

María Isabel Porras Gallo, Lourdes Mariño Gutiérrez  
y María Victoria Caballero Martínez (coords.)

## Salud, enfermedad y medicina en el franquismo

COLECCIÓN INVESTIGACIÓN Y DEBATE

ESTE LIBRO HA CONTADO CON FINANCIACIÓN DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD Y DEL FONDO EUROPEO DE DESARROLLO REGIONAL DE LA UNIÓN EUROPEA (REFS. HAR2015-70688-C2-1P Y HAR2015-70688-C2-2P).



© MARÍA ISABEL PORRAS GALLO, LOURDES MARIÑO GUTIÉRREZ, MARÍA VICTORIA CABALLERO MARTÍNEZ, ÁNGEL GONZÁLEZ DE PABLO, ROSA BALLESTER AÑÓN, ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA, MARÍA JOSÉ BÁGUENA, NOELIA MARÍA MARTÍN ESPINOSA, JUAN ATENZA FERNÁNDEZ, JOSEP BARCELÓ PRATS, JOSEP M. COMELLES, ENRIQUE PERDIGUERO GIL, PILAR LEÓN SANZ, FERRAN MARTÍNEZ NAVARRO, MARÍA TORMO SANTAMARÍA, EVA MARÍA TRESCASTRO LÓPEZ, MARÍA EUGENIA GALIANA SÁNCHEZ, JOSEP BERNABEU MESTRE Y MERCEDES DEL CURA GONZÁLEZ. 2019

© LOS LIBROS DE LA CATARATA. 2019  
FUENCARRAL, 70  
28004 MADRID  
TEL. 91 532 20 77  
WWW.CATARATA.ORG

SALUD, ENFERMEDAD Y MEDICINA EN EL FRANQUISMO

ISBN: 978-84-9097-889-4  
DEPÓSITO LEGAL: M-36.062-2019  
IBIC: 3JKF/MBX

ESTE LIBRO HA SIDO EDITADO PARA SER DISTRIBUIDO. LA INTENCIÓN DE LOS EDITORES ES QUE SEA UTILIZADO LO MÁS AMPLIAMENTE POSIBLE. QUE SEAN ADQUIRIDOS ORIGINALES PARA PERMITIR LA EDICIÓN DE OTROS NUEVOS Y QUE, DE REPRODUCIR PARTES, SE HAGA

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN, por María Isabel Porras Gallo, Lourdes Mariño Gutiérrez  
y María Victoria Caballero Martínez 11

CAPÍTULO 1. SOBRE EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO EN TIEMPOS DE DICTADURA:  
EL SABER PSIQUIÁTRICO DURANTE EL FRANQUISMO 19

Ángel González de Pablo

Introducción 19

La psiquiatría del estado totalitario: la locura marxista y la 'psicosis mitis' 20

La psiquiatría de la miseria y de la desolación: el 'síndrome axil' 24

La psiquiatría del Estado católico: la 'timopatía ansiosa' 27

La psiquiatría del desarrollismo: la 'urdimbre afectiva' 31

La psiquiatría de la crisis final del régimen: los mitologemas 36

Epílogo 39

CAPÍTULO 2. ESPAÑA Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.  
LA CUESTIÓN ESPAÑOLA Y LA PUESTA EN MARCHA DE POLÍTICAS  
Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA (1948-1970) 43

Rosa Ballester Añón

España y la ONU. La 'cuestión española'. Políticos, diplomáticos y sanitarios  
en el proceso inicial de la entrada de España en la OMS 44

Los proyectos de asistencia técnica de la OMS para España 51

Reflexiones finales 55

**CAPÍTULO 3. 'NACIDOS DEMASIADO PRONTO'. LA PREMATURIDAD EN LA AGENDA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL DE LA OMS Y EL PLAN DE OPERACIONES PARA ESPAÑA (1948-1970) 57**

Rosa Ballester Añón y Esteban Rodríguez-Ocaña

La salud materno-infantil como problema

de salud mundial y su manejo institucional 58

El Comité de Expertos en Salud Materno-Infantil y la prematuridad 59

El Plan de Operaciones para el establecimiento de centros piloto para prematuros en España (ESPAÑA-10) 62

Reflexiones finales 69

**CAPÍTULO 4. LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES VÍRICAS Y LOS PROGRAMAS COLABORATIVOS DE LA OMS CON ESPAÑA (1952-1986) 72**

María José Báguena y María Isabel Porras

Introducción 72

Condiciones sanitarias durante la posguerra 75

Situación epidemiológica en España a partir de 1951 77

A modo de reflexión 95

Agradecimientos 95

**CAPÍTULO 5. EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES HUMANITARIAS ESPAÑOLAS EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DURANTE EL PERIODO FRANQUISTA 98**

Lourdes Mariño Gutiérrez, Victoria Caballero Martínez y Noelia M. Martín Espinosa

Introducción 98

El papel de Cruz Roja Española en el control de las enfermedades infecciosas 101

La labor desempeñada por la Sección Femenina de FET y de las JONS en el franquismo 105

Cáritas Española ante el control de las enfermedades infecciosas 113

Reflexiones finales 117

**CAPÍTULO 6. EL PROYECTO E30 OMS-ESPAÑA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA ZONA DE DEMOSTRACIONES SANITARIAS EN TALAVERA DE LA REINA, 1965-1976 124**

Esteban Rodríguez Ocaña y Juan Atenza Fernández

Introducción. Reforma, planificación indicativa e influencia de la OMS 124

El concepto de 'zona de demostraciones sanitarias' y su uso por la OMS 126

El proyecto E30 de colaboración entre España y la OMS 130

Una larga gestación: la materialización del proyecto 132

Conclusiones 142

Agradecimientos 144

**CAPÍTULO 7. LAS BASES IDEOLÓGICAS Y PRÁCTICAS DEL PROCESO DE REGIONALIZACIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA (1955-1978) 146**

Josep Barceló-Prats, Josep M. Comelles

y Enrique Perdiguero-Gil

¿Por qué analizar la regionalización sanitaria? 146

Aproximación a los conceptos de 'región', 'región hospitalaria',

'red regionalizada', 'regionalización hospitalaria'

y 'regionalización sanitaria' 149

La provincialización del dispositivo asistencial y sus límites 152

La crisis de la provincialización durante el franquismo 153

De la nueva doctrina hospitalaria a la regionalización (1955-1970) 154

Hacia un servicio nacional de salud descentralizado 161

A modo de conclusión 162

**CAPÍTULO 8. EVOLUCIÓN DE LA RED HOSPITALARIA NACIONAL 1939-1975: EL CASO DE LOS HOSPITALES DE LA IGLESIA 168**

Pilar León Sanz

Una propuesta de periodización para la construcción del sistema hospitalario español 168

La primera etapa (1944-1963): construcción de las infraestructuras del SOE 170

Desarrollo de la Red Nacional de Hospitales (1963-1975) 172

Aportación de los hospitales de la Iglesia

a la Red Hospitalaria Nacional (1963-1975) 177

Conclusiones 182

**CAPÍTULO 9. LAS CRISIS EPIDÉMICAS DEL TARDOFRANQUISMO Y LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA ESPAÑOLA 185**

Ferran Martínez Navarro

Introducción 185

El marco económico 189

Política económica y salud 192

Sistema de ciudades y epidemias 207

- Crisis económica (1973-84): paro, drogadicción y sida 223
- Conclusiones 232

#### **CAPÍTULO 10. GÉNERO Y ACCIÓN SOCIO SANITARIA: LAS AGENTES DE ECONOMÍA DOMÉSTICA DEL SERVICIO DE EXTENSIÓN AGRARIA (1960-1974) 236**

