Investigaciones de Historia Económica · Early view · pp. 1-31 DOI: 10.33231/j.ihe.2026.06

Del dominio público a la expansión privada: Cambios en la infraestructura hospitalaria en España (1986-2018)

Mauricio Matus-López
Margarita Vega-Rapún

RESUMEN: *En muchos países, el crecimiento del sector hospitalario privado ocurre junto a una disminución de camas por habitante. España no parece ser la excepción y registra una de las dotaciones relativas más bajas de la Unión Europea. Este trabajo realiza un análisis exploratorio de la evolución del sector privado hospitalario, en la dotación de camas en España y sus Comunidades Autónomas, entre 1986 y 2018. Con información de los catálogos históricos de hospitales del Ministerio de Sanidad, se realizó un análisis gráfico y de clúster, para estudiar la evolución y clasificar las regiones según porcentaje de dotación hospitalaria privada. Los resultados muestran que, España sigue la tendencia de menor número de camas y más peso del sector privado, principalmente lucrativo, con importantes especificidades regionales, como el modelo catalán. Con ello, aportamos evidencia comparativa y de largo plazo al estudio de los cambios estructurales en el sistema hospitalario español.* (**CÓDIGOS JEL:** B55; I11; I15)

AUTORES: Mauricio Matus-López (Dpto. Economía, Mét. Cuant. e Historia Económica, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, mmatlop@upo.es) / Margarita Vega-Rapún (Dpto. Economía, Mét. Cuant. e Historia Económica, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, mvegrap@upo.es)
RECIBIDO: 2025-05-13, ACEPTADO: 2025-08-25, ONLINE: 2026-10-01.

AGRADECIMIENTOS: Al personal de la Biblioteca de la Universidad Pablo de Olavide por su apoyo en la recolección de los catálogos históricos y a los evaluadores anónimos por sus valiosos comentarios y sugerencias.

FINANCIACIÓN: "Desarrollo histórico, institucional y económico de los sistemas de salud pública en países de ingresos medios: Nuevos horizontes en América Latina en los siglos XX y XXI" (PID2023-150605NB-I00) del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

ATTRIBUTION-NONCOMMERCIAL-NODERIVATIVES 4.0 INTERNATIONAL (CC BY-NC-ND 4.0) © The Author(s) 2026.

DOI: 10.33231/j.ihe.2026.06 Investigaciones de Historia Económica · Early view · pp. 1-31

From Public Dominance to Private Expansion: Changes in Hospital Infrastructure in Spain (1986–2018)

Mauricio Matus-López
Margarita Vega-Rapún

ABSTRACT: *In many countries, the growth of the private hospital sector coincides with a decline in beds per inhabitant. Spain is no exception, showing one of the lowest relative bed provisions in the EU. This study offers an exploratory analysis of the evolution of private hospital bed provision in Spain and its Autonomous Communities between 1986 and 2018. Using historical hospital catalogs from the Ministry of Health, we conducted graphical and cluster analyses to examine trends and classify regions by the share of private hospital beds. Results indicate a national trend toward fewer beds and a growing presence of the private, mainly for-profit, sector, with notable regional differences such as the Catalan model. This research provides comparative and long-term evidence on structural changes in Spain's hospital system.* (**JEL CODES:** B55; I11; I15)

AUTHORS: Mauricio Matus-López (Dpto. Economía, Mét. Cuant. e Historia Económica, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, mmatlop@upo.es) / Margarita Vega-Rapún (Dpto. Economía, Mét. Cuant. e Historia Económica, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, mvegrap@upo.es)
RECEIVED: 2025-05-13, ACCEPTED: 2025-08-25, ONLINE: 2026-10-01.

ACKNOWLEDGMENTS: We thank the staff of the Library at Universidad Pablo de Olavide for their support in collecting historical catalogs, and the anonymous reviewers for their valuable comments and suggestions.

FUNDING: "Historical, institutional, and economic development of public health systems in middle-income countries: New horizons in Latin America in the 20th and 21st centuries" (PID2023-150605NB-I00). Ministry of Science, Innovation and Universities.

ATTRIBUTION-NONCOMMERCIAL-NODERIVATIVES 4.0 INTERNATIONAL (CC BY-NC-ND 4.0) © The Author(s) 2026.

1. Introducción

Existe un delicado equilibrio entre equidad y sostenibilidad económica de los sistemas hospitalarios. Los costes, de las tecnologías y recursos humanos, y los incrementos de la demanda, por el envejecimiento poblacional, han supuesto una presión a las finanzas públicas del sector. En respuesta, la mayoría de los sistemas nacionales han reducido el número de camas por habitante, favoreciendo la atención ambulatoria, y fomentado formas de colaboración con el sector privado (McKee y Healy, 2002).

