aplicación, aprobado en 1852, se señalaba la responsabilidad de los municipios de atender a los pobres en sus dolencias³². Aquí se centraba su principal objetivo, como establecimientos destinados a prestar los primeros auxilios a las víctimas de accidentes casuales o laborales, ante la distancia que les podía separar de un hospital o ante la dificultad de encontrar un médico que le atendiera con rapidez. Entendemos que no eran hospitales en sí mismos, pero sí realizaron una función clave y similar, pues muchas contaban con quirófanos y camas, además de médicos especialistas. Las casas de socorro se financiaban principalmente con fondos municipales con el objeto de prestar primeros auxilios en caso de accidentes en sitios públicos o las urgencias en los propios domicilios, además de socorrer en primera instancia a niños desamparados en la calle, así como la vacunación de niños y adultos. Estaban gobernadas por una Junta Benéfica, donde había representación del ayuntamiento y de otros poderes locales. Su gestión recaía por lo general en un concejal del ayuntamiento, en ocasiones denominado inspector, y los encargados de atender sus servicios eran los

30. Acta de la Sesión de la Diputación Provincial de Álava de 3 de agosto de 1899. Archivo del Territorio Histórico de Álava, ATHA-DAH-ADL-018-033, p. 355-360.

31. Sobre las casas de socorro en la ciudad de Barcelona, véase Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, n. 10.

32. La Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849 se publicó en la Gaceta de Madrid, núm. 5398, 24 Jun 1849 y, por Real Decreto de 14 de mayo de 1852, se aprobó su Reglamento, que fue publicado en la Gaceta de Madrid, núm. 6537, 16 de May 1852.

facultativos que organizaban las guardias permanentes³³. Se financiaban con fuentes mixtas: de un lado, los escasos recursos procedentes de las partidas benéficas de los presupuestos municipales, de otro, las limosnas y rifas de origen particular. Como ya se comentó, en todos estos establecimientos los servicios eran gratuitos para los pobres registrados en los censos municipales y de pago para el resto de personas, consideradas acomodadas. Las casas de socorro, al no ser considerados como hospitales, quedan al margen de nuestro estudio, aunque merecerían un análisis amplio.

Lo cierto es que, de entre los centros de beneficencia heredados desde mediados del siglo XIX, los hospitales provinciales cedidos y, más tarde, los nuevos construidos o modernizados por las diputaciones se convirtieron en el centro de la atención hospitalaria pública. Estas instituciones consolidaron su papel con el tiempo y ampliaron la cobertura de la población, en muchas provincias casi en solitario. A pesar de que la fuente no especifica que se trate exclusivamente de datos de hospitales provinciales (es más, podría incluir también centros benéficos particulares), la tabla 2 revela el incremento de la atención de los enfermos de los hospitales benéficos en las capitales de provincia. Los datos facilitados por 60 hospitales en 1915 indican un total de 111.419 pacientes atendidos frente a los 167.115 enfermos atendidos por los 94 hospitales que facilitaron esa información en 1930. A pesar del progreso, el porcentaje de la población atendida seguía siendo escaso. Esta labor hospitalaria se complementó con la incorporación de nuevos servicios asistenciales que suponían un menor coste que el tratamiento hospitalario como, por ejemplo, los dispensarios donde se atendían enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, tracoma (levante español) y se luchaba contra la mortalidad infantil³⁴.

33. Reglamento para la Casa de Socorro de Alicante aprobado por el Excmo. Ayuntamiento de esta ciudad en sesión celebrada en octubre de 1884, Alicante, Imprenta de Antonio Seva, 1884. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

34. Todas las capitales de provincia de España disponían en la década de 1920 de una red de dispensarios organizada en torno a los institutos provinciales de higiene y bajo la dirección técnica de un inspector provincial de higiene. Barona Vilar, Carmen. Las políticas de la salud. La Sanidad Valenciana entre 1855 y 1936. Valencia: PUV; 2011.

Tabla 2
Enfermos en los Hospitales Benéficos de las Capitales de Provincia

<i>Capital de Provincia</i>	<i>1915</i>		<i>1930</i>	
	<i>Núm. hospitales</i>	<i>Total enfermos</i>	<i>Núm. hospitales</i>	<i>Total enfermos</i>
Albacete	1	646	1	734
Alicante	1	727	1	1.407
Almería	0	0	1	1.248
Ávila	0	0	1	790
Badajoz	1	1.560	1	3.406
Barcelona (*)	4	10.977	5	18.981
Bilbao	1	5.234	2	9.025
Burgos	2	522	2	468
Cáceres	1	1.264	1	1.258
Cádiz	1	2.216	1	1.090
Castellón	1	2.070	1	1.487
Ciudad Real	1	1.709	1	2.943
Córdoba	2	3.307	2	5.505
Coruña (La)	1	447	3	2.590
Cuenca	1	263	1	454
Gerona	1	1.350	1	1.283
Granada	1	5.621	1	7.517
Guadalajara	1	1.174	1	569
Huelva	1	2.213	1	2.252
Huesca	1	693	1	1.063
Jaén	0	0	2	4.933
León	1	1.447	1	1.039
Lérida	1	673	1	673
Logroño	1	1.208	2	1.498
Lugo	1	393	1	677
Madrid	8	23.154	16	25.707
Málaga	1	4.413	2	8.167
Murcia	0	0	1	2.302

<i>Capital de Provincia</i>	<i>1915</i>		<i>1930</i>	
	<i>Núm. hospitales</i>	<i>Total enfermos</i>	<i>Núm. hospitales</i>	<i>Total enfermos</i>
Orense	1	551	1	1.251
Oviedo	1	3.981	1	4.043
Palencia	1	781	1	683
P. Mallorca	1	1.910	2	2.032
Palmas (Las)	0	0	2	893
Pamplona	0	0	2	2.670
Pontevedra	1	989	1	2.218
Salamanca	1	871	2	1.005
San Sebastián	1	1.818	1	6.466
S. Cruz Tener.	1	498	3	2.442
Santander	1	2.354	3	3.340
Segovia	3	215	1	351
Sevilla	1	8.843	3	10.631
Soria	1	358	1	589
Tarragona	1	211	1	519
Teruel	2	485	2	605
Toledo	2	1.436	3	1.452
Valencia	1	6.223	1	6.618
Valladolid	2	2.256	2	2.331
Vitoria	0	0	2	1.082
Zamora	1	924	1	1.358
Zaragoza	1	3.434	3	5.470
Total	60	111.419	94	167.115

(*) El dato de número de hospitales de Barcelona es de 1916. Los datos de enfermos sí son de 1915. Fuente: Anuario Estadístico de España (AEE), 1915 y 1930.

