

Historia de una infraestructura menguante: la crisis terminal del hospital rural al final del franquismo (1960-1975)

Daniel Lanero Táboas (*)

(*) orcid.org/0000-0001-6782-0167. Universidad de Santiago de Compostela. daniel.lanero@usc.es

Dynamis
[0211-9536] 2021; 41 (1): 111-133
<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.22459>

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

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Un tortuoso camino: los hospitales y la medicina rural entre el final del Antiguo Régimen y los inicios del siglo XX. 3.—La infraestructura hospitalaria rural durante la dictadura. 4.—Conclusiones.

RESUMEN: Este artículo analiza la evolución de los hospitales rurales en España entre la segunda mitad del siglo XVIII y el final de la dictadura franquista, las décadas del «desarrollismo». En su primera parte explica las características de los hospitales rurales de aldeas y villas y las causas de su declive durante el siglo XIX en beneficio de los hospitales provinciales. Así mismo, el texto se aproxima a las condiciones de ejercicio de la medicina rural a lo largo del siglo XIX y las primeras décadas del XX (hasta la Guerra civil). En su segunda mitad, a partir del análisis de los Catálogos de hospitales correspondientes a los años 1963 y 1970, el artículo dibuja una panorámica de la asistencia hospitalaria en el mundo rural al final de la dictadura, pero atendiendo también a las dinámicas específicas de cuatro regiones y a sus contrastes: Galicia, el País Vasco, La Mancha y Andalucía. Para una población, la rural, que fue la mayoritaria en España hasta entrada la segunda mitad del siglo XX, las décadas finales de la dictadura supusieron el tránsito definitivo de un modelo de asistencia sanitaria rural basado en la medicina liberal y en la beneficencia (pública y privada) a otro de medicina socializada y localización urbana.

PALABRAS CLAVE: hospitales rurales, medicina rural, beneficencia, franquismo, seguro obligatorio de enfermedad (SOE).

KEYWORDS: rural hospitals, rural medicine, charity, Francoism, compulsory sickness insurance.

1. Introducción (*)

En el marco de un dossier en el que se abordan diferentes aspectos de la historia del sistema y de la asistencia hospitalaria en España durante los siglos XIX y XX, este trabajo propone una aproximación a un tema que, hasta el momento, ha sido tratado de manera insuficiente por parte de la historiografía estatal: la historia de los hospitales rurales.

La primera parte del artículo ofrece, a partir de fuentes secundarias, una visión panorámica de la situación de los hospitales, de la asistencia sanitaria a la población y de la práctica de la medicina en el mundo rural español entre mediados del siglo XVIII y el primer tercio del siglo XX (hasta la Guerra Civil).

La segunda se ocupa del estudio de la dictadura franquista, y en particular de su etapa «desarrollista». Tras una caracterización sintética de la realidad asistencial de la España rural bajo el franquismo, se realiza un análisis de la situación y de la evolución de la infraestructura hospitalaria rural del país, elaborado a partir del tratamiento de la muy rica información que a este respecto ofrece una fuente oficial: los catálogos de hospitales correspondientes a los años 1963 y 1970.

La contribución se cierra con unas primeras conclusiones sobre el tema de estudio.

2. Un tortuoso camino: los hospitales y la medicina rural entre el final del Antiguo Régimen y los inicios del siglo XX

El concepto histórico de hospital de la segunda mitad del siglo XVIII y del siglo XIX definía una realidad que tiene muy poco o nada que ver con lo que en la actualidad generalmente se entiende por este tipo de institución. Más si cabe en el caso de los denominados «hospitales rurales».

Siguiendo una trayectoria que se remontaba a la Edad Media, los hospitales rurales de las décadas finales del Antiguo Régimen eran edificios destinados a albergar a huéspedes y peregrinos de procedencia diversa, forasteros en su gran mayoría. Se trataba por lo general de personas desocupadas, mendigos

(*) Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación: Las claves históricas del desarrollo hospitalario en España y su comparación internacional durante el siglo XX, IPs: Jerònia Pons y Margarita Vilar. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Referencia: RTI2018-094676-B-I00.

o enfermos, soldados de paso, ajenos a las comunidades locales y poco apreciadas por estas, a las que se daba acogida en atención a los imperativos de la tradición y la caridad¹.

Porque para la cultura y el sistema de valores del Antiguo Régimen, la de mendigo o vagabundo era una profesión reconocida, con un lugar en las instituciones y una misión asignada por el ideosistema religioso que legitimaba la organización de la sociedad. La caridad institucionalizada amortiguaba las tensiones derivadas de un reparto desigual de la riqueza, justificaba el comportamiento de los grupos privilegiados y les otorgaba además prestigio social². En otras palabras, existía una especie de relación contractual, un pacto social teológico entre ricos y pobres, que servía de soporte al sistema social³.

Los pequeños hospitales rurales eran simples albergues o refugios, paradas establecidas en las etapas mendicantes, que acogían a los pobres por una o dos noches, proporcionándoles luz, lumbre y pan. Cuando un pobre estaba enfermo, era trasladado desde estos modestos albergues rurales al hospital sanitario o asilo de la villa más cercana por medio de una caballería o de unas angarillas, un servicio que tanto los hospitales rurales dependientes de los concejos como de benefactores particulares (nobles) o de instituciones eclesiásticas solían tener contratado a un vecino⁴.

Teniendo en consideración todo lo anterior, no sorprende que estas instituciones rurales se ubicasen casi siempre en edificios muy modestos, que se componían de una sala de uso común o, como mucho, de dos, una para mujeres y otra para hombres. Su dotación material se limitaba a unos pocos jergones, sábanas y mantas para cubrir a los enfermos y al menaje mínimo imprescindible de vasijas y platos para servir el agua y los alimentos. Al frente de los mismos se encontraban un hospitalero y su mujer, habitualmente un

-
1. Oyola Fabián, Andrés. La asistencia hospitalaria rural en la Baja Extremadura: el Hospital de Nuestra Señora de Guía de Bodonal de la Sierra en los siglos XVII-XVIII. In: *Actas de las IV Jornadas de Historia en Llerena*. Llerena; 2003, p. 254-255.
 2. Carasa Soto, Pedro. Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907. *Cuadernos de Investigación: Historia*. 1984: 7-26.
 3. López Castellano, Fernando. El buen samaritano no sabía economía política: de la primera ley de beneficencia al intervencionismo científico (1822-1920). *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*. 2010; 4:21-45.
 4. López-Guadalupe Muñoz, Miguel Luis. Hospitales rurales en la Diócesis de Granada (siglo XVIII). In: Pérez Álvarez, María José; Martín García, Alfredo, eds. *Campo y campesinos en la España moderna. Culturas políticas en el mundo hispano*. León: Fundación Española de Historia Moderna; 2012, p. 1471-1482.

matrimonio de vecinos pobres de la localidad que a cambio de atender al edificio y a sus huéspedes recibían alojamiento, alguna finca para labrar y una pequeña cantidad de dinero o de grano. La administración del hospital rural correspondía a un mayordomo, cargo que recaía, en función de la titularidad patrimonial del establecimiento, en un eclesiástico de la localidad o en un regidor del concejo. Los gastos de personal (en sueldos y raciones) consumían la mayor parte del exiguo presupuesto de los pequeños hospitales rurales, que por lo general procedía de rentas de propiedades rústicas, de censos, de diezmos o de limosnas.