En 2019, había, en la OECD, un promedio de 4,6 camas por cada mil habitantes; un 20% menos que en el año 2000. En 1960, se superaban las nueve camas por mil habitantes en Estados Unidos, Australia o Suecia. Paralelamente, en muchos países, se produjo una expansión del sector privado con fines de lucro. Por ejemplo, en Alemania, estos hospitales pasaron del 38,4% al 43,8% del total, y en Estados Unidos, del 18,9% al 25,8%, entre 2006 y 2019 (OECD, 2024). La evidencia de casos anticipa algunas cuestiones acerca de ambas tendencias. En Irlanda, entre 1980 y 2015, el número de camas disminuyó un 25%, pero la red privada aumentó en un 25%. En principio, la causa apunta al impacto de las políticas de austeridad en las crisis de 1980 y 2008 (Mercille, 2018).

Sin embargo, la situación no es homogénea a nivel internacional. Desde los años noventa, la participación privada en el sector hospitalario aumentó de manera notable en Alemania tras la reunificación, y a un ritmo algo más moderado en Estados Unidos. No obstante, el crecimiento fue lento en el Reino Unido y prácticamente inexistente en los Países Bajos. Las causas de estas diferencias no son concluyentes, pero apuntan al menos a dos factores: el aumento del gasto público destinado a financiar la atención de asegurados del sistema público en hospitales privados, a través de conciertos, convenios u otras fórmulas de compra de servicios, y los intereses financieros de los médicos que, en algunos contextos, impulsaron la creación y expansión de hospitales privados, como forma de obtener mayores ingresos. Por otro lado, se sugiere que el signo político del gobierno no tuvo una influencia relevante. Posiblemente debido a las rigideces estructurales del sector hospitalario y a la influencia política que pueden ejercer algunos hospitales privados que han acumulado poder financiero e importancia como empleadores (Jeurissen, *et al.,* 2020).

La dotación de camas por habitante en España es una de las más bajas de la Unión Europea (UE). Solo seis de los 27 países tenían una dotación menor en 2022. Las 2,9 camas por mil habitantes del país le ubican un 40% por debajo del promedio (Eurostat, 2024). Asimismo, solo en los últimos diez años, el número de camas de hospitales privados lucrativos aumentó del 19,9% al 30% (Ministerio de Sanidad, 2025). En estancia media, registra la misma tendencia decreciente que el resto de los países de la OECD, pero con una duración media más corta; bajando desde 9 a 7,2 días promedio entre 2000 y 2019 (OECD, 2024).

Como señalan Vilar y Pons (2014; 2018), hasta 1986 el modelo hospitalario español estuvo fragmentado y financiado de manera insuficiente. La creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942 y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 permitieron avances en la cobertura sanitaria, pero sin una planificación basada en criterios sanitarios ni equidad

territorial. En 1977, los hospitales de propiedad pública seguían representando menos del 70% del total de camas del país. Casi lo mismo que en 1949 (De Miguel, 1983). No fue hasta la reforma fiscal de 1977 y, sobre todo, hasta la Ley General de Sanidad de 1986, cuando se consolidó un sistema público de asistencia sanitaria universal y descentralizado (Vilar y Pons, 2018). Desde entonces, el sector privado ha jugado un rol junto al sector público, que le ha permitido, a través de conciertos y ampliación de mercados, aumentar su participación (Pons y Vilar, 2019). Entre 2005 y 2018, el gasto sanitario público total en España aumentó un 40 %, pasando de 50.659 a 71.117 millones de euros corrientes (Ministerio de Sanidad, 2024).

No obstante, esta visión agregada no muestra la amplia variedad territorial. Los estudios regionales muestran diferencias en la financiación, la gestión, y la dotación hospitalaria, y diferentes modelos de colaboración entre el sector público y privado, con mención especial a la singularidad del modelo catalán (Conde, 2001; Ahn, Alonso y Herce, 2003; Barceló-Prats y Comelles, 2016; Barceló-Prats, Comelles y Perdiguero, 2019; Barceló-Prats y Comelles, 2020; Fernández, 2021). Para comprender estas diferencias, habría que profundizar en la historia de la formación primaria de los hospitales, la construcción de los modelos públicos y mixtos durante la transición, la gestión de las competencias en salud cedidas a los gobiernos autonómicos (1986-2002), o a las propias características económicas de las Comunidades Autónomas (CCAA) (Barceló-Prats, Comelles y Perdiguero, 2019).

