

*La formación histórica de hospitales independientes sevillanos durante el siglo XX y su incorporación a los grandes grupos hospitalarios en el siglo XXI**

Elena García Cruz

Universidad de Sevilla
egcruz@us.es

Jerònia Pons Pons

Universidad de Sevilla
jpons@us.es

Cristina Ceballos Hernández

Universidad de Sevilla
ccebillos@us.es

Resumen: A partir de la primera mitad del siglo XX, muchos médicos especialistas crearon pequeñas clínicas y hospitales en las principales ciudades españolas, entre ellas Sevilla, para atender la demanda de las clases adineradas. El objetivo de este artículo es el estudio del proceso mediante el cual estas pequeñas empresas hospitalarias independientes fueron creciendo hasta ser absorbidas a finales del siglo XX por grandes grupos hospitalarios en manos del capital financiero. Para entender el proceso de forma histórica, el estudio se centra en la oferta de empresas hospitalarias privadas creadas en Sevilla y su integración final en grupos hospitalarios nacionales.

Palabras clave: hospital, empresas, salud, Sevilla, beneficencia, gestión hospitalaria.

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

Abstract: From the first half of the twentieth century, many specialist doctors created small clinics and hospitals in major Spanish cities, including Seville, to meet the demands of the wealthy. The aim of the paper is to study the growth of these small independent hospital companies and their absorption into large hospital groups backed by financial capital at the end of the twentieth century. To understand the process historically, the study focuses on the supply of private hospital companies created in Seville and their final integration into national hospital groups.

Keywords: hospital, companies, health, Seville, charity, hospital management.

Introducción

En los últimos cien años la cobertura hospitalaria ha disfrutado de una importante mejora vinculada al desarrollo del estado de bienestar¹. De la beneficencia pública que cubría a un escaso porcentaje de población, la certificada como pobre, se ha pasado a un sistema prácticamente universal en una parte de los países industrializados occidentales y los países del este de Europa, con un modelo de economía planificada². La financiación de la sanidad pública y, dentro de ella, de los sistemas hospitalarios presentó modelos históricos distintos³. Por una parte, se desarrolló el modelo anglosajón basado en la financiación a través de los impues-

¹ El proceso de adopción del estado de bienestar ha sido largo. Las primeras formas de cobertura de la salud se dieron antes de la Segunda Guerra Mundial con un modelo de economía mixta del bienestar que consistía en la acción de la familia, diferentes formas de solidaridad procedentes de la propia sociedad, primeras intervenciones de los Estados y del propio mercado. Véase Bernard HARRIS: *The Origins of the British Welfare State: Social Welfare in England and Wales, 1800-1945*, Londres, Palgrave Macmillan, 2008.

² Sobre el sistema Semashko introducido en el sistema soviético y en el resto de los países de Europa del Este puede consultarse William BARTLETT, Jadranka BOZIKOV y Bernd RECHEL (eds.): *Health Reforms in South-East Europe*, Londres, Palgrave Macmillan, 2012.

³ La evolución de diferentes modelos hospitalarios en Martín GORSKY, Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS (eds): *The Political Economy of the Hospital in History*, Huddersfield, University of Huddersfield Press, 2020. Recuperado de internet (<https://unipress.hud.ac.uk/plugins/books/26/>, consultado el 12 de diciembre de 2024).

tos⁴; por otra, el sistema bismarckiano a través de la seguridad social y un sistema contributivo⁵. Quedaría al margen el sistema liberal con un dominio del mercado privado⁶. En el segundo modelo podríamos incluir a España. Por supuesto, la realidad se construyó de forma mucho más compleja, dependiendo del desarrollo histórico de cada país o región, en especial del papel que tuvo durante la primacía del sistema público la empresa privada⁷. Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI, las políticas neoliberales, los recortes de inversión pública y, finalmente, la pandemia de COVID-19 han degradado la situación de los hospitales públicos⁸. Paralelamente, y aprovechando la situa-

⁴ Martin GORSKY: «Public, Private and Voluntary Hospitals: Economic Theory and Historical Experience in Britain, c1800-2010», en Martin GORSKY, Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS (eds.): *The Political Economy of the Hospital in History*, Huddersfield, University of Huddersfield Press, 2020, pp. 181-220.

⁵ Para el modelo bismarckiano, véase el caso de Alemania en Axel C. HÜNTERLMANN: «Principles of Hospital Funding in Germany in the Twentieth Century», en Martin GORSKY, Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS (eds.): *The Political Economy of the Hospital in History*, Huddersfield, University of Huddersfield Press, 2020, pp. 95-136. Para Francia, véase Christian CHEVALIER: *L'hôpital dans la France du XX^e siècle*, París, Perrin, 2009.

⁶ Tras la Segunda Guerra Mundial, los Estados aceleraron su intervención en Europa, manteniendo la prevalencia del mercado en países como Estados Unidos. Véanse John E. MURRAY: *Origins of American Health Insurance. A History of Industrial Sickness Funds*, New Haven-Londres, Yale University Press, 2007, y David T. BEITO: *From Mutual Aid to the Welfare State. Fraternal Societies and Social Services, 1890-1967*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2020.

⁷ Es el caso de Cataluña, donde primaron desde sus inicios los hospitales privados. Paloma FERNÁNDEZ PÉREZ y Alfons ZARZOSO: «Introduction. A Mixed Model of Hospital Services: Catalonia, 1870s-2010s», *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1) (2021), pp. 1-29, y Josep BARCELÓ y Josep M. COMELLES: *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya*, Barcelona, Col·legi de Metges de Barcelona, 2020.

⁸ Estos cambios y el crecimiento del seguro de salud privado pueden verse para Reino Unido en Yvonne DOYLE y Adrian BULL: «Role of Private Sector in United Kingdom Health Care System», *The BMJ*, 321(7260) (2000), pp. 563-565; para Francia, Thomas BUCHMUELLER y Agnes COUFFINHAL: «Private Health Insurance in France», *OECD Health Working Papers*, 12 (2012), pp. 1-29. Recuperado de internet (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-france_555485381821, consultado el 12 de diciembre de 2024); para el caso de Suecia, John LAPIDUS: *The Quest for a Divided Welfare State: Sweden in the Era of Privatization*, Cham, Palgrave Macmillan, 2019; *id.*: «Privatising, Liberalising and Dividing a Welfare State Without Affecting Universality? Debunking the Myths Surrounding the Rapid Rise of Private Health Insurance in Sweden», *Health Econo-*

ción de la sanidad pública, ha habido un incremento de los hospitales privados vinculados a los fondos de capital, la banca y otros inversores que han encontrado un negocio más en la salud privada. Los grupos hospitalarios, con sus propias palabras, abordan hoy nuevas estrategias para seguir creciendo, centrándose en adquisiciones selectivas, nuevos proyectos, internacionalización y alianzas estratégicas⁹. Esta situación justifica la importancia de este trabajo, que se centra en la creación de las empresas hospitalarias durante el siglo XX y su funcionamiento como hospitales gestionados por los propios médicos. Entendemos por hospital independiente aquel que funciona como una empresa autónoma sin pertenecer a un grupo hospitalario, al margen del tipo de paciente que atiende. Normalmente es privado o cubierto por compañías de seguro privado, pero también puede asistir a pacientes de la sanidad pública a través de los conciertos. En la parte final del trabajo se hace un análisis del cambio con la creación de grupos hospitalarios que fueron absorbiendo a los hospitales independientes durante el siglo XX¹⁰.

Existen algunos trabajos en este sentido a nivel nacional¹¹, pero hacen falta estudios a nivel provincial, con casos concretos, que analicen esta estrategia. Para este estudio se ha elegido el caso sevillano. A diferencia de otras provincias españolas, Sevilla contaba, en el primer Catálogo Nacional de Hospitales (año 1963), con muy

mics, Policy, and Law, 17(4) (2022), pp. 364-79, y para Canadá, Jeremiah HURLEY y G. Emmanuel GUIDON: «Private Health Insurance in Canada», *CHEPA Working Paper Series*, 8(4) (2008), pp. 1-38.

