

## **El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del franquismo: 1942-1963**

Margarita Vilar-Rodríguez (ORCID: 0000-0001-9082-2734)

Universidad de A Coruña, Facultad de Economía y Empresa, Departamento Economía Aplicada I, correo electrónico: mvilar@udc.es

Jerònia Pons-Pons (ORCID: 0000-0003-0491-7038)

Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Departamento de Economía e Historia Económica, correo electrónico: jpons@us.es

### RESUMEN

El sistema hospitalario es una parte esencial del sistema de cobertura de la salud en los países industrializados. Su importancia económica en la actualidad viene determinada por su peso en el gasto público y en el papel en sectores como las industrias de la construcción y de la salud, además de la generación de empleo. En España, su construcción moderna, sobre el sustrato heredado de la beneficencia de antiguo régimen, estuvo llena de obstáculos en gran parte fruto de factores como la falta de un sistema fiscal moderno y la propia política social franquista. En este trabajo se analizan las dificultades en su transformación observando en primer lugar el plan de instalaciones impulsado desde el Seguro Obligatorio de Enfermedad; en segundo lugar estudiando las dificultades de encaje del resto de hospitales dependientes de otras instituciones públicas; y, en tercer lugar, observando el aprovechamiento de los hospitales privados ante las dificultades de la creación de una red pública hospitalaria.

Palabras clave: hospital, sanidad, España, siglo XX

### **The public and private hospital system in Spain in the first decades of the Franco regime: 1942-1963**

### ABSTRACT

The hospital system is an essential part of the health coverage system in industrialized countries. Its economic importance at present is determined by its weight in public expenditure and in its role played in sectors such as the construction and health industries, as well as the employment. In Spain, its modern construction on the substrate inherited from the old regime beneficence was full of obstacles largely due to factors such as the lack of a modern fiscal system and a social policy under the Franco dictatorship. This paper explores the difficulties in the historical development of the hospital system in Spain. First, by analysing the action taken by the dictatorial government to construct a public hospital system after the approval of the Seguro Obligatorio de Enfermedad in 1942 (SOE; Compulsory Sickness Insurance). Secondly, by studying the difficulties of fitting other hospitals dependent on other public institutions; and thirdly, by observing the use of private hospitals in the face of the difficulties of building a public hospital network.

Keywords: hospital, healthcare, Spain, XXth century

## Introducción

La configuración de la red hospitalaria histórica en España se tejió desde la época medieval y moderna hasta la edad contemporánea desde ámbitos muy diferentes. En primer lugar, se encontraban las instalaciones sanitarias vinculadas a la beneficencia pública, financiadas por los ayuntamientos y, más tarde, desde el siglo XIX, también por las Diputaciones. En general, se trataba de hospitales para tratar determinadas enfermedades (lepra, bubas y enfermedades incurables) o para recoger de la calle a niños o ancianos desamparados. Por otra parte, también desde el ámbito público, se habían creado hospitales militares para la atención de tropa y oficiales durante los periodos de paz y de conflicto.<sup>1</sup> A las instalaciones sanitarias públicas procedentes de la beneficencia y de los cuerpos militares, se les unieron hospitales procedentes del ámbito privado. Dentro de este ámbito, la Iglesia contribuyó en la génesis de este largo proceso histórico con algunas instalaciones sanitarias propias, en especial vinculadas a órdenes como la de San Juan de Dios. Al sumatorio de infraestructuras sanitarias financiadas desde el ámbito privado hay que añadir las fundadas para la cobertura de los accidentes de trabajo desde las grandes empresas, las mutuas patronales de accidentes de trabajo y las compañías de seguros. Con esta función se crearon numerosas clínicas que compartieron la cobertura de los pacientes procedentes del seguro privado. En este contexto se fueron creando hospitales y clínicas vinculados a los médicos especialistas que se agruparon y formaron asociaciones de especialidades médico-quirúrgicas en Madrid y Barcelona, y en algunas de las principales capitales de provincia (Pons y Vilar, 2014).

Este entramado de hospitales y clínicas atendían a segmentos limitados de la sociedad, en base a criterios corporativos (militares), elementos marginales de la sociedad (beneficencia) o de mercado (pago de cuotas o primas en el caso de las compañías de seguros). En consecuencia, antes de la guerra civil (1936-1939), no existía en España un sistema hospitalario coherente, unificado y articulado, sino que se había ido gestando, tanto desde la oferta pública como privada, un conglomerado de hospitales desarticulados y desconectados en la mayoría de provincias españolas.<sup>2</sup> Este

---

<sup>1</sup> Sobre los hospitales militares, véanse Clavijo (1944), Massons (1994) y Puell (2008).

<sup>2</sup> Esta formación histórica no ha generado síntesis explicativas sino más bien historias de los hospitales locales o regionales, a veces desde la óptica de la historia de la medicina, la historia e incluso desde el arte o la arquitectura. Hasta el momento, no disponemos de un análisis global en perspectiva histórica que persiga explicar en el largo plazo su desarrollo geográfico, su capacidad de cobertura, sus singularidades, sus avances y sus deficiencias. A modo de muestra, y sin pretender ser exhaustivos, encontramos trabajos para diferentes comunidades españolas. En el caso de Andalucía, Cambil Hernández (2010) y Saldaña

retraso en infraestructuras hospitalarias respecto a otros países respondía en parte a las dificultades existentes para aprobar un seguro de enfermedad que atendiera a la mayor parte de la población. Así, la aprobación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942 convirtió la sanidad en una pieza clave del discurso propagandístico paternalista de ‘justicia social’, utilizado por la dictadura franquista para amortiguar las tensiones internas del país en un marco de control de la población, represión laboral y pésimas condiciones de vida.

Sin embargo, la cobertura sanitaria ofrecida por el régimen revelaba un sistema de cobertura imperfecto y con graves problemas, ahogado por un déficit financiero crónico y con capacidad de cobertura muy limitada tanto en términos de prestaciones ofrecidas como en porcentaje de población cubierta. Dentro de un contexto de autarquía, racionamiento y escasez, pretendió desarrollar este programa con una mínima o nula financiación por parte del Estado. En consecuencia, las necesidades de infraestructuras sanitarias se debieron financiar con la cotización de trabajadores y empresarios, a la vez que se permitió que su gestión estuviera mayoritariamente en manos de mutuas y compañías de seguros privadas. Estas aportaron sus escasas infraestructuras sanitarias para poder implantar el seguro en sus primeros pasos. Un poco más tarde, se creó un Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias financiado con las primas de los cotizantes que pretendía configurar una red nacional de grandes hospitales y ambulatorios públicos. Las previsiones optimistas iniciales del Plan de Instalaciones tuvieron que adaptarse a la realidad económica del país.

Este trabajo persigue ser el primer paso de un proyecto más amplio sobre la construcción y configuración desde una perspectiva histórica de la red de infraestructuras sanitarias en España partiendo de ámbitos muy diversos tanto público como privado desde la aprobación del seguro obligatorio de enfermedad en 1942. Para ello se ha dividido el trabajo en tres partes. La primera parte del trabajo viene protagonizada por la puesta en marcha del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (a partir de ahora PNIS) vinculado al seguro público, un proyecto ambicioso y caro impulsado en el marco de un país con graves problemas económicos. En la segunda parte se estudia la incorporación al sistema del resto de infraestructuras hospitalarias públicas patrimonio de municipios, de la Secretaría General del Movimiento y otras

---

(2006); para Asturias, Tolivar (2009); para Cantabria, Vázquez González (1977) y Barreda (1973); para Castilla-León, Sánchez (1994); para la Rioja, Larrauri (2010); para Extremadura, Rodríguez Mateos (1997) y Álvaro Barra (1991); para Navarra, Goti (1981) y para Alicante, Martínez San Pedro (1974). Para Cataluña véase la bibliografía citada en Pons y Vilar (2016).

instituciones del estado (Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax (P.N.A. y E.T.) y Dirección General de Sanidad). La tercera parte, focaliza la atención en las instalaciones de propiedad privada (en la que se incluyen Iglesia, Cruz Roja, la beneficencia particular y la de compañías, mutualidades y empresas mercantiles). Finalmente, y a modo de reflexión final se hace un primer balance al estudio cuantitativo y espacial, de la infraestructura privada y pública acumulada hasta 1963, año de aprobación de la ley de base.

## **1. El desarrollo de una red pública de hospitales. El Plan de Instalaciones Sanitarias**

La aprobación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942 y su implantación en los primeros años del franquismo, abrió una nueva etapa en el seguro de salud público en España. Dentro de un marco autárquico, de crisis económica y escasez, el Estado pretendió desarrollar este seguro sin participar en su financiación y sin contar con una red mínima de infraestructuras sanitarias públicas. En consecuencia, el seguro sólo pudo organizarse en la práctica gracias al aprovechamiento de las infraestructuras disponibles y a los concertos con empresas y sociedades privadas, es decir, cajas de empresas, mutualidades e igualatorios médicos (asociaciones de médicos); lo que abrió un periodo de colaboración mutua entre el ámbito privado y público. En conjunto, en 1944, cuando se puso en marcha el seguro obligatorio, el SOE contaba en todo el territorio nacional con 353 centros sanitarios: 180 clínicas de inspección, 3 residencias quirúrgicas y 170 ambulatorios de asistencia médica. Estas instalaciones sanitarias eran de nueva creación o concertados y pertenecían a al INP, a la Sanidad Nacional, a la obra maternal e infantil y a las clínicas de accidentes de trabajo.<sup>3</sup> El número de centros resultaba claramente insuficiente para dar sostén a las necesidades del SOE, sobre todo cuando se puso en marcha la segunda fase del seguro que incorporaba las especialidades médico-quirúrgicas.

Parecía claro que el éxito de los planes de expansión del SOE y de los niveles de cobertura del seguro estaba vinculado al desarrollo de una infraestructura pública sanitaria basada en ambulatorios y grandes hospitales (residencias sanitarias). Siendo conscientes de esta situación, y de la graves carencias que mostraba el país en este apartado, se creó por Orden de 15 de marzo de 1943 una comisión de enlace encargada

---

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Previsión, *El seguro de Enfermedad y sus problemas: estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1944.

de elaborar un Plan de Instalaciones sanitarias del SOE que, a finales de 1944, ya tenía sobre la mesa los correspondientes estudios del plan general de asistencia médica y medicina preventiva y del plan general de maternología y puericultura. El plan general de asistencia médica fue elaborado por Primitivo de la Quintana, uno de los promotores del SOE y consejero del INP, quien entregó a finales de 1944 un informe donde proponía la necesidad de crear 34.000 camas. Después de algunos ajustes, a principios de 1945, el INP elevó al Ministerio de Trabajo un Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (PNIS) donde se establecía un objetivo final de 16.000 camas, cifra que reducía a la mitad la estimación inicial.<sup>4</sup> La limitación de recursos resultó determinante en este recorte. El Plan fue aprobado por orden ministerial el 19 de enero de 1945. Más tarde, y para completar la labor, se creó por Orden de 5 de julio de 1945 una ponencia para desarrollar y poner en práctica la ejecución del Plan.<sup>5</sup>

El Plan debería quedar ejecutado en dos etapas de cinco años cada una que supondrían la construcción de 86 residencias de 500 a 100 camas; 149 ambulatorios completos y 110 reducidos; y 73 instituciones maternas. La financiación global ascendía a mil millones de pesetas.<sup>6</sup> Como parte de este proyecto, el director del INP, Luis Jordana de Pozas, envió, entre el mes de octubre y diciembre de 1945, a los jefes de los servicios médicos, de ingeniería y de arquitectura (Juan Pedro de la Cámara, ShawLoring y Eduardo de Garay, respectivamente) a los Estados Unidos con el cometido de estudiar las características y los problemas de los Hospitales en este país.<sup>7</sup> Juan Pedro Cámara en su propio relato del viaje publicado a su regreso, justifica la elección de Estados Unidos debido a que la finalización de la guerra en Europa había dejado maltrecho su sistema hospitalario, a que la organización hospitalaria americana era excelente y contaba, además, con gran número de hospitales de reciente construcción. La información y los datos sobre la organización y funcionamiento de los hospitales se obtuvieron gracias al contacto con la *American Hospital Association* y su director de investigación el Dr. Warren P. Morrill. Esta comisión visitó Hospitales de New York, Chicago, Springfield, Filadelfia, Baltimore, Los Ángeles, San Francisco,

---

<sup>4</sup> INP (1944): *Seguro de enfermedad. Estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*, Madrid, INP

<sup>5</sup> *Edificios Sanitarios para el seguro de enfermedad, Exposición y concurso de anteproyectos para el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Publicaciones INP, Madrid 1947, nº 664

<sup>6</sup> BOE 27/01/1945, Núm. 27, p. 793 y BOE 21/03/1947, Núm. 80, p. 1821.

