

*Los hospitales como epicentro de las políticas de salud. Aspectos sociales y políticos a partir de una pandemia**

Víctor M. Núñez-García

Universidad de Sevilla
victorm@us.es

Resumen: En la actualidad, el hospital está ocupando un lugar central en la agenda pública y en los medios. La sociedad demanda información constante y actualizada sobre lo que acontece en estos centros sanitarios, dentro del contexto pandémico generado por la COVID-19 y sus sucesivas oleadas. Lo que ocurre en el hospital, en sus UCI y a sus profesionales ha devenido información esencial y de consumo diario para los medios de comunicación de masas. La correcta gestión del sistema hospitalario o su mejora se han convertido en un argumento político de primer orden. La situación actual no carece de precedentes, y el foco en los hospitales tiene sus raíces históricas. Durante el siglo XX, el hospital se convirtió en el centro de la realidad asistencial, *hospitalocentrismo*, y en un elemento de primer orden en los sistemas sanitarios, todo ello de la mano del avance en los procesos de medicalización. En España, este proceso se consolidó de forma relativamente tardía en comparación con otros países europeos, en las décadas finales del siglo XX. En el momento actual, y más en un contexto de crisis, el hospital y su capacidad para la eficacia terapéutica se convierten en los ejes centrales de la sanidad, dejando en un plano secundario a la atención primaria, la medicina preventiva o la educación para la salud. Este artículo aspira a establecer un diálogo entre el presente y un pasado cuando la asistencia terapéutica la proporcionaban actores diver-

* Este trabajo forma parte del proyecto «El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia o colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)», Referencia PID2021-122699OB-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

sos, los hospitales desempeñaban un papel bien diferente del que juegan hoy, y el Estado comenzaba a desarrollar polítics para gestionar las epidemias. Pensar históricamente e introducir nociones exploradas por los historiadores de la medicina, historiadores económicos y generales, como el hospital social, hospitales durante las epidemias o el papel del hospital en el sistema de salud, nos ayuda entender mejor los asuntos clave de hoy y también los retos de futuro.

Palabras clave: hospital, Historia, actualidad, pandemias, COVID-19.

Abstract: Lately, hospitals have been in the very center of the public debate and politics. In the context of the COVID-19 pandemics, society has demanded to be kept informed about the situation in these healthcare institutions. Mass media outlets have become extremely interested in hospitals, their ICUs, and their staff. Efficient administration of the hospital system and its improvement have become items on the top of the political agenda. Today's situation is not novel. Rather, the focus on hospitals has historical precedents. Since the twentieth century, hospitals have become centers of healthcare systems (a phenomena known as «hospital-centrism») in the increasing medicalization of the society. In comparison to many European countries, this process was slow in Spain, culminating in the late twentieth century. Nowadays, in the context of the recent pandemics, the capacity of hospitals to guarantee therapeutic efficiency has made them into axes of healthcare, leaving behind general practitioners, preventive medicine, or health education. The article aims at establishing a dialogue between the present and a past when a great variety of actors provided healthcare. In the past, when the state was just beginning to develop policies to manage epidemics, hospitals played quite a different role from the one they do today. Historians of medicine, economic historians, and general historians have explored notions such as social hospitals, hospitals during epidemics, and the role of hospitals within the healthcare system. By thinking historically, we can better understand the key issues of today and the challenges for the future.

Keywords: hospital, history, present, pandemics, COVID-1.

El hospital y su dimensión social. La consolidación del hospital interclasista

El hospital ha sido y es en la actualidad uno de los ejes principales, si no el principal, de la política sanitaria de los Estados. Últimamente, su centralidad se ha visto reforzada por su papel asis-

tencial en la lucha contra la pandemia de COVID-19¹. Esto ha generado no solo una creciente e inusual atención mediática, sino también un renovado interés de la historiografía por los hospitales, además de la proliferación de trabajos sobre las epidemias y pandemias del pasado². Desde el mes de marzo de 2020 temas como hospital, UCI o presión/tensión hospitalaria se han multiplicado exponencialmente en los medios de comunicación y en otras plataformas de información científica más especializadas, como los informes de la OMS o en revistas científicas como *The Lancet*, *PlosOne*, *Nature* o *The New England Journal of Medicine*. Los hospitales y su capacidad para dar respuesta a la crisis epidemiológica se han convertido en un tema de consumo mediático, con todo lo relacionado con las vacunas y las y los profesionales de ciencias de la salud. La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de una sanidad pública convenientemente dotada de recursos humanos y materiales y, dentro de ello, la necesidad de un dispositivo hospitalario público fuerte y eficiente³, sin dejar de lado el fortalecimiento de elementos clave dentro de la sanidad como la atención primaria, la medicina preventiva o la educación para la salud. Sin embargo, asistimos a un avance del sector privado en la cobertura sanitaria, incluidos importantes grupos empresariales hospitalarios, que aprovechan las debilidades de los sistemas sanitarios públicos y la erosión que están experimentando actualmente debido a las estrategias políticas de corte neoliberal.