⁹ Vanesa VALVERDE: «Los grupos hospitalarios abordan nuevas estrategias de consolidación», *Alimarket* (2022), <https://www.alimarket.es/sanidad/noticia/355673/los-grupos-hospitalarios-abordan-nuevas-estrategias-de-consolidacion> (consultado el 12 de diciembre de 2024).

¹⁰ Para más información sobre el crecimiento de los grupos hospitalarios privados en Europa y España, véase Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «The Penetration of Financial Capital and the Growth of Private Hospital Groups in Europe: The Case of Spain (1975-2022)», *Medical History*, 66(4) (2022), pp. 339-359.

¹¹ Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «El avance del sector privado en el sector hospitalario español: una primera aproximación (1943-2021)», en Carlos BARCIELA y Giovanni Luigi FONTANA (dirs.), y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS (eds.): *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alicante, Publicaciones Universitat d'Alacant, 2022, pp. 411-436.

pocas camas hospitalarias privadas para cada mil habitantes. Concretamente, el número era de 0,68 frente a las 7,7 que tenía Tarragona, las 4,22 de Barcelona o las 8,82 de Guipúzcoa¹². Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas provincias con un número de camas privadas bastante elevado tenían algo en común: habían heredado una red de sanatorios y clínicas privadas, muchas de carácter empresarial o mutual, fundadas antes de la Guerra Civil. Por tanto, el modelo español es más complejo. Por un lado, encontramos las provincias que ya en el periodo prebélico tenían una importante red de centros privados con un número de camas notable y, por otro, las que tenían pocos, pero sobre todo de tamaño pequeño y con un número reducido de camas, como el caso de Sevilla. Tomaremos, por tanto, este ejemplo para estudiar cómo se ha pasado de tener un sistema hospitalario privado escaso en la provincia sevillana a otro donde los grupos hospitalarios se han interesado, a finales del siglo XX, en extender su negocio. Para abordar este objeto de estudio hay que centrarse además en fuentes provinciales. Por ello, se han consultado fuentes públicas (catálogos de hospitales) y fuentes de origen privado (registro mercantil), además de informes, bases de datos y prensa para reconstruir el proceso de crecimiento de los hospitales privados independientes y la aparición y absorción de los grupos hospitalarios a lo largo de cien años.

La consolidación de los hospitales benéficos de finales del siglo XIX y la aparición de los hospitales independientes antes de la Guerra Civil

A finales del siglo XIX apareció en Europa, en general, y también en América del Norte la idea de un hospital social u hospital interclasista; en otras palabras, un hospital que superaba la idea concebida hasta ese momento del típico hospital de origen benéfico y que estaba exclusivamente dirigido a pobres y desamparados. El

¹² Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del franquismo (1942-1963)», en Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS (eds.): *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español*, Madrid, Marcial Pons Historia, 2018, pp. 179-262.

nuevo hospital interclasista se dirigía a todas las clases sociales, incluidas las clases medias y altas, garantizando la mejora en el trato, las condiciones y la atención al paciente. La transición a este nuevo tipo de hospital, para todos, se produjo en España con retraso respecto a nuestros vecinos europeos, donde comenzaron a desarrollarse estas tendencias desde finales del siglo XIX¹³. En el caso español tendríamos que esperar varias décadas más para que arraigase esta iniciativa. La aprobación del Seguro Obligatorio de Enfermedad y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 supondrían el inicio del cambio en el sistema sanitario, pero sus resultados fueron limitados debido a las deficiencias en sus modelos de financiación y de gestión¹⁴. Es por ello por lo que, al término del siglo XIX, el sistema hospitalario sevillano estaba integrado todavía por la superposición de hospitales medievales y modernos, reorganizados tras las desamortizaciones por la beneficencia liberal y vinculados a dos instituciones públicas: diputaciones y ayuntamientos (tabla 1)¹⁵. Se trataba de hospitales centrados en la población calificada de pobre y cuyas instalaciones estaban en bastante mal estado, con escasa dotación de médicos y con una baja medicalización.

La infraestructura hospitalaria decimonónica permaneció sin prácticamente cambios durante los últimos años de la Restauración y la dictadura de Primo de Rivera, en un momento en que el ritmo de crecimiento de la población de la provincia era similar al de la media del Estado. Sin embargo, Sevilla experimentó un crecimiento

¹³ Víctor Manuel NÚÑEZ-GARCÍA: «Los hospitales como epicentro de las políticas de salud. Aspectos sociales y políticos a partir de una pandemia», *Ayer*, 130 (2023), pp. 345-360. Para más información sobre el auge del hospital interclasista, véanse Yves HORRENT, Michel ORIS, Paul SERVAIS y Karel VELLE: «La population des grands hôpitaux universitaires belges au début du XIX^e à la fin du XX^e siècle», *Annales de Démographie Historique*, 1 (1994), pp. 217-236, e Isabelle VON BUELZINGSLOEWEN: «Pour une sociologie des populations hospitalisées: le recours à l'hôpital dans l'Allemagne du premier XIX^e siècle», *Annales de Démographie Historique*, 1 (1994), pp. 303-316.

¹⁴ Damián A. GONZÁLEZ MADRID y Manuel ORTIZ HERAS (coords.): *El estado del Bienestar. Entre el franquismo y la Transición*, Madrid, Sílex, 2020.

¹⁵ Sobre los hospitales sevillanos durante el periodo medieval y moderno pueden consultarse Juan I. CARMONA GARCÍA: *El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*, Sevilla, Publicaciones de la Excelentísima Diputación Provincial de Sevilla, 1979, y María del Carmen GIMÉNEZ MUÑOZ: *Las instituciones sanitarias en Sevilla (1850-1900)*, Sevilla, Publicaciones de la Excelentísima Diputación Provincial de Sevilla, 2007.

TABLA 1
Hospitales en Sevilla a finales del siglo XIX

<i>Tipo de beneficencia</i>	<i>Hospitales</i>	<i>Asilos</i>	<i>Otras instituciones de beneficencia</i>
Provincial	<ul style="list-style-type: none"> – Hospital de las Cinco Llagas – Hospital de San Lázaro – Hospital del Santísimo Cristo de los Dolores o del Pozo Santo 	<ul style="list-style-type: none"> – Hospicio provincial 	<ul style="list-style-type: none"> – Casa Provincial de Expósitos (más conocida como Casa Cuna) – Manicomio de Miraflores – Centro Provincial de Vacunación
Municipal		<ul style="list-style-type: none"> – Asilo de Mendicidad de San Fernando – Albergue de desvalidos de Capuchinos (dependiente del Asilo de San Fernando) 	<ul style="list-style-type: none"> – Casas de Socorro – Beneficencia domiciliaria – Junta Parroquial de Beneficencia y de Sanidad
Beneficencia particular	<ul style="list-style-type: none"> – Hospital de Nuestra Señora de la Paz o San Juan de Dios – Hospital de Venerables Sacerdotes – Hospital de San Bernardo – Hospital de la Caridad – Hospital del Buen Suceso 	<ul style="list-style-type: none"> – Asilo de Niñas Huérfanas de la Sociedad de Señoras de San Vicente de Paul – Casa de Arrepentidas – Asilo de ancianos desvalidos (de las Hermanitas de los Pobres) 	<ul style="list-style-type: none"> – Beaterio de la Santísima Trinidad – Casa de Hermanas de la Cruz – Sociedad Francesa de Beneficencia en Sevilla

Fuente: elaboración propia a partir de Manuel GÓMEZ ZARZUELA: *Guía de Sevilla, su provincia, &c. para 1881*, Sevilla, Imprenta y Litografía de José M. Ariza, 1881, y Servicio de Archivo y Publicaciones de la Diputación de Sevilla, Fondos y colecciones, Hospitales y centros benéficos, s. d., <https://wearchivo.dipusevilla.es/archivo-de-la-diputacion/fondos-y-colecciones/#collapse-2e7757b2-first-level-block-2-sections-1-section-2> (consultado el 1 de febrero de 2022).

muy acelerado en las siguientes dos décadas. Según los datos aportados por Arenas Posadas¹⁶, la población de la ciudad aumentó un 42 por 100 entre 1910 y 1920, frente al 9,5 por 100 de creci-

¹⁶ Carlos ARENAS POSADAS: *La Sevilla inerme: un estudio sobre las condiciones de vida de las clases populares sevillanas a comienzos del siglo XX (1883-1923)*, Écija, Editorial Gráficas Sol, 1992, p. 44.

miento nacional. En el año 1930 la población de Sevilla había conseguido duplicarse con respecto al año 1857 (pasando de 112.529 a 228.729), mientras que la nacional solo se había incrementado un 62,5 por 100. No obstante, el modelo de crecimiento poblacional de la ciudad andaluza estuvo muy marcado por dos factores: altos índices de mortalidad y la continua llegada de inmigrantes, lo que consiguió contrarrestar en parte las pérdidas de población.