La naturaleza pública, benéfica y privada con fines de lucro ha generado un intenso debate internacional, porque condiciona la priorización entre objetivos de acceso y equidad, ingresos y beneficios. La justificación política, de la externalización de servicios públicos a la provisión de mercado, supone que se pueden alinear estos objetivos, bajo el paradigma de que las entidades con fin de lucro son más eficientes (Harris, 1977). Como señalan los propios agentes privados de salud, estos podrían garantizar una administración más ágil de los recursos, y minimizar la presión sobre las finanzas públicas (Fundación IDIS, 2024). La evidencia empírica parece confirmar que los hospitales de gestión privada o mixta tienen estancias más cortas, mayor número de atenciones y menores tiempos de espera (Tiemann y Schreyögg, 2012; Villa y Kane 2013; Jing *et al.* 2020). No obstante, son menos claros acerca de que efectivamente los costos de una misma atención sean menores en el sector privado que en el sector público (Yip y Hsiao, 2014; Caballer-Tarazona y Vivas-Consuelo, 2016) y plantean dudas sobre la calidad de la atención y la equidad en el acceso (Rosenau y Linder, 2003; Eggleston, *et al*., 2008; Kruse, *et al*. 2018; Goodair y Reeves, 2024).

España ofrece, por su propia organización administrativa, la oportunidad de analizar cómo ha evolucionado esta cooperación público-privada en distintas regiones, con modelos diferentes. Dentro de un marco normativo nacional, la cesión de competencias en salud y las propias herencias históricas pueden haber definido estos patrones o modelos diferentes. El objetivo de este trabajo ha sido realizar un análisis exploratorio de la evolución relativa del sector privado hospitalario, lucrativo y benéfico, en la dotación de camas en España y sus Comunidades Autónomas, entre 1986 y 2018. Con ello, aportamos un análisis cuantitativo de la evolución de largo plazo de la dotación hospitalaria en las comunidades autónomas, así como el peso

relativo del sector privado, durante más de tres décadas; desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, hasta antes de la pandemia, en 2018.

2. Metodología

La fuente de información fue la serie del Catálogo Nacional de Hospitales, desde 1986 a 2018, obtenida en formato impreso, CD y el repositorio en línea del Ministerio de Sanidad desde 2005 en adelante. Para el primer año, se utilizó la base de Vilar y Pons (2021). La selección temporal responde a la disponibilidad de datos. Comienza con la Ley General de Sanidad (1986) y el horizonte de la historia de los hospitales de Vilar y Pons (2018), y finaliza antes de la COVID-19, para evitar distorsiones analíticas (ver material suplementario). Con ello, se construyó una base de datos con el número de camas de hospitales públicos, privados lucrativos y privados benéficos, para cada CCAA. La clasificación es excluyente entre las tres categorías. Se utilizó la clasificación funcional que realiza el Catálogo, que define la gestión y la dependencia de las entidades (ver material suplementario). Esto implica que un hospital de funcionalidad privada (lucrativo o benéfico), en concierto de servicios con la red de utilización pública, sigue siendo clasificado como un hospital privado. En relación con los hospitales benéficos con participación de la administración pública, significativos en el modelo catalán, siguen siendo clasificados como benéficos, pero se advierte y dimensiona el impacto de esta situación (ver material suplementario).