En este contexto de interés mediático, de competencia y/o colaboración entre el sector sanitario público y privado, y en plena oleada de la variante ómicron, una política española recientemente declaraba, al presentar un sistema de video-consulta médica, que «el gran hospital de Madrid está en los domicilios de los madrileños». Con ello, de forma inconsciente o consciente, subvertiría uno

¹ COVID-19 es el acrónimo de (co)rona(vi)rus (d)isease 20(19).

² Sobre el reciente interés historiográfico en las épocas de pandemia, el impacto de las enfermedades infecciosas en perspectiva histórica y los usos públicos de la historia en contextos pandémicos como el actual, véase Josep Lluís BARONA: «Usos de la historia en tiempos del Coronavirus», *Ayer*, 123 (2021), pp. 325-242.

³ Jerònia PONS-PONS y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ: «Introducción», en Jerònia PONS-PONS y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ (eds.): *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alicante, Universidad de Alicante, 2022, pp. 15-25.

de los avances más relevantes en la historia de la medicina del último siglo y medio: el paso de la asistencia médica del domicilio del paciente, a pie de cama (*bedside medicine*)⁴, hacia un centro pensado para la actividad terapéutica, el hospital. Esta transformación tuvo una clara dimensión de clase, al conllevar la transformación del hospital de un lugar para pobres y desamparados a un lugar interclasista, el llamado hospital social, proyectado para ser utilizado por cualquier tipo de enfermo, independientemente de su patología o de su situación económica. A grandes rasgos, los hospitales en España —y en Europa en general— evolucionaron desde su concepción benéfica como centro de asilo y aislamiento para enfermos pobres⁵ hacia instituciones a las que empezaron a acudir pacientes de todas las clases sociales, porque ofrecían tratamientos que superaban con creces las técnicas terapéuticas realizables mediante asistencia domiciliaria, al abrigo del avance de la cirugía, de la medicina experimental y de laboratorio⁶. Así, en el momento actual, el hospital está concebido como un lugar de encuentro entre los profesionales sanitarios, pacientes, investigadores y alumnado de ciencias de la salud⁷; además de ser percibido por amplios sectores sociales como el epicentro de la eficacia terapéutica y como el es-

⁴ Teresa HUGUET-TERMES: «Una reflexión historiográfica sobre l'hospital com a spai de medicalització», *Gimbernat*, 42 (2004), pp. 41-48. Para el caso francés, véase Jean-Pierre GOUBERT: *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo, Historical Reflections Press, 1982.

⁵ El estudio, ya clásico, que sigue siendo un referente en la materia es el de Pedro CARASA: *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1985.

⁶ Desde una perspectiva internacional hay obras con diferente alcance y objetivos, de entre ellas véase: John HENDERSON, Peregrine HORDER y Alessandro PASTORE (eds.): *The Impact of Hospitals 300-2000*, Berna, Peter Lang, 2007; Peter GRELL, Andrew CUNNINGHAM y Jon ARRIZABALAGA (eds.): *Centres of Medical Excellence? Medical travel and education in Europe, 1500-1789*, Burlington, Ashgate, 2010; Christopher BONFIELD, Jonathan REINARZ y Teresa HUGUET-TERMES: *Hospitals and Communities 1100-1960*, Oxford, Peter Lang, 2013, y Morris J. VOGEL: *The Invention of the Modern Hospital. Boston 1870-1930*, Chicago, Chicago University Press, 1980.