De hecho, estos modestos hospitales rurales, que funcionaban como puntos de apoyo intermedio de otros hospitales de mayor tamaño que prestaban algún tipo de asistencia sanitaria, van a ser los primeros en desaparecer durante el siglo XIX, a consecuencia de la mejora en los medios de transporte y de una racionalización de las comunicaciones terrestres acorde con la nueva estructura administrativa provincial.

En la escala inmediatamente superior se encontraban los hospitales y asilos de los pueblos o villas rurales de mayor tamaño. Su número se redujo de manera drástica a lo largo del siglo XIX, sobre todo como consecuencia de los diferentes procesos desamortizadores que entre finales del siglo XVIII y mediados del XIX les provocaron un irreparable daño patrimonial. Las crisis de subsistencias o las coyunturas bélicas (de la guerra de independencia a las guerras carlistas) también contribuyeron a su decadencia. La otra cara de esa reducción fue el agrupamiento o agregación de establecimientos hospitalarios, lo que los convirtió no sólo en mayores, sino en muchas ocasiones en más eficientes. Durante el siglo XIX se produjo también una reorientación en su función: la atención a la pobreza fue desplazada por la dedicación a la enfermedad, cambio que acompañó a la mutación de los valores sociales predominantes, pues para la sociedad burguesa la pobreza carecía de un componente institucional, siendo el resultado de una mera incapacidad personal. Simultáneamente, la pobreza pasó a conceptuarse como un problema más de policía (en el sentido de orden público), que de caridad, lo que reforzó el papel del Estado para garantizar su control, a través de un modelo de intervención que combinaba asistencia social y represión.

La afirmación del Estado liberal también incidió sobre este proceso, en particular mediante la promulgación de la Ley General de Beneficencia (20/6/1849) y del Reglamento (14/5/1852) que la desarrolló, legislación a través de la que se establecieron la Junta central y las Juntas provinciales y locales de beneficencia. El Estado, a través del Ministerio de Gobernación,

pasó a tener un papel más activo en el control de las actividades benéficas, supervisando la beneficencia particular, otorgando un mayor protagonismo a Diputaciones y ayuntamientos y tratando de limitar el tradicional control del ámbito benéfico por parte de la Iglesia.

Así, estos hospitales de nivel municipal van a ir, durante la segunda mitad de la centuria, perdiendo posiciones con respecto del tipo de instituciones a los que este proceso histórico consolida: los hospitales provinciales, que en muchas regiones del país concentraban a comienzos del siglo XX la mayor parte de la asistencia sanitaria y también de los recursos económicos, procedentes más de títulos de deuda pública que de las aportaciones de la Hacienda estatal. Este refuerzo (centralizador) de la provincia como ámbito privilegiado de la asistencia hospitalaria, dejó de lado a una parte importante de la población rural española, a la que la desaparición de los pequeños hospitales locales privó de un acceso directo, inmediato, a una infraestructura hospitalaria. Así, la asistencia municipal quedó reducida a los acuerdos para la contratación de médicos que pudieran establecer los consistorios y a las Juntas locales de Beneficencia en el caso de los vecinos reconocidos como pobres⁵.

A pesar de que tanto la transición demográfica como la sanitaria resultaron en España más tardías que en otras regiones de la Europa continental, la evolución de los hospitales rurales españoles durante el siglo XIX comparte algunas tendencias con lo sucedido en países como Alemania o Francia. Los hospitales rurales alemanes tenían un marcado carácter benéfico, bajo la dependencia de familias acomodadas, instituciones religiosas o municipios. El rápido proceso de industrialización del país y la consiguiente migración masiva del campo a las ciudades, fueron la causa de la proliferación de nuevos hospitales públicos en las periferias urbanas. En Francia, aunque existía una densa red de pequeños hospitales rurales, con alrededor de 126.000 camas de hospital en todo el país en 1850, la transición hacia la creación de grandes hospitales generales fue una tendencia mucho más urbana que rural. Gran parte de la población campesina continuaba asociando los hospitales con el temor a lo desconocido y el estigma social. Lo que singulariza el caso

5. La situación sanitaria del mundo rural español a comienzos del siglo XX, en Galiana, María Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio*. 2006; 58 (2): 139-164.

español es el gran peso demográfico que la población rural mantuvo hasta mediados del siglo XX⁶.

Esta visión sintética de la evolución de la realidad hospitalaria entre el final del siglo XVIII y las primeras décadas del XX, debe completarse con una aproximación también breve a la práctica de la medicina en el mundo rural español del periodo⁷.

La dignificación de las condiciones de trabajo en el medio rural fue un constante caballo de batalla para la clase médica a lo largo de todo el siglo XIX, tal y como denunció de manera reiterada la prensa profesional.

A lo largo de toda la centuria y más allá (al menos hasta la Guerra civil) los médicos rurales se quejaron amargamente de los perjuicios que les causaba su estrecha dependencia del poder municipal.

Los «médicos titulares», también denominados «médicos de partido» o «municipales», aquellos que trabajaban para un ayuntamiento como funcionarios facultativos, con la obligación de atender a todos los vecinos a cambio de un pago por visita (salvo en el caso de los vecinos reconocidos como pobres), reclamaban la creación de partidos médicos con una adecuada asignación, así como la regulación de los denominados «ajustes particulares» o «régimen de iguales»⁸. Por otra parte, denunciaban los abusos y arbitrariedades de los municipios en lo relativo al nombramiento y a la destitución de facultativos. De hecho, la elección del médico municipal era una decisión de los notables o de los «caciques» locales que se tomaba con frecuencia —aunque no siempre— sin atender a ningún criterio experto con capacidad para juzgar los méritos e idoneidad profesional del candidato. Por ello, era frecuente que la clase médica se quejase de ser «criados de las villas» o «esclavos al servicio de los caciques rurales»⁹.

En realidad, la contratación de facultativos por parte de los concejos a cambio de un sueldo era una práctica con unas arraigadas raíces históricas,

-
6. Cherry, Steven. *Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe*. In: Barona, Josep Lluís; Cherry, Steven, eds. *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*. Valencia: PUV, 2005, p. 19-61.
 7. Albarracín Teulón, Agustín. *La asistencia médica rural en la España del siglo XIX*. *Asclepio*. 1969; 21: 35-42; Albarracín Teulón, Agustín. *La profesión médica ante la sociedad española del siglo XIX*. *Asclepio*. 1973; 25: 303-316; Sánchez Granjel, Luis. *La medicina española contemporánea*. Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca; 1986, p. 60-63.
 8. Por «partido médico» se entiende la asociación de varios municipios para dotarse de servicios médicos (contratación de uno o varios facultativos cuyos servicios se comparten). Eran los pueblos pequeños, con pocos recursos, los que recurrían a este tipo de acuerdos.
 9. Albarracín Teulón, n. 7, 1969, p. 36; Granjel, n. 7, p. 63.

que se hundían en los siglos bajomedievales. En diferentes territorios de la Península, como en los de la Corona de Aragón, estos contratos cuya última finalidad era garantizar la atención sanitaria de los vecinos se denominaban «conducta» o «conducción»¹⁰. Aquellos municipios que contaban con numerosos bienes propios estaban en condiciones de costear con estos la contratación de un médico. Sin embargo, los que carecían de los mismos, tuvieron que establecer tributos o repartimientos entre sus vecinos para la contratación de un médico o de otros profesionales como cirujanos, boticarios, albéitares o maestros.