Durante la dictadura de Primo de Rivera el crecimiento demográfico estuvo ligado a la afluencia de inmigrantes, que llegaron a Sevilla de las zonas rurales, cuyas cifras superaron las 72.000 personas, atraídas por la actividad económica de la ciudad, vinculada en gran parte a la exposición universal de 1929¹⁷. Por otro lado, si algo caracterizó el modelo demográfico sevillano durante la Restauración fueron los altos índices de mortalidad. No solo no seguía la tendencia a la baja de las tasas de mortalidad de otros países europeos, sino tampoco la de la media nacional. Mientras que en España en el año 1900 la tasa de mortalidad media era de 28,8 por 1.000 habitantes, en Sevilla capital seguía siendo de 34,4. Este estado de sobremortalidad continuó durante todo el primer tercio del siglo¹⁸. La primera de las causas de mortalidad entre la clase trabajadora de la capital andaluza fue la tuberculosis. Esta enfermedad adquirió en Sevilla una evolución creciente a lo largo de los años a diferencia del resto de España, donde se habían mejorado las condiciones de vida y la dieta alimentaria. El error en la lucha antituberculosa de esta ciudad fue considerar que era una enfermedad de pobres y, por tanto, las medidas que se tomaban se caracterizaron por su superficialidad¹⁹.

Por todo ello, podemos considerar reducidas las iniciativas hospitalarias de la época. Entre los escasos proyectos destaca la lucha antituberculosa. La creación, en 1913, de la Fundación del Real Patronato Nacional de Antituberculosos inició un proceso de expansión de hospitales especializados en la cura de esta enfermedad en toda España²⁰. Los centros que se dedicaron en Sevilla

¹⁷ Eduardo RODRÍGUEZ BERNAL: *Historia de la Exposición Iberoamericana de Sevilla de 1929*, Sevilla, Ayuntamiento de Sevilla, 1994.

¹⁸ Carlos ARENAS POSADAS: *La Sevilla inerme...*, pp. 44-65.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Juana FONT ARELLANO: «Los sanatorios del Patronato Nacional Antituberculoso. Soluciones constructivas para épocas de crisis», en *Actas del Séptimo Congreso*

a la lucha contra la tuberculosis, en el primer tercio del siglo XX, fueron el Dispensario Antituberculoso Provincial, la Casa Provincial de Expósitos, el Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, el Dispensario Antituberculoso Infanta Luisa y el Sanatorio El Tomillar²¹. Sin embargo, dentro de la oferta pública, a pesar del crecimiento de la población, la cobertura hospitalaria seguía dependiendo de hospitales benéficos con una infraestructura poco modernizada y con escasa medicalización, en especial para la población general.

Sí hubo en las primeras décadas del siglo XX un crecimiento de la oferta hospitalaria privada (tabla 2). Cabe distinguir las instituciones hospitalarias sin ánimo de lucro (vinculadas a instituciones benéficas como la Cruz Roja o la Iglesia) y otras que se constituyeron con ánimo de lucro. Entre los proyectos más destacados del primer grupo, iniciados por la Cruz Roja, cabe citar el Hospital Dispensario Infanta Luisa. Los servicios médicos dispensados eran totalmente gratuitos para las personas que acreditaran falta de medios y de abono de módicas tasas para contribuir al sostenimiento de los servicios para los de pago²². Otro de los proyectos destacados de esta época fue el Hospital Dispensario Victoria Eugenia, el cual fue inaugurado el 11 de noviembre de 1923 por los reyes Alfonso XIII y Victoria Eugenia. Anteriormente había funcionado como albergue de mendigos; la Cruz Roja tuvo que inver-

Nacional de Historia de la Construcción. Santiago de Compostela, 26-29 de octubre de 2011, Madrid, Instituto Juan de Herrera, 2011, pp. 407-414. Para más información sobre sanatorios antituberculosos en España, véanse Elena GARCÍA CRUZ y José MAYA GARCÍA: «El avance de la tuberculosis en España y cómo se combatió antes de la Guerra Civil: los sanatorios antituberculosos», en Carlos BARCIELA y Giovanni Luigi FONTANA (dirs.), y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS (eds.): *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alicante, Publicacions Universitat d'Alacant, 2022, pp. 333-360.

²¹ Véanse las siguientes obras del INE: *Anuario 1931. Movimientos de enfermos en los sanatorios antituberculosos durante el año de 1931*, Madrid, INE, 1931; *Anuario 1930. Asistencias prestadas durante el año 1930 en algunas de las instituciones antituberculosas de España*, Madrid, INE, 1930, y *Anuario 1920. Asistencias prestadas durante el año 1920 en algunas de las instituciones antituberculosas de España*, Madrid, INE, 1920.

²² Begon GARCÍA: «La condesa de Barcelona presidió los actos del cincuentenario del Hospital Infanta Luisa», *ABC*, 14 de enero de 1978, p. 21.

tir una gran cantidad de dinero para adaptarlo a su nueva función de hospital-dispensario²³.

TABLA 2

*Hospitales privados (benéficos y con ánimo de lucro)
construidos en Sevilla en el primer tercio del siglo XX*

<i>Nombre</i>	<i>Año</i>	<i>Dependencia patrimonial</i>
Hospital Dispensario Infanta Luisa	1903	Cruz Roja
Hospital Dispensario Victoria Eugenia	1923	Cruz Roja
Clínica María Auxiliadora	c. 1919	Privado
Clínica Santa Isabel	1920	Privado

Fuente: elaboración propia a partir de s. a: «Hospital Victoria Eugenia de Sevilla», *Historia*, <https://hospitalveugenia.com/el-hospital/historia/> (consultado el 16 de marzo de 2022); Begon GARCÍA: «La condesa de Barcelona...», p. 21; Enrique GARRO: «Una clínica modelo», *ABC*, 25 de marzo de 1919, p. 2, y Alberto Máximo PÉREZ CALERO: «La clínica Santa Isabel cumple 75 años», *ABC*, 28 de diciembre de 2002, p. 36, https://www.abc.es/sevilla/ciudad/sevi-clinica-santa-isabel-cumple-anos-200212280300-142127_noticia.html (consultado el 10 de abril de 2023).