⁷ Para apreciar la evolución a largo plazo de estos procesos, véase Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS (eds.): *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons, 2018. Para el caso de Cataluña, Josep BARCELÓ-PRATS y Josep M. COMELLES: *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya. 1849-1980*, Barcelona, PAHCS, 2020.

cenario más adecuado en el que poner en práctica los avances de la ciencia médica, biomédica, tecnologías médicas y de la bioingeniería. Siguiendo a Barceló y Comelles, desde hace décadas el hospital se ha convertido en un lugar hegemónico y privilegiado en el que se han desarrollado los procesos de medicalización⁸, a partir de una visión hospitalocéntrica de la realidad asistencial, predominante en España⁹. Un ejemplo ilustrativo fue la progresiva medicalización del parto en España durante la segunda mitad del siglo XX, pasando de realizarse mayoritariamente en el domicilio de la embarazada a llevarse a cabo en centros hospitalarios o en las conocidas como maternidades, centros especializados en obstetricia.

Medicalización de la sociedad, hospitalocentrismo, el hospital como actor central de los sistemas sanitarios... Desde el nacimiento de la clínica, para seguir la argumentación de Foucault y Ackerknecht¹⁰, hasta llegar a la situación actual, uno de los ejes transversales de la historia hospitalaria ha sido la aparición y desarrollo de la idea de hospital social u hospital interclasista, es decir, la superación de la idea de hospital de origen benéfico dirigido exclusivamente a pobres y desamparados y su sustitución por un hospital

⁸ Entendemos por medicalización la transformación del significado del hospital como espacio de asilo o tutela hacia otro tipo de institución cuyo significado principal es el diagnóstico, la terapéutica, el seguimiento del paciente y, más recientemente, la formación de profesionales. Desde la vinculación de las facultades de Medicina a los hospitales hasta la actual centralidad del hospital en la formación especializada de posgraduado MIR. Josep BARCELÓ-PRATS y Josep María COMELLES: «Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: cambios y resistencias», en Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS (eds.): *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons, 2018, p. 85, y Teresa HUGUET-TERMES: «Una reflexión...», pp. 41-48.

⁹ El hospitalocentrismo sitúa la capacidad diagnóstica y terapéutica del hospital en la cúspide del sistema de salud y de sus políticas, además de ser el espacio fundamental para la formación sanitaria: grado, posgrado —MIR— y formación continua para los profesionales en ciencias de la salud. El hospitalocentrismo sitúa al hospital en una posición hegemónica indiscutida en el sistema de salud, relegando en una posición subalterna al resto de recursos asistenciales (medicina primaria, preventiva...). Josep BARCELÓ PRATS: «Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad», *Dynamis*, 41(1) (2021), pp. 27-51.

¹⁰ Michel FOUCAULT: *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, París, Presses Universitaires de France, 1963; Erwin H. ACKERKNECHT: *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, París, Payot, 1967.

abierto a todas las clases sociales, incluidas las clases medias y altas, con la mejora generalizada de trato, de condiciones y de atención que este cambio conlleva. Estos procesos llegaron y se consolidaron en España con sus propios ritmos y particularidades. De hecho, España sufrió un retraso importante en materia de desarrollo sanitario y hospitalario respecto de muchos países del entorno europeo y de América del Norte.

A largo plazo hay varios factores que condicionaron este proceso: en primer lugar, se ha ido consolidando el dominio de la visión médica a la hora de concebir el hospital (sus funciones y sus potencialidades), por encima de otro tipo de agentes que tradicionalmente habían tenido preponderancia en la gestión de estas instituciones como gestores laicos (concejos, ayuntamientos), religiosos y/o privados. Desde finales del siglo XVIII en países como Francia, Prusia o Austria —y, más tarde, España— fue avanzando la visión médica del hospital como espacio hegemónico de medicalización a través del desarrollo de sus tres perfiles fundamentales: perfil asistencial (diagnóstico y terapéutica), investigador y formativo. Los profesionales sanitarios comenzaron a entender el hospital como un lugar clave para desarrollar la función asistencial, por encima de la asistencia domiciliaria. El hospital además se convirtió en un espacio donde investigar —a pie de cama del enfermo, en la sala de disección y, muy posteriormente, en el laboratorio— y así contribuir al avance de la ciencia médica desde el paradigma anatómico en primera instancia y desde otros paradigmas posteriormente. Asimismo, el hospital se empezaba a considerar como un ámbito propicio para enseñar a los estudiantes de Medicina y de otras profesiones sanitarias; es decir, el hospital se ha ido convirtiendo en el espacio privilegiado para la enseñanza práctica de la medicina y para la formación continua de los profesionales. Así, por ejemplo, en España desde finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX las facultades de medicina comenzaron a vincularse a hospitales de su entorno¹¹. Esta visión médica del hospital como el lugar idóneo para el desarrollo de la medicalización ha ido avanzando históricamente, se ha ido consolidando en la percepción de la sociedad —incluyendo a las clases medias, al-