Existían dos tipos de conducción, la «cerrada» y la «abierta». En la cerrada cada vecino tenía derecho a ser atendido por el médico conducido y la obligación de contribuir económicamente al contrato de conducción. Ahora bien, el médico contratado tenía el monopolio de la atención sanitaria de esa población. En cambio, en la conducción abierta, el médico había sido contratado por el ayuntamiento únicamente para la atención de los pobres del municipio. Al resto de vecinos podría cobrarle por cada visita o establecer con ellos una «igualada», que consistía en un abono familiar a sus servicios a cambio de un pago anual en especie o de una determinada cantidad en metálico. Por su parte, los vecinos tenían la libertad de ser atendidos por cualquier otro sanitario que desearan¹¹.

Este tipo de contratos contemplaba toda una serie de cláusulas relativas a su duración, los salarios de los facultativos y las formas de pago —en dinero o en especie— funciones, obligaciones y derechos de los médicos, etc. Los desacuerdos sobre las formas de pago, los retrasos en los mismos o la no renovación de contratos, una vez finalizado el periodo establecido para la conducción (por lo general de varios años), fueron, entre otros, motivos habituales de fricciones —que con frecuencia derivaron en pleitos— entre ayuntamientos y médicos contratados¹². También lo fueron el régimen de permisos de los médicos, su sustitución temporal por otro profesional en caso de enfermedad o de ausencia, o la disputa entorno a algunas tareas

10. Los procedimientos para reclutar a un médico eran diversos. Camps i Surroca, Manel. Evolució i anàlisi de les conductes mèdiques a Catalunya. Gimbernat. 1988; X: 77-93.

11. Fernández Doctor, Asunción; Arcarazo García, Luis Alfonso. Asistencia rural en los siglos XVII y XVIII: Los tipos de «conducción» de los profesionales sanitarios en Aragón. Dynamis. 2002; 22: 198-208.

12. Fernández Doctor, Asunción. Los problemas de los sanitarios rurales en Aragón en el siglo XVIII. In: Martínez Pérez, José et al., coords. La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha; 2004, p. 287-297.

suplementarias con las que algunos municipios pretendieron cargar a sus galenos, como la de ejercer como maestro, etc.¹³.

La Ley de 3 de marzo de 1823, de Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias, establecía la obligación de los ayuntamientos de contar con sus propios facultativos y hacerse cargo de las necesidades médico-farmacéuticas de las familias de vecinos pobres, requerimientos que les fueron confirmados por la Ley orgánica de Sanidad de 1855, que acentuaba la centralización administrativa en materia sanitaria, situando a la Dirección General de Sanidad bajo la dependencia orgánica del Ministerio de la Gobernación.

En 1891 se celebró en Madrid un Congreso de médicos titulares en cuyas conclusiones los galenos exigían al Estado la inamovilidad en las plazas de los médicos rurales, retribuciones fijas satisfechas por los ayuntamientos, pero garantizadas por el Estado, y la creación de un Cuerpo de médicos titulares al que se ingresara por oposición o concurso. La nula respuesta de la administración a esta agenda de peticiones llevó a la celebración de una nueva asamblea de médicos titulares en 1902.

Con la entrada del siglo XX, este escenario va a experimentar cambios significativos. En 1904 la Dirección General de Sanidad impulsa la aprobación de una Instrucción de sanidad que crea por fin un Cuerpo de médicos titulares y convierte a los médicos municipales (en su inmensa mayoría médicos rurales) en funcionarios públicos al asignarles el cargo de inspectores municipales de sanidad¹⁴. Ese mismo año se aprueba el Reglamento del Cuerpo de médicos titulares, que regula los derechos y deberes de estos y establece una clasificación de los partidos médicos. La legislación promulgada durante la Dictadura de Primo de Rivera —el Reglamento de Sanidad de 1925— reforzó las atribuciones de los médicos rurales, en particular su condición de inspectores de sanidad.

Los años de la II República fueron el marco de nuevos intentos de los médicos rurales por emanciparse de la tutela municipal y quedar bajo una

13. Para Cataluña y las comarcas del Este de Aragón durante la Baja Edad Media y la Edad Moderna véase Camps i Surroca, Manel. *Evolució i anàlisi de les conductes mèdiques a Catalunya*. Gimbernat. 1988; X: 77-93. También, Sorní i Esteva, Xavier. *Notes sobre conductes mèdiques catalanes pels volts del 1750*. Gimbernat. 1992; XVIII: 157-167.

14. Así mismo, en 1905 se establecía legalmente el cuerpo de inspectores sanitarios. No es casual que el bacteriólogo y Director General de Sanidad que impulsó esta nueva legislación fuese el Dr. Carlos María Cortezo (1850-1933) que había sido el promotor del Congreso de médicos titulares celebrado en 1891.

dependencia más directa de las autoridades estatales. Sin embargo, lo más significativo del breve periodo republicano fue, a este respecto, la aprobación en 1934 del Reglamento de los médicos de asistencia pública domiciliaria, que recogía las obligaciones de los médicos titulares y regulaba la manera de cubrir las plazas vacantes.

En otro nivel de análisis, el de la política sanitaria, el régimen republicano ensayó la creación de una nueva infraestructura en el mundo rural, influenciada por una concepción preventiva de la sanidad. Así, una Orden ministerial (22/4/1932) creaba los Centros secundarios de Higiene Rural, que pasaron de 15 ese mismo año a 30 en 1933. Estos Centros de Higiene Rural estaban destinados a ser el primer eslabón de una estructura sanitaria territorial cuya cúspide sería la propia DGS¹⁵. Al frente de los Centros secundarios de Higiene Rural (luego también los hubo primarios) se situaría a los médicos titulares de cada localidad, siendo preciso para su correcto funcionamiento la cooperación de los municipios¹⁶.

Otra cuestión importante tiene que ver con las condiciones del ejercicio de la medicina en el contexto rural. Lo que caracterizó a este largo periodo (siglo XIX-primeras décadas del XX) fue la construcción corporativa de una imagen de médico rural «vocacional, abnegado, sacrificado, dispuesto a ejercer su profesión en situaciones de gran adversidad profesional y personal»¹⁷. La práctica de la medicina rural por parte de facultativos aislados, sin ningún tipo de apoyo académico o institucional, y enfrentados a una realidad sanitaria compleja generalmente sin los mínimos recursos diagnósticos, terapéuticos y tecnológicos, se convirtió así en una suerte de apostolado¹⁸.