La vertiente empresarial privada con ánimo de lucro se constituyó ante la demanda derivada de la clase adinerada. Estas empresas hospitalarias fueron fundadas por los médicos especialistas con el objeto de ofrecer intervenciones quirúrgicas, partos y otras especialidades. La oferta privada en Sevilla procedió de dos nuevos centros: la Clínica María Auxiliadora y la Clínica Santa Isabel, fundadas por médicos particulares. Esta última se constituyó en 1920 de la mano del catedrático de Cirugía Antonio Cortés Lladó y del ginecólogo especialista en partos y enfermedades de la matriz Blas Tello Rentero. La clínica experimentó un gran éxito, lo que provocó su ampliación y traslado en 1927. Sevilla y su provincia demandaban unas instalaciones y equipamiento mayor. El nuevo establecimiento ofrecía habitaciones privadas con pensión por precios que oscilaban entre 15 y 45 pesetas diarias y unas comodidades no ofertadas por

²³ «Historia. Hospital Victoria Eugenia de Sevilla», <https://hospitalveugenia.com/el-hospital/historia/> (consultado el 16 de marzo de 2022).

los hospitales públicos de la ciudad. El 30 de mayo de 1928 se registró el nombre comercial de «Clínica Santa Isabel» según certificado del Ministerio de Trabajo²⁴. Estos dos últimos hospitales se mantendrían como empresas independientes hasta finales del siglo XX y como propiedad de las familias fundadoras hasta los años setenta y ochenta, introduciendo lentamente la gestión profesional.

Esta situación diverge de otras provincias, donde la iniciativa privada fue más intensa, vinculada a un mayor crecimiento económico industrial. En este contexto, desde mediados del siglo XIX, y sobre todo ya en el siglo XX, aparecieron en Barcelona numerosas clínicas quirúrgicas privadas como respuesta a la creciente demanda de las clases medias urbanas. Por ello surgieron allí más de cincuenta clínicas quirúrgicas antes de la Guerra Civil²⁵. Tal y como afirma García Ferrandis, el caso de Valencia fue comparable al de Barcelona. Estas dos ciudades compartían varias semejanzas: insuficiencia del modelo benéfico, fuerte expansión económica desde finales del siglo XIX principalmente e inmigración de regiones vecinas. Todo ello provocó que algunos cirujanos valencianos decidieran llevar a cabo su actividad profesional en clínicas de su propiedad. A pesar de ello, desde finales del siglo XIX y hasta 1936 apenas se identificaron en Valencia media docena de clínicas quirúrgicas, a diferencia de la ciudad condal²⁶.

²⁴ Alberto Máximo PÉREZ CALERO: «La Clínica Santa Isabel cumple 75 años», *ABC*, 28 de diciembre de 2002, p. 36. Recuperado de internet (https://www.abc.es/sevilla/ciudad/sevi-clinica-santa-isabel-cumple-anos-200212280300-142127_noticia.html, consultado el 10 de abril de 2023).

²⁵ Alfons ZARZOSO ORELLANA: «Private Surgery Clinics in an Open Medical Market: Barcelona, 1880s-1936», *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1) (2021), pp. 67-113, e ID.: «Les clíniques quirúrgiques i la construcció del pacient hospitalari a la Barcelona del 1900», en Alfonso ZARZOSO ORELLANA y Josep BARCELÓ (eds.): *Barcelona hospitalària: la ciutat i els seus hospitals, segles XIV-XX*, España, MUHBA, 2023, pp. 311-334. Para más información sobre el caso de Barcelona, véanse Ignasi ARAGÓ MITJANS: *Els hospitals a Catalunya*, Barcelona, Imprenta Altés, 1967, y Paloma FERNÁNDEZ PÉREZ: «La gestió empresarial i l'organització científica del treball als grans hospitals del primer terç del segle XX. El cas de Barcelona en perspectiva internacional», en Alfonso ZARZOSO ORELLANA y Josep BARCELÓ (eds.): *Barcelona hospitalària: la ciutat i els seus hospitals, segles XIV-XX*, España, MUHBA, 2023, pp. 335-346.

²⁶ Xavier GARCÍA FERRANDIS: «Asepsia, clínicas "particulares" y beneficencia pública: hacia un modelo asistencial dual en la ciudad de Valencia (1882-1936)», *Dynamis*, 41(1) (2022), pp. 125-152.

En cuanto al País Vasco, a partir de mediados del siglo XIX experimentó un desarrollo económico que provocaría cambios en su oferta hospitalaria. En la zona industrial de Vizcaya, los trabajadores comenzaron a reivindicar mejoras laborales, lo que provocó que algunos empresarios propiciaran la aparición de centros hospitalarios sobre todo en la zona de Altos Hornos de Vizcaya, teniendo siempre estas iniciativas carácter voluntario por parte de los empresarios²⁷. Por tanto, queda patente la diversidad entre las distintas provincias españolas respecto a la presencia de hospitales privados en función de su desarrollo económico y social en este periodo. Se remarca el hecho de que Sevilla se encontraba muy atrasada con respecto a muchas de ellas, puesto que su entramado económico y social no demandaba este tipo de negocios hospitalarios.

La intervención estatal en la cobertura sanitaria y la fundación de hospitales privados durante la dictadura franquista (1939-1975)

La dictadura de Franco intentó solucionar la precaria cobertura pública de salud, con respecto a los países del entorno, implantando el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942. Esta ley constituyó la base del modelo de la nueva política social del franquismo, que en gran parte se redujo a la propaganda y tardó en dar resultados por la escasa financiación debido a la autarquía y a la persistencia de un sistema de financiación regresivo. El coste se trasladó a los propios trabajadores. Para ello se aprovecharían las infraestructuras disponibles y se realizarían acuerdos con las empresas privadas. En 1944 el Instituto Nacional de Previsión (INP) no tenía personal suficiente que se pudiera hacer cargo de la gestión del SOE, ni tampoco suficientes centros donde prestar asistencia sanitaria. Consecuentemente, hubo que adoptar dos medidas. Por un lado, aprobar un decreto por el que se creaba un sistema de colaboración con entidades privadas para la gestión del SOE. Cuando el INP pidió la colabora-

²⁷ Pedro María PÉREZ CASTROVIEJO: «La formación del sistema hospitalario vasco: administración y gestión económica, 1800-1936», *Transportes, Servicios y Telecomunicaciones*, 3 (2002), pp. 73-97. Aunque menos estudiado para el caso de Madrid, véase Julián ÁLVAREZ-SIERRA: *Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, Madrid, Sección de Cultura e Información-Artes Gráficas Municipales, 1952.

ción de estas entidades para la implantación del seguro aceptaron, puesto que la colaboración supuso unos ingresos adicionales. Por otro lado, la segunda medida que se aprobó fue el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias (PNIS), el cual tenía el objetivo de construir 16.000 camas en dos etapas de cinco años cada una²⁸. La primera construcción se inició en 1948. De las 72 obras que se realizaron en la primera etapa del PNIS (hasta finales de 1953), solo una se construyó en Sevilla. Una residencia cuyas obras se iniciaron en 1950 con el proyecto de Juan de Zavala, ejecutado por la empresa Agroman, S. A, y que contó con una capacidad máxima de 600 camas. De las 35 residencias construidas en esta etapa solo las de Barcelona y Bilbao tenían un número de camas superior. Esta residencia sevillana es la conocida como Residencia Sanitaria García Morato, la cual se inauguró el 22 de enero de 1955²⁹.

En 1958, diez años después de que se iniciara la ejecución del Plan de Instalaciones, el INP tenía 34 residencias en funcionamiento y 10 residencias provisionales, junto con 53 ambulatorios permanentes y 259 provisionales. El número de camas de nueva creación se había ido incrementando: en 1958 había 8.952 camas en residencias terminadas y 453 en residencias provisionales; sin embargo, era un número escaso en comparación con el objetivo de 16.000 camas planteado en la revisión del Plan en 1947³⁰. En el momento de la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social había en España 541 hospitales públicos y 1.037 privados. Ahora bien, la composición de la red hospitalaria en cada ciudad era diferente: en Barcelona, Guipúzcoa o Vizcaya, los sanatorios y clínicas que predominaban eran privados, frente a ciudades como Madrid, Sevilla o Valencia, en las que la proporción de hospitales públicos y privados era más equilibrada³¹.

²⁸ Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «Competition and Collaboration Between Public and Private Sectors: The Historical Construction of the Spanish Hospital System (1942-1986)», *Economic History Review*, 72(4) (2019), pp. 1384-1408.

²⁹ Jerònia PONS PONS y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ, *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica (1880-2010)*, Zaragoza, Prentice Hall, 2014.

³⁰ Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «Competition and Collaboration...».