María Tormo Santamaría, María Eugenia Galiana Sánchez,  
Eva María Trescastro López y Josep Bernabeu Mestre

- Introducción 236
- El Servicio de Extensión Agraria 238
- La incorporación de la mujer al SEA y la formación de las ayudantes y agentes de economía doméstica 240
- Conclusiones 257
- Agradecimientos 257

#### **CAPÍTULO 11. EL SERVICIO SOCIAL DE RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE MINUSVÁLIDOS: DE LA VALORACIÓN DE CAPACIDADES A LA ATENCIÓN INTEGRAL (1970-1979) 262**

Mercedes del Cura González

- Introducción 262
- El Servicio Social para los Minusválidos: un proyecto ambicioso 264
- La fusión de los servicios sociales para las personas con discapacidad 268
- Hacia una atención integral 271
- Las sombras del SEREM 275
- Epílogo 277

#### **SOBRE LOS AUTORES Y AUTORAS 281**

## **INTRODUCCIÓN**

MARÍA ISABEL PORRAS GALLO, LOURDES MARIÑO GUTIÉRREZ  
Y MARÍA VICTORIA CABALLERO MARTÍNEZ

Como ha señalado Glicerio Sánchez Recio (2016), la investigación sobre la dictadura franquista ha tenido un gran desarrollo, particularmente desde la muerte de Franco, recibiendo más impulso especialmente cuando coincide con algunas conmemoraciones, como los aniversarios del final de la Guerra Civil, del nacimiento o de la muerte del dictador, dando en ocasiones lugar a números monográficos de algunas de las principales revistas o a volúmenes conmemorativos más allá de la investigación difundida por los cauces habituales. La revisión de algunos de estos trabajos permite ver la evolución registrada en los intereses, enfoques y objetivos del trabajo investigador desarrollado a lo largo del periodo transcurrido desde que el régimen llegó a su fin, pero también qué tipo de profesionales han seleccionado preferentemente esta etapa de la historia como objeto de investigación y con qué enfoque se ha efectuado. Para conocer mejor esa evolución sería igualmente interesante identificar los grupos de investigación que en estos años se han constituido con el objetivo de centrar su investigación en esa fase de nuestra historia, como es el caso del Seminario de Estudios del Franquismo y Transición (SEFT), de la Universidad de Castilla-La Mancha, y analizar su recorrido investigador y producción científica para detectar los cambios registrados. Sería prácticamente inabordable efectuar una exhaustiva revisión de la actividad científica y de la historiografía generada en los casi 44 años transcurridos, pero sí queremos trazar unas mínimas pinceladas que orienten sobre la evolución registrada.

## EVOLUCIÓN DE LA RED HOSPITALARIA NACIONAL 1939-1975: EL CASO DE LOS HOSPITALES DE LA IGLESIA\*

PILAR LEÓN SANZ

### UNA PROPUESTA DE PERIODIZACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA HOSPITALARIO ESPAÑOL

La Guerra Civil española (1936-39) implicó una profunda crisis en todo el país a la que no fueron ajenos los hospitales ni las instituciones que prestaban asistencia sanitaria. Finalizada la contienda, cambió el régimen político y las estructuras civiles en general y los hospitales en particular tuvieron que reiniciar su funcionamiento. En el caso de los hospitales, fue una etapa caracterizada por la reedificación de las instituciones, la recuperación de camas ocupadas por militares y la restitución de los hospitales incautados a las instituciones o propietarios anteriores.

Aunque no contamos, de momento, con registros claros que sirvan para identificar los centros hospitalarios en 1939, podemos pensar que continuó una situación previa caracterizada, como señalan Pons y Vilar, "por la fragmentación, heterogeneidad, pequeño tamaño, desigualdad territorial y precariedad" de las

\* Este trabajo forma parte de una investigación más amplia realizada en el marco del proyecto "Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español desde la historia económica: entre lo público y lo privado" (1942-2015), ref. HAR2015-66063-R. Fue parcialmente presentado en la reunión sobre Salud, enfermedad y medicina en el franquismo, celebrada en la Facultad de Medicina de Ciudad Real (Universidad de Castilla-La Mancha), el 27 y 28 de junio (proyecto SALUDOMS, HAR2015-70688-C2-1P y 2P).

infraestructuras hospitalarias (Pons y Vilar, 2016: 6, 18 y 46)<sup>1</sup>, agravada por las consecuencias derivadas del conflicto bélico.

También tuvieron que ponerse en marcha la reorganización de las instituciones de aseguramiento de la salud existentes, ya que las asociaciones vinculadas a movimientos políticos, laborales o sindicales, como las Mutuas de Previsión Social (León-Sanz, 2016) fueron disueltas y las que permanecieron tuvieron que adaptarse a la nueva regulación de mutualidades y montepíos (1941) y limitarse a la actividad médico-asistencial (León-Sanz, 2012; Sarrias Cárdenas, 2009). Un año después, en 1942, se aprobó la creación del SOE, que fue puesto en marcha en 1944 (Peso Calvo, 1967). Esta fecha constituye un punto de inflexión para el estudio de la asistencia sanitaria en España.

Desde el punto de vista del análisis de la red de hospitales en España, proponemos dividir los años comprendidos entre 1939 y 1975 en dos periodos. El primero comprendería hasta 1963 y el segundo se extendería a lo largo del resto de la época franquista.

Observaremos que, desde el inicio y a lo largo del periodo franquista, la llamada Red Nacional de Hospitales estuvo constituida por una amalgama de instituciones de diversa dependencia patrimonial: hospitales privados, entre los que se contaban los hospitales benéfico-particulares —de la Cruz Roja, de la Iglesia, de las entidades colaboradoras de las Empresas, de las Mutuas Patronales, de Accidentes de Trabajo y de otras entidades privadas, como los que dependían de las Mutualidades de Previsión Social—. Entre los de dependencia pública estaban los hospitales de las diputaciones, de los municipios, de la DGS, de los cabildos insulares, y de otros organismos públicos como el Ministerio de Justicia o el Ejército; así como los dependientes del INP, que eran propiamente del SOE y dependían del Ministerio de Trabajo.

Para la asistencia hospitalaria, el SOE contó desde el inicio (1942, 1944) tanto con instituciones públicas (hospitales de las diputaciones o de los municipios, por ejemplo) como con hospitales privados; en parte debido a la falta de infraestructuras y a la crisis social y económica del momento. Pero fue un planteamiento del Gobierno que se manifestó en la política de conciertos y en otras medidas adoptadas, como por ejemplo, las normas de compatibilidad de trabajo de los funcionarios en los hospitales públicos y privados. La colaboración público-privado en la asistencia hospitalaria se mantuvo durante todo el periodo franquista y ha continuado posteriormente.

Para apreciar la evolución del número y del tipo de hospitales entre 1939 y 1975 y las variaciones respecto a la dependencia patrimonial de estas instituciones,

1. Coinciden con esta apreciación Valenzuela y Rodríguez Ocaña (1993: 109 y 126); Valenzuela (2002).

nos apoyaremos el análisis de los datos procedentes de los catálogos de hospitales publicados por el Ministerio de Sanidad durante los años estudiados. También hemos incorporado información de los anuarios del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Ejemplificaremos la construcción del sistema público-privado de hospitales en España a través de la revisión de lo acontecido en el caso de los hospitales de titularidad de la Iglesia y su integración en la Red Hospitalaria Nacional. Lo cual nos permitirá aproximarnos a algunas las políticas sanitarias y a la repercusión de la concertación de estas instituciones, hasta 1975.