Si, en cambio, el foco se pone en la asistencia sanitaria de la población rural española durante ese mismo periodo, hay que destacar sus grandes

-
15. Atenza Fernández, Juan; Martínez Pérez, José, coords. El centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha; 2001.
 16. Huertas, Rafael. Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la II.ª República. Revista Española de Salud Pública. 2000; 74: 35-43. Bernabeu - Mestre, Josep. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. Revista Española de Salud Pública. 2000; 74: 1-13.
 17. Comelles Esteban, Josep María et al. Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979). In: Martínez Pérez, José; Perdiguero Gil, Enrique, eds. Genealogías de la reforma sanitaria en España. Madrid: La Catarata; 2020, p. 64.
 18. Comelles Esteban, Josep María; Barceló Prats, Josep. Fonts documentals per a l'estudi de la medicina rural durant el franquisme. Gimbernat. 2020; 73: 135.

deficiencias y la lejanía de los establecimientos hospitalarios con respecto de la gran mayoría de la población del país.

3. La infraestructura hospitalaria rural durante la dictadura

La España de posguerra fue un país marcadamente rural, hasta el punto de que durante la década de 1940 tuvo lugar un proceso de re - ruralización que iría más allá de lo puramente demográfico para alcanzar ámbitos como el económico o el ideológico. Bajo la influencia de los postulados del fascismo agrario internacional de las décadas de 1930 y 1940, el franquismo adoptó una política autárquica que consagró una rígida intervención económica del sector agrario en todas sus fases, de la producción a la comercialización. Su resultado no se limitó al surgimiento de un amplio mercado negro, sino también a la extensión del hambre y de enfermedades derivadas de la desnutrición entre amplias capas de la población española, sobre todo de la urbana.

El abandono de cualquier proyecto de reforma agraria en un sentido social y su suplantación por una reforma agraria técnica; el encuadramiento de la población rural en organizaciones de masas (sindicatos verticales) para la disciplina y el control de la mano de obra; el deterioro de los salarios y de las condiciones laborales o la adopción de un discurso oficial que exaltaba las virtudes éticas y morales del campesinado y del mundo rural constituyeron algunos de los rasgos definitorios del periodo.

No se puede perder de vista que esta España rural era, en realidad, una buena representación del propio país. Según datos de Tafunell, en 1940 el 51% de la población vivía en municipios menores de 10.000 habitantes, y un 18% residía en ayuntamientos menores de 2.000. La situación apenas había variado diez años después, con un 48% de residentes en municipios menores de 10.000 habitantes y casi un 17% en los menores de 2.000¹⁹. Todavía en ese mismo año, 1950, cerca del 50% de la población activa española —en concreto el 47'6%— era población agraria, porcentaje que en 1960 se mantenía en el 36'6% y que en 1970 aún representaba un notable 22'8%²⁰. En síntesis,

19. Tafunell, Xavier. Urbanización y vivienda. In: Carreras, Albert; Tafunell, Xavier, coords. Estadísticas Históricas de España, Vol. 1. Bilbao: Fundación BBVA; 2005, p. 484.

20. Tortella, Gabriel. El desarrollo de la España contemporánea: siglos XIX y XX. Madrid: Alianza; 1994.

el peso demográfico y económico del mundo rural continuaba siendo muy importante.

El franquismo quiso resolver en ese mundo rural una ecuación imposible: dar cobertura social (incluidas las prestaciones sanitarias) a los pequeños y medianos propietarios agrarios (agricultores familiares), que en muchas regiones del país habían sido un apoyo importante a la sublevación militar de 1936, sin perjudicar los intereses de la gran propiedad.

Para ello, el régimen puso en marcha diferentes proyectos. En 1943, se sancionaba un Régimen Especial de Seguridad Social Agraria. Sus evidentes limitaciones y deficiente funcionamiento, llevó a la creación, en 1959, de la Mutualidad Nacional de Previsión Agraria (MNPA), cuya función consistía en la gestión de todos los seguros y prestaciones incluidos en el Régimen Especial de Seguros Agrarios. Por fin, en 1966, en la estela de la reforma integral del sistema de seguridad social que representó la Ley de Bases (1963), se aprobaba un nuevo Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social (REASS) y una Mutualidad Nacional de la Seguridad Social Agraria (MNSSA). Ninguna de estas sucesivas reformas consiguió solucionar la situación estructural de déficit financiero del sistema de seguros sociales agrarios, agudizada por el impacto del éxodo rural desde la década de 1950.

Así, durante las décadas de 1940 y 1950 (y más allá), el principal mecanismo de asistencia sanitaria de la población rural continuó siendo la iguala. Esta fue suscrita de manera mayoritaria por las familias de pequeños y medianos campesinos y garantizaba el derecho a una asistencia sanitaria básica. Los partos, los tratamientos especializados, los análisis clínicos y otras pruebas diagnósticas, las cirugías o la atención fuera del horario establecido eran, por lo general, servicios médicos no incluidos en ella.

Con todo, no se pueden negar avances importantes en la asistencia sanitaria a la población rural. El más trascendente consistió en su paulatino acceso, desde finales de la década de 1950, a los beneficios del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Ley de 27/12/1942). El Instituto Nacional de Previsión (INP) firmó convenios con diferentes instituciones sanitarias que permitieron el ingreso hospitalario de los agricultores. Además, los médicos de asistencia pública domiciliaria (APD) y los médicos libres se incorporaron a través del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a la prestación sanitaria en el mundo rural.

Por el contrario, no es posible hablar de mejoras en el ámbito de la infraestructura sanitaria rural. La dotación de «clínicas rurales» y «dispensarios-policlínicas de tipo rural» que De la Quintana y Espinosa habían diseñado

para el país en su plan de instalaciones de asistencia médica para el seguro de enfermedad de 1944 se había convertido en una quimera²¹.

En las siguientes páginas se presenta una radiografía de la infraestructura hospitalaria rural a lo largo del franquismo²². Para ser más precisos, la imagen que se ofrece se corresponde con los años del «desarrollismo», pues la fuente en la que se basa este análisis, los catálogos de hospitales, sólo existe para dos (1963 y 1970) de los casi cuarenta años que duró la dictadura²³.

Se ha trabajado con el conjunto de registros de hospitales locales (de localidades rurales) de cuatro de las actuales comunidades autónomas: Galicia, País Vasco, Castilla La Mancha y Andalucía. La elección de estas cuatro regiones ha respondido tanto a criterios socioeconómicos como a otros de tipo territorial y demográfico.