³¹ Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «El sistema hospitalario público y privado...».

Dentro de la clasificación de hospitales privados del catálogo de 1963, según su dependencia patrimonial, existían los fundados por la Iglesia y la Cruz Roja, los benéficos particulares y los propiamente denominados centros privados con ánimo de lucro. En Sevilla había 16 centros privados en 1963 y tres más repartidos en su provincia. Teniendo en cuenta que el total de hospitales privados (benéficos y con ánimo de lucro) de la provincia de Sevilla eran 26, representaban el 73 por 100 de estos, aunque el número de camas de estos centros privados solo representaba el 47 por 100 del total (400 camas sobre el total de 840) (tabla 3). Es innegable que hubo un crecimiento en el número de centros privados de Sevilla una vez que terminó la Guerra Civil. El motivo de este aumento radica en el hecho de que el nuevo tipo de hospital público, el hospital interclasista, que ya estaba extendido por gran parte de Europa, no lo había hecho aún en muchas regiones españolas. Esa falta de un hospital a donde poder acudir con independencia de la clase social provocó que apareciesen en Sevilla cada vez más hospitales privados que atenderían a las clases medias y altas que podían permitírselo.

TABLA 3
Hospitales privados en la provincia de Sevilla en 1963

<i>Hospital</i>	<i>Población</i>	<i>Núm. de camas</i>	<i>Fun.*</i>	<i>Dep. Patrim.</i>
Hospital de la Santa Resurrección de Nuestro Señor Jesucristo	Utrera	60	H-A	Benéficos
Hospital Dispensario Victoria Eugenia	Sevilla	120	Q	Cruz Roja
Hospital Dispensario Infanta Luisa	Sevilla	34	Q	
Sanatorio Nuestro Padre Jesús del Gran Poder	Sevilla	160	Q	Iglesia
Casa de San Vicente de Paúl	Sevilla	20	H-A	
Hospital de la Santa Caridad	Lebrija	16	G	
Institución Benéfica del Sagrado Corazón	San Juan de Aznalfarache	30	H-A	

<i>Hospital</i>	<i>Población</i>	<i>Núm. de camas</i>	<i>Fun.*</i>	<i>Dep. Patrim.</i>
Clínica de Nuestra Señora de Fátima	Sevilla	48	Q	Privado
Clínica María Auxiliadora	Sevilla	45	Q	
Clínica Santa Isabel, S. L.	Sevilla	30	Q	
Clínica Nuestra Señora de los Reyes, S. L.	Sevilla	24	Q	
Clínica Nuestra Señora del Rosario	Sevilla	24	Q	
Clínica Nuestra Señora de la Salud	Sevilla	16	Q	
Clínica San Rafael	Sevilla	10	Q	
Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Sevilla	9	Q	
Clínica de la Concepción	Sevilla	8	Q	
Clínica La Montaña	Sevilla	8	Q	
Clínica San Ignacio de Loyola	Sevilla	6	Q	
Clínica Nuestra Señora de la Regla	Sevilla	18	Q	
Clínica Doctor Recaséns, S. L.	Sevilla	29	M	
Instituto Doctor Sacristán	Sevilla	25	MN	
Residencia del Doctor Guija	Sevilla	29	MN	
Clínica Nuestra Señora del Amparo	Sevilla	21	Q	
Residencia Aljarafe	Albaida de Aljarafe	10	MN	
Residencia Nuestra Señora del Carmen	Castilleja de la Cuesta	9	MN	
Hospital de Santa Catalina	Lora del Río	31	H-A	
Total de camas		840		

* Funciones: G = General, H-A = Hospital-Asilo, M = Maternidad, MN = Mental, Q = Quirúrgico.

Fuente: elaboración propia a partir de la información de la orden de 19 de abril de 1966 por la que se publica el Catálogo de Hospitales (31 de diciembre de 1963), BOE, núm. 140, 13 de junio de 1966, pp. 7389 a 7427.

Un papel reseñable del sector hospitalario privado sin ánimo de lucro lo tuvo la Cruz Roja en España. En la provincia de Sevilla había dos hospitales de esta organización, los cuales sumaban 154 camas y representaban el 18 por 100 del total de la provincia (tabla 3). Ambos edificios se construyeron en el primer tercio del siglo (tabla 1). Mayor dinamismo encontramos en el sector privado con ánimo de lucro. En los años cincuenta y sesenta del siglo XX se dieron numerosas iniciativas, sobre todo de hospitales quirúrgicos, aunque hay escasa información sobre algunas de ellas. El catálogo de 1963, publicado en 1966, recoge, además de las constituidas en el periodo anterior, un grupo de pequeñas clínicas con una función quirúrgica. Creadas por médicos, se constituyeron como sociedades limitadas ante notario y, en todo caso, pasados los años se inscribieron en la Cámara de Comercio; tardarían mucho en inscribirse en el Registro Mercantil (tabla 3). En general, estas clínicas tenían contratos con comunidades religiosas que se encargaban de la atención de enfermería y servicio de mantenimiento. Una de las más tempranas en constituirse fue la Clínica Nuestra Señora de los Reyes, fundada en 1940 por los doctores sevillanos Pedro Díaz Tenorio, Pedro de Castro García, Salvador Fernández Álvarez, Antonio Leal Castaño (traumatólogo) y Francisco Navarro López, quien sería su director hasta su muerte en 1969³². Esta clínica fue famosa por la atención a los toreros de la Maestranza y a los futbolistas del Betis y del Sevilla, puesto que el médico de este último equipo fue Antonio Leal Castaño³³ y Francisco Navarro López fue el decimoctavo presidente del Betis. La clínica cerró sus puertas en 1975³⁴.

En los años cincuenta se unió una nueva clínica privada: la Clínica de Fátima. Un grupo de médicos instalados en Sevilla capital³⁵

³² S. a.: «Francisco Navarro López», en Enrique BARRERO GONZÁLEZ (ed.): *Diccionario de ateneístas de Sevilla*, Sevilla, Ateneo de Sevilla, 2002-2005.

³³ Alejandro DELMÁS: «El sevillismo despidió ayer a Antonio Leal», *As*, 20 de mayo de 2002, https://as.com/masdeporte/2002/05/19/polideportivo/1021781772_850215.html (consultado el 7 de febrero de 2023).

³⁴ S. a.: «Cierre de una clínica famosa», *El Correo de Andalucía*, 23 de agosto de 1975.

³⁵ Luis López Portilla, Manuel Antonio Chamorro, Alejandro Chamorro, Teófilo López Pérez, Alfredo Hinestrosa, Miguel Guerrero Ruiz, Luis Olmedo Salazar, Carlos Rivas, Jorge Llinás, Iván Gonzales, Javier Pérez Viteri, Echeverri, Carlos Vela, Alonso Hoyos, José Salathiel Pérez, Gerardo Salas Rivera, Arturo Ordóñez,

se reunió el 4 de junio de 1954 para la constitución de una clínica en forma de sociedad limitada. Se formalizó su constitución ante notario el 15 de septiembre de 1954 con una junta directiva provisional integrada por los doctores Miguel Guerrero Ruiz, Alfredo Hinestrosa, Iván González y Alfonso Hoyos. Se designó como gerente a Miguel Guerrero Ruiz³⁶. Diez días después se firmó un contrato con la comunidad de las Hermanas Carmelitas Descalzas Misioneras para que entraran en la dirección de la clínica, en la gestión del personal de enfermería y en el mantenimiento. La clínica se inauguró el 10 de julio de 1955, y unos años después se constituyó como Clínica Nuestra Señora de Fátima, Ltd. (18 de noviembre de 1962)³⁷. Junto con esta, aparecieron otras once pequeñas clínicas quirúrgicas en la capital sevillana con características similares respecto a su composición, doctores especialistas, registros en notarías (pero no en los registros mercantiles), gestión diaria y atención de los pacientes en manos de comunidades de religiosas, lo que abarataba el coste ante la alternativa de enfermeras profesionales (tabla 3).