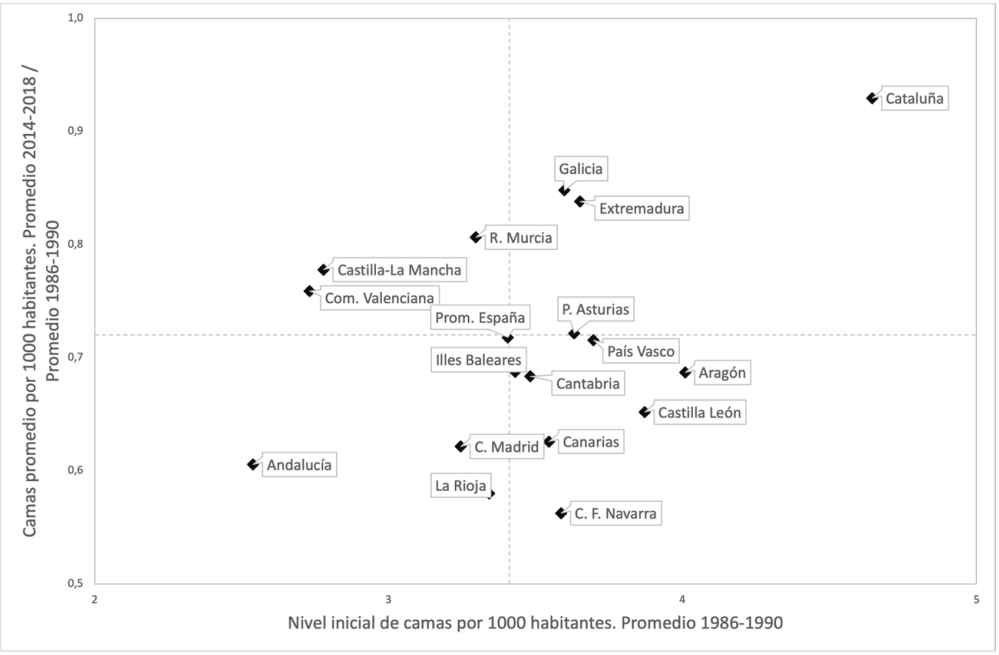
Se realizaron, conjuntamente, dos tipos de análisis. Por una parte, se realizó un análisis gráfico descriptivo de la evolución y condiciones iniciales del número de camas por cada mil habitantes, así como del porcentaje de camas privadas lucrativas y privadas benéficas en el total, en cada CCAA. Por otra parte, se realizó un análisis *clúster* para clasificar las CCAA en grupos según la participación del sector privado lucrativo. Este análisis configura grupos, de modo que los elementos dentro de cada grupo (n) sean más similares entre sí que con los de otros grupos. Se valoró, con base en el análisis del dendograma, un modelo con n=3, que clasificó las CCAA en participación lucrativa alta, media y baja. Los años de corte son representativos de la mediana de tres periodos, identificados en el primer análisis gráfico, definidos en función del nivel de porcentaje de camas lucrativas: 1990 para el periodo 1986-1993 (<17%); 2000 para el periodo 1995-2005; (17% a 20%); y 2015 para el periodo 2005-2018 (>20%). Se utilizó el Método de Ward jerárquico, sin normalización y con distancia euclidiana, que minimiza las diferencias de los grupos, y mantiene la escala original de la variable, y se calcularon los índices de Silhouette, Davies-Bouldin, Calinski-Harabasz y Dunn, y Rand Ajustado, para evaluar la calidad y coherencia de las agrupaciones obtenidas.

3. Resultados

De los análisis, se desprenden cuatro cuestiones. En primer lugar, que España y todas las CCAA muestran una disminución del número total de camas por habitante durante todo el

periodo de estudio. En los últimos cinco años, este indicador era, en promedio, un 28% menor que en los primeros cinco. El nivel inicial parece ser relevante, pero no determinante. En la Figura 1, en el eje horizontal, se presenta el promedio del número de camas por habitante entre 1986 y 1990, y en el vertical, relación de este valor al final del periodo con respecto al inicio (un valor <1 implica reducción). La relación observada permite suponer, desde una perspectiva lógica, que un mayor nivel inicial de camas, experimenta un mayor margen potencial de reducción. Aunque la mayoría cumple esta lógica, varias regiones muestran comportamientos particulares. Los datos para Cataluña registran la dotación inicial más alta del país, a la vez que la menor reducción de camas durante el periodo. Por el contrario, Andalucía, pese a ser una de las de menor dotación al inicio del periodo, registró la tercera mayor reducción.

FIGURA 1. **Relación entre el nivel inicial de camas por 1000 habitantes, y la proporción final con respecto a la inicial. España y Comunidades Autónomas. 1986-2018**



FUENTE: Elaboración propia con base en Ministerio de Sanidad. VV.AA.

En segundo lugar, se identificaron dos periodos de expansión del porcentaje de camas en hospitales privados lucrativos a nivel nacional: desde 1990 a 1995 (del 15,6% al 18%), y desde 2000 a 2008 (del 18,2% al 21%). El comportamiento tuvo tendencia positiva en 11 de las 17 Comunidades Autónomas. Las excepciones fueron Asturias y Navarra, en los que disminuyó, Cantabria, Cataluña, Galicia y País Vasco, que mantuvieron niveles similares a los iniciales, y Castilla-La Mancha, donde aumentó hasta comienzos del 2000 y luego disminuyó (Figura 2)[1].

Vuelve a destacar Cataluña, como caso particular, que desde un inicio tiene una alta participación de hospitales lucrativos, dentro y fuera de la red de utilización pública.

TABLA 1. **Porcentaje de camas privadas lucrativas y clasificación según clúster. España y Comunidades Autónomas. 1990-2015**