Dos de estas regiones (Galicia y País Vasco) pertenecen a la mitad norte de España, caracterizada por el hábitat disperso de sus comarcas rurales. Además, existe un notable contraste socioeconómico entre ambas. Aunque Galicia experimentó un proceso de industrialización (localizada) relativamente intenso desde finales de la década de 1950, acompañado de un crecimiento paralelo de sus principales ciudades, se trataba todavía al final del franquismo de una región predominantemente agraria en lo productivo y rural desde un punto de vista demográfico. En cambio, el País Vasco era desde finales del siglo XIX una de las principales regiones industriales del

-
21. De la Quintana López, Primitivo; Espinosa Fernández, Joaquín. Seguro de enfermedad. Estudio para un plan general de instalaciones de asistencia sanitaria. Madrid: INP; 1944, p. 44-45.
 22. Para la situación hospitalaria durante las primeras décadas del franquismo, véanse Vilar Rodríguez, Margarita; Pons Pons, Jerònia. El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del franquismo (1942-1963). 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. 263-321; Barceló Prats, Josep; Comelles, Josep María. De la descoordinación a la descentralización. La evolución del dispositivo hospitalario catalán durante el franquismo y la transición (1930-1980). In: González Madrid, Damián; Ortiz Heras, Manuel, coords. El estado del bienestar entre el franquismo y la transición. Madrid: Sílex; 2020, p. 235-245.
 23. En concreto: «Catálogo de Hospitales 31 de diciembre de 1963», BOE núm. 140 de 13 de junio de 1966, p. 7390-7427. «Catálogo de Hospitales actualizado al 31 de diciembre de 1970», BOE núm. 70 de 22 de marzo de 1973, p. 5632-5661. Esta fuente ofrece datos relativos a: nombre del establecimiento; población, calle y teléfono; número de camas; clasificación por funciones; ámbito territorial; nivel asistencial y dependencia patrimonial. Para las décadas anteriores contamos con el «Censo de Establecimientos sanitarios en España, 1949», Anuario Estadístico de España, 1951 y con el «Censo de Establecimientos sanitarios en España, 1957», Anuario Estadístico de España, 1960, si bien los datos ofrecidos por ambos no son exactamente homologables a los de los «catálogos de hospitales».

país, con una destacable continuidad entre espacios urbanos y rurales y actividades agropecuarias e industriales en bastantes comarcas de las provincias de Vizcaya y Guipúzcoa.

Por otra parte, se ha trabajado con las provincias de Castilla La Mancha y Andalucía, caracterizadas por un hábitat rural concentrado, donde los pueblos de mayor tamaño, cabeceras comarcales, se pueden conceptuar, en estos años, como pequeñas agrocidades. A pesar de la existencia en ambas regiones de núcleos industriales de gran relevancia (como Sevilla, Huelva, Puertollano o numerosas localidades mineras), se trata de dos extensos territorios en los que el peso social, demográfico y cultural del mundo rural, al igual que de la economía agraria, era aún notable en los años finales de la dictadura.

En total, se han procesado los datos correspondientes a los hospitales de localidades rurales de veinte de las cincuenta provincias de España (el 40% de las provincias del país), lo cual consideramos una muestra suficientemente representativa. Por último, es necesario aclarar qué se entiende en este texto por población rural. A este respecto se ha optado por un criterio demográfico amplio e inclusivo, de modo que se consideran rurales todas aquellas poblaciones de menos de 30.000 habitantes en 1960²⁴.

La comparación entre ambos catálogos permite identificar algunas tendencias en la situación hospitalaria rural de las décadas finales del franquismo y su evolución.

En líneas generales, entre 1963 y 1970 se aprecia una clara disminución tanto en el número de hospitales locales como en el de camas disponibles, lo cual es del todo coherente con el proceso de sustitución de un modelo de asistencia sanitaria basado en la beneficencia y en la medicina liberal, por otro socializado, que incorpora de manera progresiva nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas y promueve las «residencias» provinciales como nuevo modelo de hospital. Esta profunda transformación no hubiera sido posible sin el proceso de paulatina extensión de la cobertura del SOE a la población rural al que ya se hizo mención.

En casi todas las provincias, existen algunas poblaciones rurales en las que se ubican grandes hospitales de ámbito provincial o regional, por lo general dependientes de instituciones públicas provinciales o estatales —Diputaciones provinciales, Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del

24. Los datos municipales se han consultado en Instituto Nacional de Estadística: «Poblaciones de hecho por municipios desde 1990 hasta 1991». Disponible en: <http://www.ine.es>.

Tórax (PAN y ET), Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), etc.— que desempeñan funciones sanitarias especializadas. Son grandes hospitales para el tratamiento de la tuberculosis, para enfermos mentales o sanatorios infantiles²⁵. Es el caso de Hospitales antituberculosos como los de Guadarrama y El Escorial (Madrid); la Leprosería Nacional de Trillo (Guadalajara); el Sanatorio infantil de Górliz (Vizcaya) o el Sanatorio Marítimo Nacional del PAN y ET en Marina de Cudeyo (Cantabria), sólo por citar algunos entre los numerosos ejemplos posibles.

De igual manera, es frecuente encontrar en entornos rurales hospitales privados (sobre todo quirúrgicos) cuyos titulares son empresas dedicadas a la explotación de recursos minerales: en Asturias, León, Huelva o Granada; o la «clínica para obreros» de la empresa de fabricación de calzado Segarra en Vall de Uxó (Castellón).

En la mayor parte de los pueblos, más allá de la mencionada tendencia a la reducción en el número de hospitales y de camas, se asiste durante estos años a una progresiva disminución en el número de establecimientos públicos de titularidad municipal, muchas veces de naturaleza más asistencial (en sentido amplio) que sanitaria. Se trata de los denominados «Hospitales-asilos». El número de hospitales municipales (urbanos y rurales) se redujo un 30% entre 1963 y 1970, pasando de 156 a 110.

Más allá de la paulatina extensión de la cobertura sanitaria estatal, es probable que este declive se explique en muchos casos por dificultades presupuestarias de las propias instituciones, incapaces de subsistir con la escasa financiación aportada por sus respectivos ayuntamientos. Se trataba además, en su mayoría, de edificaciones antiguas, que era muy costoso modernizar, de modo que se pudieran adaptar a las nuevas tecnologías sanitarias de la segunda mitad del siglo XX. En una situación similar se encontraban los edificios históricos —de finales del siglo XIX o comienzos del XX— que albergaban las instalaciones de los hospitales de las Diputaciones provinciales. Con todo, los hospitales municipales y provinciales aún significaban en 1963 el 17% de los centros hospitalarios del país, concentrando casi un tercio de las camas de hospital.

25. En algunos casos, estos establecimientos son de titularidad privada o son instituciones benéficas cuyo titular es la iglesia católica. Sobre los hospitales dependientes de la iglesia durante el franquismo, León Sanz, 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: Catarata; 2020, p. 192-200.