<sup>7</sup> *Los hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*. Eduardo de Garay, INP, Madrid, 1947, nº 666. Eduardo de Garay, Arquitecto Jefe del Servicio Especial de Arquitectura del INP relata cómo fue encargado por Luis Jordana de Pozas en 1945 para que se trasladase a USA a visitar los principales Hospitales. Visitó los hospitales de Nueva York, Washington y Baltimore.

Santa Monica, Nueva Orleans y Washington. En esta última ciudad visitan la Oficina Sanitaria de la Panamerican Union, el Federal Security Board (Seguridad Social) y el Children's Bureau del Departamento de trabajo.<sup>8</sup>

Poco tiempo después, en marzo de 1946, la Caja Nacional del seguro convocó un concurso libre de arquitectos españoles para disponer de ideas para construir las infraestructuras sanitarias. La convocatoria del concurso establecía premios en metálico para los proyectos elegidos, aunque sin ningún compromiso de ejecución por parte del INP. Los trabajos (16 anteproyectos) fueron expuestos en el Círculo de Bellas Artes entre el 14 y el 25 de noviembre de 1946. El jurado reunido en la sede central del INP y compuesto por Pedro Sangro y Ros de Olano, presidente del INP; Luis Jordana de Pozas, comisario del INP; Sebastián Criado Rey, Director de la Caja Nacional del seguro de enfermedad; Miguel Lafont Lopidana, subdirector médico de la caja nacional del seguro de enfermedad; Eduardo Garay y Garay, arquitecto del departamento especial de arquitectura del INP; Juan Zabala Lafora; arquitecto del departamento especial de arquitectura; Manuel Cardenas Pastor, arquitecto nombrado por la dirección general de arquitectura; Pascual Bravo San Feliu, arquitecto designado por el colegio oficial de arquitectos de Madrid; Adolfo López Duran, arquitecto elegido por los concursantes en representación del colegio de arquitectos de Madrid y secretario de la ponencia emitió el siguiente veredicto:<sup>9</sup> a) Declaró desiertos los premios 1º y 2º en el apartado de "Ambulatorios completos" y otorgó el tercer premio a Ambrosio Arroyo Alonso; b) En el apartado de "Residencia para 100 camas" concedió el primer premio a Manuel Martínez Chumillas y Luis Laorga; segundo premio a Francisco Lucini Bayod; y tercer premio Alfonso Fungairiño Nebot y Juan Castañón de Mena; c) En el apartado "Residencia para 500 camas" concedió el primer premio a Aurelio Botella Enríquez y Sebastián Vilata Valls; segundo premio a Fernando García Mercadal y Ramón Aníbal Álvarez; y tercer premio a Luis Cabrero Sanchez. Se concedieron también 3 accésits a Vicente Figuerola Benavent; a Jose Marcide de Odriozola y Rafael Aburto Renovales; y a Antonio de la Vega Martinez.

Nada más terminado el concurso empezaron a adjudicarse obras a algunos arquitectos participantes, pero el proceso permanecía enquistado por falta de financiación. Mientras tanto, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad aprobó

---

<sup>8</sup>*Fisonomía y vida del Hospital Americano. Estampas de un viaje de Estudio*, Publicaciones INP, Madrid 1948, nº 717.

<sup>9</sup>*Edificios Sanitarios para el seguro de enfermedad, Exposición y concurso de anteproyectos para el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Publicaciones INP, Madrid 1947, nº 664.

medidas transitorias como, por ejemplo, la utilización de las instalaciones y los servicios médicos de la Obra 18 de Julio.<sup>10</sup> A finales de 1946, la Caja Nacional contaba con 142 ambulatorios completos en funcionamiento y 4 ambulatorios reducidos; 116 completos y 18 reducidos en organización; 21 completos y 14 reducidos en proyectos; 180 clínicas de inspección en funcionamiento; 5 residencias quirúrgicas en funcionamiento, 2 concertadas y 33 en proyecto y 55 equipos quirúrgicos en funcionamiento. Durante el periodo comprendido entre agosto de 1945 a julio de 1946 se habían realizado en sus instalaciones alrededor de tres mil operaciones quirúrgicas. En paralelo, había elaborado anteproyectos para la construcción de 32 residencias clínicas de entre 100 y 500 camas y 8 residencias de 500 o más camas. Sin embargo, los proyectos chocaban con la falta de recursos de un país con graves problemas económicos.<sup>11</sup>

A estas medidas se sumaron otras como las establecidas por el Decreto de 2 de marzo de 1944, donde se autorizaba la ejecución de los conciertos entre el INP y las entidades privadas.<sup>12</sup> Podían acceder a este régimen las Mutualidades y Montepíos, las empresas y los igualatorios que tuviesen organizada alguna modalidad de asistencia sanitaria o prestación económica para su personal o afiliados antes del 18 de julio de 1936. Los servicios concertados del seguro podían extenderse también a las Cajas de Empresa, Montepíos y Mutualidades creadas tras el golpe de estado. Por último, podían acogerse las sociedades mercantiles de seguros, siempre que acreditasen la práctica del ramo de enfermedad antes del 18 de julio de 1936 y con la limitación de que el volumen de su cartera en este ramo no sobrepasase la existente en la fecha de publicación del Decreto de 2 de marzo de 1944. La firma de conciertos no solo se limitó al ámbito de la sanidad sino que también se extendieron al campo de las especialidades, entre ellas el seguro de maternidad.

A través del Decreto de 7 febrero de 1947 se creó una nueva comisión con el fin de retomar y revisar el plan inicial aprobado en 1945. El nuevo proyecto modificado, más acorde con la realidad económica del país, fue aprobado por Orden de 26 de febrero de 1947. Este plan revisado rebajó a 68 el número de residencias previstas y los ambulatorios completos a 62, mientras aumentó el número de los ambulatorios reducidos (proyectos más baratos) a 144. Las instituciones maternas planificadas en el

---

<sup>10</sup> Boletín de información del Instituto Nacional de Previsión, 1945, nº 1, pp. 21-29.

<sup>11</sup> Boletín de Información del Instituto Nacional de Previsión, 1946, Año VI, Núm. 11, p. 2747.

<sup>12</sup> BOE 19/03/1944, Núm. 79, pp. 2291-2293 y BOE 09/07/1944, Núm. 191, pp. 5309-5310.

primer plan desaparecieron y se integraron dentro de los hospitales, a excepción de una en Madrid. Más tarde, las obras del Plan de Instalaciones Sanitarias fueron declaradas de interés nacional en 1948, lo que significaba prioridad absoluta en todos los pedidos de materiales y trámites burocráticos derivados del proceso de construcción en un marco de autarquía y escasez.<sup>13</sup> La primera construcción no se inició hasta marzo de 1948.<sup>14</sup>

"En 1949 el Plan está en marcha; en Madrid y Puertollano han comenzado las obras de ambulatorios completos; en Zaragoza, Valladolid, Burgos y otras poblaciones se han comprado terrenos; en Teruel y Mahon los ayuntamientos han regalado solares; y en Cartagena, Jumilla, Tarragona y algunos otros pueblos y ciudades tiene la caja del seguro de enfermedad ofrecimientos de solares gratuitos"<sup>15</sup>

Los problemas de financiación no desaparecieron en esta nueva etapa. Se había estimado inicialmente un presupuesto inicial de mil millones de pesetas que se irían anticipando de las respectivas reservas del resto de seguros sociales.<sup>16</sup> Pero los números no cuadraban. Más adelante, se intentaron buscar nuevas vías de financiación para un proyecto de elevado coste:<sup>17</sup> En los años cuarenta, las autoridades intentaron complementar la financiación del plan con un pequeño porcentaje de las primas recaudadas por el SOE, que resultaron claramente insuficientes. De esta manera, a partir de la orden de 9 de enero de 1947, se obligó a los gestores del SOE a ingresar en la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad el 1,5748 por 100 de las primas recaudadas, cantidad que se elevó a 3,125 por orden de 23 de enero de 1948 y que, finalmente, quedó registrada en el 3 por 100 por orden de 29 de diciembre de 1948. Más adelante, en 1950, una reorganización interna del INP (decreto 14 de julio de 1950) creó la Comisaría del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, que inició actuaciones el 14 de febrero de 1951 para impulsar el proyecto. Pero permanecieron dos escollos importantes: la lentitud de las obras y los problemas de financiación; en realidad, dos caras de una misma moneda. A principios de 1951 se traspasaron al Plan los fondos del extinguido seguro de maternidad. Finalmente, en 1952, se autorizó al INP a emitir

---

<sup>13</sup> Decreto de 12 de marzo de 1948, BOE 07/04/1948, Núm. 98, p. 1290.

<sup>14</sup> Archivo INGESA. Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (1951?).

<sup>15</sup> Archivo INGESA. Instituto Nacional de Previsión. Servicio Exterior y Cultural. 1949, Hoja Divulgadora nº 56, publicación 775. Notas de INP, Ministerio de Trabajo, Dirección de la Asistencia Sanitaria de Instalaciones del Seguro de Enfermedad, Plan de Instalaciones, Obras concluidas, 1953, XXXIV

<sup>16</sup> Archivo INGESA. Instituto Nacional de Previsión, Hojas divulgadoras del Seguro de Enfermedad, hoja núm. 3. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1946.

<sup>17</sup> Archivo INGESA. INP, Ministerio de Trabajo, Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del seguro de enfermedad, diciembre 1953



obligaciones por valor de 965 millones de pesetas, al 4% de interés anual y por un periodo de amortización de 50 años (Decreto de 11 de enero de 1952, BOE 16 de febrero de 1952).

El hecho es que, en 1953, casi una década después de la puesta en marcha del SOE y tras varios años de proyectos renovados del plan de instalaciones sanitarias, las previsiones estaban lejos de ser cumplidas. En ese año solo estaban acabadas las obras de 9 residencias y 18 ambulatorios (La Coruña, Guadalajara, Valencia, Puertollano, Calatayud, Logroño, Santa Cruz de Tenerife, Teruel y Huelva), a pesar de que la propaganda del INP había ampliado la cifra hasta 14 residencias y 32 ambulatorios.<sup>18</sup> La lentitud en la ejecución de las obras durante esta etapa, sobre todo por motivos financieros, y la irregular expansión territorial de los centros sanitarios derivó en una deficiente cobertura sanitaria de la población. Al lento progreso de la infraestructura pública le acompañó un sistema desintegrado compuesta por una constelación de pequeñas infraestructuras vinculadas a médicos, compañías de seguros y mutuas de previsión social.

En realidad, a mediados de la década de 1950, el sistema de gestión mixto del seguro de enfermedad financiado básicamente por cotizaciones laborales ofrecía un déficit presupuestario crónico y graves deficiencias en la prestación de servicios (Vilar y Pons, 2014: 286). A esta situación se añadían dos graves problemas. En primer lugar, las entidades colaboradoras presentaban dificultades financieras tras los primeros años de gestión debido a cuatro principales obstáculos: a) el incremento de los gastos derivados de la extensión del seguro;<sup>19</sup> b) la reducción del porcentaje de las primas que pudieron destinar a gastos de administración;<sup>20</sup> c) el complejo sistema burocrático establecido por la Caja Nacional; y d) las deudas contraídas con el INP en concepto del Plan de Instalaciones Sanitarias y de Inspección de los Servicios Sanitarios. Las entidades colaboradoras, a diferencia del seguro directo y debido a las exigencias de los convenios, no podían presentar déficit en sus balances anuales, bajo la amenaza de

---

<sup>18</sup> Instituto Nacional de Previsión, n. 62. Puede contrastarse la información con la incluida en Instituto Nacional de Previsión, INP. *Visita de los representantes de los Montepíos laborales a los centros sanitarios del seguro de enfermedad del sureste de España*, Madrid, 1953,. Sobre el papel de las inauguraciones de residencias sanitarias en la propaganda del régimen a través del NODO véase Medina-Doménech; Menéndez-Navarro (2005), pp. 393–408.