Los municipios, por su parte, desarrollaron en paralelo su labor asistencial a partir de la herencia recibida, a la que se sumaron otras instalaciones desde mediados del siglo XIX y sobre todo en las primeras décadas del siglo XX. Se trataba de establecimientos de urgencias, maternales y psiquiátricos

que permitían extender la asistencia más allá de los pobres censados y que incorporaban nuevas funciones tales como las campañas de vacunación en los niños. Una de las ciudades en la que se produjo una mayor intensificación y modernización de la atención sanitaria fue Barcelona. Aun así, los gastos municipales en beneficencia solo representaban entre el 3 y el 5% de los gastos totales entre 1903 y 1913³⁵. Con estos exiguos presupuestos no solo atendía los centros de su propiedad, sino que también subvencionaba más de cuarenta instituciones de todo tipo³⁶. Dentro de la partida de gastos, el mayor porcentaje se destinaba en este apartado al cuerpo médico municipal³⁷. En 1903 Barcelona ya contaba con trece Dispensarios Médicos Municipales y un Botiquín de Socorro³⁸. La principal labor del Cuerpo Médico Municipal se realizaba a través de la asistencia domiciliaria a los enfermos.

Un paso importante en la cobertura sanitaria del Ayuntamiento de Barcelona fue la creación del Hospital Municipal de Infecciosos en 1914, a partir de 1939 rebautizado Hospital de Nuestra Señora del Mar, y el Hospital de los Incurables en 1924, hoy Hospital de Nuestra Señora de la Esperanza. El primero se fundó con el objeto de luchar contra una epidemia de tifus sobre uno de los lazaretos existentes en la ciudad³⁹. El segundo nació en dos pabellones de madera anexos al Hospital Municipal de Infecciosos con capacidad para ochenta enfermos. En 1928 pasó a llamarse Hospital de Nuestra Señora de la Esperanza y amplió su atención a incurables y enfermos sociales. En 1933 se construyeron edificios nuevos que ampliaron su capacidad en 244 camas y, dos años más tarde, se habilitó un pabellón quirúrgico⁴⁰.

35. Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, n. 10, p. 41.

36. Los porcentajes son muy similares a los encontrados en otras ciudades. Así, en torno a 1870, el porcentaje de gastos destinados a beneficencia en la ciudad de Sevilla se establecía alrededor del 3%. Véase Giménez Muñoz, M. Carmen. La beneficencia municipal en la capital hispalense (1850-1900): la beneficencia domiciliaria. El asilo de Mendicidad y las casas de socorro. *Historia Contemporánea*. 2007; 34: 225-258, cuadro 2.

37. Datos procedentes de Anuario Estadístico de Barcelona (AEB) 1903, p. 311 y ss.; AEB, 1913, p. 309; AEB, 1918-1920, p. 532.

38. Información procedente de AEB, 1903, p. 323.

39. En la reunión del Ayuntamiento de Barcelona del 29 de febrero de 1916 se declaró como Hospital permanente de infecciosos al Lazareto de la sección Marítima, véase Vila Gimeno, Carme; Villavieja Bueno, Pilar. Dels llazterets a l'hospital dels infecciosos de Barcelona. *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut*. 2018; 69: 247-258.

40. Sugerencia, parece del escritor Eugenio d'Ors. Enlace: <https://www.parcdesalutmar.cat/es/hospitals/hospital-esperan/historia/> (Consultado el 6 de abril de 2020).

Madrid, por su parte, basó su atención sanitaria benéfica desde 1834 en las casas de socorro, coincidiendo con una de las epidemias de cólera. Según J. Álvarez Sierra, el 24 de junio se comunicó a la Junta de Sanidad la creación de veinte casas de socorro instaladas en cuarteles y conventos⁴¹. Por su parte, el Ayuntamiento de Sevilla, tras el reglamento para ejecución de la Ley de 20 de junio de 1849, mantuvo a su cargo la beneficencia domiciliaria, el Asilo de Mendicidad de San Fernando y las casas de socorro. La primera no se estableció como un servicio regular hasta el sexenio revolucionario y con motivo de un decreto de 24 de octubre de 1873⁴². Este servicio atendería a todos aquellos pobres que pudieran justificar su pobreza ante el médico correspondiente. El Asilo de Mendicidad de San Fernando inició su actividad el 24 de octubre de 1846, con unos objetivos claramente vinculados a las leyes de pobres⁴³ del Antiguo Régimen: recoger a los pobres mendigos de las calles y plazas de la ciudad y obligarlos a trabajar en talleres en una situación de hacinamiento⁴⁴. En la capital hispalense se establecieron también tres casas de socorro en 1864⁴⁵. En cualquier caso, parece evidente que durante este período persistió un sistema hospitalario basado en la beneficencia por parte de las instituciones públicas municipales y diputaciones, y que las dificultades financieras obstaculizaron el cambio a otro modelo. En realidad, hubo pocas novedades en este apartado, tal vez la más significativa se centró en la reforma por parte de la Mancomunidad de Cataluña constituida en 1914⁴⁶. La experiencia es remarcable, no por el intento de salir del esquema benéfico sino por la voluntad de trasladar la gestión a un organismo supraprovincial. La incorporación de nuevas estructuras asistenciales, tanto preventivas como curativas, vinculadas a los municipios, está muy bien estudiada para el caso de Valencia⁴⁷. La primera casa de socorro de esta ciudad se creó en 1879 y el

41. Álvarez-Sierra, José. Los Hospitales de Madrid de Ayer y de Hoy. Madrid: Publicaciones de la beneficencia municipal; 1952, p. 186.

42. Giménez Muñoz, M. Carmen. Breve historia de la Casa Central de Expositos de Sevilla en la segunda mitad del siglo XX. Ámbitos. Revista de Estudios de Ciencias Sociales y Humanidades. 2007; 17: 17-28.

43. Lindert, Peter H. Poor relief before the welfare state: Britain versus the continent, 1780-1880. *European Review of Economic History*. 1998; 2: 101-140.