¹¹ Víctor M. NÚÑEZ-GARCÍA: «Los hospitales docentes en la España contemporánea: el caso de los hospitales clínicos universitarios», *Dynamis*, 41(1) (2021), pp. 53-77.

tas y a las elites políticas— y en la actualidad sigue plenamente vigente. Por ejemplo, en la pandemia actual, los casos graves de neumonía asociados a Sars Cov-2 han sido tratados masivamente en el espacio hospitalario, especialmente en la época en que la estrategia epidemiológica dominante era el aislamiento domiciliario, había (y hay) un gran consenso social, político y profesional a la hora de considerar al hospital como el lugar idóneo para contrarrestar estas situaciones problemáticas.

En segundo lugar y muy relacionado con el primer factor, se redefine la noción de paciente hospitalario¹². Ya no es un paciente entendido y reconocido oficialmente como pobre y/o desamparado al que se le da asilo, sino que es un paciente clínico que acude a la institución para recibir un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento médico. En tercer y último lugar, se produce un cambio de mentalidad entre las clases medias y altas cuando comienzan a preferir ser tratados en un centro especializado —un hospital— frente a la asistencia domiciliaria, pagando a un médico que acudiese al domicilio del enfermo. Es en ese momento cuando surgen reivindicaciones serias para que las elites políticas y el Estado se ocupen de dotar de recursos suficientes a los hospitales y se activen políticas decididas para implantar, desarrollar y modernizar los dispositivos hospitalarios de los países. En España, este proceso se produce de manera tardía en comparación con muchos países de Europa y de América del Norte, donde comienzan a desarrollarse estas tendencias a finales del siglo XIX —el seguro médico obligatorio aparece en Alemania y Austria en los años 1880— y comienzos del siglo XX y que se consolidan definitivamente tras la Segunda Guerra Mundial, al abrigo del desarrollo del Estado del Bienestar en países como Gran Bretaña o Francia y también en los países comunistas. De hecho, iniciativas llevadas a cabo durante el franquismo como el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)¹³ o la

¹² Concepto desarrollado por Colin JONES: «The construction of the hospital patient in Early Modern France», en Norbert FINZSCH y Robert JÜTTE (eds.): *Institutions of confinement. Hospitals, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997, pp. 55-74.

¹³ Jerònia PONS-PONS y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ: *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2014.

Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 supusieron un avance, pero muy limitado si lo comparamos con otros países del entorno europeo, a causa de deficiencias estructurales en los modelos de financiación y de gestión¹⁴. Hasta la Transición a la democracia no se activaría una financiación adecuada para el sector sanitario público en el país, a través de la reforma fiscal de 1977 —impulsada por el ministro Francisco Fernández Ordoñez— y la implantación de un ministerio de sanidad tras la primera experiencia en la II República. Esto superó el panorama fragmentario y atomizado de la gestión hospitalaria durante el franquismo, cuando hasta cuatro ministerios diferentes gestionaban sus propios hospitales: Gobernación —a través de la Dirección General de Salud (DGS)—, Trabajo —ministerio que gestionaba el SOE y el Instituto Nacional de Previsión (INP)—, Defensa —hospitales militares— y Educación —hospitales clínicos universitarios—.

Por tanto, la modernización del hospital a escala organizativa, de gestión, arquitectónicamente, en cuanto a las tecnologías sanitarias o en referencia a los estándares de calidad y de eficacia terapéutica estuvo directamente relacionada con el hospital social y la consolidación del hospital interclasista en Europa —el modelo estadounidense fue diferente—, es decir, un centro diseñado y pensado para dar acogida a pacientes de todas las clases sociales. El hospital social público, con gran protagonismo del Estado en la gestión, administración y financiación, se fue abriendo hueco en España progresivamente durante la segunda mitad del siglo XX, hasta situarse en el eje central de la estrategia política sanitaria del Estado y del propio sistema sanitario, siguiendo el modelo basado en el *hospita-locentrismo*. Además, en conexión con la situación pandémica actual provocada por la COVID-19, otra cuestión relacionada sería la vinculación entre las pandemias, el desarrollo histórico del hospital y sus implicaciones sociales, económicas y políticas. ¿Las enfermedades infecciosas y las situaciones pandémicas actuaron como motor de desarrollo y modernización hospitalaria? ¿La dimensión social del hospital se acentuó en épocas de epidemias y pandemias? Actualmente en el caso de España, ¿los contextos pandémicos pue-

¹⁴ Esta es una de las conclusiones generales del libro colectivo, Damián A. GONZÁLEZ MADRID y Manuel ORTIZ HERAS (coords.): *El Estado del Bienestar. Entre el franquismo y la transición*, Madrid, Sílex, 2020.

den influir en la correlación de fuerzas entre lo público y lo privado en los sistemas sanitarios y en los hospitales? Trataré de responder brevemente a estas preguntas en los siguientes apartados.