## LA PRIMERA ETAPA (1944-1963): CONSTRUCCIÓN DE LAS INFRAESTRUCTURAS DEL SOE

Ya se ha comentado la carencia de infraestructuras sanitarias públicas para atender a los requerimientos asistenciales de las personas cubiertas en el inicio del SOE. En 1944, este Seguro "contaba en todo el territorio nacional con 353 centros sanitarios: 180 clínicas de inspección, 3 residencias quirúrgicas y 170 ambulatorios de asistencia médica. Eran instalaciones de nueva creación o concertadas y pertenecían al INP, a la Sanidad Nacional, a la obra maternal e infantil y a las clínicas de accidentes de trabajo" (Vilar y Pons, 2016: 4). La escasez de recursos se agravó cuando se fueron incorporaron nuevas prestaciones médico-quirúrgicas previstas en el SOE y también por el aumento progresivo de la población cubierta por la Seguridad Social. Por esa razón, el Decreto de 2 de marzo de 1944 estableció varios tipos de medidas. Una de ellas fue la posibilidad de establecer acuerdos o conciertos con hospitales o con entidades públicas y privadas que contaran con hospitales y consultorios.

Al mismo tiempo, en 1943 (Orden de 15 de marzo de 1943) se creó una Comisión encargada de elaborar un Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (PNIS) del SOE. La Comisión preparó un informe para finales de 1944 y, a comienzos de 1945, el INP elevó al Ministerio de Trabajo una propuesta de plan donde se establecía como objetivo incrementar en 16.000 las camas de la infraestructura hospitalaria del SOE<sup>2</sup>. El

2. La propuesta de construcción de 16.000 camas reducía a la mitad la estimación inicial propuesta para el plan general de asistencia médica por el responsable de la propuesta, Primitivo de la Quintana, (Vilar y Pons, 2016: 20). Primitivo de la Quintana López (1907-1996) fue un médico especialista en medicina social y problemas de salud pública. En 1938, se puso al frente de la Inspección General de Sanidad, encargada de reorganizar los servicios sanitarios en distintas provincias. Al finalizar la Guerra Civil, en 1939, fue designado jefe provincial de Sanidad de Madrid y consejero del Instituto Nacional de Previsión. Por el Real Decreto de 11 de junio de 1941 fue nombrado miembro de la Comisión creada para el establecimiento de una moderna red de hospitales y de un seguro obligatorio

proyecto fue aprobado por orden ministerial el 19 de enero de 1945 (INP, 1954). El desarrollo del PNIS estuvo lastrado por la escasez de recursos económicos y, además, como han demostrado Pons y Vilar, porque el modelo de financiación previsto resultaba inviable (Vilar y Pons, 2018). La primera construcción fue iniciada en 1948. En 1953 se habían concluido las obras de 9 residencias y 18 ambulatorios (INP 1964: 1)<sup>3</sup>. A partir de 1958 se aprobaron planes trienales de instalaciones sanitarias. El primero cubrió el periodo entre 1958 y 1960 y el segundo se desarrolló hasta 1963<sup>4</sup>. En 1964 estaban en funcionamiento 50 Residencias (más 6 en construcción) y 376 ambulatorios (más 37 en construcción y 32 en proyecto) (INP 1964: 1).

Durante la década de los cincuenta del siglo XX se contabilizaron un total de 1.646 centros hospitalarios que sumaban 129.128 camas (tabla 1); es decir, había una relación de 217 habitantes por cama (en 1950, según el INE, había una población en España de 28.117.873 habitantes) y un índice de 4,60 camas hospitalarias por cada mil habitantes.

TABLA 1

### DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE HOSPITALES Y CAMAS EN ESPAÑA SEGÚN ORIGEN PATRIMONIAL (1963)

TIPO DE HOSPITALES	Nº DE HOSPITALES	PORCENTAJE	Nº DE CAMAS	PORCENTAJE
Hospitales públicos	538	34,1	47.548	47,7
Otros hospitales privados	947	60	35.119	35,3
Hospitales de la Iglesia	93	5,9	16.944	17
Total	1.578	100	99.611	100

Fuente: adaptado del *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*. BOE 140, 13 de junio de 1966, pp. 7389-7427.

Conviene advertir que, desde 1955, la asistencia psiquiátrica hospitalaria pública fue cubierta por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) (Ley el 14 de abril de 1955) que estableció sus propios conciertos con otros centros privados y públicos dedicados a la atención de enfermos mentales (Comelles, 1988 y 2006). La actividad del Patronato se prolongó hasta 1974, momento en que fue sustituido por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). La

de enfermedad (cfr., Diccionario Biográfico Español de la Real Academia de la Historia, en <http://dbe.rah.es/biografias/24363/primitivo-de-la-quintana-lopez>).

3. Las nuevas construcciones estuvieron situadas en La Coruña, Guadalajara, Valencia, Puertollano, Calatayud, Logroño, Santa Cruz de Tenerife, Teruel y Huelva.

4. Orden de 14 de noviembre de 1958, BOE de 18 de diciembre de 1958, 302, 11378; completada con la siguiente Orden de 16 de febrero de 1959, BOE de 25 de febrero de 1959, 48, 3246. Analizan el proyecto Vilar y Pons (2016: 35-37).

integración de todo tipo de enfermos en el Sistema Nacional de Salud no se conseguirá hasta la Ley General de Sanidad de 1986.

## DESARROLLO DE LA RED NACIONAL DE HOSPITALES (1963-1975)

La segunda etapa de desarrollo de la Red Nacional de Hospitales comienza, según la propuesta planteada, en 1963. A punto de cumplirse los 25 años del inicio del régimen franquista, una de las medidas de carácter social adoptadas fue la ampliación y la reforma del sistema de la Seguridad Social. Poco a poco, aunque con desigualdades según la industrialización de las zonas, se fue incrementando el número de personas cubiertas por el SOE.

La llamada Ley de Bases de la Seguridad Social (1963), además de modificar la gestión de la esta, intentó implantar un modelo más unitario e integrado de la protección social<sup>5</sup>. Una de las consecuencias de la reforma fue que la Seguridad Social dio por finalizada la colaboración con diversas entidades, como las aseguradoras privadas.

En relación con los hospitales, en este periodo se constituyó la Red Hospitalaria Nacional formada por "todos los hospitales, independientemente del organismo a quien corresponda su titularidad y regencia (Ley 37/1962, art. 4) y se estableció un régimen de conciertos con otras instituciones, tanto públicas como privadas, entre las que se incluyeron los hospitales de la Iglesia.

En el Preámbulo de la Ley y en su articulado leemos:

[...] Se normaliza el régimen de conciertos con instituciones públicas y privadas a efectos de hospitalización, en aplicación del principio de coordinación sanitaria previsto en la Ley de Hospitales.

[...] Veintiséis. El internamiento podrá efectuarse en las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social o, mediante concierto, en aplicación del principio legal de coordinación hospitalaria, en las Clínicas, Sanatorios y Establecimientos de análoga naturaleza, ya revistan carácter público o privado.

Los hospitales debían estar abiertos a todos los enfermos, "cualquiera que sea su condición social y económica", aunque se respetó tanto la titularidad como las características y ámbito asistencial al que estaban dirigidos (Ley 37/1962, art. 2). Por lo que el acceso a los hospitales estaba condicionado según las características propias de la dependencia patrimonial de las instituciones.