	Año 1990		Año 2000		Año 2015	
CCAA	**%**	**Clúster**	**%**	**Clúster**	**%**	**Clúster**
Cataluña	30,8	1	32,4	1	30,9	1
Canarias	23,4	1	32,4	1	33,9	1
Illes Balears	22,0	1	28,7	1	27,4	1
Galicia	21,0	1	20,8	2	21,6	2
C. Madrid	15,8	2	13,4	2	20,6	2
R. Murcia	15,5	2	19,9	2	28,9	1
País Vasco	13,2	2	13,7	2	14,0	3
Andalucía	12,5	2	14,8	2	19,9	2
P. Asturias	11,8	2	7,8	3	9,5	3
C. Valenciana	10,6	2	17,6	2	23,8	2
Castilla-La Mancha	7,8	3	10,1	3	8,1	3
La Rioja	7,6	3	4,8	3	22,7	2
Cantabria	6,8	3	8,5	3	5,1	3
C. F. Navarra	6,8	3	5,6	3	3,5	3
Castilla y León	3,9	3	7,5	3	7,9	3
Aragón	3,6	3	5,9	3	7,9	3
Extremadura	1,6	3	6,5	3	8,3	3
Desviación	8,0		9,3		9,9	
Mediana	11,8		13,4		19,9	
Silhouette	-0,176	0,673	0,703	0,628	0,665	0,66
Davies-Bouldin	11,45	0,248	0,367	0,398	0,357	0,359
Calinski-Harabasz	0,112	209,8	118,38	192,85	86,917	115,09
Dunn	0,289	0,85	0,445	0,285	0,336	0,539
Rand Ajustado		0,533		0,531		0,782

FUENTE: Elaboración propia con base en Ministerio de Sanidad. VV.AA.

En tercer lugar, con respecto a este mismo parámetro, el análisis clúster muestra que las diferencias entre grupos parecen haber ido acentuándose. Es decir, mayores diferencias entre el grupo de CCAA con alta participación privada y el grupo con baja participación (Tabla 1). Se confirma que Cataluña, Canarias y Baleares son parte del grupo con mayor porcentaje de camas en hospitales lucrativos, al que se une Murcia en las últimas décadas. Asimismo, existe un aumento del promedio, con un techo cercano al 30% del total, que afecta a las regiones con

FIGURA 2. **Evolución de camas hospitalarias por mil habitantes y porcentaje de camas de hospitales privados lucrativos y privados benéficos. España y Comunidades Autónomas. 1986-2018**



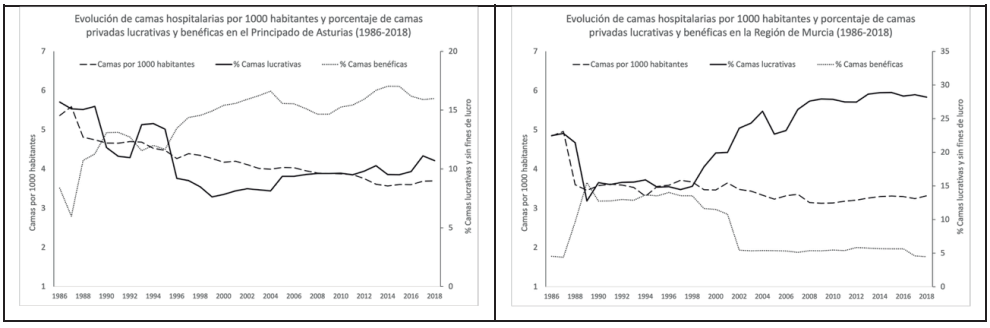
FUENTE: Elaboración propia con base en Ministerio de Sanidad. VV.AA.

FIGURA 2. **Evolución de camas hospitalarias por mil habitantes y porcentaje de camas de hospitales privados lucrativos y privados benéficos. España y Comunidades Autónomas. 1986-2018 (cont.)**



FUENTE: Elaboración propia con base en Ministerio de Sanidad. VV.AA.

FIGURA 2. **Evolución de camas hospitalarias por mil habitantes y porcentaje de camas de hospitales privados lucrativos y privados benéficos. España y Comunidades Autónomas. 1986-2018 (cont.)**



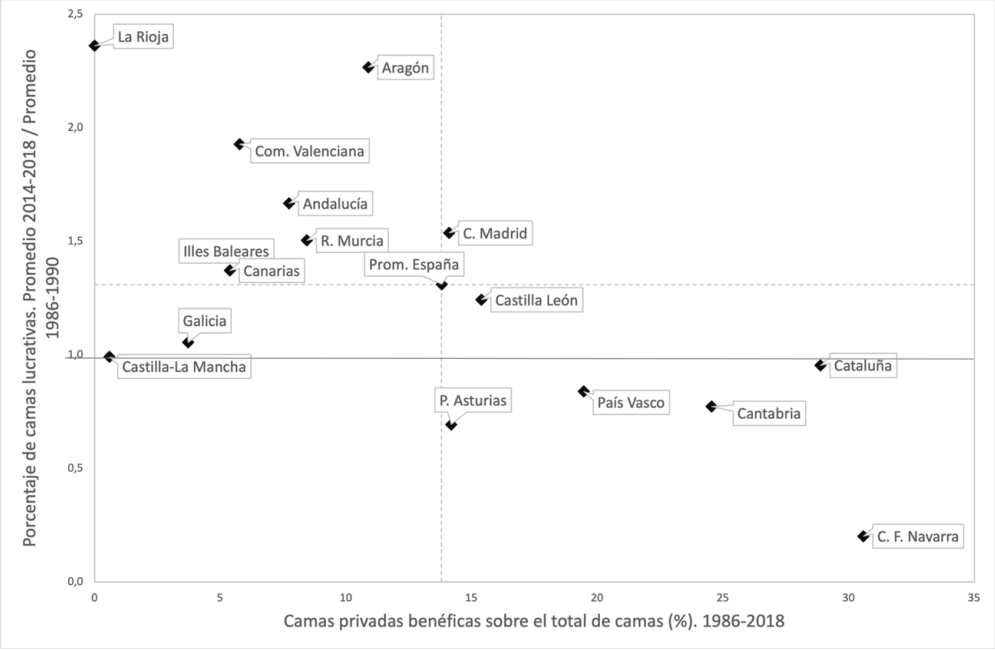
FUENTE: Elaboración propia con base en Ministerio de Sanidad. VV.AA.