El hospital y las pandemias

Durante la Edad Contemporánea, en algunos países europeos, las elites políticas y las instituciones comenzaron a tomar conciencia de la importancia de la salud pública y de las cuestiones sanitarias, incluidos los hospitales, a raíz de los problemas sociales que nacieron a consecuencia de la primera revolución industrial, la urbanización y la conflictividad social que pudiese surgir. Por otra parte, en España, como en muchos otros países de Europa y del mundo, la salud pública comenzó a cobrar importancia como un asunto de intervención gubernamental, ante todo a raíz de los estragos causados por las enfermedades infecciosas en forma de brotes epidémicos o pandemias: fiebre amarilla, viruela, cólera, tuberculosis, gripe de 1918-1919, etc.

En principio puede parecer arriesgado establecer paralelismos entre la pandemia actual y otras del pasado como la gripe de 1918-1919 o los brotes epidémicos de cólera del siglo XIX (1833-1834, 1854-1857, 1885-1886). Otra dificultad es que, entre una pandemia y otra, se produjo un salto evolutivo importante entre un sistema predominantemente benéfico y el actual, basado en el hospital interclasista y en la hegemonía de la visión hospitalocéntrica de la sanidad. A pesar de esta marcada diferencia contextual, algunos paralelismos se manifiestan con claridad. En este sentido, el análisis en clave histórica del papel del hospital y su gestión ante una situación pandémica —de ayer y de hoy— tiene la potencialidad de mostrarnos claves sobre el papel del Estado y las instituciones frente a estos escenarios y también sobre el imaginario social imperante en cada época.

Esto puede verse en cuestiones como las explicaciones morales sobre el origen de la enfermedad o la estigmatización de grupos sociales, nacionales o étnicos a la hora de señalar a los culpables —chivos expiatorios— de la aparición de una enfermedad transmisible y su expansión en forma de pandemia. En este tipo de manifestaciones se movilizaban unos prejuicios y sobreentendidos sociales y/o ét-

nicos que se apoyaban en un imaginario social que ya estaba arraigado previamente a la llegada de la enfermedad, pero que en épocas de pandemia podían exacerbarse. No olvidemos que en los inicios de la pandemia actual en España algunos políticos se referían a la COVID-19 como «virus chino». Si observamos los casos históricos hay muchos ejemplos: en los brotes de cólera declarados en Manila a lo largo del siglo XIX circulaba habitualmente la teoría del envenenamiento de aguas por parte de los extranjeros (franceses) o de la comunidad china en la ciudad, lo cual derivaba en violencia, persecuciones y expulsiones de la ciudad de miembros de estos grupos¹⁵; o la acusación habitual a las comunidades móviles (gitanos, por ejemplo) o a las personas sin hogar de ser los responsables de la transmisión de enfermedades infecciosas. El señalamiento de los barrios pobres como focos epidémicos era recurrente en la Inglaterra victoriana, donde los médicos se hicieron odiar por amplios sectores de la población debido a que las medidas de contención que proponían estaban diseñadas para proteger a las clases pudientes, centrándose en el aislamiento y la contención de los pobres¹⁶. Lo que a veces podía servir para justificar la discriminación, en otras ocasiones permitía hacer una crítica social y promover inversión pública en barrios desfavorecidos. El médico judío procedente de Hungría Philip Hauser, uno de los exponentes más importantes de la medicina higienista en España, indicaba en su estudio sobre la mortalidad de la ciudad de Sevilla en el siglo XIX que el barrio de Triana, barrio de jornaleros y obreros, era la zona de la ciudad con mayor mortalidad en los diversos brotes epidémicos de la época (cólera y viruela fundamentalmente), señalando este barrio como un foco de infección porque «se halla en peores condiciones higiénicas que el resto de la ciudad»¹⁷. Al margen de estos ejemplos: ¿Qué papel ocupaba el hospital en el control y aislamiento de estos grupos estigmatizados por la sociedad en cada momento?