5. Ley 51/1980, de 8 de octubre, BOE-A-1980-22502; y regulado previamente por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, BOE-A-1978-28739. Se trata de una ley derogada totalmente en 1980.

Dada la diversidad de hospitales, fue necesario constituir, en 1962, una Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, que continuó a lo largo del periodo aquí estudiado<sup>6</sup>.

La gestión de la situación hospitalaria, así como las recomendaciones emitidas por diversos informes, como el presentado por la Comisión de Estudios de los Hospitales de Madrid (1961), hizo que la Ley de Hospitales promoviera

la elaboración del catálogo de las mismas, o Red Hospitalaria Nacional, que describiendo y clasificando, según sus particularidades, los efectivos asistenciales médicos de la Nación, sirva de base a la aprobación del estado general de necesidades hospitalarias, tanto presentes como futuras, de manera que en cada comarca, en particular, y en la Nación en general queden cubiertas perfectamente aquellas atenciones (proemio de la Ley 37/1962).

El llamado *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963* fue finalmente publicado en 1966 (BOE 140 de 13 de junio de 1966, 7389-7427). A través del este sabemos que el número total de hospitales era ligeramente inferior al de la década anterior (1.578). De entre ellos, el 66 por ciento eran privados (947 privados y 93 de la Iglesia) y el 34 por ciento públicos (538, sin contar los militares) (tabla 1). Pero el gráfico 1 muestra que el número de camas del sistema hospitalario estaba repartido casi al 50 por ciento entre lo público y lo privado (el 47 por ciento de las camas estaban en el sector público).

El progresivo aumento de la población y del número de asegurados hizo que, a pesar del incremento de las instalaciones, en 1968, el número de camas por habitantes se mantuviera en cifras muy parecidas a las de las décadas anteriores (4,34 camas por 1.000 habitantes), lejos de las alcanzadas en otros países europeos en ese momento (con un promedio de 9 y un máximo de 14,28 en Suecia o Irlanda)<sup>7</sup>. Lo que muestra la falta de infraestructuras sanitarias a lo largo de todo el periodo estudiado.

A pesar de lo cual, la comparación de las cifras de 1957 y de 1963 (tabla 2) muestra el aumento global del número de camas (21,5 por ciento) como consecuencia del PNIS y de los planes trienales de construcción de hospitales.

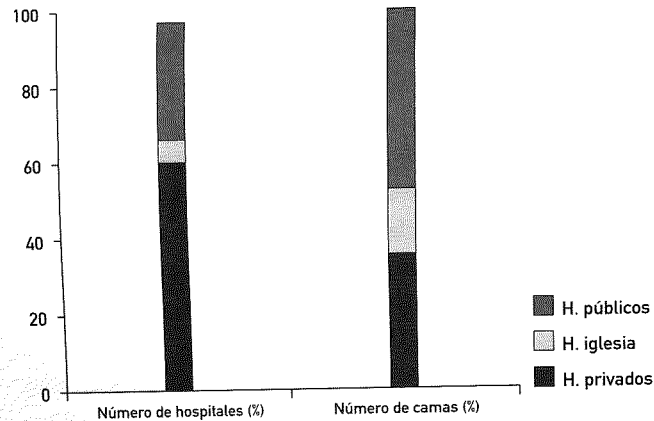
6. Orden de 11 de agosto de 1960 por la que se modifica el artículo primero de la de 14 de marzo de 1958 que creaba la Comisión Central de Coordinación Sanitaria Hospitalaria. La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria continuó hasta 1980, aunque en 1977 cambió de estructura y de composición, adaptándose a los cambios que a su vez se habían producido tanto en el Ministerio de Sanidad como en Educación. Cfr. el Real Decreto 2825/1977, de 6 de octubre, sobre composición y funciones de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria (BOE 273 de 15 de noviembre de 1977, 24880-24880). La nueva reglamentación permitió la participación de expertos y la organización de comisiones o grupos de trabajo para el estudio de los asuntos (arts. 2.2 y 2.3).

7. Vilar y Pons (2016: 37-38) incluyen un cuadro comparativo con el índice de camas por 1.000 habitantes en países europeos, en el que se observa que España ocupaba el último lugar.



GRÁFICO 1

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE HOSPITALES Y CAMAS SEGÚN ADSCRIPCIÓN PATRIMONIAL (1963)



Fuente: adaptado del *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*. BOE. 140. 13 de junio de 1966. 7389-7427.

Observamos una tendencia general al aumento del número de camas por hospital, sobre todo en los hospitales públicos, pero también en los privados. Lo cual fue una exigencia de la mejora de la gestión y de la eficiencia de los hospitales (León Sanz y Sarrasqueta 2017).

TABLA 2

## COMPARACIÓN DEL NÚMERO Y TIPO DE HOSPITAL Y CAMAS ENTRE 1957 Y 1963

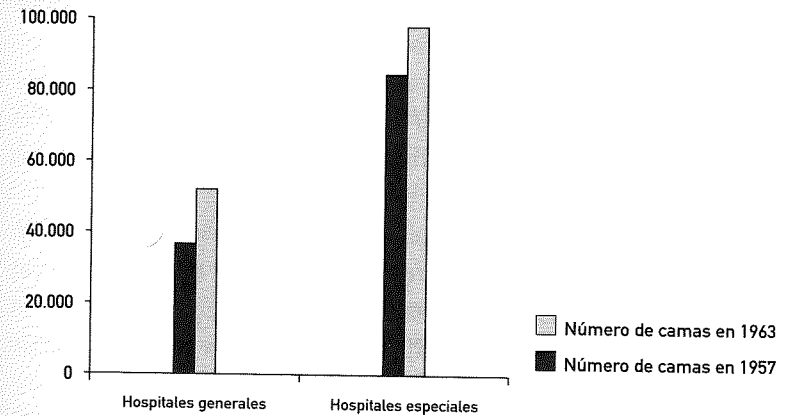
CLASE DE ESTABLECIMIENTO	Nº DE HOSPITALES EN 1957	Nº DE HOSPITALES EN 1963	PORCENTAJE VARIACIÓN	Nº CAMAS EN 1957	Nº CAMAS EN 1963	PORCENTAJE VARIACIÓN
Establecimientos sanitarios	1.646	1.648	0	129.128	156.819	21,5
Hospitales generales	422	291	-31	36.653	52.486	43,1
Hospitales especiales	1.050	1.238	15,2	83.606	99.843	19,5
1. Quirúrgicos	610	777	21,5	20.334	34.246	40,6
2. Maternidades	179	213	16	6.698	4.331	-35,3
3. Infantiles	13	28	53,5	873	2.060	57,6
4. Mentales	85	125	32	30.982	39.358	21,2
5. Antituberculosis	93	58	-37,6	18.933	15.057	20,5
6. Otros	74	37	-50	5.786	4.791	-17,2
Hospitales asilo	174	119	-31,6	8.869	4.490	-49,3

Fuente: adaptado de *Establecimientos sanitarios. sección B. Establecimientos sanitarios y benéficos no sanitarios* (actualización a 1 de enero de 1957 y según el catálogo de 1963). INE.

El mayor incremento de camas se produjo en los hospitales generales (43,1 por ciento). También aumentaron en los hospitales quirúrgicos, infantiles y psiquiátricos. Y, asimismo, disminuyó el número de hospitales antituberculosos, el de los enmarcados como "otros" y los clasificados como "hospitales asilos". Es notable la reducción del número de camas en las "maternidades" (tabla 2 y gráfico 2).