44. Giménez Muñoz, n. 36 cita la existencia de 759 acogidos en la institución en 1861.

45. Giménez Muñoz, n. 36, p. 239.

46. Sobre la Mancomunidad catalana, véase Fernández i Pellicer, Enric. Ordenació hospitalaria a Catalunya. Solucions practiques. 1932. *Annals de Medicina*, XXVI: 387-408.

47. Barona Vilar, Carmen. Las políticas de la Salud. La Sanidad Valenciana entre 1855 y 1936. Valencia: PUV; 2011.

primer laboratorio químico en 1881. En 1905 se incorporaron las primeras especialidades en la Casa de Socorro de la Glorieta: pediatría, urología y venereología, oftalmología y otorrinolaringología. Los servicios se ampliaban en 1907 a ginecología, 1908 a neurología y, en 1911, a odontología. En 1909 se inauguró también el servicio de gota de leche y el reconocimiento de nodrizas, transformados en 1927 en el Instituto municipal de puericultura.

3. La supervivencia de hospitales provinciales y municipales ante el lento avance del Estado (1939-1975)

El mapa hospitalario público en España ofrecía un panorama bastante precario tras tres años de contienda, donde muchos hospitales habían ejercido de hospitales de sangre⁴⁸. Dentro de la dramática crisis de posguerra se aprobó el primer seguro obligatorio de enfermedad en España (1942), bajo el control de Falange en el Ministerio de Trabajo y la gestión en el Instituto Nacional de Previsión (INP). Este primer seguro se puso en marcha bajo unas precarias condiciones financieras y de infraestructuras⁴⁹. Estas fueron razones básicas de su limitada cobertura, afiliación y prestaciones en su primera etapa. El INP carecía de hospitales suficientes, un déficit que se abordó con dos medidas fundamentales. De un lado, bajo grado de afiliación y un servicio de hospitalización limitado temporalmente a doce semanas al año para asegurados (seis para sus familias) con fines básicamente quirúrgicos y obstétricos. De otro, la firma de conciertos con centros públicos y privados que trataron de compensar las carencias de centros propios. En realidad, la mayor parte de los hospitales disponibles en la España de la época estaba en manos de municipios y diputaciones (tabla 3). Estas instituciones públicas habían sido los pilares esenciales de la asistencia médica y hospitalaria benéfica desde

48. «Los hospitales de sangre eran instalaciones sanitarias que tenían la misión de acoger a los milicianos y soldados enfermos y heridos que eran evacuados desde los diferentes frentes de guerra», recogido en García Ferrandis, Xavier. La asistencia sanitaria de la provincia de Valencia durante la guerra civil española (1936-1939). Lluç. 2011; 34 (73): 17. Sobre el funcionamiento de los hospitales durante la Guerra civil española, véanse García Ferrandis, Xavier. La reorganització de l'assistència medicoquirúrgica de la ciutat de València durant la Guerra Civil espanyola (1936-1939). Universitat de València; 2011 y Hervás Puyal, Carles. La xarxa hospitalària a Catalunya durant la Guerra Civil (1936-1939). Manresa: Arxiu Històric de les Ciències de la Salut; 2014.

49. Sobre estas cuestiones, véase Pons-Pons, Jerònia, Vilar-Rodríguez, Margarita. El seguro de salud público y privado en España. Su análisis en perspectiva histórica. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2014: p. 106 y ss.

el siglo XIX en un contexto de ausencia legislativa de un seguro de ámbito estatal. Tras la puesta en marcha del SOE; la firma de conciertos con el INP permitió la subsistencia de muchos de ellos. Sin embargo, estos acuerdos no sirvieron de acicate en la mayoría de casos para su transformación en hospitales contemporáneos, debido a su escasa capacidad de financiación para acometer reformas arquitectónicas, introducir tecnología y dotar de una plantilla de profesionales médicos.

Tabla 3
Establecimientos sanitarios en España en 1949

<i>Establecimientos dependientes de</i>	<i>Hospitales Generales</i>		<i>Hospitales especiales (*)</i>		<i>Asilos Hospitales</i>		<i>Totales</i>	
	<i>Núm. estab.</i>	<i>Núm. camas</i>	<i>Núm. estab.</i>	<i>Núm. camas</i>	<i>Núm. estab.</i>	<i>Núm. camas</i>	<i>Núm. estab.</i>	<i>Núm. camas</i>
Estado	69	18.628	122	17.450	4	363	195	36.441
a) Militares	61	17.302	6	943			67	18.245
b) Civiles	8	1.326	116	16.507	4	363	128	18.196
Provincia	66	17.555	63	18.199	11	1.267	140	37.021
Municipio	214	8.326	26	1.187	85	2.427	325	11.940
Iglesia	26	1.413	44	9.589	43	2.028	113	13.030
SOE	—	—	36	1.356	—	—	36	1.356
Organizaciones								
Movimiento	—	—	40	2.265	1	56	41	2.321
Cruz Roja	10	852	22	614			32	1.466
Otros	113	6.358	578	15.433	49	1.977	740	23.768
TOTAL	498	53.132	931	66.093	193	8.118	1622	127.343

(*) Los Hospitales especiales se refieren a Quirúrgicos, Manicomios, Antituberculosos, Preventorios, reposo, convalecencia, Maternidades. Fuente: Anuario Estadístico de España, 1951.

El INP ni trató de modernizar estos hospitales ni impulsó la integración de estas instituciones locales o provinciales en la prestación del seguro recién implantado. Hubo varias razones para esta falta de coordinación⁵⁰. La primera, de lucha interna entre las diferentes ramas ideológicas de la dictadura, Falange quería monopolizar y liderar el desarrollo del SOE desde

50. Pons-Pons; Vilar-Rodríguez, n. 49, p. 116 y ss.

el Ministerio de Trabajo. Segunda, Falange quería distanciarse de la atención hospitalaria benéfica que había caracterizado a estos hospitales desde la época de la Ilustración y por la que en algunos casos habían acumulado «mala fama». Tercera, muchos de estos hospitales estaban ubicados en edificios históricos, antiguos y obsoletos, pensados más como asilos que como instituciones para curar u operar. Dentro de este marco, prefirió la opción de construir nuevos centros, a los que denominó residencias sanitarias, cuya construcción alimentó la propaganda política y generó enormes beneficios para algunas constructoras afines al régimen⁵¹. Con este fin se firmó el ambicioso Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (PNIS) en 1945, que se propuso construir un gran número de residencias sanitarias por todo el país en un plazo breve de tiempo. La falta de recursos obligó a reducir los objetivos y a firmar conciertos con centros privados⁵².