<sup>19</sup> A las entidades colaboradoras de ámbito nacional se les obligó a establecer sucursales en todas las provincias en las que gestionaran el SOE, a pesar de que en muchos casos las entidades aseguradoras no tenían una actividad precedente, lo que supuso un incremento de los costes de establecimiento y de personal.

<sup>20</sup> Entre 1946 y 1948, el porcentaje de la prima que las entidades colaboradoras de ámbito nacional pudieron destinar a los gastos de administración pasó del 25 al 16,2 por ciento.

perder la potestad para ofrecer cobertura sanitaria. Para evitar esta situación, la propia entidad debía asumir sus pérdidas. Esta situación derivó en la renuncia de muchas entidades colaboradoras a renovar sus conciertos en 1954. Lo cierto es que la situación financiera del SOE a finales de 1953 parecía crítica, tanto en la gestión directa como en la privada.

En segundo lugar, por lo que se refiere al seguro directo, la prima media por asegurado había subido de 7,39 en 1944 a 41,46 en 1951. Sin embargo, las prestaciones por familia asegurada habían crecido de 1,94 a 43,25 (INP, 1973: 20). En términos generales, las causas del déficit apuntaban al incremento del gasto farmacéutico y de los honorarios médicos, a la financiación del Plan de Instalaciones Sanitarias y a la gestión de las entidades colaboradoras, a las que se acusaba de hacer primar su interés mercantil. El desequilibrio financiero creció en los siguientes años, a pesar de que a partir de 1949 se introdujeron varios reajustes financieros en torno a tres medidas: el aumento de la prima de cotización, la extensión del seguro hasta un tope salarial cada vez superior y el establecimiento de un nuevo sistema de cotización proporcional.<sup>21</sup> El Ministro de Trabajo, Manuel Girón, intervino en un discurso público defendiendo la gestión mixta y a las entidades colaboradoras, aunque les advirtió que pronto habría que aplicar una nueva reglamentación o abandonar el sistema (INP, 1953). El desequilibrio financiero alcanzaba niveles preocupantes que ponían en peligro el mantenimiento del seguro. El seguro directo gestionado por el INP presentaba un balance con pérdidas en 1954 y 1955. En particular, en 1954, las pérdidas alcanzaron los 26 millones de pesetas, cifra que casi se triplicó en 1955, cuando el déficit de SOE llegó a los 74 millones. El SOE necesitó una importante inyección financiera procedente de otros seguros sociales en los dos años siguientes, 220 millones y 64 millones respectivamente. Por su parte, el Estado se vio obligado a incrementar su aportación, aunque sus transferencias al SOE se limitaron a 21 y 27 millones de pesetas en 1954 y 1955. Sin embargo, el gran déficit de este último año empujó al Estado a realizar un mayor esfuerzo financiero con una aportación de 509 millones de pesetas en 1956, lo que permitió cubrir el descubierto. Las entidades colaboradoras necesitaron también ayuda estatal en 1956. Esta situación puso en evidencia que el modelo de financiación vigente resultaba inviable.

Dentro de este contexto, ¿cómo logró el INP financiar su Plan de Instalaciones sin una reforma fiscal y sin contar con la financiación directa del Estado? Resulta

---

<sup>21</sup> Véase para las cotizaciones y la evolución de los salarios Vilar (2009) y para los cambios en el sistema Pons y Vilar (2014).

complicado seguir esta pista porque en el balance técnico del INP solo se encuentran aquellas partidas que fueron cargadas a la cuenta del Fondo de Amortización del PNIS; el resto de apuntes solo figuran en la contabilidad interna del INP. En realidad, para financiar el Plan se utilizaron recursos especiales procedentes de tres fuentes principales.

Primero, utilizó anticipos concedidos por otros seguros sociales con cargo a los fondos de reserva. Estos anticipos supusieron en la realidad una inversión de las reservas de cada uno de los seguros sociales vigentes en la España de la época en las obras del PNIS. Este trasvase quedaba autorizado por los artículos 35 de la Ley y 130 del reglamento del seguro de enfermedad donde constaba "la autorización al Consejo del INP para que, con cargo a los excedente y fondos de los regímenes de subsidios y seguros sociales cuya gestión tiene atribuida, anticipase al Seguro de enfermedad las cantidades precisas para constituir su capital fundacional y financiar los gastos de primer establecimiento, entre los que pueden considerarse incluidos los que afectan a las instituciones sanitarias".<sup>22</sup> El trasvase de fondos entre las diferentes partidas de los seguros sociales con contabilidades independientes fue una práctica habitual durante la dictadura franquista; de este modo, los seguros con superávit contable cubrían otros con déficit o necesidades financieras. Las principales partidas financiadoras fueron los subsidios familiares y el seguro de accidentes de trabajo (cuadro 1). Por otro lado, hubo otros seguros como el de vejez que necesitaron una reintegración urgente de los anticipos cedidos al PNIS debido a sus propias dificultades financieras, lo que ponía en evidencia la falta de rigor. En conjunto, esta forma de actuar al margen de la legalidad, pues no había caja única de seguros sociales, se tradujo en unas cuentas opacas dentro del INP y malabarismos contables en un marco donde el Estado trataba de evitar inyectar dinero en las partidas sociales y donde las cotizaciones de empresarios y trabajadores resultaban insuficientes para sostener todo el sistema.

Segundo, la insuficiencia financiera de la vía anterior acabó por hacer necesaria la emisión de obligaciones por parte del INP con el fin de financiar el PNIS. El primer empréstito del Plan se autorizó por Decreto de 11 de enero de 1952 (BOE 16 de febrero de 1952), donde se establecía la emisión de obligaciones por valor de 965.000.000 pesetas, al 4% de interés anual neto y por un periodo de 50 años. Sus principales suscriptores fueron las cajas de ahorros y las mutualidades laborales, más una pequeña

---

<sup>22</sup> INP, Ministerio de Trabajo, Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del seguro de enfermedad, diciembre 1953.

participación de la C.N.S.A.T. (3.500.000). A este respecto, Comín (2008: 227) comenta como, desde 1947, la Obra Social de las cajas había quedado "secuestrada" por el Ministerio de Trabajo, organismo del que dependían, y sobre todo por las necesidades financieras de su política social en un marco de escasos recursos hacendísticos y elevado déficit presupuestario. Más adelante, durante la década de los cincuenta, el Ministerio de Hacienda intervino de manera progresiva en las decisiones de inversión de estas entidades hasta adoptar una naturaleza cada vez más de entidades de crédito frente a su tradicional papel benéfico. En particular, el Decreto de los Ministerios de Trabajo y Hacienda de 9 de marzo de 1951, que regulaba sus inversiones, establecía en uno de sus artículos que las cajas deberían invertir (bajo pena de sanción) necesariamente el 60% "como mínimo" de sus recursos ajenos totales en pesetas en fondos públicos españoles admitidos a cotización oficial; "una cantidad no inferior a las tres cuartas partes de estos fondos estaría representada por títulos de deuda flotante o consolidada del Estado o que gozasen de la garantía o aval del mismo" (Comin, 2008: 236). La misma obligación se establecía a las mutualidades y montepíos laborales de carácter nacional.

Tercero, para completar las elevadas necesidades financieras del PNIS, el gobierno autorizó también al INP a abrir una cuenta de crédito en el Banco de España por un total de 250.000.000 de pesetas (cuadro 2). Esta cuenta sirvió para completar los gastos derivados de la ejecución del PNI. De esta cuenta se llegó a disponer hasta un total de 232.043.224 pesetas en 1955 (casi 92% del límite crediticio), año en que fue cancelada.<sup>23</sup> La cancelación de la cuenta de crédito se llevó a cabo cuando el volumen de financiación procedente de las otras dos vías se consideró suficiente para proseguir la ejecución del PNIS.

**Cuadro 1. PNIS. Recibido por anticipos, empréstito y cuenta de crédito**  
(pesetas corrientes)

Entradas	1954	1955	1956	1957
1. Anticipos de los otros seguros sociales al Plan de Instalaciones				
a) Seguros voluntarios	9.824.402	6.308.217	3.966.134	26.679.496
b) Seguro de accidentes de trabajo	291.247.142	158.443.879	385.020.746	553.784.382
c) Subsidios familiares	221.594.122	296.801.920	72.564.721	340.274.183
d) Seguro de Vejez e Invalidez	20.138.159	160.285.685	-	-
MENOS: Reintegros al seguro de vejez e invalidez			-307.098.223	-615.409.104
Total	542.803.825	621.839.701	154.453.378	305.328.957

<sup>23</sup> Archivo INGESA, Estudio Estadístico del Seguro de Enfermedad de los años 1954, 1955, 1956 y 1957, Alberto RullSabaté, 1959, p. 60 y ss.

2. Colocación del Empréstimo del S.E.				
a) Caja Nacional Seguro de Accidentes de Trabajo	-	-	3.500.000	
b) Mutualidades Laborales	80.300.000	17.500.000	-	3.800.000
c) Cajas de Ahorro	42.411.000	-	-	-
Total	122.711.000	17.500.000	3.500.000	3.800.000
3. Dispuesto de la cuenta de crédito abierta en el Banco de España	6.537.431	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>672.052.256</b>	<b>639.339.701</b>	<b>157.953.378</b>	<b>309.128.957</b>

Nota: El signo negativo que figura en el seguro de vejez e invalidez para los años 1956 y 1957 significa una devolución de dichos anticipos que en realidad fue cubierta con mayores aportaciones de los otros seguros. Fue debido a las graves dificultades financieras de dicho seguro.

Nota: la determinación de las cifras de obligaciones de empréstito colocadas se obtuvo por diferencia de los saldos de las cuentas de balance de dicho empréstito correspondientes a dos ejercicios sucesivos. La cifra de las que fueron colocadas en mutualidades laborales, cajas de ahorro y CNSAT (caja nacional de seguros de accidentes de trabajo) se consiguió a través del examen del registro de obligaciones.

Nota: La cifra de determinación de las cantidades dispuestas en la cuenta de crédito se obtuvo por diferencia entre los saldos de balance de esta cuenta.

Fuente: Archivo INGESA, Estudio Estadístico del Seguro de Enfermedad de los años 1954, 1955, 1956 y 1957, Alberto RullSabaté, 1959, p. 60 y ss.

#### **Cuadro2. Satisfecho por amortización del empréstito del S. E. y cancelación de la cuenta de crédito del Banco de España(en pesetas corrientes)**

Salidas	1954	1955	1956	1957
1. Amortización de Obligaciones del empréstito del seguro de enfermedad:				
a) Corresponde a obligaciones en poder de las mutualidades laborales	-	-	5.317.000	5.648.000
b) Corresponde a obligaciones en poder de las cajas de ahorros	-	-	803.000	926.000
		-	6.120.000	6.574.000
2. Cancelación de la cuenta de crédito abierta por el Banco de España	-	232.043.424	-	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>232.043.424</b>	<b>6.120.000</b>	<b>6.574.000</b>

Fuente: Archivo INGESA, Estudio Estadístico del Seguro de Enfermedad de los años 1954, 1955, 1956 y 1957, Alberto RullSabaté, 1959, p. 60 y ss.

Los gastos derivados de la ejecución material del PNIS pueden agruparse en tres conceptos principales: gastos de compra de solares; gastos de construcción de edificaciones: gastos de montaje de instalaciones.<sup>24</sup>En conjunto, el INP gastó solo en

<sup>24</sup> La contabilidad del PNIS, igual que ocurrió con el resto de las operaciones relacionadas con los seguros sociales, viene rodeada de gran opacidad. A este respecto, la fuente advierte que: "aún cuando en el balance del INP figuran tres cuentas que llevan títulos similares, dado su contenido y contabilización resulta que de las mismas no es posible obtener la cifra estricta de los gastos de ejecución. Por dicho motivo solo podemos obtener una cifra estimada correspondiente a la suma de los tres conceptos de gasto señalados englobados en la cuenta "gastos de ejecución del Plan Nacional de Instalaciones". Archivo

estas tres partidas el casi 1.400 millones de pesetas corrientes entre 1954 y 1957, años en los que el Plan tomó vigor (cuadro 3), un importe que revela las elevadas necesidades financieras del Plan.

**Cuadro 3. Compra de solares, gastos de construcción y montaje de las instituciones del Plan Nacional de Instalaciones del SOE (pesetas corrientes)**

Años	Importe
1954	638.218.335
1955	332.319.499
1956	63.920.143
1957	359.490.071
Total	1.393.948.048

Fuente: Archivo INGESA, Estudio Estadístico del Seguro de Enfermedad de los años 1954, 1955, 1956 y 1957, Alberto RullSabaté, 1959, p. 60 y ss.