¹⁵ Ignacio GARCÍA DEL PASO: «La revolución en los tiempos del cólera. Epidemia y violencia popular en Manila (1820)», en Ivana FRASQUET, Pedro RÚJULA y Álvaro PARÍS (eds.): *El Trienio Liberal (1820-1823). Balance y perspectivas*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 2022, pp. 513-524.

¹⁶ Ainhoa GILARRANZ: «Disease, deformity and health terrors in 19th-Century cartoons: A cultural History of Science», *Theatrum Historiae*, 27 (2021), pp. 31-58.

¹⁷ Philip HAUSER: *Estudios médico-topográficos de Sevilla*, 2 vols., Sevilla, Librería Tomás Sanz, 1882, p. 258.

Podemos abordar esta cuestión a partir del ejemplo de la pandemia mundial de la gripe de 1918-1919, analizado por M. I. Porrás para el caso español¹⁸. Además, apreciamos cómo la estrategia de las autoridades fue similar a la de la pandemia de COVID-19. Esta estrategia en un primer momento se basó en ambos casos en la detección precoz de los primeros contagiados y en su aislamiento. Gregorio Marañón, en aquel entonces médico encargado de una de las salas de contagiados en el Hospital General de Madrid, y otros médicos españoles realizaron una visita a Francia en otoño de 1918 para estudiar la estrategia que se estaba llevando en este país de referencia para la medicina española, donde pudieron comprobar que las medidas para frenar la pandemia eran similares a las implementadas en España¹⁹. El dispositivo hospitalario ocupaba en España y Francia a la altura de 1918-1919 y ocupa en la actualidad un lugar preponderante a la hora de contener el avance de una enfermedad infecciosa que se manifiesta en pandemia. Pero el hospital, ¿para quién? ¿Para toda la población o para un sector de ella? ¿En qué condiciones? En 1918 con la expansión de la gripe el aislamiento fue la estrategia prioritaria; en la ciudad de Madrid se habilitaron salas para contagiados en el hospital general, en el hospital de San Juan, 400 camas en el hospital clínico universitario, se instalaron pabellones Docker²⁰ o se alquilaron locales para habilitarlos como hospitales provisionales de epidemias; pero todo este dispositivo estaba pensado para pacientes pobres y menesterosos²¹.

Para el resto de la población, tanto clases altas, medias y familias obreras que no estaban reconocidas como pobres por las autoridades, la estrategia prevista era el aislamiento domiciliario. Las familias obreras no reconocidas oficialmente como pobres no tenían recursos para afrontar imprevistos como pagar a un médico si había algún contagiado en la familia. Además, tanto en situaciones

¹⁸ María Isabel PORRAS: *La Gripe Española. 1918-1919*, Madrid, Libros de la Catarata, 2020.

¹⁹ *El Siglo Médico*, 9 de noviembre de 1918, pp. 916-921.

²⁰ Los pabellones Docker, construcciones a modo de barracones desmontables de madera, fueron instalados en Madrid en las inmediaciones del Hospital General y de San Juan por la expansión de contagios de gripe de 1918-1919.

²¹ María Isabel PORRAS: *La Gripe...*, pp. 111-113.

pandémicas como en situaciones de normalidad epidemiológica, los recursos económicos y habitacionales marcaban en gran medida el tipo de tratamiento o el tipo de aislamiento domiciliario al que se sometía al contagiado, por lo que las disimetrías sociales se hacían especialmente evidentes durante las pandemias²².

A pesar de la similitud en las estrategias básicas como la detección precoz de contagios y el aislamiento, en la actualidad, bajo un dispositivo hospitalocéntrico basado en el hospital social con gran protagonismo de los grandes hospitales públicos, el recurso del hospital para la lucha contra la enfermedad ha sido esencial en el caso de pacientes con complicaciones derivadas de Sars Cov-2, siempre con una diferencia fundamental respecto a la gripe de 1918-1919: hablamos de hospitales abiertos a toda la sociedad. En la actual pandemia, el hospital, la situación de sus UCI o las condiciones laborales de sus trabajadores han atraído una inusual atención mediática y un creciente interés por parte de la clase política. Una buena —o mala— gestión del dispositivo hospitalario y de los recursos sanitarios en un contexto de crisis de salud pública como en la pandemia actual, ha podido traer réditos políticos a los gestores tanto de las comunidades autónomas como de los poderes centrales, o, por el contrario, desacreditarlos. En este sentido, otro tema de interés es el uso del hospital en clave política y, dentro de ello, el análisis de las dinámicas entre lo público y lo privado en la sanidad en general y en los hospitales en particular.