valores constantes. Por ejemplo, Galicia, con un 21% más o menos constante, pasó de estar en el primer clúster a estar en el segundo, y País Vasco, con un porcentaje cercano al 14% pasó del segundo al tercer clúster. En cuanto a los indicadores de consistencia, la clasificación de 1990 es menos robusta que la de 2000 y 2015. Es decir, los grupos se han ido configurando de forma más cohesionada y robusta en el tiempo, con diferencias más claras entre las regiones con participaciones lucrativas altas y aquellas con participaciones bajas.

Por último, la participación de las camas de hospitales privados benéficos representó, en la mayoría de las CCAA, menos del 10% de camas hospitalarias totales. Casi la totalidad de las regiones mostró un ligero aumento relativo, no superior a un punto porcentual (Figura 2). Las excepciones, con valores por encima del 20% al final del periodo, fueron Cantabria, Cataluña y Navarra. Sin embargo, en Cataluña, parte importante de estos hospitales están participados por administraciones públicas (ver material suplementario).

Es interesante comparar el comportamiento de la dotación de ambos tipos de hospitales privados. En la Figura 3, en el eje horizontal, se presenta el promedio del porcentaje de camas benéficas sobre el total, y en el vertical, relación de del porcentaje de camas lucrativas al final del periodo con respecto al inicio (un valor <1 implica reducción). La lógica de la distribución de puntos puede sugerir una relación negativa entre las dotaciones de ambos tipos de hospitales, de manera que, a mayor nivel de camas benéficas, hay menos margen de expansión del sector lucrativo. La mayoría de las regiones muestran resultados en este sentido, aunque no se puede confirmar causalidad (Figura 3)[2].

FIGURA 3. **Porcentaje de camas benéficas sobre el total y proporción de camas lucrativas final respecto a la inicial. España y Comunidades Autónomas. 1986-2018**



FUENTE: Elaboración propia con base en Ministerio de Sanidad. VV.AA.

4. Conclusión

España, de forma agregada, sigue las tendencias de la mayoría de los países, en términos de reducción de camas hospitalarias por habitante y aumento del peso relativo de los establecimientos privados con fines de lucro. Algo que pudo tener un rol determinante en la respuesta al COVID de 2019 (Berger *et al*., 2022) y que puede haberse gestado, como en otros países, por múltiples factores, como la penetración de las ideas neoliberales, presiones de contención del gasto público, fallos en el sistema público de salud, efectividad en la expansión de la atención primaria o reducción de hospitalizaciones por enfermedades prevenibles, entre otros (Caminal Homar, 2000; Maarse, 2006; OECD, 2023).

Sin embargo, los agregados suelen esconder la variabilidad de sus componentes, y este es el caso en este trabajo. La interpretación regional es compleja. Las particularidades históricas y de desarrollo normativo y legislativo de cada región son relevantes.

A nivel nacional, el sector público, sigue siendo el principal proveedor hospitalario, con más de dos terceras partes de las camas nacionales, pero con un rango que va desde el 93% en Castilla-La Mancha al 61% de Navarra y 42% en Cataluña. En este último caso, podría ser

mayor por las camas en hospitales benéficos con participación pública (ver material suplementario). A pesar de todo, la reducción de camas en esta CCAA ha sido menos pronunciada que en el resto y la participación de hospitales lucrativos ha disminuido levemente, posiblemente porque hace más de tres décadas, estas ya superaban el 30% de la dotación total. Los otros dos casos son también complejos. En Navarra, ocurre algo parecido. Casi una tercera parte de la dotación recae en entidades sin ánimo de lucro, pero en este caso el sector privado lucrativo es menos del 5%. Por el contrario, en Castilla-La Mancha, la suma de privadas lucrativas y benéficas no supera el 7%. Es decir, casi la totalidad de los hospitales son de funcionalidad pública.