Coetáneamente a la publicación de la Ley de Bases de la Seguridad Social se fundó en Sevilla la Clínica Sagrado Corazón, la cual no aparece incluida en el catálogo. La primera vez que tenemos constancia de su existencia es en el año 1966³⁸. Fue fundada por el doctor José Arduán Castillo en torno a ese año, pero se desconoce la fecha concreta³⁹. Sin embargo, no se formalizó como una sociedad mercantil hasta el año 1986, cuando se inscribió en el Registro Mercantil de Sevilla. A ellas cabe añadir los centros especia-

Juan Bautista Ruiz, Horacio Noguera y Pedro Serrano. Para más información, véase s. a.: «Clínica Nuestra Señora de Fátima», *Historia*, <https://clinicafatima.co/historia/> (consultado el 6 de mayo de 2023).

³⁶ Escritura núm. 1494, de 15 de septiembre de 1954, Notaría Segunda del Circuito de Pasto, <https://clinicafatima.co/historia/> (consultado el 6 de mayo de 2023).

³⁷ S. a.: «Clínica Nuestra Señora de Fátima...».

³⁸ Federico MORALES PEDRAZA: «De interés para empresas y productores. Mutualidades laborales. Asistencia sanitaria para accidentados de trabajo a partir del 1.º de mayo», *ABC*, 29 de abril de 1966, p. 37.

³⁹ Antonio BURGOS: «Hospital vs. clínica», *ABC de Sevilla*, 7 de julio de 2016. Recuperado de internet (https://www.abc.es/opinion/sevilla/sevp-hospital-clinica-201607071021_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.abc.es%2Fopinion%2Fsevilla%2Fsevp-hospital-clinica-201607071021_noticia.html, consultado el 20 de junio de 2022).

lizados en maternidad, como la Clínica Doctor Recaséns, S. L. Manuel Recaséns Méndez-Queipo de Llano fue un médico ginecólogo, que formó parte de la tercera generación de una familia de médicos especialistas en ginecología, catedrático de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina de Sevilla⁴⁰. Junto a esta clínica de maternidad, en los años sesenta estuvieron operativos también dos psiquiátricos privados, el Instituto del Doctor Sacristán y la Clínica del Doctor Guija. Eduardo Morales Guija fue catedrático de Medicina Legal y Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla⁴¹. El psiquiátrico comenzó a funcionar como manicomio el 9 de febrero de 1957 y fue dirigido por él hasta su defunción, momento en que fue sustituido por su hijo hasta su cierre en 1974⁴².

La oferta privada en Sevilla en esta etapa creció para cubrir la demanda de las clases ricas, sin embargo, no lo suficiente para complementar la oferta pública, también limitada, manteniendo el número de camas andaluzas, y en concreto sevillanas, por debajo de la media nacional. La provincia de Sevilla contaba con 3,87 camas por mil habitantes en 1963, mientras que Málaga o Almería la superaban, con 4,61 y 3,92 camas por mil habitantes, respectivamente. A nivel de Andalucía, Sevilla sí que sobresalía de la media, que era de 3,76 camas por cada mil habitantes. Sin embargo, tanto Sevilla como Andalucía en conjunto quedaban por debajo de la media nacional, que era de 4,53 camas. En gran parte esta situación se debía a la escasa dotación pública, que no era compensada con la oferta privada. Esto diferencia a Sevilla, en concreto, y a Andalucía, en general, de regiones como el País Vasco o Cataluña, donde el peso de las camas privadas era muy alto. Por ejemplo, en el País Vasco el número total de camas era 9.932, de las cuales 5.028 eran públicas y 4.904 privadas, por lo que representaban proporciones muy iguales: un 51 por 100 las públicas y un 49 por 100 las privadas. En

⁴⁰ Feliciano ROBLES: «Manuel Recaséns Méndez-Queipo de Llano», entrada del blog *Sevillanos Ilustres*, publicada el 31 de marzo de 2019, <https://ilustressevillanos.blogspot.com/2019/03/manuel-recasens-mendez-queipo-de-llano.html> (consultado el 3 de marzo de 2023).

⁴¹ Juan L. CARRILLO: «La enseñanza de la medicina legal en Sevilla (1824-2006): nómina de catedráticos», *Cuad Med Forense*, 11(42) (2005), p. 265.

⁴² S. a.: «La Clínica del Doctor Guija», *Sevilla, misterios y leyendas* (2010), <https://sevillamisteriosyleyendas.com/la-clinica-del-doctor-guija/> (consultado el 5 de mayo de 2023).

el País Vasco había 7,24 camas por cada mil habitantes. En cambio, en Andalucía las camas públicas representaban un 79 por 100 y las privadas solo un 21 por 100⁴³.

La incorporación de los hospitales independientes a los grandes grupos hospitalarios españoles a partir de los años ochenta del siglo XX

La modernización del sistema hospitalario coincidió con el periodo democrático. Durante la primera legislatura nació el Ministerio de Sanidad (1977). Las bases para el cambio estaban puestas, pero faltaba la ley de sanidad, que no llegó hasta 1986. Se aprobó la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, y esta sentó las bases de dos procesos: modernizar la sanidad española y descentralizar su gestión en las comunidades autónomas. La proliferación de establecimientos hospitalarios, camas y personal sanitario en la cobertura pública impulsó una reconversión de la oferta hospitalaria privada. Durante los años setenta y ochenta parecía que el fortalecimiento de la Seguridad Social llevaría a la iniciativa privada a su hundimiento, sin embargo, esta aprovechó para complementar a lo público. Gracias a la diversificación de la oferta de productos, el interés del capital extranjero, la compra o construcción de clínicas por las compañías aseguradoras y la adopción de modelos mixtos de gestión privada y pública, la iniciativa privada consiguió fortalecerse y perdurar en este periodo⁴⁴.

A partir de la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 y de la modificación del sistema de financiación de la asistencia sanitaria, introducida por la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989, se incrementaron las aportaciones del Estado en la Seguridad Social. Se destinaba financiación no solo a las instituciones públicas, que se gestionaban directamente, sino también a insti-

⁴³ Datos calculados a partir del Catálogo Nacional de Hospitales de 1963, *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, núm. 140, 13 de junio de 1966, y de los datos de población por provincias en 1960 del INE.

⁴⁴ 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(1) (2018), pp. 261-290.

tuciones privadas como las mutuas de accidentes de trabajo o las de funcionarios y otras empresas sanitarias privadas, como los hospitales a través de los conciertos. Estos últimos provocaron el interés de las compañías de seguro y sus hospitales en participar en la distribución del gasto público⁴⁵. Gracias a los conciertos con las mutualidades de funcionarios se elevaron mucho las cifras del negocio de las compañías aseguradoras privadas, lo que provocó que fuese necesaria una reorganización. El primer paso fue la reducción del número de empresas en el sector mediante la absorción de agrupaciones y compañías locales, dando lugar a sociedades anónimas nacionales. Este fue el comienzo del moderno sistema hospitalario privado español hasta la concentración en los grandes grupos hospitalarios privados actuales⁴⁶. En Sevilla se inició, en los años ochenta, el proceso de introducción en el capital social de los hospitales, hasta ahora independientes, de compañías aseguradoras y grupos hospitalarios nacionales e internacionales. En este periodo varias empresas hospitalarias pasaron a formar parte de grandes grupos hospitalarios.

De los hospitales independientes citados, el primero en ser participado por un grupo hospitalario nacional fue la Clínica Santa Isabel. En el mes de enero del año 1973 la clínica cambió su denominación social de sociedad limitada a sociedad anónima. Los únicos socios de la sociedad limitada en ese momento eran los médicos Octavio Mulet Gurrea, Jesús Montero Marchena, Rafael Quesada Benavides, Felipe Martínez Pérez y Rafael López Sánchez; los cuales aportaron 750.000 pesetas de capital social, ampliándose en ese mismo mes por primera vez⁴⁷. Los socios, renunciando a su derecho de suscripción preferente, ofrecieron la nueva emisión a Isabel Tello Arévalo, hija de uno de los médicos fundadores de la clínica, Blas Tello Rentero, quien suscribió las acciones mediante la aportación

⁴⁵ Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «El avance del sector privado en el sector hospitalario español...».