El porcentaje de beneficiarios del SOE apenas llegaba al 30% de la población total en España al inicio de la década de 1950. Este bajo porcentaje puede ayudarnos a entender la importante labor aún desempeñada por las casas de socorro. La cobertura del seguro legislado por el Estado se había extendido de manera tímida a algunas especialidades médicas, pero la atención hospitalaria seguía concentrada básicamente en la atención quirúrgica⁵³. Además, en 1958, el INP solo había conseguido poner en funcionamiento 34 residencias con graves problemas de gestión y falta de coordinación interna entre los profesionales de los diferentes equipos. Estos procedían en su mayor parte de ambulatorios o se contrataban a tiempo parcial de las clínicas privadas y actuaban en régimen externo, según la demanda de pacientes, y luego desaparecían del centro. El único servicio que permanecía de manera más o menos estable eran las urgencias. Bajo este marco, el peso y función de los hospitales benéficos municipales y provinciales seguía siendo esencial.

Dentro de este escenario, los hospitales provinciales siguieron manteniendo su carácter benéfico y solo en algunos casos experimentaron importantes reformas. Así, por ejemplo, la Comisión Gestora de la Diputación del Hospital Provincial de Ávila aprobó la construcción de un nuevo Hospital

-
51. Quintana, Primitivo y Espinosa Ferrándiz, Joaquín. Seguro de Enfermedad. Estudio para un Plan de instalaciones de asistencia médica. Madrid: Publicaciones del INP; 1944.
 52. Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia. El triunfo del modelo hospitalario público sobre el privado (1964-1986). En: Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, eds., n. 15. p. 201 y ss.
 53. Para esta parte la información ha sido obtenida de Pons-Pons; Vilar-Rodríguez, n. 49, p. 127 y Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, n. 52, p. 205.

Provincial en 1947⁵⁴. El traslado al nuevo edificio se produjo en 1954, pero no supuso una ruptura con la actividad asistencial iniciada por el antiguo hospital. Mientras tanto, algunos ayuntamientos cedían sus hospitales municipales a la diputación por falta de medios de financiación. Este fue el caso del Hospital de Alcañiz en Teruel, que se convirtió en hospital comarcal tras su traspaso a la diputación en 1943, «tras el ofrecimiento del Ayuntamiento del centro hospitalario con todos sus servicios, camas, instrumental, ropas... más el pago de una cuota anual»⁵⁵. La casuística del mapa hospitalario en España durante estas décadas resulta muy heterogénea en un marco de escasez de recursos tanto materiales como financieros. En San Sebastián, la construcción del hospital provincial se detuvo en la década de 1930 por el estallido de la contienda⁵⁶. En 1944 la diputación decidió construir en los mismos terrenos un sanatorio psiquiátrico y cedió el pabellón de enfermos tuberculosos al Patronato Nacional de Lucha Antituberculosa. Sin embargo, estas instalaciones no comenzaron a funcionar hasta 1952. Más adelante, en 1957, se acordó dedicar a hospital provincial el edificio previsto para albergar la escuela de enfermeras. El nuevo centro dependiente de la Diputación Foral y con capacidad para 165 camas empezó a funcionar en 1960. En paralelo, se produjo una situación curiosa, el INP acordó con la diputación la construcción de la Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad, Nuestra Señora de Aránzazu. De este modo, a partir de 1960, convivieron en terrenos anexos tres centros hospitalarios públicos no coordinados que dependían de organismos distintos: La Residencia Sanitaria del INP, el Hospital Provincial de la Diputación y el Hospital del Tórax del Patronato Nacional de Lucha Antituberculosa. Los dos primeros actuaron fundamentalmente durante estos años como hospitales quirúrgicos. El Hospital Provincial se integró en el Gobierno Vasco en 1985 y la Residencia Sanitaria en 1987, coincidiendo con el traspaso de las competencias de salud.

Según el Catálogo de Hospitales de 1963, el INP ya gestionaba en este momento 56 hospitales, la mayoría quirúrgicos, denominados también resi-

54. Junta de Castilla León, Consejería de Sanidad, Reseña histórica, enlace: <https://www.saludcastillayleon.es/CAAvila/es/resena-historica/hospital-provincial>

55. Archivo Municipal de Alcañiz, El hospital de Alcañiz. De la Edad Media al siglo XXI. Gobierno de Aragón. Catálogo de la Exposición, enlace: http://www.fqll.es/archivos/catalogos/catalogo_exposicion2.pdf

56. Para esta parte, véase Diario Vasco, Hemeroteca, 50 años del Hospital Donostia, enlace: <https://www.diariovasco.com/v/20100502/al-dia-local/medio-siglo-cuidados-20100502.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>

dencias sanitarias, aunque aparecen también algunos hospitales infantiles y sanatorios antituberculosos⁵⁷. Es necesario recordar que en esa época el SOE apenas mantenía asegurada al 60% de la población (entre asegurados y familiares), a la que cubría básicamente la hospitalización quirúrgica con estancias de duración muy limitada⁵⁸. En paralelo, en 1963, los hospitales municipales y provinciales sumaban todavía el 17% de los centros hospitalarios del país y casi un tercio de las camas hospitalarias disponibles (tabla 4).

Tabla 4
Hospitales Municipales y Provinciales en el mapa hospitalario de España

<i>Número centros</i>	1949	1963	1970	1982	1985	1990	2005
Hospitales Provinciales	140	120	116	106	79	64	30
Hospitales Municipales	325	156	112	58	42	18	19
Hospitales totales	1.622	1.626	1.401	1.092	961	850	777
<i>Camas</i>							
Hospitales Provinciales	37.021	40.256	46.385	46.433	27.635	18.545	5.456
Hospitales Municipales	11.940	7.044	6.084	4.841	4.060	1.592	2.553
Hospitales totales	127.343	154.286	169.346	215.585	204.848	178.377	157.808
<i>Porcentajes</i>							
<i>Número centros</i>	1949	1963	1970	1982	1985	1990	2005
Hospitales Provinciales	8,6%	7,4%	8,3%	9,7%	8,2%	7,5%	3,9%
Hospitales Municipales	20,0%	9,6%	8,0%	5,3%	4,4%	2,1%	2,4%
Hospitales totales	1.622	1.626	1.401	1.092	961	850	777
<i>Camas</i>							
Hospitales Provinciales	29,1%	26,1%	27,4%	21,5%	13,5%	10,4%	3,5%
Hospitales Municipales	9,4%	4,6%	3,6%	2,2%	2,0%	0,9%	1,6%
Hospitales totales	127.343	154.286	169.346	215.585	204.848	178.377	157.808

Fuente: AEE 1951 y Catálogos de Hospitales 1963, 1970, 1982, 1985, 1990 y 2005.