La literatura internacional señala como determinantes de la participación privada lucrativa, la importancia de la dependencia de la trayectoria o rigideces institucionales, el gasto público en la red privada y la penetración de los seguros privados (Pons y Vilar, 2014; Jeurissen, *et al.,* 2020). Los tres factores parecen importantes en la realidad española. La trayectoria institucional, normativa e histórica de cada región parece determinar la participación de mercado, más allá de las clasificaciones formales. Asimismo, en casi todas las regiones, se ha producido un aumento del gasto público en la red privada. En España, el gasto público hospitalario en producción de mercado aumentó 1,5 veces más que el gasto público total en salud, entre 2002 y 2018 (Ministerio de Sanidad, 2023). Por su parte, las cifras de seguros privados muestran una expansión en las últimas décadas, 16,1% al 22% de la población entre en 2002 y 2018 (UNESPA, vv.aa.). Asimismo, se plantea la hipótesis que el crecimiento del sector privado responde al deterioro de la calidad del sistema público que duplicó el porcentaje de pacientes con más de seis meses de espera en las listas quirúrgicas y un incremento de 29 días en la demora media entre 2004 y 2018 (Ministerio de Sanidad, vv.aa.).

Como hemos visto, el contexto descentralizado español es un campo de análisis paradigmático para comparar estos factores en futuros estudios. Con este trabajo, ofrecemos un aporte cuantitativo y de largo plazo para investigaciones de ese tipo, que incorporen análisis de causales, como de desigualdades, calidad hospitalaria y modelos particulares de cooperación público-privada, y aborden preguntas como ¿Qué factores determinan las diferencias regionales en la importancia del sector privado hospitalario? ¿Hay alguna relación entre la evolución del sector privado y las políticas autonómicas de financiación o de gestión?, ¿Qué rol juega el aumento del ingreso regional en el consumo privado de salud?, ¿y el envejecimiento poblacional?, ¿Cómo encaja este comportamiento en el resto de Europa? ¿Qué efectos puede tener el aumento del sector privado –en algunas regiones más que en otras– sobre la cuestión de equidad? ¿Es sostenible el sistema sanitario público de provisión pública, o se deben impulsar modelos mixtos?

Fuentes

Eurostat. 2024. *Hospital beds by function and type of care [hlth_rs_bds1]*. Última actualización: 11 de diciembre de 2024. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_bds1__custom_16487984/default/table?lang=en (Acceso: 29 de abril de 2025).

Fundación IDIS. 2024. *Aportando valor. Observatorio del Sector Sanitario Privado*. Disponible en: https://www.fundacionidis.com/folletos/IDIS_20240424vf.pdf (Acceso: 29 de abril de 2025).

Ministerio de Sanidad. 2023. *Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Tablas estadísticas. Principio de devengo (2002–2023).* Madrid: Secretaría de Estado de Sanidad, Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf (Acceso: 23 de julio de 2025).

Ministerio de Sanidad. 2024. *Catálogo Nacional de Hospitales. Información anual sobre años anteriores.* Gobierno de España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/ofertaRecursos/hospitales/aniosAnteriores.htm (Acceso: 29 de abril de 2025).

Ministerio de Sanidad. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud* (varios años). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNSAnosanteriores.htm

OECD. 2023. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponible en: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OECD. 2024. *OECD Data Archive: Health*. Disponible en: https://data-explorer.oecd.org (Acceso: 2 de febrero de 2025).

UNESPA. *Informes de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras* (varios años). Disponible en: https://www.unespa.es/que-hacemos/publicaciones/informes/

Vilar, Margarita; Pons, Jerònia. 2021. *Number of public and private hospitals and number of beds available in the Spanish sanitary system in 1986*. Zenodo. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.5793924

Bibliografía

Ahn, Namkee; Alonso, Javier; Herce, José A. 2003. *Gasto sanitario y envejecimiento*. Bilbao: Fundación BBVA. Disponible en: https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DT_2003_07.pdf

Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep. 2016. La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna. *Asclepio* 68(1): 127-143. DOI: https://doi.org/10.3989/asclepio.2016.06

Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep. 2020. De la descoordinación a la descentralización. La evolución del dispositivo hospitalario catalán durante el franquismo y la transición. En Damián González Madrid; Manuel Ortiz Heras (coord), *El estado del bienestar entre el franquismo y la transición*. Madrid: Sílex Ediciones, 231-258.

Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep; Perdiguero, Enrique. 2019. Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955–1978). En

María Isabel Porras; Lourdes Mariño; María Caballero (eds), *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 146-167.