⁴⁶ Para conocer el papel del sector privado en el sistema sanitario italiano, véase Daniela FELISINI y Fernando SALSANO: «Le imprese private nel sistema sanitario italiano», en Carlos BARCIELA y Giovanni Luigi FONTANA (dirs.), y Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS (eds.): *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alicante, Publicaciones Universitat d'Alacant, 2022, pp. 385-410.

⁴⁷ Archivo del Registro Mercantil de Sevilla (ARMS), Inscripción 1.ª, hoja 6343, fols. 58-68.

no dineraria de una finca de su propiedad en la calle Luis Montoto de Sevilla y cuyo valor alcanzaba los 2.000.000 de pesetas⁴⁸.

A finales del año 1984 se acordó aumentar el capital social de nuevo a través de la emisión de 7.500 acciones. La aseguradora ASISA suscribió 7.489 acciones⁴⁹; hasta 2016 la clínica siguió funcionando como lo había hecho siempre, aunque la mayor parte de su capital estaba ya en manos de la compañía de seguros de salud. En el momento en que ASISA, tras la ampliación de capital a finales de 2015, creó una filial hospitalaria denominada HLA, esta clínica comenzó a formar parte del grupo hospitalario HLA Lavinia⁵⁰.

La Clínica Sagrado Corazón fue adquirida también por un grupo hospitalario. Esta se inscribió en el Registro Mercantil de Sevilla el 27 de noviembre de 1986 como Clínica Sagrado Corazón, S. A., con domicilio en la avenida de Manuel Siurot, 49. Constituyeron la sociedad Manuel Morales López, José Antonio González Flores y José María Fernández González. El primero era capitán médico, en los años sesenta estaba en el servicio sanitario de la provincia de Ifni, en la costa occidental del actual Marruecos. En el año 1967 cesó en este servicio para reingresar en la Sanidad Militar⁵¹. En la década siguiente a la constitución como sociedad anónima de esta clínica se sucedieron diversos consejos de administración. Se tiene constancia de que en 1997 el único accionista de la sociedad era el Grupo CSC, S. A., titular del 100 por 100 del capital, de manera que parece evidente que se creó en algún momento anterior, aunque no haya datos en la hoja del Registro Mercantil de la clínica en cuestión⁵². El 16 de octubre de 1998 se celebró una Junta General Extraordinaria y Universal de Accionistas en la que se nombró un nuevo consejo de administración integrado por Jesús Repetto Jiménez, Gabriel Masfurroll Lacambra, Juan Ramón Arias Irigoyen, María Soledad Jorge Nebot y la entidad mercantil española United Surgical Partners Eu-

⁴⁸ ARMS, Inscripción 2.^a, hoja 6343, fols. 68-70.

⁴⁹ ARMS, Inscripción 16.^a, t. 605, hoja 6343, fols. 167-168.

⁵⁰ Archivo del Registro Mercantil de Madrid (ARMM), Inscripción 4.^a, t. 33688, hoja M-606437, fols. 86-89.

⁵¹ Orden de Presidencia de Gobierno de 24 de abril de 1967, *BOE*, núm. 110, 9 de mayo de 1967, p. 6091. El 29 de julio de 1967 se le concedió la cruz de mérito naval de primera clase con distintivo blanco. *BOE*, núm. 211, 4 de septiembre de 1967, p. 12403.

⁵² ARMS, Inscripción 6.^a, t. 1954, hoja SE-18623, fol. 32.

rope, S. L. Además, esta entidad fue nombrada consejera delegada. Hay que resaltar que de las cuatro personas que formaban parte del consejo de administración solo Jesús Repetto era médico⁵³; Gabriel Masfurrol se definía a sí mismo como emprendedor⁵⁴, y tanto Juan Ramón Arias como María Soledad Jorge se dedicaban a la administración de empresas hospitalarias.

Gabriel Masfurrol Lacambra, además de ser elegido vocal del consejo de administración de la Clínica Sagrado Corazón, S. A., presidía también en ese momento el consejo de administración de United Surgical Partners Europe, S. L. No hay constancia en el archivo del Registro Mercantil de que esta adquiriese acciones de la clínica⁵⁵. Sin embargo, en la prensa sí que se informó que la empresa United Surgical Partners Europe, S. L. (USPE), formalizó la compra de la Clínica Sagrado Corazón de Sevilla el mismo día 16 de octubre de 1998⁵⁶. Apenas siete meses después, el 20 de mayo de 1999, comenzó sus operaciones la sociedad unipersonal USP Andalucía, S. L., con domicilio en avenida de Manuel Siurot, 49, de Sevilla (mismo domicilio que la Clínica Sagrado Corazón, S. A.). Constituyó esta sociedad como único socio la compañía mercantil United Surgical Partners Europe, S. L. El capital social que se fijó para la nueva sociedad USP Andalucía, S. L., fue de 4.433.704 euros, divididos en el mismo número de participaciones sociales. Todas las participaciones que integraban el capital social fueron asumidas por el único socio, United Surgical Partners Europe, S. L., quien procedió a su desembolso de la siguiente forma: aportando todas las acciones o participaciones de las entidades de las que era plena propietaria. Una de las empresas de las que se aportaron las acciones, el Grupo CSC, S. A., era la sociedad que se constituyó en 1997 como

⁵³ Jesús REPETTO JIMÉNEZ realizó su tesis doctoral, *Estudio de la acetilcolinesterasa (ache) y la colinesterasa (che) en animales y humanos de la población andaluza. Su significación clínica*, en la Universidad de Sevilla en 1991, <https://idus.us.es/items/041eead1-0fcd-473f-b1fc-dd795fc811f6> (consultado el 12 de diciembre de 2024).

⁵⁴ Gabriel MASFURROL: «Sobre mí», <https://gabrielmasfurrol.com/sobre-mi/> (consultado el 5 de febrero de 2023).

⁵⁵ ARMS, Inscripción 7.ª, t. 1954, hoja SE-18623, fols. 32v-33v.

⁵⁶ S. a.: «Una multinacional de Estados Unidos compra la clínica Sagrado Corazón de Sevilla», *El País*, 17 de octubre de 1998. Recuperado de internet (https://elpais.com/diario/1998/10/17/andalucia/908576532_850215, consultado 22 de junio de 2022).

único accionista de la Clínica Sagrado Corazón, S. A. Es decir que Grupo CSC pasó de ser el único accionista de la clínica a estar en manos de USPE, cuando formalizó su compra en 1998, y después a formar parte del patrimonio de USP Andalucía, S. L., en 1999.

El 30 de junio de 1999 se suscribió un proyecto de fusión mediante la absorción, por USP Andalucía, S. L., de la Clínica Sagrado Corazón, S. A., y sus filiales. La sociedad absorbente pasó a denominarse Clínica Sagrado Corazón, S. L.⁵⁷ Hasta 2009 United Surgical Partners Europe, S. L., formó parte del consejo de administración de la nueva clínica⁵⁸. Al año siguiente USP Hospitales, S. L., se convirtió en el nuevo único socio de la Clínica Sagrado Corazón, al haber adquirido la totalidad de su cartera previa absorción del anterior socio único, United Surgical Partners Europe, S. L.⁵⁹ Finalmente, en febrero de 2014, Quirón Hospitales, S. L.⁶⁰, establecida en Madrid, absorbió la empresa Clínica Sagrado Corazón, S. L.⁶¹, cambiándole el nombre a Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, tal y como lo conocemos hoy en día. Por tanto, ante tanta complejidad en la historia de la antigua Clínica Sagrado Corazón de Sevilla se ha realizado una línea del tiempo donde se destacan los hechos más relevantes (figura 1).