Una vez expuestas las necesidades financieras del plan y sus vías de cobertura, analicemos cómo se asignaron las obras, cómo se distribuyeron territorialmente y cuál fue su ritmo de construcción. Tres arquitectos premiados en el concurso celebrado en 1946 consiguieron la mayor parte de las obras: A. Botella, J. Marcide y F. Mercadal; quienes fueron contratados por obra. A ellos se unieron tres arquitectos de la plantilla del INP: J. Zavala, E. Garay y F. Álvarez Sotomayor. Los arquitectos contratados por obra ejecutaron sus obras en un tiempo más breve, pues los tiempos influían en sus remuneraciones; algo que no afectaba a los arquitectos de plantilla. De las 72 obras propuestas en la primera fase, casi todas se adjudicaron a cuatro empresas: *Eguinoa Hermanos*, *Empresa Ramón Beamonte*, *Empresa Huarte y Cía S.L.* y *Empresa Agroman S.A.*; aunque hubo adjudicaciones excepcionales a tres empresas más: *Flamarique*, *Empresa Jose M. Puldain la Bayen*; y *Servicio Militar de Construcciones*. Pieltain (2003) extrajo la siguiente información, imposible de obtener por otras vías, de una entrevista realizada al arquitecto A. Botella dentro de su proyecto de tesis doctoral, y que revela una vez más el oscurantismo que rodeó a todo el PNIS, coherente con la forma de repartir y hacer negocios durante la dictadura franquista:

"Todos los proyectos programados para esa primera etapa se repartieron entre los seis arquitectos. En el reparto trataron de conciliar las preferencias geográficas de cada arquitecto con su respectiva disposición para sacar proyectos adelante en el menor plazo posible.

---

INGESA, Estudio Estadístico del Seguro de Enfermedad de los años 1954, 1955, 1956 y 1957, Alberto RullSabaté, 1959, p. 60 y ss.

Por ello se utilizó una fórmula abierta de reparto geográfico según la cual cada proyecto terminado suponía un nuevo encargo. Como es lógico, el procedimiento de adjudicación animó a los arquitectos contratados por obra a correr y dejar rezagados a los de casa...(....). Por su parte la ejecución de estas 72 obras previstas para cinco años se adjudicó casi en exclusiva a cuatro empresas constructoras, Eguinoa Hermanos, Ramón Beamonte, Huarte y Cía SL y Agroman S.A.. El protocolo de adjudicación se debió determinar con ocasión de la convocatoria de un concurso por módulos de construcción restringido a las citadas empresas constructoras. Sobre los datos de licitación del concurso, el Instituto elaboró un libro de precios y estableció ciertas bonificaciones y penalizaciones por adelanto o retraso en la entrega de llaves. A su vez, sobre esas bases de adjudicación las empresas constructoras fueron presentando sus propios plazos y bajas para conseguir contratos de obras, aunque es presumible que también llegaron a pactos en la elaboración de sus respectivas ofertas, a juzgar por el reparto por zonas geográficas de las adjudicaciones".<sup>25</sup>

Las empresas seleccionadas para la construcción del PNIS a través de "una convocatoria de concurso por módulos de construcción restringido" (véase texto anterior) merecen un pequeño comentario, pendiente de completar en la investigación en curso. La empresa *Agroman* había sido fundada en Madrid en 1927 por el guipuzcoano José María Aguirre Gonzalo (1897-1988), quien se había marchado a la capital a estudiar ingeniería de caminos y empezó a trabajar allí en las obras del Metro de Madrid, que dirigían dos paisanos suyos. La fatalidad hizo que, al regresar de su viaje de novios, le anunciaran su inmediato despido por la paralización de la construcción del suburbano. Para no quedarse parado, decidió poner en marcha su propia compañía con su compañero Alejandro San Román. *Agroman* viene precisamente de la fusión de los apellidos de Aguirre y San Román y su primera obra fue la prolongación del dique de Las Arenas, en Getxo. Aguirre Gonzalo, que fue procurador en las Cortes de Franco, participó activamente en los planes de desarrollo y contribuyó a la creación de Acerinox y del Diario Vasco. Desde 1941 ejerció de consejero y Presidente (1956) del Banco Guipuzcoano (aliado del Banesto), del Banco Español de Crédito (1973/1980) y más del Banesto del que fue consejero (1942-1959), vicepresidente (1959-70) y presidente (1970-1984) que con el tiempo se convertiría en el principal accionista de Agroman. En 1995 Ferrovial adquirió la constructora Agroman. En 1958 rechazó la oferta de la cartera de Ministerio de la Vivienda ofertada

---

<sup>25</sup>Pieltain Alvarez-Arenas, Alberto (2003): Los Hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna, tesis doctoral Universidad Politécnica de Madrid. Escuela Técnica Superior de Arquitectura. Información obtenida de una entrevista el autor con Aurelio Botella Clarella, 16-11-01. Tesis, pp. 37-38.

por Franco tras la crisis-dimisión de José Luis Arrese al primar su interés empresarial frente a la política por la que se interesó de forma instrumental (González Urbaneja, 2000: 369).

A diferencia de Agroman, la empresa Huarte no mantenía vínculos explícitos con la banca y presentaba unos orígenes de carácter familiar (Torres, 2011: 24). El pamplonés Félix HuarteGoñi (1896-1971) fundó en 1927, junto con Emilio Malumbres, la *Sociedad Huarte y Malumbres*, que posteriormente pasó a llamarse *Huarte y Cia., S.A.* Las actividades de esta empresa se extendieron rápidamente por todo el ámbito nacional. La clave para que la constructora se convirtiera en una de las más solicitadas en las grandes obras del estado fue debido a la rapidez en la construcción de la Facultad de Filosofía y Letras de la Ciudad Universitaria durante la II República. Su eficacia le otorgó el favor de las instancias políticas para la construcción, entre otros complejos, de los Nuevos Ministerios de Madrid (Ortiz-Villajos y Dantart, 2000: 364). Una vez finalizada la guerra civil, continuaron las obras oficiales, y tras un periodo de incertidumbre por la enfermedad de Huarte y la salida de la familia Toribio del accionariado de la empresa, se produjo el periodo de mayor esplendor de la constructora con la construcción de campos de fútbol y la construcción del Instituto Nacional de Previsión de Madrid. En 1947, Huarte negoció según Ortiz-Villajos y Dantart “*el contrato del siglo, porque él consiguió que todas las obras del Seguro de Enfermedad de España se repartieran entre cuatro empresas, que eran Elinor, Beamonte, Agrómá y Huarte*”.<sup>26</sup> En 1963 traspasó el control del grupo Huarte para dedicarse a la política. F. Huarte desempeñó cargo de Concejal en el Ayuntamiento de Pamplona, fue vicepresidente de la Diputación Foral de Navarra (1964-1971) y presidente de la Caja de Ahorros de Navarra. Durante la etapa denominada desarrollista, el Grupo Huarte llegó a estar formado por más de treinta empresas, de las más diversas ramas: metalurgia, papel, alimentación, turismo, agrícola, madera, aparcamientos, urbanizaciones, inversiones. En 1996 Huarte se asoció industrialmente con Obrascón como socio industrial, convirtiéndose en el sexto grupo constructor de España. Más tarde, en 1999, se constituyó el grupo ObrascónHuarteLain, S.A. (OHL), donde se

---

<sup>26</sup> Las primeras seis residencias y los seis ambulatorios se construyeron en Zaragoza, Palma, Teruel, Barcelona, Gerona, Lérida, Calatayud, Caspe, Jacá, Mataró y Pamplona. En Madrid también la residencia de La Paz en Madrid (Ortiz-Villajos y Dantart (2000: 363).



integró también Construcciones Lain, empresa constituida en 1963 como filial del grupo británico John Laing Construction.<sup>27</sup>

Ramón Beamonte del Río (1899-1978) fue un destacado empresario español que desarrolló muchos negocios empresariales durante la dictadura franquista. Su empresa se encargó de numerosos proyectos de construcción como el Ayuntamiento de Vigo o el Ministerio del Aire. En particular, durante la guerra civil ejecutó varias obras de construcción para diversos ministerios en territorio sublevado como fue el caso de la Fábrica para Construcciones Aeronáuticas S. A. en Sevilla.<sup>28</sup> Durante los años cincuenta, fue uno de los más importantes patrones del hipódromo de Madrid, lo que pone en evidencia sus excelentes contactos y posicionamiento social durante la dictadura. Este argumento viene apoyado también por el hecho de que obtuvo numerosas contrataciones de construcción de fábricas del INI como la Refinería de Petróleos de Puertollano de la Empresa Nacional Calvo Sotelo, inaugurada en 1966.<sup>29</sup>

De la cuarta empresa que participó más activamente en el proyecto, Eguinoa Hermanos, sabemos poco hasta el momento. Se encontraba ya en funcionamiento en los años treinta.<sup>30</sup> En la posguerra civil se anunciaba como empresa especializada en construcciones en hormigón armado con sede en Pamplona y Madrid. La empresa ejecutó numerosos proyectos de construcción de edificios en la Gran Vía de Madrid durante los años 1940 y 1950. Hoy siguen funcionando bajo la razón social de *Construcciones Artajona*. Por su parte, el Servicio Militar de Construcciones se creó en 1943 a partir de la empresa "Servicio Militar de Puentes y Caminos de Cataluña", encargada de reconstruir los puentes y caminos "que el enemigo destruía en su huida".<sup>31</sup> El SMC se constituyó como el órgano de trabajo del Ministerio del Ejército para las obras que este realice para la administración encargadas por cualquier Ministerio. Los trabajos encargados a este servicio "serían realizados por destacamentos penales y obreros civiles", tal y como se establecía en el artículo sexto de su ley fundacional. La empresa construyó muchas casas cuarteles de la guardia Civil en diversas localidades; construyó carreteras y vías de ferrocarril, entre otros.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup><http://www.ohl.es/informacion-corporativa/historia/>

<sup>28</sup> Ministerio de Fomento, Centro de Estudios Históricos de Obras Públicas y Urbanismo.  
<http://www.cehopu.cedex.es/etm/expt/ETM-176-002.htm>

<sup>29</sup> Hemeroteca ABC,

<http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1966/06/14/052.html>

<sup>30</sup>[liburtegidigitala.donostiakultura.com](http://liburtegidigitala.donostiakultura.com)

<sup>31</sup> Ley de 2 de marzo de 1943, BOE, 17/03/1943, núm. 76, p. 2425.

<sup>32</sup> BOE núm. 44, de 13/02/1957, pp. 852 a 853 y BOE núm. 158, de 06/06/1948, página 2314.

Al final de los diez años previstos del Plan de Instalaciones, en 1948, el INP contaba con 34 residencias en funcionamiento y 10 residencias provisionales, junto con 53 ambulatorios permanentes y 259 provisionales. Fruto de este esfuerzo financiero, el número de camas se había incrementado, sobre todo a partir de 1954, cuando empezaron a ponerse en funcionamiento las primeras residencias terminadas: 2.619 (1954), 5.713 (1955), 8.144 (1956), 8.952 (1957/1958). Esta evolución creciente permitió depender cada vez menos de las camas proporcionadas por las residencias provisionales: 733 (1954), 617 (1955), 609 (1956), 446 (1957) y 453 (1958) (según datos de INP, 1959). No obstante, este resultado se alejaba aún de las 17 mil camas de nueva creación previstas en el Plan de Instalaciones sanitarias de 1947. La mayor oferta hospitalaria incrementó el número de estancias de los asegurados, lo que terminó repercutiendo en el coste de las prestaciones del SOE (cuadro 4).

**Cuadro 4. Plan de Instalaciones Sanitarias 1954/1958**

Año	Nº camas residencias plan	Nº camas residencias provisionales	Nº Estancias residencias plan	Nº Estancias residencias provisionales	(1)	(2)	(3)	(4)
1954	2.619	733	364.175	208.104	102,95	81,2	458.476	6,47
1955	5.713	617	646.054	190.176	115,74	94,73	917.351	6,50
1956	8.144	609	1.122.347	153.905	139,33	109,91	1.631.185	7,66
1957	8.952	446	1.306.248	135.575	172,85	133,91	1.979.972	8,96
1958	8.952	453	1.625.518	140.882	184,86	151,24	2.277.498	8,87

Fuente: *Análisis funcional y resultados económicos de las instituciones sanitarias*. Ejercicio 1958. INP. Documento nº 45.