Los hospitales y los poderes políticos. Entre lo público y lo privado

Como he apuntado, conforme avanzan los siglos XIX y XX en España la salud pública fue ganando posiciones entre las preocupaciones de los gobernantes, las políticas de salud se convirtieron progresivamente en un objetivo prioritario para las instituciones.

²² Sobre estas cuestiones véase Víctor M. NÚÑEZ-GARCÍA: «Del cólera a la gripe española: la quimera del hospital de epidemias en España», en Jerònia PONS-PONS y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ (eds.): *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alicante, Universidad de Alicante, 2022, pp. 267-291.

La intervención del Estado central en esta materia había ido en aumento hasta que en la segunda mitad del siglo xx el sistema sanitario de base benéfica, apoyado en los poderes locales y provinciales, dejó paso a una gestión más centralizada de la sanidad, hasta llegar, ya en Democracia, a la Ley General de Sanidad de 1986 en la que se pusieron las bases para el traspaso de las competencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas. Dentro de este recorrido histórico de larga duración los hospitales de titularidad pública y los poderes políticos han tenido en determinados momentos una relación estrecha.

Pensemos, por ejemplo, en el hospital como instrumento de poder y de propaganda política. En el caso del Estado franquista, como argumentan Pons y Vilar, se instrumentalizaron los hospitales, los seguros sociales y en especial el seguro de salud (SOE) como estandartes propagandísticos del régimen. Su política social pretendía mostrar una cara amable de la dictadura para enmascarar la ausencia de derechos básicos. En este marco, la inauguración de hospitales —como las nuevas residencias hospitalarias construidas por el INP— con la presencia de Franco como maestro de ceremonias, junto con la de los pantanos se convirtieron en imágenes recurrentes en el NODO. No solo se trataba de dar una imagen amable de la dictadura, sino también una imagen de progreso y modernidad, cuando un nuevo hospital bajo el modelo arquitectónico mono-bloque y con la incorporación de las últimas tecnologías sanitarias tenía la capacidad de impresionar a la opinión pública, por lo que la potencialidad propagandística era indiscutible. Hoy en día, en la pandemia de COVID-19 hemos podido observar que el hospital sigue mostrando una capacidad propagandística destacada; el buen funcionamiento del dispositivo hospitalario en momentos de crisis sanitaria como los actuales se ha convertido en un importante indicador de la correcta o incorrecta administración de los líderes políticos. Además, se pueden añadir algunos episodios o proezas que en épocas pandémicas pueden ser muy rentables políticamente hablando, desde la construcción en tiempo récord de nuevos hospitales provisionales en China al comienzo de la pandemia o la estrategia de aprovechamiento político a partir de la construcción e inauguración del hospital Isabel Zendal en Madrid.

La capacidad del dispositivo hospitalario para generar en ciertas circunstancias y contextos beneficios políticos ha hecho que los

hospitales se hayan situado en el epicentro de pugnas políticas. Si tomamos de nuevo el ejemplo del franquismo —especialmente en los años sesenta y setenta—, una de las principales causas de la descoordinación del dispositivo hospitalario era de carácter político. La mayoría de los centros hospitalarios del país era gestionada por el Instituto Nacional de Previsión²³, adscrito al Ministerio de Trabajo, y por la Dirección General de Salud²⁴, adscrita al Ministerio de la Gobernación. El primer ministerio permaneció en manos de los falangistas a lo largo de la dictadura y el segundo en manos de los grupos católicos y tradicionalistas. A partir de ahí la descoordinación y la competencia fue la pauta habitual en la política hospitalaria desarrollada por el INP y por la DGS. Durante las diferentes oleadas de COVID-19 hemos podido observar tanto pautas de competencia (pugnas políticas) como de colaboración entre el gobierno central y las comunidades autónomas, muchas de ellas de distinto color político al del gobierno ejecutivo. En todo caso, estas estrategias de propaganda y de comunicación destinadas al aprovechamiento político inmediato a partir de las cuestiones sanitarias —con protagonismo de los hospitales— tienen un carácter coyuntural y están directamente relacionadas con la crisis de salud pública que genera una pandemia. Al margen de estas dinámicas políticas generadas en la pandemia, a medio y largo plazo las principales tendencias ideológicas parecen tener una visión divergente en cuanto al diseño del futuro de la sanidad española y de su dispositivo hospitalario: una en la que se fortalece la sanidad pública y otra en la que se apuesta por una mayor presencia del sector privado (seguros privados, atención privada, hospitales privados...).