Berger, Elke; Winkelmann, Juliane; Eckhardt, Helene; Nimptsch, Ulrike; Panteli, Dimitra; Reichebner, Christoph; Rombey, Tanja; Busse, Reinhard. 2022. A country-level analysis comparing hospital capacity and utilisation during the first COVID-19 wave across Europe. *Health Policy* 126(5): 373-381. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.009

Caballer-Tarazona, María; Vivas-Consuelo, Delfina. 2016. A cost and performance comparison of public private partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review* 6(1): 17. DOI: https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5

Caminal Homar, Josefina. 2000. *Las hospitalizaciones por «Ambulatory Care Conditions»: un indicador de la capacidad de resolución de la atención primaria de salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Conde, Víctor. 2001. Los últimos 20 años de los Centros Sanitarios en España. *Arbor* 170(670): 247-275. DOI: https://doi.org/10.3989/arbor.2001.i670.923

De Miguel, Jesús M. 1983. *Estructura del sector sanitario*. Madrid: Tecnos.

Eggleston, Karen; Shen, Yu-Chu; Lau, Joseph; Schmid, Christopher H.; Chan, Jason. 2008. Hospital ownership and quality of care: What explains the different results in the literature? *Health Economics* 17(12): 1345-1362.

Fernández, Paloma. 2021. How to evaluate the capacity of hospital system in a very long-term international comparative perspective? Hospital beds per inhabitant in Catalonia 1900s–2010s. *Journal of Evolutionary Studies in Business* 6(1): 182–226. DOI: https://doi.org/10.1344/jesb2021.1.j087

Goodair, Benjamin; Reeves, Aaron. 2024. The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet Public Health* 9(3): e199–e206. DOI: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3

Harris, Jeffrey E. 1977. The internal organization of hospitals: Some economic implications. *Bell Journal of Economics* 8(2): 467-482.

Jeurissen, Patrick; Kruse, Fabian M.; Busse, Reinhard; Himmelstein, David U.; Mossialos, Elias; Woolhandler, Steffie. 2020. For-profit hospitals have thrived because of generous public reimbursement schemes, not greater efficiency: A multi-country case study. *International Journal of Health Services* 51(1): 67-89. DOI: https://doi.org/10.1177/0020731420966976

Jing, Rize; Xu, Tingting; Lai, Xiaozhen; Mahmoudi, Elham; Fang, Hai. 2020. Technical efficiency of public and private hospitals in Beijing, China: A comparative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(1): 82. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph17010082

Kruse, Fabian M.; Stadhouders, Niek W.; Adang, Erwin M.; Groenewoud, Sophia; Jeurissen, Patrick P. T. 2018. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? *Health Policy* 122(9): 887-897.

Maarse, Hans. 2006. The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31(5): 981-1014. DOI: https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014

McKee, Martin; Healy, Judith (eds). 2002. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Mercille, Julien. 2018. Privatization in the Irish hospital sector since 1980. *Journal of Public Health* 40(4): 863-870. DOI: https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy027

Pons, Jerònia; Vilar, Margarita. 2014. *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Pons, Jerònia; Vilar, Margarita. 2019. The genesis, growth and organisational changes of private health insurance companies in Spain (1915–2015). *Business History* 61(3): 558-579.

Rosenau, Pauline V.; Linder, Steven H. 2003. Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. *Social Science Quarterly* 84(2): 219-241.

Tiemann, Oliver; Schreyögg, Jonas. 2012. Changes in hospital efficiency after privatization. *Health Care Management Science* 15(4): 310-326. DOI: https://doi.org/10.1007/s10729-012-9193-z

Vilar, Margarita; Pons, Jerònia (eds). 2018. *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886–1986)*. Barcelona: Marcial Pons Historia.

Villa, Stefano; Kane, Nancy. 2013. Assessing the impact of privatizing public hospitals in three American states: Implications for universal health coverage. *Value in Health* 16(S1): S24-S33. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.003

Yip, Winnie; Hsiao, William. 2014. Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery. *The Lancet* 384(9945): 805-818. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61120-X

Notas

1. El descenso inicial de Navarra es un evento puntual por la reclasificación de la Clínica Universitaria de Navarra, de privada no benéfica a privada benéfica. No obstante, eliminando este efecto, la tendencia es decreciente. Ver material suplementario.
2. El valor del eje vertical de Navarra está afectado por los altos niveles de camas privadas lucrativas durante los primeros años, que cambia con la reclasificación de la Clínica Universitaria de Navarra, de privada no benéfica a privada benéfica, en 1990 (ver material suplementario). No obstante, eliminando este efecto, Navarra registra un descenso del porcentaje de camas lucrativas.