- (1) Promedio coste estancia residencia plan.
- (2) Promedio coste estancia residencias provisionales.
- (3) Promedio de asegurados en la Residencias del Plan.
- (4) Coeficiente de hospitalización por asegurado y mes.

A partir de 1958, se aprobaron planes trienales de instalaciones sanitarias que tomaron el relevo del inacabado PNIS inicial. El primer plan diseñado para el periodo 1958/1960 impulsó las siguientes infraestructuras:<sup>33</sup> a) Residencias: Cuenca; Salamanca; Santa Cruz de Tenerife; Toledo; Pamplona (esta residencia se proyectaba en el primitivo plan de instalaciones sanitarias pero no fue construida por dificultades puramente locales; ahora se construirá directamente por el INP, o mediante concierto con la Diputación Foral de Navarra, según lo que resulte más conveniente); b) Ambulatorios: Algeciras (Cádiz); Barcelona; Béjar (Salamanca); Ciudad Real; Elche (Alicante); Gijón

<sup>33</sup> Orden de 14 de noviembre de 1958, BOE 18 de diciembre de 1958, Núm. 302, p. 11378; completada con la siguiente Orden de 16 de febrero de 1959, BOE 25 de febrero de 1959, Núm. 48, p. 3246.

(Asturias); Hospitalet (Barcelona); Ibiza (Baleares); Jerez de la Frontera (Cádiz); Las Palmas; Linares (Jaén); Murcia; Ponferrada (León); Pontevedra; Riotinto (Huelva); Salamanca; San Sebastián; Santa Cruz de Tenerife; Sevilla; Tarazona (Zaragoza); Toledo; Tortosa (Tarragona); Valencia (Grao); Villaverde (Madrid). ¿Cómo se financió este primer plan trienal? Básicamente, se siguieron manteniendo las vías de financiación del plan inicial, donde la emisión de obligaciones por parte del INP representó un papel fundamental.<sup>34</sup>

Orden de 13 de junio de 1961: Finalizado el plan inicial nacional de instalaciones del SOE, aprobado por este departamento el 19 de enero de 1945 y revisado por Orden de 26 de febrero de 1947 y hallándose en periodo de ejecución el Plan trienal 1958/1960 previsto en la Orden de 14 de noviembre de 1958 que la complementa y formulado el plan para el periodo 1961/63 por este ministerio se acepta la propuesta del INP para que financie las obras restantes según sus posibilidades económicas. Se establece que la ejecución de las construcciones e instalaciones se realizará mediante concurso/subasta, previo acuerdo de la Comisión Permanente del Instituto Nacional de Previsión y conforme a las normas del pliego de obras de dicho instituto complementadas en su caso con carácter subsidiario por las normas de contratación de la Administración civil del Estado (Orden 13 de junio de 1961, BOE 24 de julio de 1961, núm. 150, p. 9515).

El texto anterior deja en evidencia que las dificultades de financiación seguían presentes, a pesar de la mejora en la situación económica del país, pues el proyecto era caro y quedaba aún mucho trabajo por hacer, tal y como revela esta nota de prensa de 1961:

"Financiación del Plan de Instalaciones del Seguro de Enfermedad: Adquisición de material sanitario con destino a las Instituciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad, 60.000.000 pesetas; cantidades de posible abono en el ejercicio por certificaciones de obra del Primer Plan de Instalaciones y que corresponden a certificaciones presentadas por las casas constructoras pendientes de abono, obras actualmente en construcción de residencias o ambulatorios, o terminadas, correspondientes al Plan trienal así como las relativas a obras del Plan de Instalaciones cuyo comienzo ha de realizarse en este ejercicio, y a cualquiera otra que durante el mismo pueda acordarse, 465.000.000; obras de ampliación o adaptación en edificios de instituciones sanitarias, 40.000.000; adquisición de solares para el Plan de Instalaciones, 50.000.000; construcción o adquisición de edificios y solares con destino a las delegaciones o agencias del instituto para instalación de servicios, 40.000.000".<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Resolución del INP por la que se hace público el resultado del sexto sorteo de amortización de obligaciones del Plan de Instalaciones del seguro de enfermedad (BOE 10 de diciembre de 1960, núm. 296).

<sup>35</sup> Hemeroteca ABC, 26 de marzo de 1961, p. 82:

Para el segundo plan trienal de Instalaciones se estableció para el periodo 1961/63, donde se proyectó la construcción de las siguientes obras:<sup>36</sup> a) Residencias: Ciudad Real, León, Madrid (2), Orense; b) Ambulatorios: Barcelona (2 completos y 2 auxiliares); Madrid (3 completos y 2 auxiliares); Sevilla (3 completos y 2 auxiliares); Valencia (3 completos y 2 auxiliares) y Vizcaya (2 completos y 1 auxiliar); Vitoria; Orihuela (Alicante); Don Benito (Badajoz); Badalona (Barcelona); Plasencia (Cáceres); Puerto de Santa María (Cádiz); Peñarroya (Córdoba); Ripoll (Girona); Guadix (Granada); Monzón (Huesca); La Carolina (Jaén); Telde (Las Palmas); Segovia; Talavera de la Reina (Toledo). A pesar del esfuerzo realizado mediante el plan de Instalaciones sanitarias vinculado al desarrollo del SOE y de la creación de la Seguridad Social en España a partir de 1963, la situación del sistema hospitalario español a finales de los años sesenta era de retraso con respecto a Europa.

## **2.2. Los hospitales de otras instituciones públicas: ayuntamientos, diputaciones y Sindicato Vertical.**

Durante las dos primeras décadas del franquismo se generaron otros hospitales procedentes de algunas instituciones del régimen. Entre ellas destacan los centros adscritos a la Obra Sindical «18 de julio», que quedó integrada posteriormente, en 1976, en el citado INP.<sup>37</sup> La "Obra Sindical 18 de Julio de asistencia médica al productor" era una de las Obras Sindicales del partido único vigente en la dictadura (Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista FET y JONS).<sup>38</sup> Representó uno de los baluartes de la sección falangista de la asistencia sanitaria en el franquismo, junto con el SOE, ambos gestionados por el Ministerio de Trabajo, bajo el control de Falange. La otra sección de la asistencia sanitaria del franquismo se agrupó en torno a sectores conservadores-monárquicos y altos funcionarios de la Dirección general de Sanidad, perteneciente al Ministerio de Gobernación. Entre ambas facciones

---

<sup>36</sup> Orden 13 de junio de 1961, BOE 24 de julio de 1961, num. 150, p. 9515

<sup>37</sup> Esta organización sindical actuó como entidad colaboradora del INP para el seguro de salud. Podían disfrutar de su cobertura los funcionarios de Falange y de la Obra 18 de julio, los empresarios que mantengan relaciones laborales con estos organismos, los funcionarios del Estado, provincia y municipio y los afiliados a la Obra 18 de julio (Pons y Vilar, 2014: 112). Según Lanero (2010: 66), la Obra 18 de julio funcionó finalmente como una especie de mutualidad de funcionarios del régimen, casi limitada a los adscritos a los distintos servicios de FET y JONS, la policía y correos; es decir, una minoría en la población española excluidos por ley del SOE.

<sup>38</sup> Una de las bases del franquismo es el Sindicalismo Vertical. En él se integraban además de los sindicatos económicos, lo que se llamó obras sindicales (artesanía, hogar, Arquitectura, educación y descanto, colonización, formación profesional, cooperación y 18 de Julio) (Sánchez López, 1999: 198).

se mantuvo una gran rivalidad, al igual que en otros ámbitos de la política de la dictadura (Lanero, 2010).

En 1949, la Secretaría General del Movimiento (SGM) contaba con 41 hospitales; un número que se mantuvo casi estancado hasta los 43 existentes en 1963, que ofrecían un total de 2235 camas. Estas instalaciones eran de pequeño tamaño y se concentraban principalmente en la región de Castilla y León, territorio donde se situó la capital falangista durante la Guerra civil (11 hospitales con 558 camas). En este grupo se incluían también los hogares y servicios de asistencia del Auxilio Social; una organización social constituida durante la Guerra Civil española dentro del ámbito de la sección femenina de Falange (Sánchez Blanco y Hernández Huerta, 2009: 427). A partir de 1947, según Sánchez López (1999:198), el Consejo Nacional de la Obra Sindical gestó el Seguro Libre de Enfermedad (O.N.S.M.A.) para cubrir a obreros que quedaban al margen del SOE. No olvidemos que en 1960 el SOE solo daba cobertura sanitaria al 50% de los trabajadores y sus familias. De igual forma, a partir de 1950 colaboraron con las Mutualidades Laborales en la cobertura sanitaria de la misma forma que lo hacía el SOE.

Algunas de las instalaciones hospitalarias adjudicadas en 1963 a la Secretaria General del Movimiento procedían del Auxilio Social (Cuadro 5). A partir de 1940, el Auxilio Social, Delegación Nacional de Servicios de la FET y de las JONS, se convirtió en la institución del franquismo para el desarrollo de funciones benéficas. Del Auxilio Social dependían diferentes tipos de hogares entre ellos los hogares cuna que disponían de servicios asistenciales y médicos para niños de 0 a 3 años y para sus madres. A esta categoría pertenecían la Casa Madre de Almería y la Casa Madre y el Hogar Cuna “Hermanos Almeida” de Salamanca (Sánchez Blanco y Hernández Huerta, 2009: 427).

**Cuadro 5. Hospitales de la Obra Sindical 18 de Julio en 1963**

Provincia	HOSPITAL	Población	Nº Camas	F	A	N
Álava	Clínica ‘Santa Ana’ de la OS ‘18 de julio’	Vitoria	15	Q	L	A
Alicante	Sanatorio Quirúrgico Obra Sindical ‘18 de Julio’	Alicante	39	Q	L	B
Almería	Sanatorio Obra Sindical ‘18 de Julio’	Almería	36	Q	L	B
Almería	Casa de la Madre-Auxilio Social	Almería	25	M	P	B
Badajoz	Sanatorio ‘Jose Antonio’, de la Obra Sindical ‘18 de Julio’	Badajoz	66	Q	L	B
Barcelona	Clínica ‘Victoria’	Barcelona	145	Q	P	C
Barcelona	Hogar Enfermería Oftálmico ‘Santa Lucía’	Barcelona	50	I	L	C
Burgos	Sanatorio Quirúrgico ‘18 de Julio’	Burgos	42	Q	L	B
Cáceres	Sanatorio ‘San Jorge’. O.S. 18 de julio	Cáceres	26	Q	L	B
Cáceres	Casa de la Madre	Cáceres	52	M	P	C

Cádiz	Clínica 'María Auxiliadora'	Jerez de la Frontera	48	Q	L	C
Cádiz	Clínica 'Fernández Cuesta'	La Línea de la C.	31	Q	L	B
Castellón	Sanatorio Quirúrgico 'Virgen de Lidón'	Castellón	34	Q	L	B
Ciudad Real	Sanatorio 'Ntra. Sra. Del Pilar'	Ciudad Real	44	Q	L	B
La Coruña	Sanatorio 'Nuestra Señora de Fátima'	Santiago	21	Q	L	B
Cuenca	Sanatorio de San José 'O.S. 18 de Julio'	Cuenca	28	Q	L	B
Granada	Sanatorio 'Nuestra Señora de Gracia'	Granada	40	Q	L	B
Guipúzcoa	Clínica 'Ntra. Sra. Del Pilar'	S. Sebastián	27	Q	L	B
Huelva	Clínica 'José Antonio, O.S 18 de Julio'	Huelva	19	Q	L	C
Huesca	Sanatorio Quirúrgico y de Maternidad 'La Inmaculada'	Huesca	69	Q	P	B
Jaén	Sanatorio 'San Fernando'	Jaén	23	Q	L	B
León	Clínica 'Obra Sindical 18 de Julio'	León	28	Q	L	B
Madrid	Sanatorio 'Fernando primo de Rivera'	Madrid	81	Q	P	B
Madrid	Sanatorio 'Augusto Barrado'	Madrid	57	Q	P	B
Madrid	Sanatorio 'Hermanos Aznar'	Madrid	42	Q	P	B
Málaga	'Francisco Franco' (Obra Sindical de Puericultura)	Málaga	100	Q	P	C
Murcia	Sanatorio Policlínico '18 de Julio'	Murcia	34	Q	L	B
Murcia	Sanatorio '18 de Julio'	Cartagena	39	Q	L	C
Navarra	Obra Sindical '18 de Julio'	Corella	24	Q	L	B
Orense	Sanatorio 'Adolfo Gómez Ruiz'	Orense	23	Q	L	B
Oviedo	Sanatorio 'Girón'	Oviedo	64	Q	L	B
Palencia	Sanatorio 'San José'	Palencia	28	Q	L	C
Salamanca	Sanatorio 'Ntra. Sra. Del Carmen'	Salamanca	47	Q	L	B
Salamanca	Casa de la Madre	Salamanca	45	M	P	C
Salamanca	Hogar-Cuna 'Hermanos Almeida', de Auxilio Social	Salamanca	125	I	P	C
Salamanca	Policlínica '18 de Julio'	Béjar	10	Q	L	C
Santander	Clínica 'La Inmaculada'	Santander	40	Q	L	B
Segovia	Policlínica '18 de Julio'	Segovia	154	Q	P	A
Soria	Sanatorio Quirúrgico de la Obra Sindical '18 de Julio'	Soria	25	Q	L	B
Valencia	Sanatorio 'José Antonio'	Valencia	166	Q	P	B
Valladolid	Sanatorio Policlínica 'José Antonio Girón'	Valladolid	38	Q	L	B
Vizcaya	Sanatorio 'Obra Sindical 18 de Julio'	Bilbao	87	Q	L	B
Vizcaya	Sanatorio 'Zarza'	Bilbao	16	Q	L	B
Zamora	Obra Sindical '18 de Julio'	Zamora	16	Q	L	C
Zaragoza	Sanatorio 'San Jorge'	Zaragoza	66	Q	L	B

Fuente: BOE núm. 140 de 13 de junio de 1966, pp. 7389/7427.