Nota: En los totales se incluyen los datos de los hospitales militares en todos los años.

La supervivencia de estos hospitales adscritos a instituciones locales y provinciales respondía al lento incremento en la construcción de nuevas

57. Catálogo Nacional de Hospitales, BOE, n. 140, 13 Jun de 1966, p. 7389-7427.

58. Pons-Pons; Vilar-Rodríguez, n. 49, p. 127.

Residencias Sanitarias dentro del PNIS, la limitada cobertura ofrecida y las deficiencias en la gestión interna de estos centros⁵⁹. En 1970 se habían construido media docena de centros más, claramente insuficientes para las necesidades del país⁶⁰. En paralelo, en esta etapa ya comienzan a funcionar las Ciudades Sanitarias en los principales núcleos urbanos del país como era el caso de Madrid, Sevilla, Valencia o Zaragoza.

El avance del número de asegurados y de las prestaciones del SOE impactó en primer lugar sobre los hospitales de la beneficencia pública municipal durante estos años. Se trataba en su mayoría de edificios antiguos, obsoletos, mal acondicionados que apenas podían sobrevivir con la exigua financiación de los ayuntamientos. Su número se redujo de 156 a 110 entre 1963 y 1970 (tabla 4). Este fue el caso del Hospital Municipal Santa Isabel de Jerez⁶¹. Durante la posguerra civil el centenario hospital había llegado, como muchas otras instituciones de este tipo, a una situación económica insostenible. El deterioro alarmante del edificio obligó a una profunda reforma en 1954, con un coste de medio millón de pesetas de la época⁶². La apertura de la nueva Residencia Sanitaria General Primo de Rivera en 1968 dio inicio a su ocaso, al perder la hospitalización de los enfermos de la Seguridad Social y, con ello, buena parte de sus ingresos a través de los pacientes de pago. Su mantenimiento se hizo insostenible y su cierre ya programado se precipitó tras un derrumbe en 1972.

En paralelo, se observa también una reducción del número de los hospitales gestionados por las diputaciones relacionadas con tres aspectos fundamentales. Primero, muchos de estos hospitales estaban ubicados en edificios históricos, caros de mantener y difíciles de adaptar para incorporar nuevas tecnologías. De hecho, en muchos casos estos edificios se convirtieron en BIC y pasaron a ser sede de museos, bibliotecas. Segundo, la implantación de las Residencias del SOE en algunas provincias (y más tarde las Ciudades Sanitarias) impulsaron la decadencia de estos hospitales peor dotados. Este

59. Pons-Pons; Vilar-Rodríguez, n. 49, p. 138; Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia. El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del franquismo (1942-1963). En: Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, eds., n. 15, p. 224.

60. Más detalle en Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, n. 49, p. 266.

61. Orellana, Cristóbal. Fuentes documentales básicas para la Historia de la sanidad y la hospitalidad Jerezanas (siglos XV-XX). El caso del Hospital Municipal de Santa Isabel. *Revista de Historia de Jerez*, 2; 1996: 71-82.

62. Archivo Histórico Municipal de Jerez. Memoria de la Beneficencia. 1954. Expediente 27.307, legajo 146.

fue el caso, por ejemplo, del Hospital Provincial San Juan de Dios de Alicante, tras la construcción del Hospital General en 1956 que modificó su estatus, se mantuvo activo hasta los años ochenta y cerró definitivamente en 1991⁶³. En realidad, el avance del SOE y el PNIS, con mayor porcentaje de población cubierta y mayor disponibilidad de camas, dejaron en segundo plano la atención hospitalaria benéfica. Tercero, la falta de recursos financieros de las diputaciones. No obstante, y a pesar de estas dificultades, en las décadas de 1960 y 1970, se construyeron nuevos edificios para reubicar viejos hospitales provinciales o se llevaron a cabo importantes reformas en algunos de ellos.

En conjunto, en esta etapa, sobre todo los hospitales provinciales, pero también algunos municipales, siguieron representando una función importante en algunas zonas, en especial donde no había Residencia del SOE o fuera de las capitales de provincia. Resultaron fundamentales también los servicios prestados por estas entidades benéficas para el importante porcentaje de población que aún quedaba fuera de la cobertura del seguro de ámbito estatal. Por otro lado, encontramos una estratificación de la atención hospitalaria tanto por la clase social de los enfermos como por la dolencia que padecían. El sector público benéfico y la Iglesia se concentraban en los enfermos crónicos (médicos y psiquiátricos) y la Seguridad Social se centraba en la asistencia a los enfermos con patologías de urgencia que en la mayoría de los casos necesitaban una operación quirúrgica (por eso su promedio de estancia es muy bajo y su coste de estancia más elevado). Y esto a pesar de que la Ley de Bases de la Seguridad Social había reconocido el derecho de los asegurados a la hospitalización médica y no solo quirúrgica como había sucedido hasta el momento⁶⁴. En conjunto, en las décadas finales de la dictadura, la bicefalia hospitalaria protagonizada por el INP y la Dirección General de Sanidad también se perpetuó⁶⁵; así como también la falta de coordinación en la red de hospitales y centros de urgencia que atendieron indistintamente las urgencias durante las décadas de los años sesenta y setenta (tabla 5).

63. Información obtenida de web local: <http://alicantepedia.com/edificios-historicos/hospital-de-san-juan-de-dios>. Consultado el 19 de febrero de 2021.

64. Sobre estas cuestiones, véase Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, n. 59.

65. Las disputas dentro de la élite política de la dictadura, ejemplarizada en la Dirección General de Sanidad y el INP, que llevaron a un sistema hospitalario público inadecuado y fragmentado pueden verse en Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerónia. Competition and collaboration between public and private sectors: the historical construction of the Spanish hospital system, 1942-8. *Economic History Review*. 2019; 72 (4): 1384-1408.