La complementariedad y/o competencia entre la red pública y privada está siendo un factor decisivo en los últimos años y lo será

²³ El INP, fundado en 1908, se ocupaba de la puesta en marcha de los primeros seguros sociales en España y posteriormente de gestionar los servicios asistenciales vinculados al seguro obligatorio (SOE). Por una parte, firmaba convenios con otros hospitales para la cobertura de sus asegurados y, por otra, con el paso de los años inició la construcción de sus propios centros, las grandes residencias sanitarias en los núcleos urbanos españoles más importantes.

²⁴ La DGS, creada en 1847 dentro del ministerio de Gobernación, tenía competencias sobre beneficencia, hospitales, hospicios y salud pública. Durante el franquismo se centró en la gestión de hospitales generales, quirúrgicos, psiquiátricos y antituberculosos. Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS (eds.): *Un siglo...*

en las próximas décadas en la trayectoria histórica del dispositivo hospitalario en España. Este es un tema que está siendo abordado por las y los historiadores económicos²⁵. La participación en la configuración del dispositivo hospitalario por las compañías privadas españolas y extranjeras y del sector público no ha seguido una trayectoria histórica lineal, predominando uno u otro en diferentes etapas históricas. En todo caso, ampliar el análisis a las décadas más recientes es muy relevante para complementar la visión que tenemos de estudios sobre el franquismo²⁶.

En el contexto actual, marcado por la precariedad y los recortes del sector público e incremento de demanda de cobertura hospitalaria en un momento de pandemia, el sector privado de la cobertura de la salud, donde tienen un protagonismo esencial las empresas hospitalarias, ha iniciado un proceso de avance aprovechando las debilidades de los sistemas públicos, en un marco creciente de cuestionamiento de la viabilidad del Estado del bienestar por ciertas corrientes políticas. En los últimos años se está favoreciendo la expansión de las compañías de seguro privadas y la creación de grandes grupos hospitalarios privados, ofreciendo servicios que solapan y complementan la cobertura pública, basada en un sistema de protección social amplio a partir de un seguro médico obligatorio universal, implantado en España con retraso respecto a otros países europeos. El sector privado ofrece actualmente servicios ya incluidos en el sistema público, pero añadiendo supuestas ventajas adicionales como listas de espera más cortas y otras comodidades y beneficios (*friendly services*) convenientemente resaltados en sus campañas de marketing²⁷. El comportamiento del mercado en el

²⁵ MARTIN GORSKY, Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS (eds.): *The political economy of the hospital in History*, Huddersfield, University of Huddersfield Press, 2020.

²⁶ Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS: «El avance del sector privado en el sector hospitalario español: una primera aproximación (1943-2021)», en Jerònia PONS-PONS y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ (eds.): *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alicante, Universidad de Alicante, 2022, pp. 267-291. En referencia a los seguros privados y públicos de salud, véase Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS: «El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición política a la Ley General de Sanidad (1975-1986)», *Historia y Política*, 39 (2018), pp. 261-290.

²⁷ Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS-PONS: «El avance...», pp. 411-412.

sector de la salud en las últimas décadas muestra esta tendencia expansiva. En España en concreto, fruto de un sistema sanitario hospitalocéntrico, los grupos hospitalarios privados están alcanzando una importante preponderancia —por ejemplo, el Grupo Quirón— dentro del avance general del sector privado en materia sanitaria. Las y los historiadores interesados en la sanidad y en los hospitales deben analizar en profundidad en los próximos años el desarrollo del sistema hospitalario privado y sus estrategias frente a lo público en una perspectiva de largo plazo, además de las pautas de resistencia y de reivindicación del mantenimiento y fortalecimiento de la sanidad pública en ámbitos como el español y también de manera comparativa y transnacional. Una de las escasas consecuencias positivas de una pandemia mundial como la COVID-19 es que se ha acentuado el debate y el surgimiento de nuevas ideas sobre cómo mejorar y gestionar la sanidad para los próximos años. En ese campo, la labor de las y los historiadores generales, de la medicina y de la economía puede aportar al debate actual elementos muy relevantes desde el análisis histórico.