Funciones: A= Antituberculoso; G= General; I= Infantil; M=Maternidad; O= Otros; Q=Quirúrgico; H-A=Hospital-Asilo; MN=Mental; Ámbito: L= Local; N= Nacional; P=provincial; R= Regional

Además de los sanatorios vinculados a la obra sindical del franquismo, el sector público había heredado una red de sanatorios antituberculosos (cuadro 6). La antituberculosis se había extendido en Europa como una de las principales causas de muerte desde finales del siglo XVIII hasta principios del siglo XX. Las doctrinas higienistas otorgaban a las ciudades emergentes propias de la revolución industrial el origen de la enfermedad lo que impulsó la creación de los primeros sanatorios antituberculosos en ciudades sanatoriales con unas condiciones atmosféricas y climáticas adecuadas (Quecedo, 2011: 215). En España, en 1913 se había fundado el

Real Patronato Nacional Antituberculoso. Su labor fue continuada durante la II República (Sanatorio Antituberculoso de Leza 1934-35; Dispensario Antituberculoso de Barcelona 1933-1937) y durante el primer franquismo (Sanatorio del Generalísimo Franco de Bilbao, 1944). La red de infraestructura antituberculosa se basó en la creación de un sanatorio por provincia, dispensarios en las capitales de las mismas, en consultas de tisiología en los pueblos más grandes y preventorios en zonas que tenían un clima benigno y por tanto podía ser reparador o evitara el contagio. Finalmente, España se organizó en tres zonas con unas características constructivas: la norte, central y mediterránea que a su vez se dividió en regiones (Font, 2011: 407).

En 1963, seguían en activo 49 sanatorios antituberculosos repartidos por todo el estado. La mayor concentración estaba en Madrid con 9 y La Coruña con 3. Almería, Baleares, Granada, Málaga, Santander y Valencia disponían de 2. En el resto de provincias funcionaba 1, salvo Ávila, Badajoz, Cáceres, Ciudad Real, Cuenca, Gerona, Guadalajara, Huesca, Lérida, Navarra, Palencia, Pontevedra, Soria, Tarragona, Teruel, Toledo y Zamora que no disponían de ninguno.

El proceso de construcción de sanatorios antituberculosos se prolongó desde principios del siglo XX hasta la década de 1950 cuando los avances de la quimioterapia aplicada a la tuberculosis vino acompañada de antibióticos y a vacunas, además de otros métodos de diagnóstico que lograron reducir la mortalidad y a que el tratamiento se realizara en los hospitales generales. Al finalizar el Plan de construcción de sanatorios del Patronato Nacional Antituberculoso en 1954, en España existían 68 sanatorios y 180 dispensarios propiedad del Estado (Quecedo, 2012: 413, 415). El ejemplo de la culminación de este proceso fue la construcción de la inmensa Ciudad Sanatorial de Tarrasa construida en 1952, posiblemente el sanatorio compacto más grande de Europa (Quecedo, 2012: 416; Miret, 2009).

**Cuadro 6. Sanatorios Antituberculosos**

Provincia	HOSPITAL	Población	Nº Camas	F	A	N
Álava	Sanatorio Antituberculoso de Leza	La Guardia	131	A	R	A
Albacete	Sanatorio “Nuestra Señora de los Llanos”	Albacete	350	A	R	B
Alicante	Preventorio Nacional Infantil Antituberculoso	Aguas de Bussot	290	A	R	C
Alicante	Sanatorio Cardiovascular de Alicante	San Vicente del Raspeig	270	O	R	C
Almería	Preventorio Infantil del Niño Jesus	Almería	130	A	R	
Baleares	Preventorio Infantil	Palma de Mallorca	100	O	P	C
Baleares	Sanatorio “Juan March	Buñola	278	A	P	C
Barcelona	Ciudad Sanatorial de Tarrasa	Tarrasa	1080	A	R	A
Burgos	Sanatorio Antituberculoso “Fuente Bermeja”	Burgos	250	A	P	B

Cádiz	Sanatorio Antituberculoso	Puerto Real	313	A	P	C
Castellón	Sanatorio Antituberculoso “La Magdalena”	Castellón	440	A	P	B
Córdoba	Sanatorio Antituberculoso “Los Morales”	Córdoba	371	A	P	B
La Coruña	Sanatorio Marítimo de Oza	La Coruña	566	Q	R	C
La Coruña	Sanatorio “Profesor Nova Santos”	El Ferrol del C.	235	A	P	B
La Coruña	Sanatorio “Profesor Gil Casares”. “La Choupana”	Santiago de C.	125	A	R	B
Granada	Sanatorio Antituberculoso	Granada	150	A	P	C
Granada	Pabellón “Victoria Eugenia”	Granada	50	A	P	C
Guipúzcoa	Grupo Sanatorial de Amara	San Sebastián	465	A	P	B
Huelva	Sanatorio “General Alonso Vega”	Huelva	303	A	P	B
Jaén	Sanatorio Antituberculoso “El Nerval”	Jaén	438	A	R	B
León	Sanatorio Antituberculoso “Monte San Isidro”	León	256	A	R	A
Logroño	Sanatorio “San Pedro”	Logroño	368	A	P	B
Lugo	Sanatorio Antituberculoso de Calde	Lugo	324	A	P	B
Madrid	Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax	Madrid	73	Q	N	B
Madrid	Sanatorio Nacional de Valdelatas	Madrid	511	A	P	B
Madrid	Sanatorio “Victoria Eugenia”	Madrid	319	A	P	B
Madrid	Sanatorio Antituberculoso “Iturralde”	Madrid	190	A	P	B
Madrid	Sanatorio Infantil del Rey	Madrid	169	A	R	B
Madrid	Instituto Nacional de Cardiología	Madrid	40	O	N	A
Madrid	Sanatorio Antituberculoso de Guadarrama	Guadarrama	320	A	P	B
Madrid	Preventorio Infantil “Doctor Murillo”	Guadarrama	500	O	R	C
Madrid	Sanatorio Antituberculoso “El Escorial”	San Lorenzo Esc.	332	A	P	B
Málaga	Sanatorio Marítimo Nacional de Torremolinos	Málaga	210	Q	R	C
Málaga	Sanatorio “Campanillas”	Málaga	400	A	P	C
Murcia	Sanatorio Antituberculoso “Canteras”	Cartagena	153	A	P	C
Orense	Sanatorio de Piñor	Barbadanes	276	A	P	C
Oviedo	Sanatorio Antituberculoso “Monte Naranco”	Oviedo	400	A	P	B
Las Palmas	Sanatorio “El Sabinal”	Las Palmas	357	A	P	C
Salamanca	Sanatorio “Martínez Anido”	Carrascal de Barregas	615	A	R	A
S. Cruz de Tenerife	Sanatorio Antituberculoso de Ofra	S. Cruz de Tenerife	275	A	P	B
Santander	Sanatorio Marítimo Nacional “Víctor Meana”	Marina de Cudeyo	405	Q	R	C
Santander	Sanatorio Antituberculoso “Santa Cruz”	Renedo de Piélagos	358	A	P	B
Segovia	Sanatorio Infantil “San Rafael”	El Espinar	240	A	P	C
Sevilla	Sanatorio Antituberculoso “El Tomillar”	Alcalá de Guadaria	324	A	L	B
Valencia	Sanatorio Marítimo Nacional “La Malvarrosa”	Valencia	308	Q	R	B
Valencia	Sanatorio Antituberculoso “Doctor Moliner”	Serra	490	A	R	B
Valladolid	Sanatorio Antituberculoso de Viana de Cega	Boecillo	334	A	P	B
Vizcaya	Grupo Sanatorial “Santa Marina”	Bilbao	122	A	R	B
Zaragoza	Sanatorio Nacional de Enfermedades Torácicas “Royo Villanova”	Zaragoza	305	A	R	A

Fuente: BOEnúm. 140 de 13 de junio de 1966, pp. 7389/7427.

**Funciones:** A= Antituberculoso; G= General; I= Infantil; M=Maternidad; O= Otros; Q=Quirúrgico; H-A=Hospital-Asilo; MN=Mental; **Ámbito:** L= Local; N= Nacional; P=provincial; R= Regional

### 2.3. La creación de hospitales privados al amparo de la colaboración con la salud pública y de la demanda del mercado.

Los centros hospitalarios de propiedad privada gozaban igualmente de una larga trayectoria histórica en España vinculados, en gran parte, a la beneficencia de



particulares y de la iglesia. Junto a esta herencia histórica ligada a la caridad privada, a finales del siglo XIX y principios del veinte, surgieron nuevos establecimientos hospitalarios originados por las exigencias de la nueva regulación social en el mundo del trabajo. Las normativas laborales, primero en accidentes de trabajo y más tarde en el seguro de enfermedad, obligaron directamente o indirectamente a empresas y empresarios a construir clínicas y hospitales para atender a sus trabajadores (Pons, 2006 y 2011). Por otra parte, un importante bloque de centros sanitarios privados se fundaron gracias a las iniciativas de profesionales médicos. Durante los años 1920, en las grandes capitales de provincia, en especial en Madrid, Barcelona, Bilbao y La Coruña, médicos especialistas fundaron pequeñas clínicas dotadas de novedosa tecnología de diagnóstico y cirugía para atender a las clases de mayor renta (Pons y Vilar, 2014). Sin embargo, dentro de este grupo se pueden distinguir otros dos tipos de centros privados con un origen distinto: los hospitales y clínicas creadas por empresas industriales, en especial mineras, y las fundadas por mutuas y compañías de seguros.

En 1944, los hospitales privados aceptaron con interés la colaboración con el estado cuando se aprobó el seguro de enfermedad y este carecía de suficiente infraestructura hospitalaria. Esta rentable colaboración, económica y política, repercutió en el incremento de hospitales y clínicas privadas al amparo de la demanda pública y por otra parte obligó a una mejora de la gestión, costes y coberturas ofertadas por las infraestructuras primadas ante los controles sobre la gestión de las primas cobradas. El grupo de hospitales privados en España representaba en 1963 casi el 66% de los centros sanitarios en España. Del total de los 1037 centros incluidos en ese año dentro de la categoría patrimonial de centros privados, se incluían las clínicas y hospitales fundados por la iglesia (93), la Cruz Roja (38), Benéficos particulares (105) y 2 más de difícil catalogación. Sin embargo, el grupo más heterogéneo lo representaban los centros denominados privados que en España sumaban 541 centros. El caso más destacado es el de la provincia de Barcelona que sumaba en Barcelona 97 clínicas y hospitales privados o Vizcaya con 42. La mayor parte de ellos obedecían a clínicas privadas, impulsadas por médicos y especialmente especialistas que sobre todo a partir de los años 20 del siglo XX habían impulsado centros de diagnósticos o de especialidades médicas que se estaban desarrollando en la época y que crecieron al amparo de una demanda procedente de las grandes ciudades. Sin embargo, dentro de este grupo se pueden distinguir otros dos tipos de centros privados con un origen distinto: los hospitales y

clínicas creadas por empresas industriales, en especial mineras, y las fundadas por mutuas y compañías de seguros.