GRÁFICO 2

## COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS ENTRE 1957 Y 1963



Fuente: adaptado del *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*. BOE 140 de 13 de junio de 1966. 7389-7427.

En las décadas siguientes observamos una disminución general del número total de hospitales en España, que pasó de 1.578 hospitales en 1963 a 1.362 en 1970 y siguió disminuyendo posteriormente.

TABLA 3

## EVOLUCIÓN DEL NÚMERO Y PORCENTAJE DE HOSPITALES Y CAMAS SEGÚN DEPENDENCIA PATRIMONIAL (1949-1970)

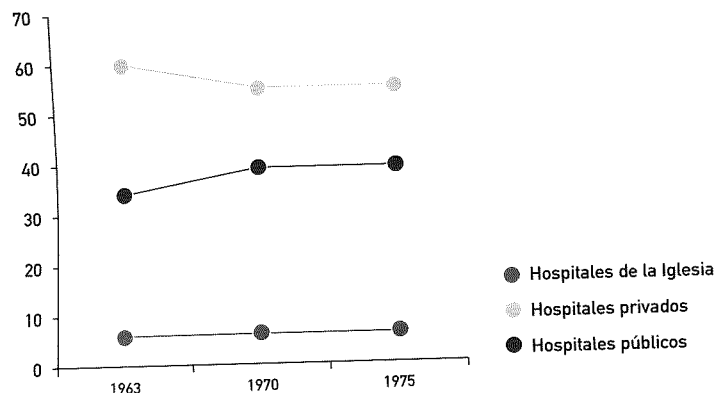
DEPENDENCIA	1949				1963				1970			
	Hospital	%	Camas	%	Hospital	%	Camas	%	Hospital	%	Camas	%
Públicos	670	43	70.834	37	589	36,2	87.883	62,8	475	34,9	103.227	66
Otros privados*	772	49,6	114.313	56,4	944	58	35.058	25	798	58,6	36.251	23
Iglesia	113	10,4	13.030	6,6	93	5,8	16.978	12,2	89	6,5	16.950	11
Total	1.555	100	197.977	100	1.626	100	139.919	100	1.362	100	156.428	100

\* Se incluyen todos los hospitales privados menos los de dependencia eclesial. Fuentes: a partir de *Anuario Estadístico de España (1951: 684)*; *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*. BOE. 1966 y *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1970*. BOE. 1973 (Vilar y Pons. 2018: 193-194).



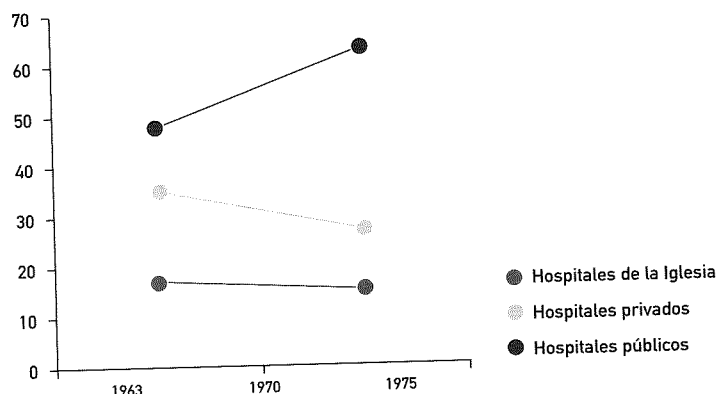
Especialmente disminuyó el número de hospitales privados. Entre 1949 y 1970, el número de camas procedentes de estas instituciones pasó de 114.313 a 36.251 (-68,2 por ciento) (tabla 3). Esta reducción se produjo, sobre todo, en hospitales "puramente privados", ya que, proporcionalmente, se mantuvieron los benéfico-privados, los de la Cruz Roja y, como veremos con detalle, los de la Iglesia.

GRÁFICO 3  
EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LOS HOSPITALES SEGÚN DEPENDENCIA PATRIMONIAL (1963-1975)



Fuentes: adaptado del *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*, BOE 1964 y *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1970*, BOE 1973. Anuario de 1978.

GRÁFICO 4  
EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CAMAS SEGÚN DEPENDENCIA PATRIMONIAL DE LOS HOSPITALES (1963-1975)



Fuentes: a partir del *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*, BOE 1966 y del *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1970*, BOE 1973. Anuario de 1978.

Fueron diversos los factores que influyeron en el descenso de los hospitales privados (gráficos 3 y 4). Entre ellos podemos destacar el progresivo encarecimiento de las prestaciones médicas debido a la tecnología y al desarrollo de las especialidades; el cambio de modelo de Seguridad Social, que hizo que tanto en números absolutos como en relativos aumentara el número de camas públicas; o la variación de la política de concertación de hospitales, ya que buena parte de los hospitales privados dependían de la asistencia concertada a pacientes de la Seguridad Social (Vilar y Pons, 2018b: 302)<sup>8</sup>. También hubo factores externos, como las crisis económicas, que afectaron a la marcha de estas entidades.

### APORTACIÓN DE LOS HOSPITALES DE LA IGLESIA A LA RED HOSPITALARIA NACIONAL (1963-1975)<sup>9</sup>

Al finalizar la Guerra Civil (1939), las diversas órdenes religiosas procuraron recuperar y reedificar los establecimientos y localizar a los religiosos que se encontraban en los cuarteles para que se reincorporaran a las plantillas de los hospitales. En algunos casos tuvieron que rehacer las instalaciones.

Al finalizar la década de 1950, eran 113 los hospitales y 13.030 las camas de dependencia eclesiástica. Con el tiempo, el número de instituciones disminuyó, pero se incrementó el número de camas. Así, en 1963, cuando se constituye la Red Hospitalaria Nacional, el número de hospitales de titularidad de la Iglesia era de 93, es decir el 8,95 por ciento de los hospitales privados y solo el 5,9 por ciento del total de hospitales. La consideración de la aportación de la Iglesia a la Red Nacional de Hospitales cambia si atendemos al número de camas, debido al elevado número de camas de los hospitales psiquiátricos. El conjunto de hospitales de la Iglesia tenía 16.944 camas, es decir, casi un tercio (32,5 por ciento) de las camas de los hospitales privados y el 17 por ciento del total de camas de la Red Nacional de Hospitales (tabla 3 y gráficos 1 y 2).

Durante el franquismo, siguiendo la tendencia general, el número de hospitales de dependencia de la Iglesia también disminuyó: los 93 de 1963, se convirtieron en 89 (6,5 por ciento del total), pero el número de camas se mantuvo (16.950). Como observamos en los gráficos 3 y 4 y en la tabla 3, porcentualmente el peso de los hospitales de la Iglesia, en el conjunto de la Red, se conservó.

8. En el caso de los hospitales de la Iglesia es común la apreciación del ahorro y bajo coste que suponía la colaboración de las religiosas en los hospitales (Risse 1999, 513-567).