El resto de la dotación pública que se ha localizado consiste en la existencia de una red local de Centros Maternales de Urgencia o Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia, dependientes de la Dirección General de Sanidad (DGS). Su creación tuvo muy probablemente que ver con el esfuerzo que las instituciones públicas realizaron durante el primer tercio del siglo XX para reducir las elevadas tasas de mortalidad infantil existentes en el país²⁶. Llama la atención que su distribución regional es muy irregular. Apenas están presentes en las regiones de la mitad norte del país, en tanto que en el sur de España esa red local mantiene una notable densidad. En cuanto a los establecimientos benéficos privados, que siguen dependiendo abrumadoramente de la iglesia, la tendencia es igualmente hacia una continua reducción en su número y capacidad (en número de camas), si bien con matices regionales.

Los catálogos de hospitales permiten realizar también una caracterización general sobre la situación de la medicina privada o libre en los pueblos. A este respecto se aprecia con claridad que el negocio sanitario rural lo concentraban dos tipos de establecimientos: las clínicas quirúrgicas y las maternidades, por lo general, dotadas de un pequeño número de camas, que podía variar de dos a diez en función del tamaño de cada pueblo.

Este recorrido panorámico se puede cerrar llamando la atención sobre la especificidad del sistema hospitalario del País Vasco y Cataluña, también en su dimensión rural. En el sentido de que la estructura sanitaria-asistencial del Estado (DGS, INP) tenía una presencia muy limitada en ambos territorios, en tanto que instituciones locales y provinciales preexistentes (como las Diputaciones Forales en el caso vasco), o las instituciones hospitalarias dependientes de organizaciones de la sociedad civil jugaban un papel muy relevante. En el caso catalán, la existencia de una red comarcal de hospitales rurales, con origen en la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930), debe ser destacada.

26. Sobre el discurso higiénico-sanitario y las iniciativas institucionales y legislativas en la lucha contra la mortalidad infantil durante la primera mitad del s. XX en España, véase Pérez Moreda, Vicente; Reher, David Sven; Sanz Gimeno, Alberto. *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons; 2015, p. 171-176. Sobre el descenso de la mortalidad infantil y juvenil en las décadas de 1910 y 1920, en el que la difusión de la puericultura en el mundo rural jugó un papel importante, véase Sanz Gimeno, Alberto; Ramiro Fariñas, Diego. *Infancia, mortalidad y niveles de vida en la España interior. Siglos XIX y XX*. In: Martínez Carrión, José Miguel, ed. *El nivel de vida en la España rural, siglos XVIII- XX*. S. Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante; 2002, p. 359-404.

Esta visión global puede ser contrastada y refinada con el análisis de los datos con los que se ha trabajado, tanto a escala provincial como regional.

En el caso gallego entre 1963 y 1970 desaparecieron casi el 30% de los hospitales rurales, lo que en parte se puede relacionar con la reactivación de las migraciones rurales, tanto hacia las mayores ciudades del país como al extranjero (Francia, Alemania, Suiza, etc.). Este descenso afectó tanto a los públicos como a los benéficos particulares y a los privados, si bien en este caso en menor medida. El número de camas «rurales» descendió en un 19% en siete años, al tiempo que la composición interna de la dedicación de estas se alteró notablemente. Mientras desaparecían las camas de uso general; tanto las dedicadas a maternidad como las quirúrgicas, crecían notablemente, un 166 y un 55% respectivamente.

Tabla 1

Evolución en el número y tipo de hospitales y camas rurales en poblaciones menores de 30.000 habitantes. Galicia (1963-1970)

<i>Prov.</i>	<i>Año</i>	<i>N.º Hosp. Locales</i>	<i>Pub</i>	<i>Benef Priv</i>	<i>Priv</i>	<i>N.º camas</i>	<i>Camas Mat.</i>	<i>Camas Quir.</i>	<i>Camas Gen.</i>	<i>Camas Otros</i>
Galicia	1963	29	3	2	25	364	12	169	183	0
Galicia	1970	20	2	0	20	295	32	263	0	0

Fuente: Boletín Oficial de Estado: Catálogos de Hospitales de 1963 y 1970.

Varios aspectos destacan de la situación hospitalaria de la Galicia rural durante el «desarrollismo».

En primer lugar, el escaso número de establecimientos existentes en un territorio caracterizado por una fuerte dispersión demográfica, situados siempre en villas cabecera de comarca, pero ni mucho menos en la mayor parte de las del país. La existencia de centros públicos es realmente muy escasa, limitándose en 1963 a un par de hospitales municipales (uno un asilo) y un Centro Maternal de la DGS, frente a un predominio muy claro de las pequeñas clínicas privadas, tanto quirúrgicas como maternidades. Ello nos hace pensar que la asistencia sanitaria de la población rural gallega descansaba en la atención de médicos particulares con los que las familias llegaban a un acuerdo (igual) para la prestación de servicios sanitarios a las familias, que se pagaban o en metálico o en productos del campo.

La presencia de establecimientos públicos en el mundo rural se concretaba en la ubicación de hospitales de rango regional o provincial con un alto

número de camas, situados en pueblos del *hinterland* de las capitales provinciales. Es el caso del Sanatorio antituberculoso de Barbadás o del psiquiátrico de Toén (dependientes respectivamente del PNA y ET y del PANAP) ambos en las proximidades de Ourense, o del Hospital psiquiátrico de Castro de Rei (Lugo), dependiente en esta ocasión de la Diputación provincial.

En el caso del País Vasco encontramos una red hospitalaria rural más densa (con establecimientos en más poblaciones) y una mayor dotación de camas, aún a pesar de que las infraestructuras hospitalarias urbanas eran mucho más numerosas que en el caso gallego, lo que se explica por la importancia de las concentraciones urbano-industriales de diferentes comarcas de las provincias de Vizcaya y Guipúzcoa. Es interesante observar que el sistema hospitalario de ambos territorios es relativamente similar (en número de establecimientos y de camas), mientras que el de Álava es notablemente diferente. En esta provincia tan sólo se documenta un hospital rural (asilo) en 1963, en Laguardia, que en 1970 ha cambiado de función para convertirse en infantil provincial a cargo de la beneficencia privada (probablemente de la iglesia), manteniendo un número de camas similar (alrededor de 80).

En Guipúzcoa y Vizcaya, la evolución entre 1963 y 1970 es parecida. Se produce una reducción (suave) del número total de hospitales (una caída cercana al 23% en todo el País Vasco) y en el número de camas (que descienden más, un 34%), al tiempo que se asiste a una reasignación en la distribución interna de las camas de hospital. Igual que en Galicia, las camas de uso general desaparecen, en tanto que las de maternidad retroceden un 23% y las destinadas a otras funciones en hospitales locales —para enfermos mentales, tuberculosos y niños— también se reducen notablemente, un 43%. En cambio, las camas de uso quirúrgico crecen más de un 54%, quizás en parte debido a la siniestralidad laboral.

Tabla 2

Evolución en el número y tipo de hospitales y camas rurales en poblaciones menores de 30.000 habitantes. País Vasco (1963-1970)

<i>Prov.</i>	<i>Año</i>	<i>N.º Hosp. Locales</i>	<i>Pub</i>	<i>Benef priv</i>	<i>Priv</i>	<i>N.º camas</i>	<i>Camas Mat.</i>	<i>Camas Quir.</i>	<i>Camas Gen.</i>	<i>Camas Otros</i>
País Vasco	1963	31	7	2	22	788	98	240	278	172
País Vasco	1970	24	1	2	21	521	76	371	0	74

Fuente: Boletín Oficial de Estado: Catálogos de Hospitales de 1963 y 1970.