Tabla 5

Comparación de la asistencia entre los servicios de urgencia de la Beneficencia Sanitaria Municipal (SUBSM) y la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS)

	1965	1974
SUBSM		
1. Establecimientos	375	377
2. Núm. Atendidos	1.382.650	1.313.454
– Enfermos asistidos a domicilio	67.202	62.487
– Enfermos asistidos en el establecimiento	710.384	621.476
– Accidentes socorridos	368.045	438.138
– Partos y abortos	23.900	7.719
– Vacunaciones y revacunaciones	174.437	140.502
– Otros servicios	38.682	43.132
ASSS		
A. Residencias sanitarias y clínicas quirúrgicas concertadas		
1. Establecimientos	364	496
2. Núm. Atendidos	4.297	10.478
– Intervenciones quirúrgicas	513	1.275
* con internamiento	425	922
* sin internamiento	88	353
– Estancias causadas	3.271	7.928
B. Ambulatorios		
1. Establecimientos	443	623
2. Núm. Atendidos	69.079	147.831
– Consultas	48.192	118.198
– Curas	2.255	3.067
– Inyecciones	15.775	13.650
– Investigaciones y diagnósticos (1)	1.172	889
– Operaciones (2)	1.215	1.697
– Radioscopías	809	1.052
– Radiografías	2.048	9.278

(1) Se refiere a metabolismo, electrocardiograma, endoscopia.

(2) Se refiere a intervenciones de pequeña cirugía que no requieren internamiento.

Todas las cifras a excepción del número de establecimientos están expresadas en millares.

Fuente: Anuario Estadístico de España 1975, p. 327. Parece que el AEE elaboró estos cuadros a partir de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

No obstante, algunos hospitales provinciales también iniciaron cambios profundos en la concepción y el servicio del hospital, en consonancia con el desarrollo de la ciencia médica⁶⁶. Este fue el caso, por ejemplo, del Hospital Civil Provincial de Málaga que pasó a ser gestionado no como servicio benéfico sino como empresa con fines sanitarios con una organización interna más compleja. Estableció conciertos con la Seguridad Social desde la década de 1970 y, más tarde, con el Servicio Andaluz de Salud, así como con entidades aseguradoras privadas. A través de ordenanzas fiscales la diputación fijaba el precio de cada uno de los servicios que prestaba este Hospital. En otros casos, donde las instalaciones eran demasiado obsoletas y no había suficientes recursos para su reforma, se iniciaron procesos de absorción con el INSALUD. Este fue el caso del Hospital Provincial de Ávila que sufrió una profunda crisis tras la apertura de la Residencia Nuestra Señora de Sonsoles en 1977 y la construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico en 1981 en la ciudad⁶⁷. El viejo hospital cerró los servicios de psiquiatría, pediatría, medicina interna..., y cambió su asistencia hacia la atención, básicamente, de enfermos de larga duración. El hospital fue finalmente transferido a la Junta de Castilla y León en 1996.

A pesar de los avances, el mapa hospitalario español al final de la dictadura seguía adoleciendo de dos problemas básicos: falta de coordinación y constelación de numerosos hospitales de diferente adscripción patrimonial y diferente estadio de desarrollo. A estos problemas había que añadir la delicada situación financiera del INP y el déficit acumulado por la sanidad. En conjunto, ya iniciada la década de 1970, el sistema hospitalario español presentaba una situación próxima al colapso con tres problemas básicos: insuficiencia, multiplicidad en el planteamiento y gestión; y problemas de financiación⁶⁸.

66. Información obtenida del Archivo de la Diputación General de Málaga, Hospital Civil Provincial (Hospital de la Santa Caridad, Hospital de San Juan de Dios) en el Fondo Archivo General, enlace: https://www.malaga.es/archivo/3488/com1_ct-0/com1_bs-hospital%20civil/bus-1/busqueda

67. Junta de Castilla León, Consejería de Sanidad, Reseña histórica, enlace: <https://www.saludcastillayleon.es/CAAvila/es/resena-historica/hospital-provincial>

68. Véanse las conclusiones de Pons-Pons; Vilar-Rodríguez, n. 49 y Vilar-Rodríguez; Pons-Pons, n. 15.

4. La lenta transición hacia un sistema hospitalario coordinado (1978-2005)

Este periodo se abre con la creación por primera vez en la historia de España de un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977, lo que ponía en evidencia el mayor interés del Estado por el ámbito sanitario. Durante esta etapa se produjeron cuatro importantes transformaciones legislativas que cambiaron por completo el mapa hospitalario del país. Primero, los avances tecnológicos y sanitarios en la dotación y mantenimiento de hospitales hicieron que tanto municipios como diputaciones se encontraran con mayores dificultades para seguir financiando sus centros hospitalarios, la mayoría, anticuados y obsoletos. Por esta razón, comenzaron a producirse traspasos o firmas de conciertos para que algunos de estos hospitales quedasen bajo la financiación y gestión, primero de INP (desaparecido en 1978) y luego del INSALUD. Segundo, la consideración de la salud como un derecho en un nuevo marco democrático que se tradujo en cobertura universal. Este escenario dejó en un lugar marginal a las instituciones hospitalarias benéficas. En 1978 con la aprobación de la Constitución española se producen una serie de cambios fundamentales en el ordenamiento político: se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Tercero, la Ley General de Sanidad de 1986 configura el nuevo módulo de organización sanitario español, creándose el Sistema Nacional de Salud, y define el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado. Esta Ley establece también el principio de coordinación hospitalaria para los centros gestionados desde instituciones públicas⁶⁹. Cuarto, el establecimiento de las Comunidades Autónomas abrió la puerta al traspaso de competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. En 1981 de acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inició el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas, proceso que se culminó en el año 2001. Estos traspasos dieron lugar a la aplicación de modelos y ritmos distintos con mayor o menor peso del sector público o privado dependiendo del territorio analizado. Estos procesos desdibujaron el modelo inicial aprobado en 1986 y derivaron en un mapa diverso que combina la gestión pública con la gestión privada a través

69. Ley General de Sanidad, 14/1986, 25 Abr, BOE 29 Abr de 1986, n. 102, p. 15207.

de fundaciones, de compañías de seguros o grupos hospitalarios privados a través de concertos u otras fórmulas administrativas.

Este nuevo marco necesitaba de un nuevo modelo de financiación autonómica y sanitaria que dotase de estabilidad y suficiencia financiera a la mayor responsabilidad sanitaria de las comunidades. La reforma del sistema de financiación de la sanidad pública del año 2002 integró la sanidad en el marco general de la financiación de las comunidades autónomas (Ley 21/2001)⁷⁰. Los impuestos se convirtieron en la base de la financiación, representando un 90% de sus recursos. Dentro de este contexto, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud contempla el Consejo Interterritorial como órgano de coordinación y cooperación dentro del Sistema Nacional de Salud. Todo este proceso afectó a hospitales municipales y provinciales, pues tuvieron que buscar su encaje en el nuevo marco organizativo y financiero.