Los grupos hospitalarios presentes en Sevilla no solo siguieron la estrategia de adquisición de hospitales independientes; en algunos casos optaron por la construcción de hospitales de nueva planta, como es el caso de los grupos Vithas⁶² o Viamed⁶³. Salvando estas excepciones, se confirma la tesis inicial de que en Sevilla la mayoría de los hospitales privados surgieron de la iniciativa de médicos, los cuales, ya bien iniciado el siglo XX, comenzaron a

⁵⁷ ARMS, Inscripción 3.^a, t. 2907, hoja SE-37.360, fols. 7v-10.

⁵⁸ ARMS, Inscripción 21.^a, t. 3957, hoja SE-37.360, fol. 202.

⁵⁹ ARMS, Inscripción 25.^a, t. 3957, hoja SE-37.360, fol. 205.

⁶⁰ Para conocer más a fondo la historia del grupo Quirónsalud, véase Margarita VILAR-RODRÍGUEZ y Jerònia PONS PONS: «The Penetration of Financial Capital...».

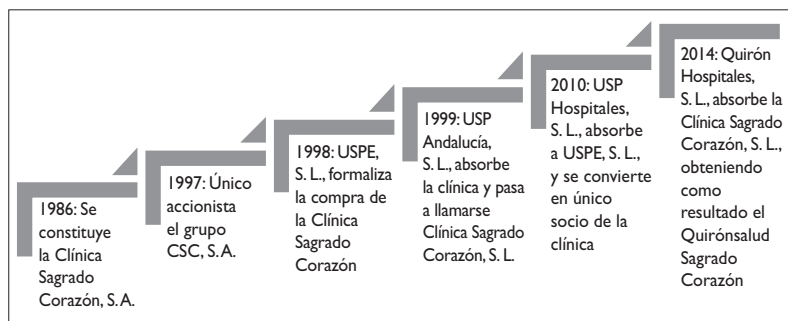
⁶¹ ARMS, Inscripción 47.^a, t. 5758, hoja SE-37.360, fol. 52.

⁶² Más información en M. J. PEREIRA: «Nisa busca suelo en Andalucía para construir su segundo hospital general en la región», *ABC*, 23 de enero de 2007, p. 61; A. F. LÉRIDA: «El hospital Nisa se une al grupo Vithas y anuncia nuevos servicios», *ABC*, 16 de noviembre de 2017, p. 22, e íd.: «El hospital privado Santa Ángela de la Cruz abrirá sus puertas en julio», *ABC*, 7 de mayo de 2010, p. 22.

⁶³ Ana JIMÉNEZ: «Entrevista al Dr. Lorenzo Chacón, jefe de ginecología», *ABC*, 7 de agosto de 2010, p. 24.

FIGURA 1

Transformaciones históricas de la Clínica Sagrado Corazón



Fuente: elaboración propia a partir de la información del Registro Mercantil de Sevilla citada en el presente epígrafe.

abrir sus propias clínicas para dar respuesta a las necesidades de las clases más pudientes en cuanto a atención médica. Hemos podido constatar cómo se repite el mismo patrón en la historia de cada uno de los hospitales sevillanos analizados: un médico o un grupo de ellos funda su propia clínica hasta que, transcurrido un tiempo, un grupo hospitalario, en manos de la banca o fondos de inversión, se interesa por ella, entrando en su gestión personas, casi siempre consejos de administración, que tendrán otra formación (empresarios, generalmente).

Como se ha podido comprobar, los grupos hospitalarios han ido incrementando su presencia en Sevilla en los últimos veinte años. Este interés no solo viene por prestar una mejor asistencia a las personas, sino también por participar cada vez más en los conciertos con la sanidad pública, gestionada por la comunidades autónomas. Hasta el 2021, de los hospitales nombrados a lo largo de la investigación son cinco los que tienen concierto con la sanidad pública: el Hospital Victoria Eugenia de la Cruz Roja Española, la Clínica HLA Santa Isabel, el Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, el Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz y el Hospital Nisa Sevilla-Aljarafe. Por lo tanto, se puede afirmar que las estrategias de crecimiento de los grupos hospitalarios van encaminadas

en muchas ocasiones a la compra de hospitales que tengan conciertos con lo público para así poder participar de los presupuestos de instituciones públicas en manos de los Gobiernos autónomos. No debe extrañar, por tanto, que *lobbies* como el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) defiendan la colaboración entre lo público y lo privado. Este instituto está patrocinado por los principales interesados en la colaboración: hospitales y clínicas privadas⁶⁴. Encontramos aquí, por tanto, una de las razones por las que los grupos hospitalarios están ganando terreno e importancia en la sanidad española y no solo en la sevillana. La actual situación del sistema sanitario público y su falta de capacidad, cada vez más marcada, para poder prestar una asistencia apropiada a los pacientes están provocando que esa situación sea aprovechada por los grupos hospitalarios. Desde finales del siglo pasado, y con mucha más fuerza en las primeras décadas del actual, estamos asistiendo a la expansión de los grupos hospitalarios por nuestro país, aprovechándose de las debilidades de nuestro sistema público para, con el pretexto de dar una asistencia de calidad e inmediata, conseguir para su negocio, además de la demanda privada generada por compañías de seguros y pacientes privados, una parte del gasto público mediante los conciertos.

Conclusiones

A lo largo del siglo XX, en especial en los años veinte y más tarde, en pleno franquismo, en las capitales de provincia de toda España, entre ellas Sevilla, los especialistas médicos crearon hospitales para cubrir la demanda de las clases ricas. Sus miembros no querían recurrir a las instalaciones de la beneficencia pública o estas no les cubrían las especialidades quirúrgicas o partos normales. Estos profesionales ocupaban cargos en la sanidad pública o militar en muchas ocasiones y en hospitales públicos, pero intuyeron un lucrativo negocio en la sanidad privada para una élite económica de

⁶⁴ El *lobby* IDIS se fundó en 2010 y lo forman las más importantes compañías de seguros de salud privadas, grupos hospitalarios privados y alguna farmacéutica. La relación completa en <https://www.fundacionidis.com/miembros/patronos> (consultado el 3 de mayo de 2023).

la sociedad. En los años setenta, los clientes de estos hospitales independientes se ampliaron con la incorporación de los pacientes de las mutualidades de funcionarios y con una parte de la clase media. En Sevilla, a las clínicas de principios de siglo, como la de Santa Isabel, se unirían en el franquismo la Clínica de Fátima o el Hospital Sagrado Corazón, entre otros. Estas clínicas eran gestionadas por los propios accionistas médicos, en quienes se unían, en ocasiones, propiedad y gestión.

La transición democrática y, más tarde, los cambios en la economía, la crisis y la globalización en sucesivas décadas propiciaron un cambio en el seguro de salud privado. Los propios hospitales independientes recibieron la atención del capital financiero, de las compañías de seguro generales y de los fondos de inversión. La salud, al igual que otros sectores como la educación o la vivienda, atrajo al capital financiero, que adquirió a los médicos sus participaciones en hospitales independientes con grandes beneficios e inició una reestructuración del sector. Este proceso se ha podido analizar de forma precisa en el caso de Sevilla, en la cual los hospitales independientes como el Sagrado Corazón formaban parte, primero, de USP y, más tarde, del grupo Quirónsalud (en manos de un fondo de inversión alemán), o la Clínica Santa Isabel, en manos de ASISA y de su filial el grupo hospitalario HLA. El negocio de la salud creció y estos grandes grupos hospitalarios profesionalizaron la gestión y reducen en sus cuadros directivos a los médicos. Estos grupos hospitalarios no solo han incrementado su cuota de negocio a través de pólizas *low cost*, sino que se han agrupado en *lobbies* para defender sus intereses, entre otros, «colaborar» con la sanidad pública a través de los conciertos y otro tipo de acuerdos. Los conciertos, el papel de los inversores en la gestión de estos hospitales frente al papel de los médicos, entre otros temas, abren nuevas y amplias posibilidades de investigación para el futuro.