Hay otras tendencias interesantes. Mientras los hospitales locales públicos experimentan una drástica reducción durante esta década (de 7 a 1, disminuyendo un 86%), las instituciones de la beneficencia privada se mantienen y el sector privado también se muestra estable. Tal vez quepa establecer una relación directa entre la reducción en el número de hospitales públicos y en el de camas de dedicación general.

De los establecimientos privados llama la atención su diversidad y especialización. Ya no se trata tan sólo de maternidades (sobre 10 camas) y de clínicas quirúrgicas de tamaño medio (de entre 20 y 30 camas, en ocasiones de más, 40-60), sino que la medicina privada incluye centros para enfermos mentales, para el tratamiento de la tuberculosis o para niños. Es decir, parece que nos encontramos ante un sector privado más maduro y desarrollado que en otras partes del país.

Hay que preguntarse, por otra parte, de qué manera afectó a la red de hospitales rurales vascos, la continua recepción durante estas décadas de grandes contingentes de emigrantes procedentes de otras regiones de España, en particular a los situados alrededor de Bilbao.

Por último, como en el resto del país, algunos pueblos vascos son la sede de grandes instituciones sanitarias especializadas. Así, en 1963, la Diputación Foral de Vizcaya contaba con un sanatorio psiquiátrico de 408 camas en Zaldívar y con otro con la misma función y 460 camas en Bermeo, así como con un sanatorio infantil de 450 camas en Górliz. Ese mismo año la iglesia regentaba dos grandes hospitales para enfermos mentales en Mondragón, que juntos superaban las 2.000 camas. A ellos se debe añadir el Hospital antituberculoso regional del PNA y ET en Laguardia, en las proximidades de Vitoria.

En el centro y el sur de España, en líneas generales, estas mismas tendencias se constatan también para el periodo 1963-1970, si bien con algunos matices.

En el caso de Castilla La Mancha se asiste en menos de una década a una reducción importante en la cifra de hospitales locales, prácticamente del 40%, que afecta sobre todo a los establecimientos de titularidad pública, que se reducen en más de un 60%, mientras los privados lo hacen en casi un 35% y sólo se mantienen las instituciones benéficas privadas, que pasan en estos años de 2 a 3. Es muy probable que en la importante caída en el número de hospitales tenga bastante que ver el impacto del intenso éxodo rural que experimentó la región entre mediados de la década de 1950 y el final de la dictadura. En lo que respecta a la evolución del número de camas de hospital «rurales», el descenso también es marcado (algo menos del 30%).

A diferencia de lo que acontecía en Galicia o en el País Vasco, no sólo se reduce el número de camas dedicadas a un uso general (un 55%), sino también el de camas quirúrgicas (un 23%), mientras que en el de camas destinadas a maternidad se produce un leve repunte, alrededor de un 10% más. En las provincias manchegas, como en Galicia y, a diferencia de lo que sucedía en las vascas, los hospitales rurales no contaban con camas destinadas a otro tipo de enfermos (niños, mentales, etc.). Es importante tener en cuenta que esta reducción generalizada en número de hospitales y de camas rurales se produce en un periodo de tiempo muy breve (menos de diez años), lo que da cuenta de su brusquedad en el caso de esta región.

Tabla 3
Evolución en el número y tipo de hospitales y camas rurales en poblaciones menores de 30.000 habitantes. Castilla La Mancha (1963-1970)

<i>Prov.</i>	<i>Año</i>	<i>N.º Hosp. Locales</i>	<i>Pub</i>	<i>Benef Priv</i>	<i>Priv</i>	<i>N.º camas</i>	<i>Camas Mat.</i>	<i>Camas Quir.</i>	<i>Camas Gen.</i>	<i>Camas Otros</i>
Castilla La Mancha	1963	33	13	2	18	415	62	226	127	—
Castilla La Mancha	1970	20	5	3	12	300	68	174	58	—

Fuente: Boletín Oficial de Estado: Catálogos de Hospitales de 1963 y 1970.

Entre las particularidades de la dotación hospitalaria manchega podemos citar la existencia de algunos centros quirúrgicos de titularidad eclesiástica o benéfica privada (sin que la fuente especifique más), si bien lo que predominan en los pueblos de tamaño mediano o grande son las clínicas quirúrgicas con un rango de entre 10 y 30 camas, en función del número de habitantes de las poblaciones. Por otra parte, se localiza en el caso manchego esa red de maternidades locales (Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia) de la Dirección General de Sanidad a la que se hacía referencia más arriba, ubicadas en pueblos de dimensiones respetables como Tarancón (Cuenca); Almansa, Hellín o Villarrobledo (Albacete) o Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Por fin, hay que referir que también en Castilla La Mancha están presentes los grandes hospitales especializados de escala regional, como el psiquiátrico de Yebes (Guadalajara), dependiente del PANAP y con 340 camas en 1970, o el Instituto Leprológico y Leprosería Nacional de Trillo, en la misma provincia, con más de 450 camas todavía en 1970 y dependiente en este caso de la DGS.

Para finalizar con este análisis regional se hará referencia al caso andaluz. El análisis de los datos disponibles sobre hospitales rurales en Andalucía ofrece importantes dificultades. Estas derivan no sólo del peso demográfico de la región en el conjunto del Estado (cerca de seis millones de habitantes en 1960), sino también de su gran diversidad interna en términos tanto geográficos, como sociales o productivos, así como en lo relativo al régimen de propiedad de la tierra, con fuertes contrastes entre el sistema latifundista de las comarcas del Valle del Guadalquivir y el predominio de la pequeña y mediana propiedad familiar en muchas zonas de la Andalucía Oriental. Al nivel de la red de hospitales rurales documentada por los Catálogos de 1963 y 1970 existen marcadas diferencias interprovinciales cuya raíz posiblemente se encuentre en procesos históricos de larga duración.

Con todo, también es posible ofrecer una visión global de la situación de los hospitales rurales andaluces a lo largo de los años sesenta.

Las tendencias que se observan en Andalucía son, a grandes rasgos, compatibles con los procesos generales descritos para las otras tres regiones. Se asiste en primer lugar a una importante reducción en el número total de hospitales, que pasa de 140 en 1963 a 89 en 1970, es decir, un descenso del 37%, que se verifica sobre todo en el caso de los hospitales públicos (en particular en los municipales). La reducción en el porcentaje de hospitales rurales de titularidad pública es de casi el 36%. Como en Castilla La Mancha, los establecimientos benéficos de titularidad privada resisten mejor el embate (pasando de hecho de 8 a 10), en tanto que los privados, manteniendo la tendencia manchega, pero contradiciendo lo que sucede en Galicia y País Vasco, también retroceden; de hecho, desaparecen casi la mitad. La reducción en el número de camas rurales es coherente con las cifras anteriores, superando por poco el 30%, en todo caso por debajo de la del número de hospitales, tal vez a causa de la supervivencia de instituciones benéficas. En cuanto a la evolución del número de camas en función de su utilización, la reducción resulta también generalizada: un 22% en las camas de maternidad; casi un 50% en las camas quirúrgicas; más de un 90% en las destinadas a niños o a enfermos mentales y un 30% en las camas de uso general.