La tabla 6 muestra el profundo cambio en el mapa hospitalario de España en el periodo de la transición hacia la democracia y antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 y la transferencia masiva de competencias sanitarias a las comunidades autónomas. De estos datos cabe destacar como principal transformación la caída en dos tercios del número de hospitales quirúrgicos y la casi duplicación de los hospitales generales. Desde el punto de vista de la adscripción patrimonial, destaca el desplome de los hospitales municipales, la caída de los hospitales provinciales y la progresiva hegemonía de las Instituciones Sanitarias de Asistencia Hospitalaria de la Seguridad Social que, en 1983, contaba con 6 centros especializados, 44 ciudades sanitarias (con 17 residencias generales, 9 centros de rehabilitación y traumatología, 6 centros de maternidad, 6 hospitales infantiles y 6 hospitales materno-infantil) y 124 residencias sanitarias⁷¹. A estos centros había que sumar otras instituciones sanitarias de asistencia extrahospitalaria compuestas por cuatro centros de diagnóstico, 328 ambulatorios, 710 consultorios y 415 servicios de urgencia. Dentro de este marco, las antiguas casas de socorro se cerraron o fueron absorbidas por la Seguridad Social por

70. Sobre este proceso véanse Cabasés Juan M. La financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001 y en el futuro. Reflexiones en torno a un acuerdo. Revista de Administración Sanitaria. 1998; II (6): 35-45; Cantarero, David. El traspaso de las competencias sanitarias en España. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. 2003; 1 (1): 65-80.

71. Estos datos fueron obtenidos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado. AEE. 1975, p. 325; AEE 1980, p. 675-676; AEE 1986, p. 344 y p. 348.

duplicidad de servicios con ambulatorios o similares. Es decir, se produjo una reorganización de los servicios y también de los fondos para su gestión. La obsoleta dotación para la atención médica de estos centros de la antigua beneficencia provocó su conversión en instituciones asilares para ancianos o niños o para la prestación de otros servicios sociales.

Tabla 6
La evolución del marco hospitalario en España durante la transición democrática según tipo de hospitales y adscripción patrimonial

	1972		1983	
	N. establecimientos	U.H.	N. establecimientos	U.H.
<i>Según la finalidad de los establecimientos</i>				
1. Hospitales generales	261	71.211	422	113.141
2. Hospitales especiales	1.026	106.174	554	68.653
2.1. Quirúrgicos	629	39.962	265	14.987
2.2. Maternidades	166	3.419	58	2.051
2.3. Infantiles	21	1.972	13	2.031
2.4. Psiquiátricos	113	42.700	111	35.273
2.5. Antituberculosos (**)	44	13.362	42	7.823
2.6. Otros	53	4.759	65	6.488
TOTAL	1.287	177.385	976	181.794
<i>Según la entidad jurídica de quien dependen</i>				
1. Administración central	175	37.959	241	81.333
1.1. Gobernación (*)	117	19.253	192	62.883
1.2. Educación y Ciencia	8	5.012	11	8.219
1.3. Militares	42	13.023	36	9.811
1.4. Otros	8	671	2	420
2. Administración local	218	52.657	150	40.415
2.1. Diputaciones y cabildos	114	46.652	104	36.373
2.2. Municipios	104	6.005	46	4.042

	1972		1983	
	N. <i>establecimientos</i>	U.H.	N. <i>establecimientos</i>	U.H.
3. Seguridad Social (***)	99	33.066	174	n.d.
3.1. INP	69	31.118		
3.2. Obra Sindical 18 julio	30	1.948		
4.1. Beneficencia particular	72	9.148	54	8.805
4.2. Iglesia	83	16.106	60	13.086
4.3. Cruz Roja Española	40	2.890	33	3.547
4.4. Particulares	597	25.457	438	34.608
4.5. Otros	3	102	—	—
TOTAL	1.287	177.385	976	181.794

U.H.: Unidades de Hospitalización. Se consideran tanto las camas como las incubadoras. Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado. AEE. 1975, p. 325; AEE 1986, p. 344 y 348.

(*) En 1983 desaparece Gobernación y es sustituido por «Sanidad y Consumo».

(**) Desde 1982 enfermedades del Tórax.

(***) Se refiere a Instituciones Sanitarias de Asistencia Hospitalaria de la Seguridad Social.

Dentro de este escenario de profundos cambios institucionales, el Estado (y posteriormente las comunidades autónomas) adquiere mayor presencia en el ámbito sanitario. Por otro lado, y aunque muchas diputaciones ya habían empezado a ceder sus centros por falta de recursos para mantenerlos o modernizarlos, desde mediados de la década de 1980 este proceso se aceleró. Aquí confluyeron tres factores. Primero, los principios de coordinación hospitalaria entre instituciones públicas establecidos en la Ley General de Sanidad; segundo, la cobertura sanitaria universal que dejó a la beneficencia pública en posición marginal; y tercero, las transferencias sanitarias que se produjeron entre 1981 y 2001. De este modo, entre 1985 y 2005, los hospitales provinciales se redujeron de 79 a 30. Este proceso supuso un cierre de centros de los hospitales más obsoletos o que ya no tenían razón de ser, como por ejemplo los antituberculosos. En otros casos, los hospitales de la Diputación se integraron en el INSALUD y/o los servicios sanitarios de la comunidad correspondiente, cuando ya habían sido transferidas las competencias sanitarias desde el Estado. Así, en el catálogo de hospitales del 2005 aparecen 30 hospitales bajo la dependencia patrimonial de las

diputaciones. De estos centros, solo seis eran clasificados como hospitales generales. Todos ellos acabaron integrados en la red de servicios sanitarios competencia de las comunidades autónomas. En consecuencia, los hospitales de la diputación registrados a partir de 2005 quedaron especializados en la atención psiquiátrica y geriátrica o de larga estancia, apartados donde la sanidad pública de las autonomías mostraba más debilidades en un marco de creciente envejecimiento de la población.