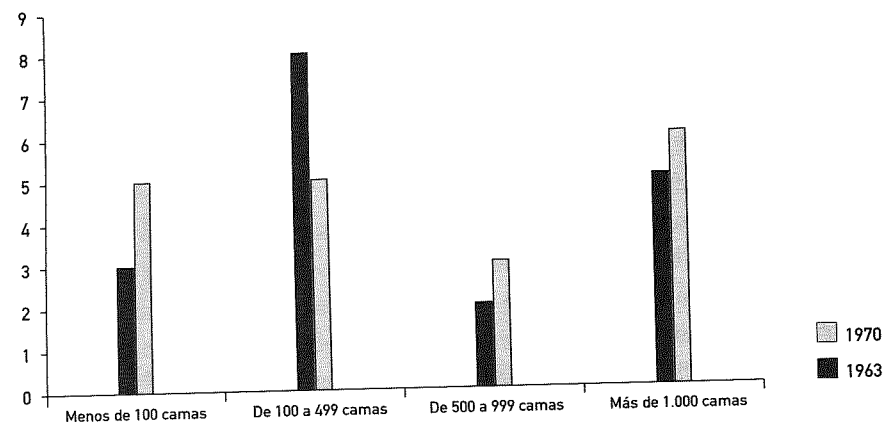
9. En León Sanz (2018: 325-365) se analiza pormenorizadamente la aportación de los hospitales de la Iglesia hasta 1986. Aquí nos vamos a referir a la participación de los hospitales dependientes patrimonialmente de la Iglesia durante el periodo franquista.

Si bien la mayoría de los hospitales concertados por la Seguridad Social durante el periodo franquista (y posteriormente) fueron hospitales quirúrgicos, en el caso de la Iglesia la mayor aportación fue en el ámbito de la asistencia psiquiátrica. Tanto en número de centros como de camas. En 1963, los hospitales mentales de la Iglesia (18) sumaban 11.423 camas, lo cual suponía el 67,4 por ciento de todas las camas de los hospitales de la Iglesia. Los hospitales psiquiátricos de la Iglesia representaban, en 1963, el 14,6 por ciento de todos los hospitales de este tipo y el 29,3 por ciento de las camas psiquiátricas de la Red Nacional de Hospitales en España.

Con el tiempo, y pasado 1975, se fue reduciendo el número de camas de los grandes hospitales psiquiátricos y creándose otros de menor tamaño. Los hospitales psiquiátricos de la Iglesia estuvieron, y continúan estando, administrados por las órdenes de San Juan de Dios y las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

También hay que destacar el número de hospitales asilo (13) dependientes de la Iglesia. Aunque a lo largo del periodo franquista la Iglesia mantuvo todo tipo de centros. A los psiquiátricos y a los hospitales asilo se sumaron un buen número de hospitales quirúrgicos (41 hospitales de los 93 que mantenía la Iglesia en 1963). Y también contaron con hospitales generales (14 de los 93), que sumaban 1.234 camas (7,3 por ciento de las camas de los hospitales de la Iglesia).

GRÁFICO 5  
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DE LA IGLESIA SEGÚN NÚMERO DE CAMAS (1963 Y 1970)

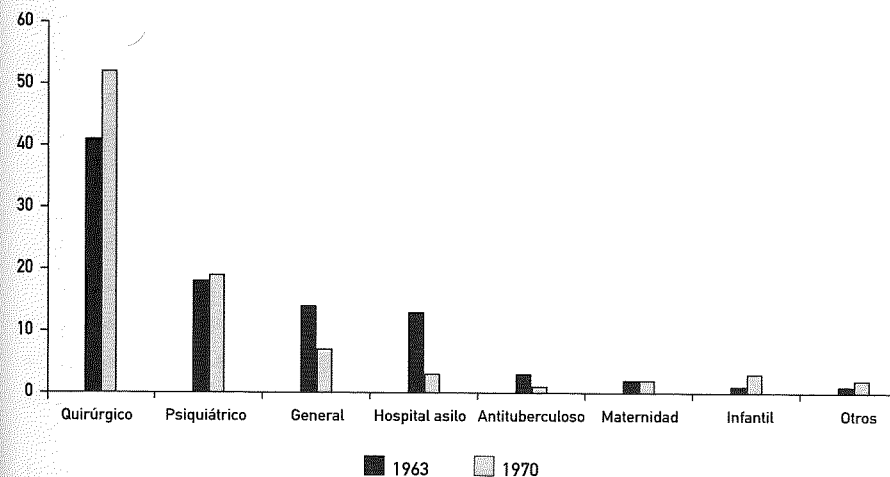


Fuentes: a partir de *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*, BOE, 1966 y *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1970*, BOE, 1973.

En menor número estuvieron representados los hospitales antituberculosos (3), que en esa época estaban desapareciendo. Además, en el *Catálogo de hospitales* figuran dos maternidades y un hospital infantil, aunque hubo otros hospitales pediátricos que estaban incluidos en otras categorías, como por ejemplo, el Sanatorio Infantil San Rafael de Segovia (240 camas), clasificado como antituberculoso; el Cottolengo del Padre Alegre de Barcelona (165 camas); los hospitales asilo de San Rafael de Barcelona (150 camas) o de Madrid (250 camas), etc.

En la categoría "otros" aparecía la Colonia Sanatorio San Francisco de Borja, dedicado a atender enfermos de lepra (en Vall de Laguart, Fontilles). Se trataba de uno de los tres hospitales que había en ese momento en España dedicados al tratamiento monográfico de este tipo de pacientes (gráficos 6 y 7).

GRÁFICO 6  
TIPOS DE HOSPITALES DE LA IGLESIA (1963 Y 1970)



Fuentes: a partir de *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*, BOE, 1966 y *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1970*, BOE, 1973.

Por lo tanto, hasta 1975, y aun teniendo en cuenta los cambios en números absolutos (de hospitales y de camas), los hospitales de la Iglesia mantuvieron la misma proporción de centros y de camas respecto a los diversos tipos de hospital. También se observa (gráfico 8) que el rango del número de camas por hospital fue muy amplio, pero predominaban los hospitales de tamaño pequeño, de menos de 100 camas.

En 1963, los hospitales españoles se clasificaron en tres tipos según índices de calidad: A, B y C. De los 93 hospitales de la Iglesia, solo 7 hospitales estaban situados en el nivel asistencial A. Del resto, la mitad eran B (42) y la otra mitad C (44).

GRÁFICO 7

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CAMAS DE LOS HOSPITALES DE LA IGLESIA SEGÚN TIPO DE HOSPITAL (1963-1970)

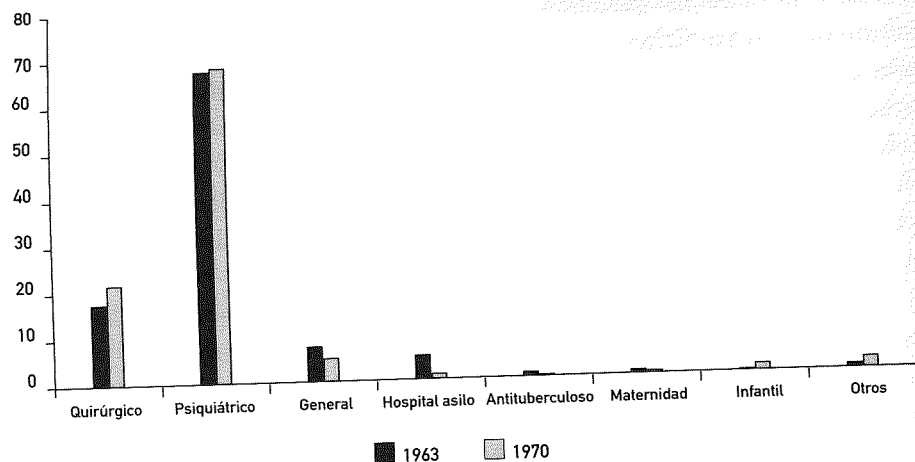
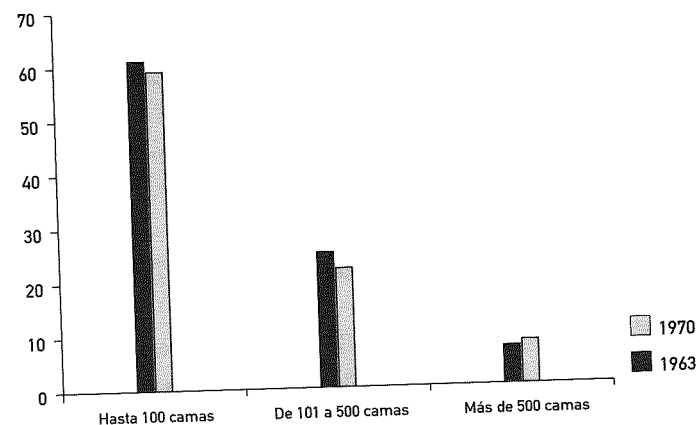