Esta cuestión no deja de resultar interesante. Frente a otras regiones en las que desaparecen, las camas rurales que mejor resisten en Andalucía, tras las de maternidad son las generales. De hecho, en 1963 representan el 70% del total de camas rurales, en tanto que en 1970 son todavía algo más del 60%, lo que podría indicar la pervivencia de una asistencia hospitalaria rural muy genérica o poco especializada, lo cual es compatible con el elevado número

de hospitales municipales generales y de hospitales-asilos municipales, así como de establecimientos calificados como benéficos (sin más detalle) que ambos Catálogos consignan.

Tabla 4
Evolución en el número y tipo de hospitales y camas rurales en poblaciones menores de 30.000 habitantes. Andalucía (1963-1970)

<i>Prov.</i>	<i>Año</i>	<i>N.º Hosp. locales</i>	<i>Pub</i>	<i>Benef priv</i>	<i>Priv</i>	<i>N.º camas</i>	<i>Camas Mat.</i>	<i>Camas Quir.</i>	<i>Camas Gen.</i>	<i>Camas Otros</i>
Andalucía	1963	140	93	8	39	2.881	649	649	1.729	127
Andalucía	1970	89	60	10	20	2.010	445	340	1.212	11

Fuente: Boletín Oficial de Estado: Catálogos de Hospitales de 1963 y 1970.

Por otra parte, la reducción en el número de clínicas quirúrgicas que se detecta entre ambas fechas puede obedecer no sólo al éxodo rural, que también afectó de manera muy importante a la región durante las décadas del denominado «segundo franquismo», sino también al cierre de numerosas explotaciones mineras que contaban con sus propias clínicas quirúrgicas.

Lo que sí encontramos en el caso andaluz es una red muy tupida de Centros Maternales de Urgencia con un número de camas que oscila entre las 5 y las 15 en función del tamaño del pueblo donde se hallen ubicadas. Los Centros Maternales de la DGS están presentes en casi todos los pueblos de tamaño grande y mediano de Andalucía, superando en número a las maternidades privadas. De hecho, en 1963 son un total de 34, estando tan sólo ausentes en dos de las ocho provincias andaluzas: Almería y Málaga. En cuanto a los grandes hospitales especializados situados en pueblos, en el caso de Andalucía se debe destacar el Hospital antituberculoso con el que contaba el PNA y ET en Alcalá de Guadaíra (en las proximidades de Sevilla), dotado de 324 camas en 1963.

Hay que referir por último los llamativos contrastes que hay en el número de hospitales rurales entre unas y otras provincias andaluzas, algo que no sucede en ninguna de las otras regiones analizadas (haciendo salvedad del caso de la provincia de Álava). En 1963, llama poderosamente la atención el número de establecimientos existentes en provincias como Córdoba (32) o Jaén (28), ambas por encima de Sevilla (20), en tanto que otras como Almería (5); Málaga (9) o Cádiz (11) presentan un número reducido. En una posición intermedia se situaban en 1963 Huelva, con 18, y Granada con 19. Cabe preguntarse por la existencia histórica de factores institucionales (influencia

y poder desigual de las instituciones concejiles, de la iglesia, etc.), sociales (peso de la beneficencia privada de origen nobiliario) o geográficos (tipo de poblamiento) que puedan explicar estas marcadas diferencias.

4. Conclusiones

Los doscientos años transcurridos entre 1750 y la segunda del siglo XX representaron el declive de los hospitales rurales, que tenían en muchas localidades del país su origen en el periodo bajomedieval. Los sucesivos procesos desamortizadores, la afirmación política del Estado liberal y la elección de la provincia frente al municipio como unidad básica de la administración periférica estatal, se tradujeron en la desaparición de una miríada de pequeños hospitales rurales (casi albergues) de aldeas y villas y en la progresiva concentración de la asistencia hospitalaria en las capitales de provincia.

Este proceso se vio acompañado por una serie de cambios en el ejercicio de la medicina rural. Hay que destacar, en las primeras décadas del siglo XX, el proceso de funcionarización de los médicos municipales. La reglamentación administrativa del ejercicio de la profesión médica, con la conversión de los médicos municipales en funcionarios públicos y la reorganización del sistema de partidos médicos, liberó a los facultativos de una situación de estrecha dependencia de las condiciones establecidas por los poderes municipales que, desde el establecimiento de las «conducciones» de médicos en la Baja Edad Media, había sido el germen de numerosos conflictos entre ayuntamientos, galenos y vecindarios. Sin embargo, hubo también continuidades importantes en la asistencia sanitaria a la población rural. El sistema de igualas o «ajustes particulares» entre familias y médicos sobrevivió en muchas comarcas del país hasta entrada la década de 1970.

Durante el primer tercio del siglo XX, las prestaciones sociales (también las relacionadas con la salud) llegaron muy lentamente al mundo rural. El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), pieza clave del modelo asistencial franquista, sólo se comenzó a implantar en el campo avanzada ya la década de 1950. Por otra parte, la creación de nuevos establecimientos sanitarios en la España rural de las décadas de 1940 y 1950 fue menos que episódica.

El análisis de la situación durante el franquismo de los hospitales rurales «heredados» de la etapa liberal permite apreciar una serie de tendencias generales. Se detecta una importante reducción en el número global de hospitales y de camas disponibles, que afecta sobre todo a los hospitales públicos

de titularidad municipal (muchos de los cuales eran hospitales-asilo), y a su dotación de camas, destinadas a «medicina general». La medicina privada encuentra en los pueblos (probablemente refuerza) un nicho de mercado en torno a pequeñas clínicas quirúrgicas y maternidades. En la beneficencia privada (monopolizada por la iglesia), se produce también una caída, aunque más suave, en el número de establecimientos y de camas. Finalmente hay que destacar la existencia de una red pública de maternidades y centros de atención pediátrica, distribuidos de modo bastante irregular por las diferentes regiones del país. Estas tendencias se ven matizadas cuando descendemos a una escala regional, si bien la definición de modelos territoriales amplios requerirá de un mayor volumen de datos empíricos.

En todo caso, esta imagen panorámica del sistema hospitalario rural debe interpretarse en relación con otros procesos que de manera simultánea, desde la década de 1950, estaban modificando las condiciones en las que se asistía a la población rural española desde un punto de vista sanitario: la progresiva ampliación social de la cobertura del SOE; la elección de las residencias provinciales como nuevo tipo ideal de hospital y la sustitución de un modelo asistencial basado en la beneficencia y en la medicina liberal por otro de naturaleza socializada. ■