La caída en los hospitales municipales resultó todavía mayor. Estos centros se redujeron de 42 a 19 entre 1985 y 2005. Muchos de ellos acabarían integrándose en redes hospitalarias públicas comarcales. Cabe destacar que, de estos 19 hospitales municipales supervivientes, trece estaban localizados en Cataluña, dos en Andalucía, dos en Canarias, uno en Murcia y otro en Extremadura.

La unificación de los tres hospitales públicos ya descritos en San Sebastián a mediados de los años 1990 resulta significativa de este proceso⁷². En 1996 se creó el complejo Hospitalario Donostia, que en tres años logró fusionar los servicios generales de los tres centros. Sentadas las bases del proyecto de fusión, en 2001 se creó el Hospital Donostia, que hoy da nombre a toda la ciudad sanitaria. Dispone de 1.150 camas y es el hospital de referencia para los 350.000 habitantes de la comarca de Donostialdea y, en determinadas especialidades, para toda Guipúzcoa. Por último, resulta curioso abordar el caso del Hospital Provincial de la Diputación de Castellón, que adquirió esta denominación en 1860⁷³. En las décadas de 1950 y 1960 el edificio sufrió varias reformas para modernizarlo desde el punto de vista tecnológico y asistencial. En 1997 la diputación presenta el Proyecto Hospital 2000, un plan faraónico para la renovación integral del centro en el que se invirtieron más de 32 millones de euros. En 2004 la Generalitat Valenciana y la Diputación de Castellón firmaron el Consorcio Hospitalario provincial de cara a colaborar en la asistencia médica y hospitalaria. En 2016 se produjo la integración de las funciones asistenciales del Hospital Provincial y su coordinación con el Hospital General de Castellón como primer paso para la absorción del centro

72. Diario Vasco, Hemeroteca, 50 años del Hospital Donostia, enlace: <https://www.diariovasco.com/v/20100502/al-dia-local/medio-siglo-cuidados-20100502.html?ref=https%2F%2Fwww.google.com%2F>

73. La historia del hospital procede de la Web de la Generalitat Valencia, Consejería de Sanidad. Enlace: <http://www.hospitalprovincial.es/> (consultada el 15 de abril de 2020).

hospitalario por parte de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat⁷⁴. En este momento el hospital arrastraba una deuda de 30,1 millones de euros y graves conflictos laborales entre su personal. Lo que hizo la Conselleria fue, en definitiva, salvar al Hospital Provincial de Castellón de la quiebra.

5. Conclusiones

En este estudio se ha puesto en evidencia el papel histórico esencial que mantuvieron los hospitales provinciales y municipales en el desarrollo del sistema hospitalario en España desde el sistema benéfico heredado y reorganizado por el Estado Liberal en el siglo XIX. Su falta de financiación crónica y su dependencia de entidades públicas provinciales y municipales, que arrastraban onerosas obligaciones y exiguos presupuestos, determinaron este desarrollo. Sin embargo, el retraso en la puesta en marcha de un seguro de salud legislado desde el gobierno, con amplia cobertura hospitalaria e infraestructuras hospitalarias propias les otorgó un papel esencial en la cobertura de pobres y marginados y, en algunos casos, de la población en general a través de los pacientes de pago o el tratamiento de las urgencias y accidentados en el trabajo. Durante esta etapa previa a la aprobación del seguro de ámbito estatal, el Estado derivó las competencias básicas en esta materia hacia las instituciones provinciales y municipales, sin dotarlas de suficientes recursos. De este modo diputaciones y municipios se repartieron funciones en este ámbito que, en un principio, se solapaban, pero con el tiempo se consiguió una cierta especialización. Así, las primeras se centraron en hospitales y asilos y los segundos concentraron esfuerzos en los servicios de urgencias (accidentados, agudos...) y en los cuerpos médicos municipales.

La implementación del SOE en 1944 no modificó de manera radical este mapa, tal y como cabía esperar. El Estado mantuvo durante varias décadas un seguro con cobertura y prestaciones muy limitadas en un marco donde carecía de infraestructuras básicas y se vio obligado a firmar conciertos con entidades privadas y convenios puntuales con instalaciones sanitarias de diputaciones y municipios. Mientras tanto, su PNIS avanzaba a paso lento por insuficiente financiación. Por tanto, los centros sanitarios de diputaciones

74. Para esta última parte, Hemeroteca El País, Sanidad absorbe las funciones del Hospital Provincial de Castellón, artículo publicado el 14 de septiembre de 2016. Disponible en: https://elpais.com/ccaa/2016/09/14/valencia/1473845436_221279.html

y municipios, que no se integraron en este seguro, siguieron desempeñando una labor esencial en el marco benéfico, a pesar de sus escasos recursos y sus instalaciones cada vez más obsoletas. A partir de la década de 1960 la situación comenzó a cambiar. Primero, por los progresos en la cobertura y mayores prestaciones del SOE. Segundo, por el incremento en el número de instalaciones del seguro, su mayor especialización y su modernización tecnológica en un marco de grandes conquistas médicas y en diagnóstico.

El avance del sistema sanitario público y la incapacidad financiera para hacer frente a la modernización de sus instalaciones hizo que la mayoría de hospitales de municipios y diputaciones cerrasen o fueran absorbidos por la Seguridad Social. Este proceso ya estaba muy avanzado cuando se aprobó la Ley General de Sanidad y se inició el proceso de traspaso de competencias sanitarias a las comunidades autónomas. En este marco el proceso se terminó. Muchos de los hospitales municipales y provinciales se convirtieron en geriátricos u hospicios porque contaban con edificios obsoletos, desde el punto de vista técnico, pero de gran capacidad. En otros casos, los hospitales pasaron a formar parte de las redes comarcales o de complejos hospitalarios junto con otros centros de la sanidad pública. Al final, el Estado y, más tarde, las comunidades autónomas, tomaron la batuta en el liderazgo de la cobertura hospitalaria en el país. Dentro de este marco, las instituciones provinciales y municipales pasaron a realizar otras funciones más acordes con su papel en el organigrama político de la democracia y con su capacidad de financiación. Prácticamente todos los hospitales fueron integrados en las instituciones autonómicas competentes en la materia y sólo algunos municipios se resistieron a ceder la titularidad de sus hospitales, aunque tuvieron que integrarse en las redes hospitalarias comarcales de su comunidad. En conclusión, 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. Su labor, en muchas ocasiones deficitaria por falta de recursos, permitió que muchas personas que no podían permitirse un servicio médico de pago pudieran al menos ser atendidas por profesionales en situaciones de emergencia. ■