GRÁFICO 8

HOSPITALES DE LA IGLESIA CLASIFICADOS POR NÚMERO DE CAMAS (1963-1970)



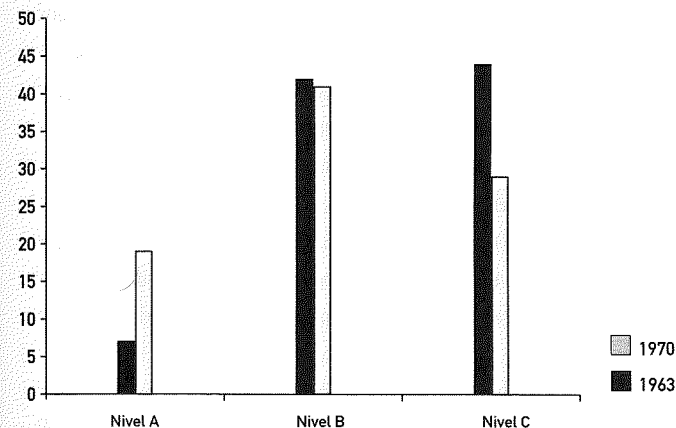
Fuentes: a partir de *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*, BOE, 1966 y *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1970*, BOE, 1973.

Los mejores hospitales de la Iglesia no se identifican con una actividad específica: encontramos un hospital general, dos hospitales asilo, dos hospitales psiquiátricos, una maternidad y un hospital quirúrgico. También podemos destacar que casi todos los hospitales generales (9) estaban clasificados en el tipo C. Durante

la década de los años 1960 y 1970, en parte por la necesidad de cumplir los requisitos de concertación con el SOE, aumentó el número de instituciones clasificadas como A. El gráfico 9 muestra cómo los siete hospitales del grupo A se convirtieron en 19 y también disminuyeron un 34 por ciento los incluidos en el grupo C.

GRÁFICO 9

NIVEL ASISTENCIAL DE LOS HOSPITALES DE LA IGLESIA (1963 Y 1970)



Fuente: a partir de *Catálogo de hospitales públicos y privados en España a 31 de diciembre de 1963*, BOE, 140, 13 de junio de 1966, 7389/7427.

En general, y de igual manera que el conjunto de hospitales en España, la mayoría de los hospitales de la Iglesia se encontraban en núcleos urbanos. Así, por ejemplo, de los siete hospitales clasificados en el nivel A en 1963, tres estaban situados en Madrid.

La clasificación en tres niveles (A, B y C) cambió en 1980, cuando se modificó la gestión económica de los hospitales concertados, ajenos a la Seguridad Social, entre los que se encontraban los de la Iglesia<sup>10</sup>. Se establecieron siete grupos de hospitales que incluían diversos niveles, a los que se les asignó tarifas diferenciadas. El pago por estancia establecido se ajustó a la infraestructura, al tamaño de las plantillas y a las especialidades de las instituciones concertadas. El cambio tuvo importantes repercusiones en la marcha de estos hospitales, pero se trata de una cuestión que queda fuera del periodo aquí considerado.

10. Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad por la que se regula la asistencia sanitaria con medios ajenos a los beneficiarios de la Seguridad Social. BOE (1980), 107, de 3 de mayo de 1980, 9549 a 9563. Continuaba vigente en 1986.

## CONCLUSIONES

El hospital es una institución en constante evolución que depende no solo de las decisiones políticas, sino también de las circunstancias económicas y de factores relacionados con los avances científico-técnicos o el desarrollo profesional o de las especialidades médicas. Tal fue el caso, por ejemplo, de los hospitales psiquiátricos (Antón Fructuoso, 1982; Comelles, 1988).

En el periodo franquista observamos una primera etapa marcada por la construcción de nuevas infraestructuras por parte del SOE (1939-1963), seguida del desarrollo de la Red Nacional de Hospitales (1963-1980). En general, a lo largo de esos años, hubo una disminución progresiva del número de hospitales. Y, sobre todo, un aumento de la importancia de los hospitales públicos, traducido en el incremento del número camas de este sector.

Entre 1940 y 1975, aunque con una tendencia decreciente, se mantuvo la asociación entre los sectores público y privado (Vilar y Pons, 2018). Los hospitales de la Iglesia y otras instituciones de diversa titularidad formaron parte del sistema hospitalario nacional.

En el marco de la consolidación de la Seguridad Social se produjeron transformaciones en las funciones y en la gestión de los hospitales que llevaron a modificaciones en la clasificación de estas instituciones y a la aparición de nuevos indicadores hospitalarios que fueron aplicados a los presupuestos y a los conciertos con entidades privadas (León Sanz y Sarrasqueta, 2017).

En cuanto a los hospitales de la Iglesia, muchos de los establecidos en 1939 habían sido fundados a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, por lo que, a pesar del paréntesis de la Guerra Civil, existió una continuidad con el periodo anterior. Ese sería el caso, por ejemplo, de los promovidos por las órdenes de San Juan de Dios o la Leprosaría de Fontilles.

Los hospitales de la Iglesia se originaron con finalidades diversas y mantuvieron a lo largo del tiempo, según el origen o la orden religiosa que los promovió, un programa asistencial propio. En efecto, durante los años 1939-1975, hubo todo tipo de hospitales de dependencia patrimonial de la Iglesia Católica. La mayoría fueron "hospitales especiales": hospitales quirúrgicos, maternidades, infantiles, psiquiátricos, hospitales asilo, etc. En su mayoría estuvieron concertados con de la Seguridad Social.

El número de hospitales de cada tipo se mantuvo durante esos años. El perfil medio de un hospital de la Iglesia era el de un hospital quirúrgico de alrededor de 100 camas, instalado en Madrid, Barcelona o en una capital de provincia. Los mejores hospitales se encontraban en Madrid. Y los que tenían un nivel asistencial

más bajo fueron los hospitales catalogados como "generales". Destaca la aportación de los hospitales de la Iglesia a la asistencia psiquiátrica, tanto por el número de centros como por el volumen de camas, cuestión también descrita en otros países<sup>11</sup>. Los hospitales dirigidos a atender enfermos mentales fueron concertados por el PANAP.

Gradualmente, disminuyó el número de hospitales de la Iglesia, lo cual fue un fenómeno generalizado y común en el sistema sanitario. También se redujo el número de camas de dependencia eclesiástica, por lo que poco a poco fue disminuyendo la contribución de los hospitales de la Iglesia a la red hospitalaria estatal, tanto en términos absolutos como relativos. No será hasta la década de 1980 cuando se produzca un cambio más destacado: los hospitales de la Iglesia pasaron de mantener el 17 por ciento de todas las camas del sistema hospitalario en 1963, al 7,5 por ciento en 1986. Se redujo fundamentalmente el número de hospitales pequeños, de menos de 100 camas (60 por ciento), y de los hospitales psiquiátricos de más de 1.000 camas (León Sanz, 2018).

El estudio de los hospitales de dependencia patrimonial de la Iglesia Católica ha ejemplificado la evolución entre 1939 y 1975 de uno de los tipos de hospitales no públicos y concertados por la Seguridad Social más importantes. Lo analizado hasta aquí ha puesto de relieve el interés de revisar las formas de financiación de estos hospitales y la evolución de las políticas de concertación de estas instituciones con organismos públicos. Son cuestiones que hay que tener en cuenta al considerar los datos cualitativos y cuantitativos porque los hospitales de la Iglesia, como otros hospitales privados, con ánimo de lucro o sin él (como los benéfico-privados o los de la Cruz Roja), estuvieron sujetos a la variabilidad de las políticas públicas en materia sanitaria o presupuestaria<sup>12</sup>.

Podemos concluir que, aun siendo importante el estudio de cada una de las instituciones hospitalarias en su contexto y desarrollo individualizado, así como el análisis de otros factores transversales que pueden afectar un tipo u otro de hospitales, también es importante la visión de conjunto y el largo plazo porque permite apreciar los resultados y las consecuencias de la evolución científico-técnica, de las políticas sanitarias y de los cambios sociales.

11. En la actualidad, en Bélgica, los Hermanos de la Caridad (Instituto Pontificio fundado en 1807), atienden gran número de pacientes psiquiátricos en sus instituciones. La aportación de los hospitales de la Iglesia a la atención de enfermos psiquiátricos en EE UU ha sido señalada, por ejemplo, por Rosenberg (1995: 341).

12. Así, por ejemplo, a partir de 1980 tuvo una gran repercusión la Ley 20/1982, de 9 de junio, de Incompatibilidades en el Sector Público (BOE, 146, de 19 de junio de 1982, 16763-16764) porque a partir de ese momento se impedía que un profesional pudiera desempeñar simultáneamente, en instituciones públicas y privadas, dos puestos de trabajo de carácter asistencial.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANTÓN FRUCTUOSO, P. (1982): *Almacén de razones perdidas: historia del Manicomio de Sant Boi (1853-1945)*, Editorial Científico-Médica, Barcelona.
- COMELLES ESTEBAN, J. M. (1988): *La razón y la sinrazón: asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España*, PPU, Barcelona.
- (2006): *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad*, Milenio, Lleida.
- COMISIÓN DE ESTUDIOS DE LOS HOSPITALES DE MADRID (1961): "Informe general sobre Hospitales", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, pp. 7-8-9.
- DEL PESO CALVO, Carlos (1967): *De la protección gremial al vigente sistema de Seguridad Social: apuntes históricos comentados*, Talleres Gráficos Vda. de C. Bermejo, Madrid, 1967.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN (1944): *El seguro de Enfermedad y sus problemas: estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*, Ministerio de Trabajo, Madrid.
- (1964): *Red de instituciones sanitarias de la Seguridad Social española*, Instituto Nacional de Previsión, Madrid.
- LEÓN-SANZ, P. (2012): "Medical Assistance Provided by La Conciliación, a Pamplona Mutual Assistance Association (1902-84)", en B. Harris (ed.), *Welfare and Old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance*, Pickering and Chatto, Londres, pp. 137-166.
- (2016): "Orígenes y desarrollo de las mutualidades de Previsión Social en España", en C. Barciela López, A. Di Vittorio y N. Ostuni (eds.), *Le assicurazioni. Sicurezza e gestione dei rischi in Italia e Spagna tra età moderna e contemporanea*, Giuffrè Editore, Milano, pp. 193-219.
- (2018): "Hospitales de la Iglesia Católica en España", en M. Vilar Rodríguez, y J. Pons Pons (ed.), *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Marcial Pons, Madrid, pp. 325-365.
- LEÓN SANZ, P., SARRASQUETA, P. (2017): "Caracterización de los tipos de hospitales a través del análisis de la revista *Estudios sobre hospitales y beneficencia* (1955-1968)", en A. Zarzoso y J. Arrizabalaga (eds.), *Al servicio de la salud humana: la historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, Sociedad Española de Historia de la Medicina, Ciudad Real, pp. 137-142.
- RISSE, G. B. (1999): *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*, Oxford University Press, Nueva York.
- ROSENBERG, C. E. (1995): *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- SARRIAS CARDENES, C. (2009): "Las mutualidades de previsión social en España 1939-2008", en S. Castillo y R. Ruzafa (coords.), *La previsión social en la historia, Siglo XXI de España*, Madrid, pp. 369-399.
- VALENZUELA, J. (2002): "Hospitales y beneficencia. Historias de Hospitales", *Trabajo social y salud*, 43, pp. 39-66.
- VALENZUELA, J. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1993): "Lugar de enfermos, lugar de médicos. La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII-XIX", en L. Montiel (coord.), *La salud en el estado de bienestar: análisis histórico*, Editorial Complutense, Madrid, pp. 107-131.
- VILAR-RODRÍGUEZ, M. y PONS-PONS, J. (2016): "La construcción de la red de hospitales públicos y clínicas ambulatorias en España, 1880-1960", *Documentos de Trabajo (DT-AEHE) desde Asociación Española de Historia Económica*, 1609, 4, pp. 38-39.
- (eds.) (2018): *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Marcial Pons, Madrid.
- (2018b): "El debate en torno al seguro de salud público y privado en España desde la transición política a la Ley General de Sanidad (1975-1986)", *Historia y política: Ideas, procesos y movimientos sociales*, 39, pp. 261-290.

## CAPÍTULO 9

### LAS CRISIS EPIDÉMICAS DEL TARDOFRANQUISMO Y LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA ESPAÑOLA

FERRAN MARTÍNEZ NAVARRO

## INTRODUCCIÓN

La situación sanitaria española, una vez superadas la reemergencia, en la posguerra civil, de la viruela, el tifus exantemático, la difteria, el paludismo, la tuberculosis y la fiebre tifoidea, que provocaron las grandes crisis sanitarias de los años cuarenta, fue mejorando, tal como indica la caída de la mortalidad general, que pasó de una tasa media anual de 13 por 1.000 habitantes en el quinquenio de 1943-1947, a estabilizarse alrededor de 8 por 1.000 a partir de 1970. El descenso de la mortalidad infecciosa fue más espectacular, al pasar de 511,5 por 100.000 habitantes de media anual en el periodo de 1943-1947, a 96,1 en el de 1963-1967 y a 40,9 entre 1983 y 1987, lo que tuvo un efecto en la reducción de la mortalidad infantil temprana y, lógicamente, sobre el incremento de la esperanza de vida, que pasó de 69 años en 1960 a 76,3 en 1985. Asimismo, la morbilidad infecciosa registró una disminución de su incidencia debido a la mejora de las condiciones generales de vida, especialmente en áreas como urbanismo y vivienda, nutrición, asistencia médica (el SOE pasó de ser utilizado por el 22 por ciento en 1945, a ser cubrir el 64 por ciento en 1964, para llegar al 98 por ciento de la población en 1990), así como programas preventivos, como la vigilancia de la calidad del agua de consumo, los programas de vacunación a la infancia o las llamadas luchas sanitarias (tracoma, lepra, tuberculosis, etc.). Sin embargo, el riesgo de aparición de nuevas