Los primeros hospitales de empresa se crearon por empresas mineras que obedecían a estrategias paternalistas combinadas con las primeras legislaciones protectoras como el de la Policía Minera de 1897 y en especial de las sucesivas leyes de accidentes de trabajo de 1900, 1922, 1931 y 1932-33 que responsabilizaron a los empresarios de los accidentes de sus trabajadores y obligaron a estos a cubrir los gastos de la atención médica y su indemnización (Pons, 2006 y 2011). Sin embargo, existieron precedentes en el mundo preindustrial, en concreto el Real Hospital de Mineros de Almadén fundado en 1752. Se trataba de un hospital dotado de 40 camas. Entre 1779 y 1807 el hospital superó el número de 800 pacientes año y una estancia media de 14.600 (Menéndez Navarro, 2010: 331).

Antes de la guerra civil, en muchas cuencas mineras las propias empresas habían creado servicios médicos con hospitales que trataban a los accidentados. Fueron especialmente importantes en la zona de Huelva, en Murcia, Córdoba, León y Vizcaya. Uno de los casos más estudiados es el del Servicio de Hospital creado por la Société Minière et Metallurgique de Peñarroya (Córdoba) tras la aprobación de la ley de accidentes de 1900. Este servicio atendió a los accidentados de las diferentes minas de la empresa además de introducir los reconocimientos previos a la admisión y seguimientos posteriores como estrategia de la empresa para reducir las indemnizaciones y aceptación de responsabilidad en caso de accidentes (Cohen, 1999; Fleta, 2017). Los fondos del Servicio del Hospital (1902-1950), atendieron entre 5000 y 6000 obreros del núcleo-cabecera del norte minero-industrial cordobés. En Vizcaya, Pérez-Castroviejo (2011: 55) narra la actividad del Hospital Minero de Triano (Vizcaya) desde 1898. Con el agotamiento de los filones de mineral de hierro se va reduciendo su actividad en la década de los años veinte hasta dejar de prestar servicios a mediados de la década de los treinta. Martínez Soto y Pérez de Perceval (2010) analizan el caso de las minas de la Sierra de Cartagena-La Unión creado en 1883 no por una empresa, sino que el minifundismo de la explotación de la zona impulsó un sistema hospitalario de beneficencia municipal pero apoyada por los empresarios mineros interesados en cubrir las prestaciones obligatorias derivadas de la ley de accidentes.

En 1963, muchos de los hospitales mineros habían cerrado a medida que se agotaba la actividad minera. Sin embargo, perviven algunos concentrados en la provincia de Huelva, en el que permanecen activos diez centros en Almonaster la Real,

Calañas, Calañas-Perrunal, Cortegana, Huelva, Minas de Riotinto, Puebla de Guzmán, Tharsis (Alosno) y Valverde del Camino. Igualmente continúan en actividad hospitales mineros en Ciudad Real, Granada, León, Oviedo, Palencia y Teruel.

Respecto a la Cruz Roja, su labor sanitaria en España se inició en 1870, aunque el inicio de la expansión de centros hospitalarios se acrecienta a partir de 1918 a raíz de la guerra en Marruecos, y en especial durante la guerra civil española entre 1936 y 1939.<sup>39</sup> El número de centros hospitalarios de su propiedad se mantuvo más o menos estable entre 1949 y 1963. En el primer año formaban parte de su red de atención clínica 32 centros con 1.466 camas, número incrementado a 38 con una disponibilidad de 1998 camas en 1963.

Los hospitales catalogados como benéficos son de más difícil detección. En el catálogo de 1963, 105 hospitales se incluyeron en esta categoría. La mayoría obedecen al patronazgo histórico de industriales y comerciantes, alguno de ellos indianos que aportaron una decisiva cantidad inicial para su construcción y mantenimiento.<sup>40</sup> En algunos casos, estas nuevas fundaciones privadas permitieron la modernización frente al hospital benéfico con un modelo obsoleto que se mantuvo en el caso de la beneficencia pública. Encontramos su mayor concentración en la provincia de Barcelona con 24 y la de Córdoba con 12. En la primera, además del más elevado número de hospitales con esta categoría, encontramos los de mayores dimensiones como es el caso del Hospital de Santa Cruz y San Pablo con dotación de 932 camas y el Hospital Mental de Santa Cruz con 697 camas en ese año.

### **A modo de reflexión, el sistema hospitalario español en el momento de la aprobación de la ley de bases de la seguridad social.**

La información hasta ahora recopilada nos permite afirmar como el sistema hospitalario español en vísperas de la Guerra civil española estaba integrado por un cúmulo heterogéneo de instalaciones generadas por instituciones públicas y privadas, una parte de ellas creadas en el periodo medieval y moderno y en algunos casos totalmente obsoletas. Desde el sector público, se había creado una red de centros de beneficencia de ámbito local, provincial o gubernamental para la cobertura de

---

<sup>39</sup><http://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/inicio>. Consultado el 26/04/2017.

<sup>40</sup>Este modelo puede verse en Salmón, Arrizabalaga y García Ballester (1987-88: 252) sobre la construcción de la Casa de Salud de Valdecilla de Santander cuyo hospital se calificó de “fundación de beneficencia particular” con la creación de un patronato el 16 de abril de 1928. Este patrocinio permitió introducir en España un modelo hospitalario vigente en Europa y Norteamérica con los modelos arcaicos de la tradicional beneficencia española de la década de los años veinte y treinta.

enfermedades que afectaban a la salud pública o a enfermedades mentales y que quedaban reducidas a la cobertura de la población incluida en los censos de pobres. Al no existir un seguro de enfermedad público, el resto de población, si tenía capacidad económica, podía acceder a los hospitales y clínicas privadas que habían creado algunas sociedades de socorros mutuos, los propios médicos especialistas y cirujanos, las mutuas patronales de accidentes de trabajo y las compañías de seguro privadas o instituciones benéficas privadas vinculadas a la Iglesia católica y a la Cruz Roja. La mayoría de estos centros se concentraban en Madrid y Barcelona y en las capitales de provincia más dinámicas. Sin embargo, la mayor parte de la población vivía en las zonas rurales y trabajaba en actividades agrarias, lo que se traducía en difícil o nulo acceso a la atención hospitalaria tanto pública como privada.

En la posguerra, la Dictadura de Franco fue consciente del atraso en la cobertura de la enfermedad y del sistema hospitalario público con respecto a otras naciones europeas. Sin embargo, por cuestiones ideológicas (fascismo, populismo y defensa de los intereses de los lobbies que habían apoyado al bando nacional durante el conflicto) y económicas (economía autárquica y sistema fiscal regresivo) implantó un seguro obligatorio de enfermedad basado en la cotización de trabajadores y empresarios, con una gestión mixta (entre el Estado y entidades colaboradoras privadas) que evitó, al menos hasta 1955, la inyección de capital por parte del Estado. Con esta precariedad se aprobó un plan de instalaciones sanitarias en los años cuarenta muy ambicioso que tuvo que ser recortado y revisado en varias ocasiones ante la falta de financiación. El Plan fue financiado y ejecutado siguiendo la forma de hacer negocios (concesión opacas a un número reducido de empresas constructoras) y las vías de financiación (transferencias de otros seguros y coeficientes obligatorios de inversión) típicas del franquismo en general y de los seguros sociales en particular. A pesar de este esfuerzo, a mediados de los años 1960, los datos revelan el funcionamiento de 1040 hospitales privados y 538 públicos, si bien es verdad que de diferente tamaño. El tándem público & privado se ha mantenido latente en todo el periodo objeto de estudio y resultó imprescindible para la puesta en marcha del seguro obligatorio de enfermedad. Dentro de este modelo general, encontramos diferentes pesos de las infraestructuras sanitarias públicas y privadas, muy determinados por la presión demográfica de cada provincia y su estructura productiva antes de la Guerra civil; que impulsó en algunos casos la fundación de una constelación de clínicas de empresa, igualatorios médicos o socorros mutuos, algunas de cuyas instalaciones sobrevivieron después del conflicto.

En el momento de aprobación de la ley de Bases de la Seguridad Social en 1963, funcionaban 538 hospitales públicos (a los que hay que añadir 48 militares) y 1040 privados. Este balance es fruto del proceso histórico descrito en las páginas anteriores. El número de hospitales resulta sin embargo engañoso desde dos puntos de vista. Primero, su tamaño, pues los hospitales públicos solían tener un tamaño (medido en número de camas) muy superior a los privados. Esta diferencia explica que, desde el punto de vista del número de camas, el peso entre hospitales públicos (47.548) y privados (52.063) estuviese más equilibrado.<sup>41</sup> Segundo, su especialización, pues la cifra global incluye un buen número de hospitales dedicados a especialidades psiquiátricas y tuberculosas; la mayoría de los cuales eran gestionados por la Iglesia y el Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax, respectivamente.

Por lo que se refiere a su localización geográfica, las ciudades con mayor número de hospitales coinciden también con las de mayor población, esto es, Barcelona, Madrid y Sevilla. Sin embargo, la estructura hospitalaria de cada provincia se muestra muy diferente, dependiendo de su estructura productiva y dotación de infraestructuras sanitarias antes de la Guerra civil. De este modo, los hospitales privados predominaron en provincias como Barcelona, Guipúzcoa y Vizcaya que heredaron una red de sanatorios y clínicas privadas, muchas de carácter empresarial o mutual, fundadas en el periodo prebélico. Sin embargo, en otras provincias con grandes núcleos de población como Madrid, Sevilla o Valencia el peso entre los hospitales públicos y privados se mantuvo más equilibrado. En cualquier caso, el catálogo de hospitales de 1963 nos permite ver la importante presencia de las infraestructuras sanitarias en España durante en ese momento. En el caso de Barcelona podemos observar como hospitales privados como La Quinta La Salud La Alianza (612) o el Hospital de Santa Cruz y San Pablo (932) contaban con un número de camas similar a las ofrecidas por la Residencia Francisco Franco situada en la Vall d'Hebron (758) o el Hospital Clínico y Provincial (904), ambas públicas. Sin embargo, esto no fue lo habitual en el resto de provincias, donde predominaban las pequeñas clínicas o sanatorios privados que ofrecían menos de cincuenta camas. Un análisis más pormenorizado de estos aspectos en futuras investigaciones nos permitirá obtener conclusiones más precisas.

De momento, el cuadro 7 nos permite vislumbrar que el patrón demográfico pareció determinante para entender la distribución de infraestructuras sanitarias y el

---

<sup>41</sup> Datos del “Catálogo nacional de Hospitales de la Dirección General de Sanidad” y del “Censo de establecimientos sanitarios del Instituto Nacional de Estadística” publicados por Baltar (1971: 19-30).

esfuerzo del PNIS. Por un lado, todas las actuales comunidades autónomas disponían de un número mayor de hospitales privados que públicos, aunque la distribución sería diferente si se tuviese en cuenta el número de camas. Esto era debido al mayor tamaño de las residencias construidas por el PNIS. En cualquier caso, la distribución por número de hospitales revela la herencia heterogénea y atomizada de hospitales configurada en un largo proceso histórico. Por otro lado, cuatro de las provincias más pobladas en 1960 (Barcelona, Madrid, Valencia y Sevilla) lideran el ranking de los territorios con más hospitales públicos. Por el contrario, las provincias menos pobladas (Ávila, Palencia y Soria) aparecen a la cola de este listado.

### **Cuadro 7. Ranking de infraestructuras sanitarias públicas y privadas por comunidades autónomas y provincias**

a) Distribución de hospitales públicos y privados por comunidades autónomas

Comunidades Autónomas	Hospitales públicos (%)	Hospitales privados (%)	Total Hospitales (Número)
AND	45	55	300
CAT	19	81	258
CSL	29	71	159
GAL	17	83	139
MAD	41	59	134
PVAS	23	77	102
CVAL	49	51	95
CSLM	40	60	73
ARA	38	62	65
CANA	51	49	53
EXT	41	59	41
AST	37	63	38
MUR	45	55	33
BAL	46	54	26
CANT	35	65	23
LRIOJ	43	57	21
NAV	28	72	18
Total España	34	66	1578

Fuente: A partir de la información obtenida de BOE núm. 140 de 13 de junio de 1966, pp. 7389/7427.

b) Ranking de provincias por hospitales públicos y privados

provincias con más hospitales públicos	provincias con menos hospitales públicos
MADRID	AVILA
CÓRDOBA	PALENCIA

BARCELONA	SORIA
SEVILLA	ZAMORA
JAÉN	CUENCA
VALENCIA	PONTEVEDRA
provincias con más hospitales privados	provincias con menos hospitales privados
BARCELONA	LAS PALMA DE GRAN CANARIA
MADRID	PALENCIA
VIZCAYA	ALAVA
LA CORUÑA	GUADALAJARA
LEÓN	SORIA
provincias con más hospitales	provincias con menos hospitales
VIZCAYA	GUADALAJARA
BARCELONA	LAS PALMA DE GRAN CANARIA
ZARAGOZA	CASTELLÓN
MURCIA	CIUDAD REAL
MADRID	PALENCIA

Fuente: A partir de la información obtenida de BOE núm. 140 de 13 de junio de 1966, pp. 7389/7427.

En términos comparativos, a pesar del incremento de centros hospitalarios y camas derivados del PNIS y de que, en 1963, se aprobó la ley de bases de la Seguridad Social que pretendía unificar los diferentes regímenes de cobertura sanitaria, la convergencia con los países europeos no se produjo sino que, por el contrario, se profundizó la brecha, dejando a España en la cola de la ratio de número de camas por habitante. En conjunto, España ofrecía en 1968 un índice de camas hospitalarias de 4,34 por cada mil habitantes, muy lejos de los países europeos más avanzados en términos de bienestar como Suecia o Irlanda que tenían un 14,28 o Alemania, Irlanda del norte y Luxemburgo cuya media era de 12,5 (cuadro 8). España era también superada en este indicador por otros países de nuestro entorno mediterráneo como Portugal que disponía de un índice de 5,83 camas por mil habitantes, Grecia o Yugoslavia que disponían de 5,55. Parece evidente que el modelo inicial escogido por la Dictadura de Franco de no aportar capital público en la construcción de la red hospitalaria vinculada al Seguro Obligatorio de Enfermedad retrasó a España en términos de infraestructuras hospitalarias respecto a otros países vecinos donde su población se beneficiaba de un sistema hospitalario acorde con sus modelos de Estado de Bienestar.

**Cuadro 8. Índice de camas hospitalarias en relación con el número de habitantes (por mil habitantes)**

País	Índice año 1968
Suecia/Irlanda	14,28
Alemania Oriental/ Irlanda del norte/ Luxemburgo	12,50
Austria/Francia/Islandia/Alemania occidental/Finlandia/Italia	11,10
Rusia	9,30
Dinamarca/Noruega	9,09
Bélgica/Gales/Inglaterra	8,33
Hungría/Polonia/Holanda/Rumania	7,69
Bulgaria	7,14
Islas Feroe/Malta	6,66
Albania/Portugal	5,83
Grecia/Yugoslavia	5,55
España	4,34
<i>Promedio europeo</i>	9
<i>Promedio óptimo según la OMS</i>	10

Fuente: *Estadística de la Organización Mundial de la salud*, Ginebra 1968, publicado en Baltar (1971: 23).

La investigación en curso tratará de avanzar en la recopilación estadística, la comparación internacional y en la búsqueda de respuestas a muchas de las preguntas latentes en este trabajo.

## Bibliografía

- Álvaro Barra, M. P. (1991), *Hospitales existentes en la provincia de Cáceres durante la Edad Moderna*, Cáceres, Universidad de Extremadura.
- Baltar, R. (1971), “Desventura y riesgo de los hospitales españoles, Temas de Actualidad”, *Boletín Informativo del Consejo general de Colegios médicos*, 15 diciembre de 1971.
- Barreda y Ferrer de la Vega, F. (1973), *Los hospitales de Puente San Miguel y de Cobreces en la primitiva ruta jacobea de Cantabria*, Santander, Institución Cultural de Cantabria.
- Cambil Hernández, M. E. (2010), *Los hospitales de Granada (siglos XVI/XXI): tipología, catálogo e historia*, Granada :Universidad de Granada.
- Clavijo y Clavijo, S. (1944), *La trayectoria hospitalaria de la Armada Española: Síntesis de historia evolutiva de los hospitales navales en la península y países de abolengo hispánico*, Madrid Naval.
- Cohen, A. (1999), “Los registros hospitalarios de una gran compañía minero-metalúrgica (Peñarroya, 1902-1950). Una fuente y algunas aplicaciones metodológicas para la historia del trabajo, *Scripta Nova*, nº 40, 15 mayo de 1999.
- Cohen, A., Fernández, A., Ferrer, Am., Fleta, A., González, A., Menéndez, M., Ramírez, F., De Los Reyes, E., Urdiales, M. E. (2002), “La gestión patronal del trabajo y de sus “riesgos” en Peñarroya (Córdoba), 1902-1950, *Scripta Nova*, VI, núm. 119 (15), 1 agosto de 2002.
- Comín Comín, F. (2008), *Historia de la cooperación entre cajas: la confederación española de cajas de ahorro*, Alianza Editorial, S.A., Madrid.



- Fleta González, A. (2017), “Los riesgos del trabajo en las minas e industrias de Peñarroya: Análisis sociodemográfico longitudinal”, Tesis doctoral, Universidad de Sevilla.
- Font Arellano, J. (2011), “Los sanatorios del Patronato Nacional Antituberculoso. Soluciones constructivas para épocas de crisis”, Actas del Séptimo Congreso Nacional de Historia de la construcción, Santiago 26-29 octubre.
- González Urbaneja, F. (2000), “Biografía de José María Aguirre Gonzalo (1897-1988)”, en Torres, E., *Los 100 Empresarios Españoles del siglo XX*, Madrid, Editorial Lid, pp. 368-373.
- Goti Iturriaga, J. L. (1981), *Historia de los hospitales vascos*, Salamanca, Instituto de Historia de la medicina
- INP (1944), Seguro de enfermedad. Estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica, Madrid, INP.
- INP (1953), Ministerio de Trabajo, Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del seguro de enfermedad, diciembre 1953.
- INP (1973): Diversos problemas actuales del Seguro de Enfermedad y de su Plan Nacional de Instalaciones. I Asamblea General del Instituto Nacional de Previsión, Sección III
- Lanero Táboas, D. (2010) "¿La salud es lo que importa? la O.S. 18 de Julio y la asistencia médica en Galicia (1940-1965)", *Historia social*, 68, pp. 47-67
- Larrauri Redondo, S. (2010), *Los hospitales del camino francés en La Rioja*, Logroño, Instituto de Estudios Riojanos.
- Martínez San Pedro, R. (1974), *Historia de los hospitales en Alicante*, Alicante, Instituto de Estudios Alicantinos
- Martínez Soto, A. P. y Pérez de Perceval, M. A. (2010), “Asistencia sanitaria en la minería de la Sierra de Cartagena/La Unión (1850/1914)”, *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, IV, 2010, pp. 93/124.
- Massons, J. M. (1994), *Historia de la sanidad militar española*, Barcelona : Pomares/Corredor
- Medina/Doménech, R. M. y Menéndez/Navarro A. (2005), “Cinematic representations of medical technologies in the Spanish official newsreel, 1943–1970”, *Public Understanding of Science Public*; 14, pp. 393–408
- Menéndez Navarro, A. (2010), “Hospitales de empresa: los primeros pasos de la medicina del trabajo”, en *Trabajo y salud: desde la protección a la prevención*, Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Fundación Francisco Largo Caballero, Mutua Fraternidad/Muprespa, pp. 328/345.
- Miret, P. (2009), “Història de la “Ciutat Sanatorial de Terrassa” (1952-1986)”, *Gimbernat*, 51, pp. 225-50.
- Ortiz-Villajos, J. M y Dantart Pitarch, A. (2000), “Biografía de Félix Huarte Goñi (1896-1971)”, en Torres, E., *Los 100 Empresarios Españoles del siglo XX*, Madrid, Editorial Lid., pp. 361-367.
- Perez-Castroviejo, P. M. (2011), “La previsión social pública en Vizcaya: origen y desarrollo de los primeros seguros sociales (1900-1936)”, *Revista de Historia Industrial*, nº 45, año XX, 1, pp. 43-78.
- Pieltain Alvarez-Arenas, A. (2003), *Los Hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna*, tesis doctoral Universidad Politécnica de Madrid. Escuela Técnica Superior de Arquitectura.
- Pons Pons, J. (2006), “El seguro de accidentes de trabajo en España: de la obligación al negocio, 1900-1940”, *Investigaciones de Historia Económica*, 4, pp. 77-100.

- Pons Pons, J. (2011), “La gestión patronal del seguro de accidentes del trabajo durante el franquismo (1940-1975)”, *Revista de Historia Industrial*, 45, pp. 109-44.
- Pons Pons, J. y Vilar Rodríguez, M. (2011), “Friendly Societies, Commercial Insurance, and the State in Sickness Risk Coverage: The Case of Spain (1880/1944)”, *International Review of Social History*, 56, pp. 71/101.
- Pons Pons, J. y Vilar Rodríguez, M. (2014), *El seguro de salud privado y público en España: Su análisis e perspectiva histórica (1880/2013)*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Pons Pons, J. y Vilar Rodríguez, M. (2016), *El sistema hospitalario catalán: el predominio de lo privado sobre lo público (1942-1986)*, Comunicación presentada a XIV Trobada de la SCHCT, Castellón 27-29 de octubre de 2016
- Puell de la Villa, F. (2008). *Historia de la protección social militar (1265/1978) : de la Ley de partidas al ISFAS*, Madrid, Instituto Social de las Fuerzas Armadas.
- Quecedo, C.R. (2011), “Los sanatorios antituberculosos: la ciudad de la salud”, *Ciudades: Revista del Instituto Universitario de Urbanística de la Universidad de Valladolid* (14), 213-332.
- Rodríguez Mateos, V. (1997), *Hospitales, hospitalidad y atención sanitaria en Trujillo durante cuatro siglos, Cáceres*.
- Saldaña Sicilia, G. (2006), *Monografía histórica médica de los hospitales de Córdoba*, Córdoba, Universidad de Córdoba.
- Salmón, F., Arrizabalaga, J. and García Ballester, L. (1987-88), "La introducción del hospital contemporáneo en España: quiebra del modelo originario de organización de la Casa de Salud de Valdecilla de Santander", *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarum que Historiam Illustrandam*, 7-8, pp. 249-73.
- Sánchez Blanco, L. y Hernández Huerta, J. L. (2009), “La educación política de los Hogares de Auxilio Social en el franquismo” en Berruezo Albéniz, M. R. y Conejero López, S., *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días*, XV coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Truñea, 29, 30 de junio y 1 julio de 2009, vol. 2, pp. 427-238.
- Sánchez López, R. (1999), *El Sindicato Vertical: dimensión teórica y ámbito pragmático de una institución del franquismo. El ejemplo de Murcia*, Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Sánchez Sánchez, J. (1994), *Cinco hospitales del Antiguo Régimen en la ciudad de Avila*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid
- Tolivar Faes, J. R. (2009), *Hospitales de leproso en Asturias durante las edades media y Moderna*, Oviedo, Real Instituto de Estudios Asturianos.
- Torres Villanueva, E. (2011), *Origen, crecimiento e internacionalización de las grandes empresas españolas de la construcción (1900/2008)*, Bogotá, Cátedra Corona 19, Universidad de los Andes.
- Vázquez González, F. (1977), *Médicos y hospitales de Santander: 1930/1976*, Santander, Librería de Estudio.
- Vilar Rodríguez, M. (2009), *Los salarios del miedo. Mercado de trabajo y crecimiento económico en España durante el franquismo*, Santiago de Compostela, Fundación 10 marzo.
- Vilar Rodríguez, M. y Pons Pons, J. (2012a), “Economic Growth and Demand for Health Coverage in Spain: The Role of Friendly Societies (1870/1942)”, en Harris, Bernard (ed.), *Mutual insurance, sickness and old age in Europe and North America since 1850*, London, Pickering & Chatto Publishers.

- Vilar Rodríguez, M. y Pons Pons, J. (2012b), “The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939–1962)”, *Social History of Medicine*, 26 (2), pp. 267/287.
- Vitoria Ortiz, M. (1978), *Los hospitales Mineros de Triano*, La Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao.