



**X Congreso Internacional de la AEHE
8, 9 y 10 de Septiembre 2011
Universidad Pablo de Olavide
Carmona (Sevilla)**

TÍTULO: Cobertura sanitaria y funcionamiento asistencial de una asociación migratoria: la Sociedad de Beneficencia Española de México (1910-1936)

SESIÓN: Seguros Privados versus Seguros Públicos en España (1900-2010)

AUTORA: Alicia Gil

INSTITUCIÓN ACADÉMICA: Universidad de Sevilla

Cobertura sanitaria y funcionamiento asistencial de una asociación migratoria: la Sociedad de Beneficencia Española de México (1910-1936)

Alicia Gil Lázaro
Universidad de Sevilla

Las asociaciones voluntarias asistenciales de los emigrantes españoles en América Latina en el tiempo de la gran oleada migratoria (*ca.* 1850-1930) presentan, en líneas generales, dos modalidades: las sociedades mutualistas o de socorros mutuos, concebidas a partir de los lineamientos solidarios decimonónicos de las *friendly societies* anglosajonas y expandidas en la península ibérica a lo largo de las últimas décadas del siglo XIX¹; y las sociedades de beneficencia, provenientes de modelos asistenciales religiosos de antiguo régimen muy extendidos en el viejo continente, e inspiradas en el principio de la caridad cristiana.

Las sociedades de socorros mutuos de los inmigrantes funcionaban a través de un sistema de previsión para enfermedades mediante el pago de cuotas periódicas de los miembros². Este sistema, según Alejandro Fernández, perseguía mejorar las condiciones higiénicas y asistenciales de sus afiliados así como facilitar su acceso a mejores niveles de consumo a través de las cooperativas que se formaron en su seno. Con el tiempo fue ampliándose mucho el abanico de sus prestaciones, incluyendo pensiones a viudas y huérfanos, seguros de vida e invalidez, panteón social, asesoría jurídica, repatriación de inmigrantes asociados sin recursos y los llamados “socorros en metálico” una suerte de subsidios de desempleo por plazos cortos. Finalmente, las sociedades de socorros constituyeron de manera ocasional “genuinas experiencias de autogestión que afirmaron las potencialidades de solidaridad de la clase obrera, sobre todo por comparación con lo ocurrido con las entidades caritativas o filantrópicas, en las que tales posibilidades se veían recortadas por la acción de mecanismos de control y dirección externos a la propia clase”³.

En efecto, las Sociedades de Beneficencia, constituían, en contraposición, la respuesta por parte del segmento más favorecido de las colectividades migratorias para solventar los desequilibrios producidos por el propio fenómeno migratorio y ante la carencia de alternativas

¹ PONS y VILAR, “Friendly Societies”, pp. 71-72.

² FERNÁNDEZ, “Las asociaciones españolas”, 2001, pp. 24-26; La organización más grande y representativa, en este sentido, fue la Asociación Española de Socorros Mutuos de Buenos Aires, fundada en 1857. Sus objetivos originales eran los de solventar, a través de un fondo de reserva reunido mediante el pago de cuotas mensuales, la asistencia médica, farmacéutica y el auxilio pecuniario a sus afiliados en caso de enfermedad. Sus estrechos vínculos con el Hospital Español creado casi simultáneamente, la precariedad del sistema de salud pública y la baratura de la cuota mensual requerida constituían otros tantos alicientes para la captación de afiliados.

³ FERNÁNDEZ, p. 333. Véase también DEVOTO, “Las asociaciones mutuales españolas en la Argentina”, en LLORDÉN MIÑAMBRES, coord., 1992, pp. 173-187.

públicas para satisfacer las prestaciones sociales más perentorias. Basaban su acción en la práctica de la caridad cristiana, incorporando el mecanismo paternalista de los “socios protectores” o benefactores, quienes hacían donaciones regulares de dinero o productos para hospitales o asilos bajo su administración. La composición social de estas entidades benéficas era predominantemente pluriclasista y descansaba en la segmentación interna de sus miembros bajo la dirección de la burguesía del grupo⁴.

Aunque ambos tipos de organismos asistenciales proliferaron en todos los países receptores de población inmigrante española, las primeras, según los principales estudiosos del asociacionismo español en América, predominaron en los países receptores de inmigración masiva del cono sur americano como Argentina, Brasil y Uruguay, mientras que las segundas se extenderían preponderantemente por el área del Caribe y del Golfo de México: Cuba, Puerto Rico, México y Centroamérica⁵.

Concebidas unas y otras en un principio como asociaciones que tenían como objetivo proveer de servicios de mutualidad y cobertura de riesgos a emigrantes que arribaban a países sin sistemas de seguros sociales obligatorios, y al mismo tiempo como entidades capaces de socorrer a los emigrantes en situación indigente, de enfermedad o necesitados de repatriación, muchas de estas sociedades asistenciales se convirtieron paulatinamente en entidades acusadamente multifuncionales, que cumplían objetivos de asistencia mutua en mayor o menor medida, pero también de representación de los intereses del colectivo emigrante ante las autoridades de los lugares de recepción y ante el Estado español y sus delegaciones consulares y diplomáticas, de recreación de una identidad étnica de carácter cada vez más simbólico. En palabras de Juan Andrés Blanco, junto a las prácticas de reforzamiento de los vínculos de solidaridad entre el grupo inmigrante, “las asociaciones asistenciales se configuraron como plataformas de interlocución y presencia social y política en las sociedades de acogida”⁶. Devinieron, igualmente, según Xosé Manoel Núñez, en ámbitos de poder que se disputaron élites inmigrantes, profesionales, expatriados y exiliados políticos de distingas generaciones, activistas sindicales y hasta algunos intelectuales⁷.

Como fuera, el asociacionismo emigrante constituye un fenómeno ubicuo y recurrente en la historia de la emigración española y ha sido objeto de una atención historiográfica desigual. La historiografía española y americana sobre las sociedades mutualistas y benéficas voluntarias entre comunidades migratorias en la época de la emigración masiva (*ca.* 1880-

⁴ FERNÁNDEZ, “Mutualismo y asociacionismo”, en VIVES, VEGA y OYAMBURU, coords., 1992, p. 334.

⁵ FERNÁNDEZ, “Mutualismo y asociacionismo”, en VIVES, VEGA y OYAMBURU, coords., 1992, p. 335.

⁶ BLANCO RODRÍGUEZ, “El asociacionismo en la emigración”, 2008, p. 12.

⁷ NÚÑEZ SEIXAS, “Presentación”, p. 4; NÚÑEZ SEIXAS, *La Galicia austral*, p. 8.

1930) ha hecho un especial hincapié en el estudio de los aspectos políticos y sociales previamente citados, ligados a la formación de liderazgos étnicos o el grado de integración en las sociedades de acogida; así, los fondos documentales guardados por las asociaciones de inmigrantes en diversos lugares de América Latina han permitido, sobre todo desde la década de 1980, la profundización en aspectos como las pautas de integración, endogamia/exogamia, patrones de residencia y composición social de los colectivos inmigrantes, la movilización social o incluso la historia de la vida cotidiana, entre otras variables⁸.

Sin embargo, la gestión de los recursos de estas entidades, el tipo de afiliación, el tratamiento de la enfermedad o, especialmente, su acción concreta en cuanto a la cobertura médica, no han sido factores tan exhaustivamente abordados. En estas páginas presentamos un análisis de la cobertura médico-sanitaria dispensada por la principal asociación de los inmigrantes españoles establecidos en México en el tiempo de la oleada masiva de la emigración, la Sociedad de Beneficencia Española de México, con sede en la capital mexicana. La experiencia singular de esta asociación benéfica consistió en que, a pesar de su denominación, mantuvo al menos hasta la década de 1940 un funcionamiento económico en realidad bastante similar al de las sociedades de socorros mutuos, sostenido esencialmente en dos pilares básicos: la recaudación proveniente de las cuotas de los socios y, en menor medida, de las donaciones de particulares⁹. Con ello trataban de cubrir las marcadas limitaciones del sistema de salud del país receptor, sin incurrir en las prácticas organizativas igualitaristas de las sociedades de socorros mutuos en las cuales el pago de cuotas en teoría daba derecho a todos los afiliados a tomar parte en el gobierno de la institución —nada más lejos del funcionamiento jerárquico de las sociedades de beneficencia—.

Las Memorias anuales de la entidad nos permiten analizar, concretamente, un perfil de la cobertura por enfermedad, asistencia sanitaria básica, maternidad, farmacéutica y por muerte. Nuestro objetivo es analizar el tipo de cobertura, las prestaciones que ofrecía, su evolución y los factores que influyeron en los cambios.

Desde la aprobación de la Ley de Beneficencia Privada en México de 1904, a la que la Sociedad se acogió, las Memorias anuales de la Sociedad de Beneficencia Española de México recogieron una información contable cada vez más organizada, que hemos podido

⁸ La influencia de la historiografía sobre el asociacionismo de otras comunidades inmigradas, como los italianos en la Argentina, es indudable en estos estudios. Véase al respecto BAILY, “Las sociedades de ayuda mutua”, 1982, pp. 485-514; BAILY, *Inmigrants in the lands of promise*, 1999, p. 91; DEVOTO, “Sociedades italianas de socorros mutuos”, 1985, p. 163. Según estos autores, la red de asociaciones italianas que nacieron entre 1876 y 1914 tenía entre sus principales atribuciones la de garantizar la protección de los socios en caso de enfermedad y asegurar, en caso de muerte, un entierro decoroso.

⁹ GIL LÁZARO, “Prácticas mutualistas y discurso caritativo”, 2011, pp. 81-105.

sistematizar a partir de 1910 y que perdura hasta mediados de la década de 1930, momento en que la contabilidad se hizo más compleja y se escindió de dichas memorias¹⁰.

En la medida en que se trataba de una entidad étnica y no de clase u oficio, la Sociedad contó desde el primer momento con una presencia fuerte en su nómina de afiliados de comerciantes, empleados, dependientes y, en menor medida, de obreros y artesanos, pues comercio e industria constituyeron las principales actividades del grupo español en México. La Sociedad ofrecía a todos ellos asistencia médica y farmacéutica, pensiones en caso de invalidez y cobertura del sepelio, entre otros servicios. Comenzaré, pues, con unas breves notas sobre los orígenes y rasgos definidores de la Sociedad, para dar paso a un análisis del perfil de los afiliados y de los datos de la cobertura por enfermedad que dispensó la asociación a través de sus memorias y, seguidamente, se abordará la tarea asistencial, acudiendo a una revisión de sus principales ingresos y gastos. Finalmente aludiré a las principales enfermedades diagnosticadas durante este período y algunos de sus tratamientos.

La Sociedad de Beneficencia Española de México

La fundación de la Beneficencia Española de México, decana de las asociaciones españolas —no sólo en la ciudad de México sino en toda la América receptora de inmigración española—, data de 1842 y se realizó bajo los auspicios de las primeras autoridades consulares españolas en México¹¹. En general es muy poco lo que se conoce de ella hasta el inicio de la redacción de sus memorias anuales¹². En 1861 la asociación contaba con una capacidad de seis camas instaladas en el Hospital de San Pablo de la capital¹³. Tiempo después ocupó una sala completa en el Hospital Francés hasta que en 1876 adquirió un local en el centro de la ciudad que sería la sede de su “casa de salud y asilo” hasta 1932, año en que mudó sus instalaciones a un nuevo sanatorio¹⁴. A lo largo del primer siglo de existencia de la institución, la cobertura hospitalaria constituyó la principal actividad desarrollada en su seno.

¹⁰ La entidad perdura hasta la actualidad como un centro hospitalario de carácter privado y su dirección actual no permitió el acceso a sus libros de cuentas ni en general a sus fondos de archivo. Este análisis se ha construido enteramente gracias a la información contenida en las memorias anuales.

¹¹ FIGUEROA ESQUER, “La creación de la red consular española en México”, en Sánchez Andrés y Figueroa Esquer, 2003, pp. 53-76; Una asociación de similares características había sido fundada tiempo atrás por el Cónsul Preto Neto en Tampico, primero como entidad de ayuda a los españoles necesitados y posteriormente con una función primordial de asistencia sanitaria, con la edificación de un hospital de la colectividad.

¹² La redacción de las memorias se inició en 1887. En la colección consultada falta el año 1917. En adelante citaré SBE.

¹³ VILLAR GUERRA, *Directorio de la Colonia española*, 1937, p. 4.

¹⁴ CARREÑO, *Los españoles en México*, pp. 418-433. El actual Hospital Español se ubica en el mismo terreno del Sanatorio inaugurado en 1932.

A fines del siglo XIX, la casa de asilo, como normalmente se denomina en las memorias, comprendía un espacio para los enfermos internados, otro para las consultas médicas diarias y un albergue donde se daba cobijo permanente a los ancianos sin recursos y temporal a los inmigrantes recién llegados o a aquellos que atravesaban por una situación económica difícil. En un informe del director médico de la Sociedad incluido en la memoria anual de 1914 se describía así el espacio físico de la casa de asilo: “La superficie actual es de cinco mil metros cuadrados, y el número de enfermos un término medio de cien, aparte servidumbre, religiosas, practicantes y médicos de guardia”. Además, dicha casa “contaba con un pozo artesiano de agua potable, dos jardines, amplias salas [...]”¹⁵.

También dependió directamente de la Sociedad de Beneficencia la creación, gestión y mantenimiento de un “Panteón español”, que se levantó en 1886 en una localidad aledaña a la capital, Tacuba, y que con el tiempo se convirtió en un cementerio de lujo para la burguesía capitalina, no sólo española. En 1873 se fundó la así llamada “Junta de Covadonga”, una iniciativa esencialmente económica bajo la órbita institucional de la Sociedad, cuyo cometido consistía en hacer llegar recursos a ésta a través de la organización de actos festivos o religiosos benéficos¹⁶. Finalmente, en 1929 fue instituido de manera oficial el “Comité de Damas de la Beneficencia”, quienes se convertirían en las principales promotoras de la acción altruista de la Sociedad en las décadas posteriores. El Comité hizo muy útil y eficaz el trabajo de las esposas de los miembros directivos, quienes se encargaban de labores puramente caritativas, como el arreglo de ropa para los españoles de pocos recursos o el reparto de comida en tiempos de escasez.

Por otro lado, la Sociedad expresó en todo momento una clara intención de mantener buenas relaciones con el Estado español y con el gobierno de México. El artículo quinto de su Reglamento del año 1892 —primera codificación de normas encontrada— consagraba la protección del instituto al “embajador del Reino” y los representantes consulares y diplomáticos eran invitados regularmente a sus asambleas generales y celebraciones festivas y religiosas¹⁷. Asimismo, la institución española se acogió al régimen jurídico estatal de instituciones benéficas privadas instaurado en México a partir de 1905, cuestión que le

¹⁵ SBE, *Memoria anual de 1914*, p. 59.

¹⁶ VILLAR GUERRA, *Directorio de la Colonia Española*, 1937, p. 5. La Junta se disolvió en diversas ocasiones, como por ejemplo en los años de la Revolución. A partir de 1919 volvió a organizarse y en los años siguientes adquirió una mayor visibilidad.

¹⁷ VILLAR GUERRA, *Directorio de la Colonia Española*, 1937, p. 4. Villar afirma que la primera codificación de reglamentos se realizó el año de su creación, en 1842, aunque no hemos podido consultarla.

otorgaba exenciones fiscales y reconocimiento oficial al tiempo que le sometía a la inspección regular de las autoridades mexicanas¹⁸.

Respecto a los individuos que la Sociedad atendía en su seno, el Reglamento de 1892 ya citado establecía en su capítulo primero que la casa de asilo tenía como función primordial “acoger en ella a los españoles enfermos o que carezcan de recursos y de albergue o que por su avanzada edad y sus circunstancias se encuentren imposibilitados de proporcionarse medios de subsistir”¹⁹. Independientemente de que fueran socios activos —es decir, que estuvieran al día en el pago de sus cuotas—, debieran una o varias mensualidades (algo bastante frecuente, a juzgar por las quejas constantes de los directivos en las memorias anuales),²⁰ o que ni siquiera se hallaran inscritos, los españoles que se acercaran al sanatorio serían admitidos y atendidos según estos principios programáticos, siempre y cuando pudieran documentar de algún modo la nacionalidad y reunieran las condiciones de “pobreza, laboriosidad y honradez”²¹.

El proyecto caritativo-cristiano en que descansaba el edificio ideológico de la Sociedad se mantuvo intacto como eje de su discurso legitimador al menos durante la primera mitad del siglo XX. Este ideal aparece en los estatutos y reglamentos redactados con posterioridad al de 1892, así como en las alocuciones iniciales y finales de los presidentes de las Juntas Directivas ante las asambleas generales de socios. En opinión de Alejandro Fernández, la Sociedad de Beneficencia Española de México, desde su temprana fundación, fue capaz de anticiparse al catolicismo social con el cual compartía muchos de sus presupuestos, así como imponerse frente al mutualismo de resistencia, en el que los españoles llegados a México tuvieron una escasa presencia e interés²². Es más, este modelo de organización enteramente basado en la filantropía de carácter cristiano los alejaba, en opinión de los directivos de la institución, de la posibilidad de convertirse en una sociedad de socorros

¹⁸ SBE, *Memoria anual de 1906*, pp. 6-11. Uno de los principales diarios de la colonia española durante el porfiriato, *El Correo Español*, expresó puntualmente la relación cercana entre Porfirio Díaz y la élite del grupo, la participación de éste en actos festivos de la comunidad y los principales acontecimientos que unieron a la cúpula porfirista con la Sociedad de Beneficencia.

¹⁹ SBE, *Memoria anual de 1892*, p. 22.

²⁰ SBE, *Memoria anual de 1916*, p. 33. Una crítica del presidente en 1916 expresaba: “porque gozan haciendo dar vueltas a los que cobran, o se anotan como suscriptores y pagan un mes y procuran no pagar después [...]”; *La Memoria anual de 1928*, p. 17, decía lo siguiente: “muchos de nuestros asociados dejan para lo último el pago de esta noble obligación la que, al irse acumulando mes a mes, va haciendo cada día más difícil su satisfacción”.

²¹ SBE, *Memoria anual de 1905*, p. 23. El estatuto de 1905 decía al respecto que “para ingresar en la casa los no socios, deberán acreditar con un certificado, a satisfacción del Visitador, que durante su permanencia en la capital se han encontrado en la imposibilidad más completa de pertenecer a la Sociedad”.

²² FERNÁNDEZ, “Mutualismo y asociacionismo”, 1992, en VIVES, VEGA y OYAMBURU, coords., p. 336. Véase también PONS PONS y VILAR RODRÍGUEZ, “Friendly Societies”, 2011, pp. 72-73. El catolicismo social, según estas autoras, proveyó al mutualismo de un modelo “sobrepotejado” impulsado a partir de la encíclica papal *Rerum Novarum* con claro matiz anti-liberal y anti-socialista.

mutuos: “Señalo otro peligro que nos amenaza —afirmaba el presidente de la Sociedad en 1909— ogaño parece que nos pesa el nombre de Beneficencia y que se pretende sustituir con el nombre de Sociedad de Socorros Mutuos o simplemente Mutualista”²³. A pesar de esta aparente persistencia de ciertos sectores en modificar el talante constitutivo de la organización (o tal vez únicamente la denominación), paralela a una no menos significativa resistencia al cambio por parte de sus administradores, el hecho es que el sistema distributivo-asistencial de la Sociedad se organizó desde mediados del XIX sobre unas bases fuertemente jerárquicas y así permaneció a lo largo de buena parte del siglo XX. Salvo contadas excepciones, la dirección de la Beneficencia estuvo en manos de los miembros de la cúspide del poder económico y político de los españoles de la capital y sus reglas de funcionamiento impusieron a los enfermos y residentes una absoluta subordinación a la institución, basada en el supuesto de que se estaba ejerciendo sobre ellos la más generosa de las acciones: la que se hace en nombre de Dios y de la patria de origen.

Si la voluntad cristiana articulaba y daba sentido a las acciones de la institución, la práctica cotidiana de la caridad exigía, al menos, otros dos elementos fundamentales: individuos necesitados de ella y dinero para llevarla a cabo. Alrededor de estos dos componentes giraron las tareas institucionales y burocráticas descritas en las memorias de la Beneficencia y su análisis revela, como veremos, la experiencia concreta de los postulados caritativos que definían y legitimaban a la Sociedad²⁴.

Los afiliados a la Sociedad. Número, categorías y lugar de origen

El ejercicio de la caridad cristiana constituyó, pues, como decimos, el principal objetivo institucional de la Sociedad de Beneficencia Española a lo largo de todo el período que analizamos. “Un mismo y único fin nos guía —expresaba la alocución inicial del presidente de la Sociedad en la memoria de 1906— el de impartir la caridad entre aquellos de nuestros compatriotas a quienes la suerte no les haya sido propicia”²⁵.

Uno de los más conspicuos representantes de la colonia española en la capital mexicana a principios del siglo XX, Telesforo García, propuso un proyecto de mejoras en la institución benéfica recogido en la memoria de 1905; para García, aquel momento era crítico

²³ SBE, *Memoria anual de 1909*, p. 27; SBE, *Memoria anual de 1916*, p. 31. En 1916 la memoria insistía: “Se ha venido dando a la Sociedad un carácter que sin serlo ni poder serlo, se busca que sea una Sociedad de Socorros Mutuos, y todas estas Sociedades, según nuestros informes, han fracasado”. Las memorias posteriores a 1916 reiteran este argumento en varias ocasiones, especialmente en la primera mitad de la década de 1920.

²⁴ Las categorías que la Sociedad solía emplear para denominar a los enfermos y otros beneficiarios de ayuda fueron cambiando con los años, por lo que el análisis estadístico en las tres décadas que abarca este estudio se ve condicionado por estos cambios.

²⁵ SBE, *Memoria anual de 1906*, p. 5.

pues la inmigración española en México estaba en franco crecimiento y se hacía necesario ampliar y perfeccionar la cobertura sanitaria y asistencial. La propuesta recogía los elementos legitimadores esenciales de la asociación:

Las necesidades de nuestro establecimiento benéfico, van en aumento de día en día. La inmigración española y con ella la falta de recursos y de colocaciones se acentúa por modo extraordinario y alarmante. A veces en grupos y a veces aislados, con frecuencia recorren las calles y visitan las casas de comercio numerosos compatriotas que, al implorar la caridad públicamente, ofrecen a nuestros sentimientos, como humanos y como españoles, un espectáculo bien lastimoso. [...] Y claro es que si la Institución no tiene recursos para ello, hay que crearlos; porque no vamos ahora a desmentir nuestro carácter, a desligarnos de nuestras elevadas obligaciones morales, a familiarizarnos con la vista de cuadros que nos hieren en lo más hondo de nuestros sentimientos. A nuevas necesidades, nuevos esfuerzos; a nuevas exigencias, nuevos sacrificios [...]²⁶.

Eran, pues, “elevadas obligaciones morales” las que justificaban la existencia de la Beneficencia. Su función principal, la protección de los connacionales, se expresaba de dos formas esencialmente: la curación de enfermos y el apoyo a los que no tuvieran recursos ni forma de conseguirlos. Esta protección sería ejercida de manera voluntaria por aquellos que se hallaran dispuestos y preparados para hacerlo, como un gesto de sacrificio basado en fuertes convicciones y creencias.

Los actores involucrados en el ejercicio de la caridad aparecen, pues, aquí delineados: por un lado, los inmigrantes atraídos por una oleada reciente de movilidad laboral trasatlántica que superaba por momentos la capacidad de absorción del mercado receptor, hecho ante el cual se veían obligados a pedir limosna. Por otro, los españoles ya establecidos, con propiedades y con estabilidad económica a quienes el espectáculo no podía dejar impávidos (claramente, Telesforo García habla en representación de éstos últimos). Y ahí se hallaba, obviamente, su elevada obligación moral, los segundos debían ayudar a salir adelante a los primeros.

Por otro lado, dos de las necesidades más urgentes de la colectividad española, según la propuesta de García de 1905, a las que la Beneficencia debía responder con gran empeño, eran la creación de un departamento de mujeres y niños así como “la extensión a los Estados de nuestro registro de suscriptores”²⁷. Esas dos necesidades tan importantes para el crecimiento de la institución permanecieron únicamente como una letanía de buenas intenciones hasta bien entrada la década de 1920. La Beneficencia se prometía una y otra vez a sí misma cumplirlas sin demora, pero no se hicieron realidad hasta que las circunstancias

²⁶ SBE, *Memoria anual de 1905*, p. 3.

²⁷ SBE, *Memoria anual de 1905*, p. 6. “Estados” se refiere a las circunscripciones territoriales que conforman la Federación mexicana.

variaron de forma substancial. Por el contrario, la contabilidad interna de la institución recogida anualmente en las memorias permite afirmar que durante los veinticinco primeros años de este estudio, la Sociedad de Beneficencia atendió en su casa de asilo únicamente a inmigrantes españoles, varones, adultos (de diferentes edades) y residentes, en su inmensa mayoría, en la ciudad de México.

Los individuos que ingresaban en la casa de asilo de la Beneficencia para ser atendidos se clasificaban en dos categorías, “socios” y “no socios”. Tenían carácter de socios, según los estatutos de 1905, todos los españoles que contribuyeran al sostenimiento de la Sociedad con una cuota periódica y constante, perdiendo este carácter si “dejaran de satisfacer dicha cuota en la forma reglamentaria”; en la práctica, la afiliación se anulaba a los seis meses de adeudar el pago²⁸.

El movimiento anual en el número de socios frente a la población total de inmigrantes de la capital indica claramente que la afiliación a la Beneficencia experimentó un significativo crecimiento a lo largo de este período, llegando casi a doblar su afiliación. Comparando las cifras de españoles registrados en los censos del Distrito Federal de 1910, 1921 y 1930 con el número de socios registrados en las memorias, y teniendo en cuenta que sólo los hombres podían afiliarse, se observa que la institución en estas dos décadas sobrepasó el setenta por ciento de miembros activos respecto a los que aparecen en los Censos Nacionales²⁹.

Tabla I.
Españoles en el DF asociados a la Sociedad de Beneficencia Española, 1910- 1930

Años Censales	1910	1921	1930
Españoles censados	12 227	13 533	15 259
Hombres	8 837	9 593	10 932
Socios de la Sociedad de Beneficencia Española	4 325	6 894	7 783
Porcentaje socios/censo	48,94	71,86	71,19

FUENTE: Población según lugar de nacimiento. SALAZAR ANAYA, Delia, *La población extranjera en México (1895-1990). Un recuento con base en los Censos Generales de Población*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Fuentes, 1996, p. 101; y elaboración propia a partir de las *Memorias de la Sociedad de Beneficencia Española*, 1910, 1921 y 1930.

El carácter caritativo de la institución obligaba a atender también a los españoles que, necesitando las atenciones de la sociedad benéfica, no pudieran satisfacer las cuotas exigidas. Éstos eran entonces aceptados de forma gratuita después de una investigación de sus

²⁸ SBE, *Memoria anual de 1905*, p. 28. La contabilidad de la Sociedad muestra una clara dependencia de las suscripciones de los socios. Se trata de uno de los principales ingresos de la misma, como se verá.

²⁹ SBE, *Memorias anuales de 1910 a 1936*. El promedio anual de socios fue de 7 086 individuos, con una variación entre los 4 325 de 1910 y los 9 322 de 1936. Véase tabla I.

antecedentes. Sin embargo, la atención a enfermos no asociados frente a los afiliados tendió a disminuir con claridad a lo largo de la década revolucionaria³⁰. Con ello, probablemente se trataba de dar cumplimiento al artículo II de los Estatutos de 1893: “la sociedad tiene por objeto ejercer la caridad a favor de los españoles que temporal o accidentalmente residan en los Estados Unidos Mexicanos, *siendo preferidos los que fueren socios*”³¹. La memoria de 1910 se abría con una queja del presidente (que fue la tónica en los años siguientes) acerca de la postura de la Sociedad en cuanto a los enfermos asistidos no socios:

[...] si de los españoles residentes en el país, sólo 4 000 se acuerdan de la Beneficencia para pagar la cuota de socios, en cambio todos los necesitados la tienen presente para exigirle el remedio de sus males, hecho que nos mueve a recomendar [...] fijen su atención en cuanto se refiere a la admisión de enfermos no socios, que son, por regla general, los que dan más quehacer, los que causan mayores gastos y los que con su ejemplo constituyen una propaganda de hecho contra el aumento de asociados y por tanto de recursos³².

Una grave crisis de subsistencia, desatada en la capital mexicana a consecuencia de los acontecimientos revolucionarios entre 1914 y 1916, hizo descender de manera significativa la atención, tanto de afiliados como de no afiliados; de nuevo los directivos hicieron entonces un llamamiento para cerrar filas en torno a los socios que se hallaran al día en su contribución³³. En la memoria anual con la que se clausuró el año 1915, la Sociedad de Beneficencia recogía con estas palabras su parecer acerca de las circunstancias que atravesaban algunos compatriotas:

[...] Gracias a Dios que hayamos podido, siquiera, sin detrimento de la Sociedad, afrontar la grave situación porque ha pasado y todavía pasa nuestra Colonia [...] pues han sido tantos los españoles menesterosos que han recurrido a nuestra beneficencia, y tan altos los precios de drogas y artículos de primera necesidad, por la falta de los mismos y deficiencia de los medios de adquisición, que hasta se ha llegado a dudar por algunos que pudieran satisfacerse todas esas necesidades, sin grave peligro económico para la Sociedad [...] ³⁴.

Al año siguiente a la crisis, en 1916, se elevaron las cifras de enfermos en las dos calidades, aumentando hasta un 26 por ciento la necesidad de atención médica de españoles que no se habían afiliado a la Beneficencia y que en ese momento tampoco asumirían el pago

³⁰ SBE, *Memorias anuales de 1910 a 1923*. La diferenciación por la afiliación o no a la institución se refleja en las memorias desde 1910 hasta 1923. Esto permite comparar ambas calidades en cuanto al número de enfermos atendidos. Véase la gráfica I.

³¹ SBE, *Memoria anual de 1893*, p. 26. El subrayado es mío.

³² SBE, *Memoria anual de 1910*, p. 5.

³³ La crisis de abastecimiento de la capital mexicana entre 1914 y 1916 causó una fuerte y repentina subida de los precios de los productos de primera necesidad y la expansión de prácticas especulativas y acaparadoras. Entre las principales causas de la crisis se encuentran la destrucción de cultivos, vías de acceso a la urbe y maquinaria ferroviaria, ocasionada por la guerra revolucionaria, la emisión indiscriminada de papel moneda por los distintos bandos y, finalmente, la actitud especulativa tomada por los comerciantes mayoristas. RODRÍGUEZ KURI, “Desabasto, hambre y respuesta política, 1915”, en ILLADES y RODRÍGUEZ KURI, coords., 2000, pp. 133-166.

³⁴ SBE, *Memoria anual de 1915*, p. 10. Al parecer una media entre 15 a 20 personas acudieron diariamente a la sede de la Beneficencia a solicitar una comida gratuita.

regular de las cuotas³⁵. Sin embargo, el crecimiento en la atención a enfermos socios frente a no socios se recuperó plenamente a partir de 1920, cuando alcanzó de nuevo un 82 por ciento del total de asistidos por la institución. En un nuevo período de crisis económica en el país, entre 1920 y 1922, el número de no socios experimentó un ligero repunte. Por sí solos, estos datos apuntan ya hacia una presencia marginal de los enfermos asistidos “por caridad” en el conjunto de la actividad asistencial de la institución.

Vimos unos párrafos más arriba que el movimiento anual en el número de socios frente a la población total de inmigrantes de la capital experimentó un significativo crecimiento a lo largo del período. Respecto al número de enfermos asistidos, tanto socios como no socios (con el predominio ya especificado de los primeros), también dicha cifra prácticamente se duplicó entre 1910 y 1936, lo que expresa el fortalecimiento de la atención médico-sanitaria del instituto, desarrollado paralelamente al incremento de su nómina de afiliados y por tanto al alza de los ingresos provenientes de las cuotas. La importancia creciente de las aportaciones económicas de los miembros tuvo su correlato en una mayor organización de la asistencia y en la selección de los sujetos receptores de la misma, lo cual, de algún modo, acercó a la Sociedad al funcionamiento clásico de las mutuales, sostenidas por las contribuciones regulares de los miembros³⁶.

En la dinámica de enfermos y afiliados a la institución hubo algunas variaciones que coincidieron en líneas generales con ciertas coyunturas políticas y económicas, como la ya mencionada crisis de subsistencia de la ciudad entre 1914 y 1916, que incidió en un descenso del número de admisiones³⁷. A partir de 1926 México se vio sumido en otra crisis económica interna, que también afectó sin duda a la institución benéfica³⁸. El hecho de que entre 1924 y 1925 se alcanzara el tope máximo del período en cuanto a la afiliación se explica por la aprobación en este último año de unos nuevos Reglamentos y Estatutos de la Sociedad. La nueva codificación modificó algunas de las reglas básicas del funcionamiento interno de la Beneficencia, tratando de ordenarlo y modernizarlo en aspectos esenciales como el

³⁵ SBE, *Memoria anual de 1915*, p. 6. El número de atendidos de forma gratuita se elevó debido a la situación política del país, según afirman los redactores de las dos memorias del año 1915.

³⁶ SBE, *Memorias anuales de 1918 a 1936* Véase gráfica II. Las cifras van desde los 1 093 internados en 1910 a los 2 125 del último año, con un promedio anual de 1 394 individuos atendidos en la casa de asilo en el período de estudio. Si se observan ambas curvas (enfermos y socios) se comprueba que ambas mantienen un movimiento similar en todo el período, si bien los cambios son un tanto más acusados en los socios.

³⁷ SBE, *Memorias anuales de 1915, 1921 y 1922*. En 1915 se atendió a 348 individuos menos que el año anterior. Tras esta caída siguió un aumento moderado que se agudizó entre 1921 y 1922, llegando a una cifra próxima a los quinientos enfermos más atendidos en ese año respecto al anterior. Véase gráfica II.

³⁸ SBE, *Memorias anuales de 1926 a 1936*. La crisis hizo caer la cifra a 1 049 afiliados en el año 1927, cuando se atendió a 653 personas menos que el año anterior. Véase gráfica II.

saneamiento de los pagos de cuotas³⁹. Esto se expresó, en buena medida, en la baja espectacular por encima del millar de afiliados acaecida repentinamente en 1926, pues eran casi todos ellos morosos, que engrosaban las listas pero no elevaban los ingresos⁴⁰. Además, comenzaron a imponerse tarifas más elevadas y se creó una cuota familiar de gran importancia para los ingresos de la institución en los años posteriores, pues abrió por fin la puerta a la asistencia infantil y femenina.

Una última coyuntura negativa que afectó a la Sociedad de Beneficencia en este periodo coincidió con el estallido de la crisis económica de 1929. En este año, la *Comisión de Propaganda y Trabajo* de la Sociedad explicó que “la disminución de inmigrantes españoles y la repatriación de numerosos compatriotas, han seguido, como en años anteriores y probablemente van en aumento. Esto se traduce, como consecuencia natural, en un considerable número de bajas con el consiguiente quebranto de las entradas normales y fijas de la sociedad”⁴¹. El contexto económico adverso, los cambios institucionales y la costosa y demorada construcción de un nuevo sanatorio convenció a la dirección de la Beneficencia de la necesidad de modificar los criterios de afiliación y entrada al instituto.

En este sentido, una medida trascendental, como decíamos, fue la inclusión progresiva de mujeres y niños en la nómina de atendidos por la casa de asilo, decisión contenida en la redacción de los nuevos reglamentos y en clara relación con los cambios establecidos en las cuotas de socios. La atención médica a las inmigrantes —solteras o casadas, fueran estas últimas españolas o mexicanas de nacimiento y casadas con españoles, lo que las convertía en españolas por ley— se hizo cada vez más importante, y lo mismo ocurrió con la segunda generación —mujeres o varones de origen español o nacidos ya en México—. En la memoria de 1928 se refleja la primera iniciativa del sanatorio hecha realidad para destinar un espacio a las enfermas:

A principios del año actual, la comisión de Visitadores guiada por un espíritu de equidad y justicia hacia nuestros asociados, sometió a la Junta Directiva un proyecto para instalar dos salas para señoras que, amparadas por la cuota familiar, necesitaren internarse para su atención. El proyecto, aprobado por unanimidad, se puso en ejecución en el mes de junio con

³⁹ SBE, *Memoria anual de 1925*, pp. 3-12.

⁴⁰ SBE, *Memoria anual de 1927*, p. 17. En 1927, el informe de la citada Comisión de Propaganda expresaba el problema en estos términos: “se procedió a hacer un estudio minucioso [...] habiendo llegado a la conclusión de tener que considerar como bajas a no menos de mil socios que están adeudando cuotas desde hace más de ocho meses, y los cuales, aunque según el Reglamento pueden readquirir sus derechos en un momento dado mediante el pago de los recibos atrasados, no podemos considerarlos ya como socios activos”.

⁴¹ SBE, *Memoria anual de 1929*, p. 17. El descenso en el número de socios llegó ese año a 612 individuos menos.

la instalación de una sala de ginecología y cirugía general y otra de enfermedades de medicina interna, ambas con capacidad para 20 personas⁴².

Finalmente, la inauguración de un nuevo sanatorio en 1932 constituyó un factor de suma importancia para una mayor inclusión de mujeres y niños —ya con salas propias— y el verdadero despegue en el número de socios, que a partir del año siguiente inició el incremento más fuerte del período, superando los mil nuevos ingresos en el año 1935⁴³.

En este ascenso de los años treinta cobraron importancia ciertos factores relacionados con el origen geográfico de los nuevos socios. En efecto, la Beneficencia llevó un registro puntual de la distribución de los enfermos según el lugar de origen, del cual derivaban tres categorías esenciales: origen peninsular, mexicano y de otros países. La primera de estas categorías representó casi un 87 por ciento del total de los enfermos en todo el período, concentrándose casi un 70 por ciento de los mismos en el período entre 1910 y 1928. Los enfermos de origen mexicano figuraban con poco más de un 12 por ciento del total y con una concentración del 95 por ciento entre 1928 y 1936 y finalmente los enfermos de otros lugares, con un reducido 0,7 por ciento para el conjunto del período.

Las principales provincias de origen de los enfermos nacidos en España fueron las cantábricas —Asturias y Santander— a las que siguieron en importancia León, Vizcaya, Lugo y Burgos, en cantidades menores⁴⁴. Entre los enfermos españoles provenientes del territorio mexicano, es decir, la segunda generación de inmigrantes, una mayoría aplastante nació en el Distrito Federal⁴⁵. En este sentido, los Estatutos de 1893 establecían que “la Junta directiva puede admitir como socios, con todos los derechos que a estos conceden los estatutos (menos el de formar parte de la Directiva, ni votar en las Juntas Generales) a los hijos de los españoles”⁴⁶. Esta normativa se mantuvo a lo largo del período sin variaciones y se ratificó en las reglas de 1925, a pesar de que, insistimos, la institución no abrió la posibilidad real de atender a niños y jóvenes hasta finales de la década de 1920, lo cual restringía la presencia en la institución de la segunda generación a los hijos ya adultos. De este modo, fue debido a un recambio generacional, que coincidió más o menos con el inicio de la década de 1930, que el

⁴² *Memoria anual de 1928*, p. 14. La labor de atención a mujeres se inició un año antes de la apertura de salas, como informa la *Memoria anual de 1927*, p. 13. “Se ha internado en sanatorios particulares en calidad de pensionistas por cuenta de la sociedad, a 20 señoras enfermas, que no podían ser atendidas en sus domicilios ni en nuestra casa de salud por no haber todavía pabellón para ello”.

⁴³ SBE, *Memoria anual de 1933 y 1934*, pp. 51 y 19, respectivamente.

⁴⁴ Véase gráfica III. El perfil coincide, a grandes rasgos, con el origen geográfico de los peninsulares que se refleja en el Registro Nacional de Extranjeros estudiado por Clara Lida, *Inmigración y exilio, reflexiones sobre el caso español*, México, Editorial Siglo XXI, 1997, pp. 66-68.

⁴⁵ El DF registró 3 704 enfermos en todo el período, Orizaba 425, Cuernavaca y Veracruz anotaron 11 enfermos cada uno, Sinaloa y Tabasco 7, Tamaulipas y Puebla 6 y Guanajuato y Querétaro 4 cada uno.

⁴⁶ SBE, *Memoria anual de 1893*, p. 3. Véase la gráfica IV.

número de hijos de españoles inscritos como socios —cuyo lugar de origen era ya el territorio mexicano— aumentó considerablemente, sobre todo en el primer lustro de dicha década.

Por otro lado, el hecho de que en el sanatorio capitalino hubiera españoles procedentes de distintos lugares de la República se relacionó con la expansión de un “sistema de reciprocidad e intercambio de enfermos” que la Beneficencia promovió con otras instituciones benéficas españolas o mexicanas desde mediados de la década de 1920. El intercambio favoreció la llegada de enfermos de los estados de Veracruz, Morelos e incluso lugares más alejados de la capital, así como la salida de enfermos desde la casa de asilo de la ciudad de México a diferentes centros en las provincias⁴⁷. Finalmente, la anotación del lugar de origen de los enfermos muestra un amplio espectro de otros orígenes minoritarios⁴⁸. De este modo, la coincidencia entre el número total de enfermos y su procedencia peninsular fue absoluta hasta 1927 aproximadamente. Pero a partir de ese año los enfermos cuyo lugar de origen era la Península Ibérica disminuyeron progresivamente, con una firme caída a partir de 1932, frente al crecimiento de los enfermos de origen mexicano⁴⁹.

En resumidas cuentas, la desaparición progresiva de la generación de inmigrantes nacidos en España y llegados a México a principios de siglo XX, la crisis económica al inicio de la década de 1930 —y el reflujo migratorio a gran escala que originó— y, por último, la gradual modernización institucional de la Sociedad iniciada a mediados de la década anterior, ocasionaron que la Beneficencia se viera obligada a buscar nuevos sujetos sobre los que ejercer su caridad que garantizaran la supervivencia misma de la asociación y, sobre todo, la continuidad de sus ingresos. Una lógica de eficiencia económica y empresarial por parte de sus directores se terminó imponiendo, sin que el carácter caritativo de su basamento ideológico lo impidiera en modo alguno.

La asistencia: asilados y jubilados

Aparte de la atención a los enfermos, la Sociedad ofrecía en su sanatorio dos formas más de cobertura a los inmigrantes, el asilo y la asistencia a los jubilados. El primero se definía por la presencia temporal de los asilados en el hospital y la condición *sine qua non*

⁴⁷ SBE, *Memoria anual de 1922*, p. 46. Los sanatorios de Veracruz, Puebla o Tampico; manicomios como el de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula (Puebla) y La Castañeda en DF, el asilo de Ancianos de Popotla (Tacuba) y otros.

⁴⁸ En Europa hubo 40 enfermos, 18 en Asia, 153 en el continente americano y finalmente 4 en África. El cómputo por principales países de procedencia muestra que en 78 casos los españoles internados proceden de Cuba, en 19 de Puerto Rico, en 18 de los Estados Unidos, en 17 de Argentina y en 10 de Turquía. Un proceso de reemigración de la segunda generación, hijos de emigrantes que siguieron las pautas de sus antepasados, pudo tal vez traer a estos sujetos a México.

⁴⁹ SBE, *Memoria anual de 1932*, pp. 48-120.

para ser atendidos era la carencia absoluta de recursos, honradez y laboriosidad. Los Reglamentos de la Sociedad de 1893 establecían que los asilados podrían residir en el asilo de forma gratuita, durante quince días —prorrogables por otros quince si no mejoraba la situación— mientras la institución les ayudaba a conseguir trabajo.

Respecto a los jubilados, su presencia en la casa de asilo era permanente. El reglamento se refería a ellos de la siguiente forma: “Los españoles que por accidente o por avanzada edad quedaren inhabilitados para el trabajo y se encontraren en la indigencia y la imposibilidad de proporcionarse algún modo de subsistir, serán acogidos en el Asilo en calidad de jubilados, [...] y disfrutarán hasta su muerte de la gracia de asilo”⁵⁰.

Ambas categorías fueron totalmente minoritarias en la actividad asistencial de la institución. Así, en el primer quinquenio, el promedio anual de asilados y jubilados nunca sobrepasó los veinte individuos. Entre 1918 y 1925 no se contabilizó el número de asilados y jubilados sino el dinero gastado en ellos, lo que da señal de continuidad en la práctica; en ese último año cambiaron las categorías con que la Sociedad de Beneficencia Española denominaba a sus enfermos y asilados y, de forma aleatoria, se produjo un pequeño crecimiento en la atención a ambos grupos.

A partir 1918 la contabilidad de las actividades asistenciales comenzó a realizarse en función de una diferenciación espacial en cuatro estancias: sala general, de distinción, de jubilados y de indigentes. En la primera de ellas, constituida a su vez por varios recintos por tipos de dolencias, se atendía a todos los enfermos. Los estatutos de 1925 estipulaban que “En las salas de categoría ‘general’ no habrá diferencia alguna entre las camas ocupadas por los socios españoles, no socios e indigentes, todos ellos enfermos”⁵¹. Los enfermos “de distinción”, por su parte, pagaban una cantidad superior a la que la Sociedad imponía a cada paciente, lo que les otorgaba el derecho a un servicio de mayor calidad, una sala aparte y personal especializado. Esto suponía un ingreso extra nada desdeñable para la institución, necesitada de ellos en el período de la construcción del nuevo sanatorio⁵². Finalmente, la

⁵⁰ SBE, *Memoria anual de 1893*, p. 26.

⁵¹ El promedio anual de atención de enfermos en sala general a lo largo de esta segunda etapa fue de 1 322 individuos, por lo que se conservó una tendencia similar a la del período anterior. Véase SBE, *Memoria anual de 1925*, p. 11. Una vez que el nuevo sanatorio entró en funcionamiento, dicha sala se dividió en ocho pabellones (que después fueron aumentando en número con la introducción de nuevas especialidades médicas y las sucesivas ampliaciones del edificio) pero el cómputo unificado de los enfermos se mantuvo, así como la independencia respecto a las otras tres categorías, que también permanecieron tras el traslado oficial al nuevo edificio.

⁵² SBE, *Memoria anual de 1934*, p. 119. El promedio anual de atención en la sala de distinción fue de trescientos individuos a lo largo de los 19 años que se contemplan en este segundo período. A partir de 1934 la contabilidad de la sala de distinción se haría bajo la denominación de “pensionistas”, y un pabellón del nuevo sanatorio

contabilidad antes recogida bajo la denominación de “asilados” se derivó a partir de 1925 a una sala de “indigentes”. Tanto asilados como jubilados siguieron manteniendo un número bajo en las actividades asistenciales, aunque relativamente más alto que en la primera década. La suma del total de asistidos en cada sala durante este lapso de tiempo permite observar que la sala general albergó a un 74 por ciento de los mismos, la de distinción a un 16 por ciento y finalmente las dos salas “caritativas” de indigentes y jubilados sumaron el 9 por ciento de todas las personas atendidas entre 1918 y 1936. Los números clarifican en buena medida los criterios bajo los cuales la institución efectuaba su selección de enfermos y establecía la orientación general de sus objetivos asistenciales. Esto se percibe aún con mayor nitidez en el análisis de sus ingresos y gastos.

Ingresos y gastos de la Beneficencia

La práctica de la caridad era concebida por los dirigentes de la institución como un concepto amplio que abarcaba a todos y cada uno de los beneficiarios de la acción asistencial, ya que, como se afirmaba en una memoria, las cuentas bien demostraban que “incluso los socios suscriptores, tomados en conjunto, no pagan los gastos que causan y en consecuencia, aun ellos, reciben beneficencia”⁵³. En todo caso, la Sociedad era un establecimiento asistencial vasto, con una contabilidad compleja y varias secciones estrictamente “caritativas”. Bajo el título de “socorros, pasajes y pensiones” se derivaba una parte de sus recursos a la ayuda a los indigentes del grupo. Esta partida, sin ser amplia, cumplió una importante función legitimadora de la institución y de su grupo dirigente.

El artículo II de los Reglamentos de 1893 establecía que “los fondos de la Sociedad Española de Beneficencia se componen del producto de las suscripciones anuales y mensuales, de donativos y cesiones, de la casa de asilo y del panteón que posee en la actualidad, así como de sus rendimientos”⁵⁴. Este esquema económico no varió mucho en los años aquí estudiados. Una división esencial de los ingresos distinguía entre los que generaba la propia Sociedad en su funcionamiento como entidad privada y los que le llegaban desde fuera, por su carácter benéfico. Las entradas “internas” consistían básicamente en las cuotas de socios, los productos del panteón y las entradas por “distinciones”. Juntos, estos tres elementos podían constituir entre un 70 y un 90 por ciento del total de ingresos.

estaría destinado sólo a ellos. El porcentaje de personas atendidas en dicha sala aumentó de manera considerable desde comienzos de los años treinta.

⁵³ SBE, *Memoria anual de 1909*, p. 27.

⁵⁴ SBE, *Memoria anual de 1893*, p. 3.

Entre las entradas “externas” a la institución estaban los donativos, los aportes de las Juntas de Covadonga y los “intereses y descuentos”. Iban acompañadas de otras entradas similares, menores (y, en todo caso, no siempre regulares), como legados, fideicomisos y testamentarias de benefactores. Todas estas entradas externas suponían entre un 10 y un 30 por ciento del total de ingresos, aunque algunos años —como 1916— no alcanzaron el 4 por ciento. Esta notable “flexibilidad” de los recursos provenientes de la filantropía nunca atentó contra las bases económicas de la Sociedad, a pesar de las fluctuaciones que experimentaron incluso sus ingresos más seguros.

La administración y gestión de los ingresos se dividía en múltiples apartados, que a grandes rasgos se pueden resumir en cuatro tipos de gastos: los gastos de la casa de asilo, los del panteón, “otros” (en el que se incluían gastos generales y administrativos) y la cuenta de “pensiones, pasajes y socorros”. De igual forma que en los ingresos, las variaciones en los porcentajes de los gastos fueron bastante pronunciadas en estas décadas. La casa de asilo absorbía entre un 48 y un 67 por ciento y las cantidades más altas solían derivarse hacia las tareas médico-asistenciales. El panteón, por su parte, atrajo un porcentaje mínimo de un 11 a un máximo de 29 por ciento en algún año; el apartado “otros” entre un 8 y un 25 por ciento y el de pensiones y socorros entre un 1 y un 15 por ciento. La casa de asilo empleaba su asignación en alimentación, gastos de farmacia, sueldos del personal, reparaciones, enseres del hospital y otros gastos menores. Las partidas del panteón se distribuían entre el ornato, mobiliario, reparaciones y sueldos. La Sociedad reservaba anualmente varias sepulturas del panteón para los españoles fallecidos “en la indigencia”, y una pequeña suma para sus sepelios⁵⁵.

En algunos de los años más conflictivos del enfrentamiento revolucionario, especialmente durante la ya comentada crisis de abastecimiento de 1915, se produjo una alteración dramática en los gastos de la institución. En la casa de asilo la causa principal fue la repentina subida del precio de los alimentos, que se elevó a más de un 20 por ciento en escasos meses, mientras que el resto de gastos —farmacia, generales y otros— experimentaban subidas de 3-5 por ciento. Por su parte, los gastos en el cementerio se elevaron de un año a otro en un 12 por ciento⁵⁶. Exceptuando esa alteración en las partidas en los llamados “años del hambre”, la distribución de gastos de la Sociedad siguió un esquema equilibrado, y en algunos casos, como los de la casa de asilo, definitivamente ascendente

⁵⁵ El promedio anual de inhumaciones gratuitas rondó las 49, lo que suponía alrededor del 5 % del total.

⁵⁶ Véase la gráfica VI. SBE, *Memoria anual de 1916*, p. 29. Esta memoria decía lo siguiente: “Respecto a nuestro panteón aunque no debemos regocijarnos, sino lamentarnos de la mucha mortandad, no cabe duda que, económicamente hablando, las inhumaciones han sido este año más que en ninguno de los años anteriores”.

hasta mediada la década de 1930. En 1921 volvió a producirse un máximo en los gastos del asilo, a causa de una nueva crisis, esta vez mucho menos pronunciada que en 1915-1916. En ese mismo año, además, la curva de socorros, pensiones y pasajes se elevó a algo más del 15 por ciento del total de gastos, cifra que no volvería a alcanzar en ningún otro momento.

Precisamente, esta última cuenta de pensiones, pasajes y socorros, a pesar de ser el gasto de menor cuantía de la Sociedad, tuvo un enorme peso simbólico, por cuanto definía de forma práctica el carácter caritativo del instituto. Como dijera un directivo de 1924, dicha cuenta constituía en realidad un gasto bastante “elástico”, supeditado a gastos más fuertes, urgentes o estables (como los de la casa de asilo, por ejemplo), pero sin que se alterara por ello en absoluto su importancia, e independientemente de que aumentara o disminuyera el número de indigentes⁵⁷.

Desde que comenzó la redacción de las memorias anuales, los gastos relativos a la “caridad” se organizaron en torno a los auxilios en metálico (socorros y pensiones, temporales o definitivas) y el pago de pasajes (dentro de la República o de repatriación a España), así como las ayudas en especie (raciones de comida diaria y reparto de pan y leche); en casos graves, se acudía con asistencia facultativa y medicinas a los domicilios. Enterrar los cadáveres de los fallecidos “en suma pobreza” y dar asilo a los inmigrantes que carecieran de recursos, relaciones y domicilio “siempre que los fondos de la Sociedad lo permitan”, completaban el panorama de la acción exclusivamente caritativa⁵⁸.

Esta caridad iba dirigida sobre todo a los inmigrantes que estuvieran “verdaderamente necesitados”, previo informe de una *Comisión Calificadora* organizada por la asociación. La ayuda monetaria permanente se suministraba a “compatriotas pobres, viudas y huérfanos de españoles”,⁵⁹ así como a los ancianos y personas incapacitadas para trabajar y ganar un salario (por accidente laboral, por ejemplo), es decir, a un grupo de población inmigrante vulnerable desde el punto de vista económico y/o desprotegido socialmente.

Los auxilios en metálico, las llamadas “pensiones”, consistían en una mensualidad fija, vitalicia o por un período limitado —mientras duraran los apuros económicos de la persona o

⁵⁷ SBE, *Memoria anual de 1924*, p. 32. Un directivo expresaba respecto a los gastos de caridad: “y por el mismo motivo se restringe la atención de auxilios, socorros y pensiones que es capítulo muy elástico cuando hay elementos suficientes con que acudir a las vicisitudes que pasan nuestros compatriotas desvalidos”. *Memoria de 1915*, p. 33. Esta memoria (la única organizada semestralmente en este período) es un buen ejemplo de cómo en un año complicado política y económicamente, la sociedad elevó sus gastos en la alimentación y los bajó en la actividad caritativa.

⁵⁸ SBE, *Memoria anual de 1893*, p. 63.

⁵⁹ SBE, *Memoria anual de 1893*, p. 62.

hasta que pudiera proveerse de otra ayuda⁶⁰. Respecto a la alimentación, en los siete primeros años la Sociedad fijó en diez el número de personas atendidas diariamente con una ración de comida. Los billetes de tren dentro de México revelaban que la institución ayudaba en los traslados a otros lugares a unos 26 peninsulares al año en promedio. A partir de 1925 los socorros a los “pensionistas” consistían esencialmente en las pensiones en efectivo a viudas, huérfanos o ancianos y los servicios médicos, incluyendo medicinas, aparatos ortopédicos y arsenal médico-quirúrgico. Con esta batería de recursos caritativos prácticos de “bajo costo” y amplio espectro simbólico fue que la institución pudo construir en torno a sí todo un discurso legitimador muy útil tanto para la consolidación de sus élites dirigentes como para la continuidad y el crecimiento de la actividad asistencial.

Las principales enfermedades y su atención

Hasta el momento se ha atendido el universo de inmigrantes enfermos y, en íntima relación con él, la dinámica asistencial de la institución hospitalaria de los españoles en la capital mexicana; resta dedicar un último apartado a la consideración de la enfermedad en sí misma, las principales manifestaciones mórbidas dentro del grupo español y su evolución en los años de este estudio, así como a la atención otorgada a las mismas por parte de los responsables del instituto benéfico. Aunque la mirada a la enfermedad, su diagnóstico y sintomatología no aparece muy detalladamente en las memorias, la Sociedad prestó una especial atención a lo largo de estos años a la generalización de epidemias en la ciudad y su incidencia en los españoles.

A fines del siglo XIX los principales padecimientos tratados en la Casa-asilo de la Beneficencia eran los infecciosos (viruela, sarampión, tifo y erisipela, principalmente) así como las enfermedades venéreas, sifilíticas y pulmonares (sobre todo la tuberculosis). En 1894 (primer año que incluye información de este tipo), la causa principal de internamiento fue el tifo con 144 enfermos registrados, frente a los 56 de la sífilis. Le seguían las enfermedades venéreas con 46 entradas, el reumatismo con 38 y la pulmonía con 29. El resto se repartía entre enfermedades no infecciosas, del aparato digestivo, de las vías respiratorias, fiebres eruptivas, tuberculosis, etc. Ese año las principales causas de muerte dentro de la institución se debieron al tifo (12 occisos), a la escarlatina (1) y otras dolencias (15)⁶¹. El

⁶⁰ También podía ser un auxilio concedido por una sola vez, los denominados “Socorros extraordinarios en numerario”, aunque en las partidas de la cuenta de caja aparecía a veces como “pago de limosnas a varios”. Desde 1910 y hasta 1916, las pensiones mensuales en efectivo se repartieron a un promedio de 776 personas anualmente, y los socorros extraordinarios a 14 personas.

⁶¹ SBE, *Memoria anual de 1894*, pp. 59-60.

presidente de la Sociedad expresaba a la Asamblea la necesidad de realizar mejoras en el hospital acordes con las necesidades de la colonia y los adelantos médicos y científicos del momento

[...] el crecimiento que ésta [la colonia] va teniendo y el desarrollo de epidemias que ha habido en el último año, demostraron a la Junta Directiva, que era necesario la construcción de nuevos salones, porque hoy enseña la ciencia que uno de los elementos más necesarios para el éxito de la curación de las enfermedades, es el colocar a los enfermos en locales apropiados e higiénicos⁶².

Unas páginas más adelante se explicaba cómo el notable aumento de las enfermedades contagiosas a lo largo de ese año, que habían llegado incluso a extenderse dentro del hospital (se había dado el caso de contagio de viruela en pacientes de otras dolencias) había obligado a “separar completamente los enfermos contagiosos de los que no lo son, empleando para los primeros, pisos diferentes”⁶³.

Las siguientes noticias sobre las enfermedades tratadas en la Casa de asilo son de 1909, año en el que de nuevo las enfermedades infecto-contagiosas ocuparon el primer lugar en la lista de internados (con 253 enfermos tratados) frente a las venéreas (con 157); le seguían los ingresos por operaciones quirúrgicas y cirugías (153), los tratamientos de medicina interna y enfermedades de la piel (138) y las enfermedades sifilíticas (106). El sanatorio ofrecía además servicio de consulta diaria y vacuna, consulta dental, análisis de sangre, servicio de masaje, visitas a domicilio y consultorio nocturno (servicio que un año después se cerraría)⁶⁴.

Las memorias posteriores a 1910 fueron bastante menos regulares en la exposición de la información clínica (tal vez la grave crisis interna que estalla justo ese año hizo descuidar la factura de las mismas, incluso la crisis revolucionaria puede ser una causa explicativa de estas lagunas). De modo que son pocas las alusiones directas en estos años a las enfermedades, su variedad, incidencia, etc. La memoria de 1911, por ejemplo, da noticia de un nuevo descubrimiento científico aplicado a la curación de enfermedades sifilíticas, el famoso “Salvarsán fórmula 606”, que pudo empezar a elaborarse en el laboratorio del sanatorio a partir de ese año; al respecto comentaba el redactor

Como en nuestro Asilo son muchos los enfermos que diariamente se presentan para los cuales está indicada la aplicación del expresado específico, cuya preparación fuera de la casa resultaba muy costosa, se pensó y se llevó a la práctica el establecimiento de un modesto Laboratorio en el que el Farmacéutico del Asilo, Dr. Sala, se comprometió a preparar el

⁶² SBE, *Memoria anual de 1894*, p. 85.

⁶³ SBE, *Memoria anual de 1894*, p. 92.

⁶⁴ SBE, *Memoria anual de 1909*, p. 16.

salvarsán para las inyecciones, las que han venido dando los mejores resultados, hasta el extremo de que algunos enfermos se encontraron curados a las 24 horas de su aplicación⁶⁵.

No es sino hasta 1914 que aparece reflejada en las memorias la primera ordenación formal de las enfermedades por salas separadas en función de las dolencias; esta memoria incluye un informe del director médico del hospital, del que ya se ha hablado anteriormente, en el que hacía una exhaustiva descripción del edificio y sus dependencias, a saber: sala de consultas (con 6 camas), sala de cirugía (con 4), dos salas de medicina (una con 9 camas y otra con 11), la sala de sífilis con 13 camas, venéreo con 17 camas y “asilados” con 8. La descripción proseguía

El servicio de contagio se halla situado en la parte Sur del edificio; consta de las salas de observación, tuberculosis en la parte alta, tifo, viruela y demás enfermedades infecciosas. Próxima a la sala de observación se ha hecho recientemente una sala destinada a electricidad médica y una cámara para reconocimientos oftalmológicos [...]⁶⁶.

Con la nueva ordenación que ya constatamos hacia 1918 (sala general, distinción, asilados y jubilados) la información comenzó a disponerse de una forma más regular y constante; la estadística del movimiento de enfermos de ese año de 1918 en las diferentes salas muestra que en el servicio de medicina interna y enfermedades de la piel hubo 548 atendidos, 273 españoles pasaron por la sala de enfermedades venéreo-sifilíticas y en el de enfermedades infecto-contagiosas se atendieron 265 casos; además, por la consulta diaria en el asilo pasaron 1887 pacientes, por el servicio de cirugía y operaciones 191 y la consulta a domicilio dio el número de 520 visitas; en cuanto a la atención “a cargo del especialista de oídos, nariz y garganta” arrojó cifras de 471 consultas, 21 curaciones y 492 operaciones; las consultas y curaciones a cargo del oculista fueron 1288 y las curaciones y extracciones a cargo del dentista sumaron 360; finalmente “los masajes, tratamientos eléctricos y baños de luz fueron 1431 y los análisis médicos [...] ascendieron a 298”⁶⁷.

Ese mismo año encontramos una noticia de una epidemia de gripe en la ciudad que obligó a la Sociedad “a tomar en arrendamiento una parte del Asilo denominado ‘El Buen Retiro’ por la renta mensual de 300 y adonde se condujeron desde luego los enfermos de tuberculosis, habiendo erogado con este motivo [...] pero logrando el objeto que nos proponíamos, cual era dar mayor cabida en nuestra beneficencia a presión del auge que

⁶⁵ SBE, *Memoria anual de 1911*, p. 10. También en *Memoria anual de 1912*, p. 25. Según la fuente, por este procedimiento habían sido curados 112 pacientes a lo largo del año.

⁶⁶ SBE, *Memoria anual de 1914*, p. 61. La sala de contagio contaba con salas de 6 camas de observación, 5 camas de tuberculosis en una sala titulada “Francisco Somera”, y una sala para el Tifo, la viruela y la erisipela con 9 camas.

⁶⁷ SBE, *Memoria anual de 1918*, pp. 26-31.

podiera tomar la referida epidemia”⁶⁸. En 1923, la memoria daba noticia de un traslado de los enfermos de reumas que ocupaban la Sala de San Joaquín en la planta baja del edificio “Somera” a la planta alta del mismo edificio donde disfrutarán de una mejor temperatura. Un par de meses más tarde un aumento apreciable en el número de enfermos de tuberculosis impulsó a abrir en la casa de asilo una sala completamente remodelada y aislada

El departamento contiguo al que ocupan los jubilados se destinó a los tuberculosos, poniéndole piso de madera, abriendo algunas ventanas y puertas [...] dividiendo el patio con un tabique de mampostería de suficiente altura para que ambos departamentos quedasen aislados entre sí. Este local fue dotado de todos los servicios necesarios [...] Actualmente se está haciendo una nueva división de tabique para comunicar el departamento de tuberculosos con el anteriormente destinado a escarlatina y viruela.⁶⁹

El gran esfuerzo modernizador de la institución sanitaria fue impulsado en la década de 1920 por la nueva reglamentación de 1925 y sus efectos se empezaron a notar en los años posteriores, y especialmente una vez que se echó a andar el nuevo sanatorio en 1932. A partir de 1926 el movimiento general de enfermos ocupó buena parte del espacio de las memorias y se dispuso según las diferentes salas: cirugía, venéreo-sífilis, medicina general, sala de tuberculosos y sala de contagio. A estas salas se les uniría, como ya vimos, las de ginecología e infantil después de 1928. “Creemos sinceramente —afirmaría en 1929 el presidente— que la Sociedad Española de Beneficencia ha llegado a un periodo de verdadero adelanto, hasta ahora no igualado, por cuanto se refiere a la labor del Cuerpo Médico de la casa de salud y asilo”⁷⁰.

Las consultas empezarían a organizarse en turnos de mañana y tarde, sumadas a las ya tradicionales “a domicilio”; las curaciones se establecieron por especialidades médicas (curación de oído, oftalmología, odontología, pulmón, medicina general, estómago, ginecología y enfermedades de la cintura, venéreo sífilíticas y enfermedades de la piel). A todo esto se añadieron progresivamente los análisis médicos, las radiografías y tratamientos eléctricos, las operaciones de todas las especialidades ya citadas, y finalmente la aplicación de inyecciones⁷¹. Además, en estos últimos años de la década de 1920 comenzó a cobrar una importancia inusitada, antes prácticamente inexistente, la atención a enfermos enajenados. Las primeras noticias aparecidas en las memorias de la Sociedad acerca de la locura entre los

⁶⁸ SBE, *Memoria anual de 1918*, p. 15.

⁶⁹ SBE, *Memoria anual de 1923*, pp. 11-12. En el reglamento general elaborado en 1925, en su capítulo “De los establecimientos de la Sociedad”, el inciso C especificaba la intención de abrir un Consultorio o dispensario médico farmacéutico en un lugar céntrico de la ciudad para dar consulta médica gratuita o despachar recetas y además “tan pronto como la situación económica social lo permita, [...] la construcción de una Casa de Campo para tuberculosos” con un emplazamiento fuera del radio urbano.

⁷⁰ SBE, *Memoria anual de 1929*, p. 30.

⁷¹ SBE, *Memorias anuales de 1926-1931*.

pacientes españoles se remontan a los años 1906 y 1907. En estas dos fechas, la atención a enfermos dementes se anota en el apartado de *pensiones mensuales*, bajo el epígrafe: “Viudas, huérfanos, ancianos y dementes socorridos”.⁷² Curiosamente, hasta 1921 no volvió a haber ninguna otra referencia que tuviera que ver con el auxilio o el tratamiento de la demencia. A partir de ese momento, las alusiones en diferentes apartados a estos enfermos fueron aumentando, lentamente al principio y cada vez más después de 1925.

El ya citado “Sistema de reciprocidad e intercambio de enfermos” con otras instituciones de beneficencia española y hospitales mexicanos se generalizó a partir de 1918 —antes de esa fecha formalmente sólo existía con la Beneficencia de Veracruz— y canalizó las necesidades de aquellos que no podían ser atendidos en la Casa de asilo, sobre todo mujeres, ancianos y dementes. Estos últimos fueron remitidos a lo largo de la década de 1920 a dos instituciones, el sanatorio de “Nuestra Señora de Guadalupe” en Cholula (Puebla), y el manicomio de “La Castañeda” en Mixcoac (DF)⁷³. Así pues, la mayor parte de las alusiones a los enfermos mentales aparecieron en estos años en el apartado de “movimiento de enfermos” y más concretamente en “enfermos en otros asilos”, aunque en ocasiones vuelvan a asomar en el epígrafe de “pensiones, pasajes y socorros”. El número promedio de enfermos atendidos en los años de los que guardamos registro fue de 19 enfermos.

Tabla II.
Enfermos mentales internados en los Sanatorios de La Castañeda y de Cholula

Año	Mixcoac	Cholula
1918	3	---
1919	4	---
1920	4	---
1921	3	---
1922	2	---
1923	2	23
1924	2	2
1925	2	18
1926	4	17
1927	6	26
1928	4	19
1929	5	18
1930	3	19

Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias anuales de la Sociedad de Beneficencia Española.

⁷² SBE, *Memoria anual de 1906*, p. 9 y *Memoria anual de 1907*, p. 7. Entre las denominaciones que usaba habitualmente la Sociedad para referirse a la demencia encontramos “enfermos de mente”, “compatriotas que han perdido la razón”, enajenados, alienados, perturbados en sus facultades mentales, etc.

⁷³ SBE, *Memoria anual de 1921*, p. 30; *Memoria anual de 1922*, p. 15. En estas dos memorias aparecen las primeras alusiones a los dos Sanatorios. Anteriormente sólo se hace mención de “enfermos en el Manicomio General” en 1918, *Memoria anual de 1918*, p. 12. Por dos años aparece también el “Sanatorio Católico” de San Ángel, también en el DF. *Memorias anuales de 1925 y 1926*.

A pesar de que las memorias no siempre especifican la cantidad y calidad de los enfermos “enajenados” (a veces sólo expresan el dinero gastado con ellos), todo pareciera indicar que su número se mantiene constante a lo largo de las dos últimas décadas del período; el cambio a partir de 1923 se explica sencillamente por uno de estos acuerdos de reciprocidad, en concreto con Cholula, que derivó a los enfermos que antes se internaban en el “Manicomio General” de la ciudad de México (también llamado “La Castañeda”) hacia este Sanatorio ubicado en el estado de Puebla. La comisión de *Visitadores* —cuyo objetivo fundamental consistía en inspeccionar las condiciones materiales de higiene y bienestar de los enfermos tanto en la Casa de asilo como en los sanatorios con los cuales existía un régimen de intercambio— una vez al año acudía a los asilos con los cuales había un acuerdo, tras lo cual elaboraban un informe que era leído ante la asamblea general

Los enfermos dementes internados por cuenta de esta sociedad en el Sanatorio “Nuestra Señora de Guadalupe” de Cholula, Puebla, han fluctuado entre 10 y 12 durante todo el año. Estos enfermos están atendidos allí con muchísimo cuidado y los sacan de paseo siempre que las circunstancias lo permiten. Cuando necesitan ropa interior o exterior se les manda desde aquí, previo aviso que recibimos de la Dirección de aquella casa de Salud. Dichos enfermos cuestan a la Sociedad 65.00 mensuales cada uno, cantidad que nos parece razonable si se tiene en cuenta el buen trato que reciben. En el sanatorio de la Castañeda tenemos otros dos enfermos de mente [sic], que son la señorita Josefa Pernas y el señor Don Antonio Diez Noriega, este último internado en el citado sanatorio en el mes de abril último por orden de los señores visitadores de nuestra casa de salud y asilo. La señorita Pernas se encuentra bastante bien y trabaja en el taller de costura y bordado del mencionado sanatorio [...]⁷⁴.

Lo cierto es que en la atención que este tipo de enfermos recibe en la Sociedad se advierte claramente un cambio hacia la segunda mitad de la década, perceptible tanto en el espacio dedicado en las memorias a su tipología, como en el tratamiento, esfuerzos y cuidados institucionales: “Preocupada la Sociedad por el triste destino de estos pobres compatriotas, procuró sin desmayo lograr para ellos el lugar más adecuado y sano que pudiese convenirles”⁷⁵. En 1927 el informe de actividades de la citada comisión de visitadores se iniciaba con toda una justificación de esta nueva tendencia que ubicaba a los enfermos mentales en un lugar central de la atención de la Sociedad a sus pacientes: “No hay enfermo que exija la abnegación y los solícitos cuidados que necesitan estos seres, última manifestación de la humanidad doliente, privados de razón, con todo el desvalimiento de un

⁷⁴ SBE, *Memoria anual de 1922*, pp. 14-15. Este es el primer informe sobre enfermos mentales de la comisión de visitadores. A partir de esta fecha los informes restantes serán similares a éste aunque se acortan a partir de 1932 hasta convertirse en una mera confirmación de la visita a los establecimientos. La memoria de 1926 explicaba sobre esta comisión de visitadores “Una Comisión de la Beneficencia de la que forma siempre parte el Médico Director y el Gerente de la Sociedad, tiene el encargo de visitarlos periódicamente para proveer a sus necesidades y enterarse de las deficiencias que pudieren notar, cosa que, afortunadamente, no ha ocurrido hasta ahora”. Véase *Memoria anual de 1926*, p. 60.

⁷⁵ SBE, *Memoria anual de 1926*, p. 60.

infante y con todos los riesgos anejos a su peligrosa condición. Desgraciadamente su número es considerable y tiende al aumento. No los olvida la sociedad [...]”⁷⁶. El sanatorio de Cholula resultaba sin duda un buen lugar para estos enfermos. La descripción de los cuidados que en dicho asilo se les ofrecían no hace sino reflejar las corrientes en boga en aquellos años respecto al que se pensaba podía ser el mejor tratamiento de los padecimientos mentales: un ambiente tranquilo y de ser posible en un medio rural, silencioso, amplio y en contacto con la naturaleza

El allí asilado cree gozar de libertad completa, pues su vista domina el horizonte, ya que el Sanatorio no tiene tapias ni limitaciones que le impidan recrearse en la contemplación del panorama que ofrece la naturaleza, lo que le produce gran consuelo y bienestar pues además disfruta en el interior de extensos jardines y cómodo alojamiento⁷⁷.

A diferencia de otro tipo de pacientes que tampoco podía recibir la atención merecida en la Casa de asilo de la Sociedad por falta de espacio especializado para ello (claramente las mujeres y los niños), los locos serán los primeros y más numerosos enfermos en ingresar a la nómina de ingresos en otros asilos cuando se generalice esta modalidad: “Atiende también la sociedad en departamento de pensionistas del sanatorio de la Castañeda a 4 señoritas y un anciano privado de sostén cuyas facultades mentales perturbadas, requieren el cuidado que se imparte en esos establecimientos especiales, ya que nuestra casa de Salud no cuenta por ahora con departamentos propios para ello. Igualmente son proveídas de cuanto puedan solicitar en prendas de abrigo y de uso personal”⁷⁸.

No era únicamente la vigilancia, tranquilidad y bienestar del perturbado lo que se perseguía con los tratamientos a los que se les sometía y en los lugares en los que se les internaba, sino que había también una intención terapéutica implícita en ellos de “ver si todavía es posible hacer brillar la luz de la razón en sus cerebros perturbados y en tinieblas”⁷⁹. La insistencia en todos estos informes en el aspecto asistencial-terapéutico es reiterada, a lo que se unía habitualmente —al menos en el discurso— un cuidado cariñoso y *patriótico* hacia ellos: “se les atiende con el cariño que se merecen dentro de aquel ambiente muy español y caritativo”⁸⁰. De manos de un benefactor de la Sociedad, don Teodoro Labastida, llegó en

⁷⁶ SBE, *Memoria anual de 1927*, p. 28.

⁷⁷ SBE, *Memoria anual de 1926*, p. 60.

⁷⁸ SBE, *Memoria anual de 1927*, p. 28.

⁷⁹ SBE, *Memoria anual de 1927*, p. 28. Lo mismo se repetía en otras memorias: “[...] procurando para ellos el último esfuerzo que la ciencia puede hacer para librarlos de las tinieblas en que su pobres cerebros se hallan. Y cuando ya toda esperanza se haya perdido, que tengan siquiera brazos cariñosos que les prodiguen los consuelos tan necesarios en su lastimoso estado”. “Su lucha constante para lograr la curación de aquellos que ofrecen alguna esperanza”, etc.

⁸⁰ SBE, *Memoria anual de 1928*, p. 42.

1930 al Sanatorio un instrumento terapéutico de última moda “que hoy día se reconoce ser uno de los grandes auxiliares de la ciencia en la curación de enfermedades mentales”

[...] quien de su propio peculio se sirvió regalar un equipo cinematográfico moderno para ser instalado en el Sanatorio de Cholula, contribuyendo así a dulcificar la existencia de aquellos enfermos con esta sana distracción.⁸¹

A partir de 1929 comienzan a incluirse en las memorias largos informes del médico especialista en enfermedades nerviosas y mentales de la Sociedad, Dr. Enrique O. Aragón, los cuales describen con todo detalle los diagnósticos y los tratamientos implementados sobre las más variadas sintomatologías de la demencia. Casos frecuentes de epilepsia, sífilis cerebral y psicastenia ocupaban buena parte de las tareas del facultativo, quien relata además otros procesos mucho más “serios y extraños”, que requerían de toda su experiencia para una resolución viable: delirios de grandeza y religiosos, manías furiosas tratadas con un completo aislamiento, fobias de espacio, etc.

[...] un caso curioso es el de un individuo diabético y en quien en plena diabetes, apareció una agitación ligada a una manía dubitativa [...] otro caso raro es el de una señora con estado vertiginoso constante no dependiente ni de lesión estomacal, ni auricular, ni cerebral [...] probablemente se trata de accidentes reflejos cuya etiología solo aparece el temor (fenómeno mental) de caer, pues distraída la persona, la impresión de mareo se calma notablemente [...] por último de entre varios pacientes atacados de “tics” existe uno dado de alta y al que se hicieron desaparecer sus movimientos involuntarios, administrándole a dosis pequeñas [...]”⁸².

Un año después, en 1928, el informe del doctor Aragón incluía una breve estadística de la atención diaria en su consulta: a lo largo del año se habían atendido 636 consultas, a razón de aproximadamente 12 diarias. De los 100 enfermos atendidos en total, 80 eran hombres y 20 mujeres, proporción, en palabras del facultativo “que en lo relativo a sexo, aproximadamente ha sido siempre la misma”⁸³. Además establecía varios grupos de enfermedades mentales; entre las más importantes se hallaban “el mal sagrado”, la epilepsia, con 208 consultas realizadas (un 32 por ciento del total) y la psicastenia (o depresión psíquica) con 156 consultas realizadas (un 24.53 por ciento del total) cuyas causas había que buscarlas, según Aragón, en circunstancias

[...] principalmente de índole moral. La agitación de los espíritus en virtud de negocios emprendidos y muchos de ellos no logrados; pérdidas de fortuna en ocasiones y en otras, la lucha constante por la vida, amén de desgracias como la pérdida de familiares u otras, nos explican lo elevado de la cantidad mencionada en este grupo, en que el principal aspecto del padecimiento fue de obsesiones y de dudas⁸⁴.

⁸¹ SBE, *Memoria anual de 1930*, p. 32

⁸² SBE, *Memoria anual de 1929*, p. 67.

⁸³ SBE, *Memoria anual de 1928*, p. 87.

⁸⁴ SBE, *Memoria anual de 1928*, p. 87.

Tras ella se encontraban las neuralgias con 104 (un 12.3 por ciento), los “tics” nerviosos con 78 atenciones (un 10 por ciento) de los que decía “su naturaleza es variada: ya de origen alcohólico; ya por el desarrollo de la edad y acompañando en este último caso a la demencia senil” y la histeria con 26 consultas (4 por ciento)⁸⁵.

Tabla III.
Enfermedades nerviosas y mentales, 1927

Diagnóstico	Enfermos
Trastornos de la pubertad	8
Cloro-anemia	3
Impotencia	5
Retardo mental	1
Accidentes histéricos	6
Corea de Sydenham	1
Epilepsia esencial	20
Psicastenia	30
Taquicardia esencial paroxística	3
Bocio	3
Epilepsia Jackseniana	2
Paquimeningitis	1
Sífilis cerebral	4
Parálisis general progresiva	7
Enfermedad de Parkinson	1
Parálisis facial	1
Parálisis del oculo-motor común	1
Monoplegia	1
Trofoneurosis facial	2
Tabos dorsalis	7
Calambre de los escritores	1
Polineuritis	3
Neuralgias	7
Pequeño Brightismo	1
Confusión mental de origen traumático	1
Manía post-infecciosa	2
Melancolía	1
Alcoholismo	3
Intoxicación por el café	1
Senilidad	3

Fuente: *Memoria anual de la Sociedad de Beneficencia Española de 1927*.

Conclusión

En 1910, la Sociedad de Beneficencia Española ostentaba una nómina de afiliados de aproximadamente cuatro mil individuos, todos ellos españoles, hombres de diferentes edades y recursos. La otra institución que le seguía en número de miembros, el Casino Español, con

⁸⁵ SBE, *Memoria anual de 1928*, p. 87: los 63 casos restantes se hallaban repartidos en múltiples diagnósticos que afectaban a un número reducido de pacientes en cada caso.

fines y exigencias muy distintos, cubría en la misma fecha un expediente de setecientos integrantes. En las décadas siguientes, la primera de estas instituciones logró doblar su número mientras que la segunda a duras penas mantuvo la cifra anterior. Frente a este crecimiento, otras asociaciones desaparecieron y la mayoría se conservó en un equilibrio precario hasta bien entrada la década de los treinta. El ímpetu de la Beneficencia, tal y como se ha sostenido en estas páginas, se apoyó en unas líneas doctrinales claras que determinaron sus políticas asistenciales. Dicho de otro modo, un efectivo discurso basado en el ejercicio de la caridad y el patriotismo sirvió a los objetivos de fortalecimiento de la institución y del grupo que la dirigía, mientras que su funcionamiento práctico no requirió en ningún momento destinar más de un diez por ciento de los recursos totales a las tareas específicamente caritativas.

La principal fuente de financiación del instituto benéfico provenía de las cuotas de los miembros y por tanto a ellos se privilegiaba en la orientación de la asistencia. En este punto radica el éxito de la Sociedad, pues sus responsables supieron conjugar en todo momento una organización propia más bien de las asociaciones mutuales (que acostumbraban a generar y distribuir los recursos provenientes de sus asociados) con un entramado caritativo. Éste no sólo proveía de fuentes de financiamiento alternativas (lo que hacía a la Sociedad aún más poderosa) sino de un sostén ideológico inigualable para el control y liderazgo de una comunidad inmigrante eminentemente católica y la sanción política de sus directivos, por medio de la elevación y mantenimiento de su estatus. En esos pilares ideológicos se daban cita no sólo la caridad cristiana, sino la apelación constante a la unidad de la colonia a través del patriotismo —una unidad normalmente muy disminuida por los regionalismos—, el engrandecimiento del grupo y de la institución y, finalmente, en una etapa posterior, la modernización económico-administrativa. Este eclecticismo resultó muy eficaz y explica en cierto modo la recurrente negativa de los cuadros directivos a modificar un discurso “de la caridad” por otro del “mutualismo” (o hacer explícito el mutualismo inherente a las prácticas de la asociación) cuando tan buenos réditos aportaba el primero y en tan diferentes ámbitos.

Bibliografía

SIGLAS Y REFERENCIAS

SBE Sociedad de Beneficencia Española

ARÓSTEGUI, Julio

“La emigración de los años treinta”, en VVAA, *Historia general*, 1992, pp. 435-459.

CARREÑO, Alberto María

Los españoles en México (un siglo de Beneficencia). México, Imprenta Manuel León Sánchez, 1942.

BAILY, Samuel L.

“Las sociedades de ayuda mutua y el desarrollo de una comunidad italiana en Buenos Aires, 1858-1918”, en *Desarrollo Económico*, vol. 21, núm. 84, 1982, pp. 485-514.

BLANCO RODRÍGUEZ, José Andrés

El asociacionismo en la emigración española a América, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED – Zamora), Junta de Castilla y León, Salamanca, 2008.

CERUTTI, Mario

Empresarios españoles y sociedad capitalista (1840-1920), Gijón, Archivo de Indianos, 1995.

DEVOTO, Fernando

Historia de la inmigración en la Argentina, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2003.

“Las asociaciones mutuales españolas en la Argentina”, en LLORDÉN MIÑAMBRES, coord., 1995, pp. 173-187.

FERNÁNDEZ, Alejandro E.

“Mutualismo y asociacionismo”, en VIVES, coord., 1992, pp. 331-357.

FIGUEROA ESQUER, Raúl

“La creación de la red consular española en México, 1838-1848”, en SÁNCHEZ ANDRÉS y FIGUEROA ESQUER, coords., 2001, pp. 53-76.

GAMBOA OJEDA, Leticia

“Manuel Rivero Collado, negocios y política en Puebla (1897-1916)”, en *Historia Mexicana*, vol. XLVIII, núm. 4, (192), 1999, pp. 795-824.

GIL LÁZARO, Alicia

“La repatriación gratuita de inmigrantes españoles durante la revolución mexicana, 1910-1920”, en *Historia Mexicana*, LX: 2, 2010, pp. 1019-1075.

“Prácticas mutualistas y discurso caritativo. La Sociedad de Beneficencia Española de México (1910-1936)”, en *Historia Social*, 70, 2011, pp. 81-105.

GONZÁLEZ LOSCERTALES, Vicente

“La colonia española en la vida política, económica y social del México revolucionario (1910-1930)”, tesis doctoral en historia, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 1975.

“Bases para el análisis socioeconómico de la colonia española en México en 1910”, en *Revista de Indias*, 155-158, (1979), pp. 267-295.

GUTIÉRREZ BIANCHI, María Florencia

El mundo del trabajo y el poder político. Integración, consenso y resistencia en la ciudad de México a fines del siglo XIX. México, El Colegio de México (Tesis doctoral), 2006.

GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ, Adriana

Casino Español de México: 140 años de historia. México, Editorial Porrúa, 2004.

HERRERA-LASSO, Ana Lía

“Una élite dentro de la élite: El Casino Español de México, entre el porfiriato y la Revolución (1875-1915)”, en *Secuencia*, núm. 42, 1998, pp. 177-205.

ILLADES, Carlos

Presencia española en la Revolución Mexicana (1910-1915), México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1991.

“Los empresarios españoles y la Revolución”, en *LIDA* (comp.), 1994, pp. 170-189.

ILLADES, Carlos y Ariel RODRÍGUEZ KURI, (coords.)

Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México, México, Ediciones ¡Uníos!, Colección Sábado Distrito Federal, 2000.

JUNTA ESPAÑOLA DE COVADONGA

Álbum Covadonga. México, (s.e.), 1921.

KENNY, Michael, Virginia GARCÍA A., *et. al.*

Inmigrantes y refugiados españoles en México, siglo XX, México, Ediciones de la Casa Chata, 1979.

LIDA, Clara E.

Inmigración y exilio. Reflexiones sobre el caso español, México, El Colegio de México-Siglo XXI, 1997.

“Los españoles en el México independiente: 1821-1950. Un estado de la cuestión”, en *Historia Mexicana*, LVI: 2, (2006), pp. 613-650.

LIDA, Clara E. (coord.)

Tres aspectos de la presencia española en el porfiriato, México, El Colegio de México, 1981.

LIDA, Clara E. (comp.)

Una inmigración privilegiada. Comerciantes, empresarios y profesionales españoles en México en los siglos XIX y XX, Madrid, Alianza América, 1994.

España y el imperio de Maximiliano: finanzas, diplomacia, cultura e inmigración, México, El Colegio de México, 1999.

LLORDÉN MIÑAMBRES, Moisés

Las asociaciones españolas de emigrantes, en Cruz Morales Saro, María y Llordén Miñambres, Moisés: *Arte, cultura y sociedad en la emigración española a América*. Gijón: Universidad de Oviedo, 1992.

LLORDÉN MIÑAMBRES, Moisés

“Una explicación histórica de la acción mutuo-social de las sociedades españolas de emigrantes en América”, en LLORDÉN MIÑAMBRES, coord., 1995, pp. 149-172.

LLORDÉN MIÑAMBRES, Moisés, coord.

Acerca de las migraciones centroeuropeas y mediterráneas a Iberoamérica: aspectos sociales y culturales. Gijón, Universidad de Oviedo, 1995.

LORENZO, María Dolores

“‘Ayúdame que yo te ayudaré’, La política laboral en el Banco Oriental de México (1900-1915)”, en *Secuencia*, núm. 64, 2006, pp. 31-48.

LORENZO LAGUARTA, Pablo

Historia de la Beneficencia Española en México. Prólogo del Prof. Rubén Salido Orcillo, Prof. de Historia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Epílogo de Jaime Delgado, Prof. de la Universidad Central de Madrid, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. México, España en América, 1951.

LUDLOW, Leonor

“Empresarios y banqueros. Entre el porfiriato y la revolución”, en LIDA (comp.), 1994, pp. 142-169

MAC GREGOR, Josefina

México y España: del porfiriato a la Revolución. México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1992.

Revolución y diplomacia: México y España, 1913-1917. México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 2002.

MARICHAL, Carlos

“De la banca privada a la gran banca. Antonio Basagoiti en México y España, 1880-1911”, en *Historia Mexicana*, XLVIII: 4 (192), (1999), p. 767-793.

MCMAHON, Thomas John

“The Spanish Immigrant Community in Mexico City during the Porfiriato, 1876-1911”, tesis doctoral en historia, Indiana, Universidad de Notre Dame, 1974.

MEYER, Lorenzo

El cactus y el olivo. Las relaciones de México y España en el siglo XX. Una apuesta equivocada, México, Océano, 2001.

MOYA, José Carlos y Alejandro FERNÁNDEZ, coords.

La inmigración española en Argentina. Buenos Aires, Biblos, 1999.

México y las Colonias Extranjeras en el Centenario de la Independencia, 1810-1910. México, (s.e.), 1910.

NARANJO OROVIO, Consuelo

Del campo a la bodega: recuerdos de gallegos en Cuba (siglo XX), 1988.

NÚÑEZ SEIXAS, Xosé Manoel

Emigrantes, caciques e indianos. El influjo sociopolítico de la emigración transoceánica en Galicia. Ediciones Xerais, Vigo, 1998.

"Los gallegos dentro de la colectividad y las asociaciones españolas en el primer tercio del siglo XX". En Núñez Seixas, Xosé Manoel (ed.). *La Galicia austral. La inmigración gallega en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos, 2001, pp. 139-160.

NÚÑEZ SEIXAS, Xosé Manoel, coord.

“Presentación” en *Historia Social*, 70, 2011, pp. 3-7.

La Galicia austral. La inmigración gallega en la Argentina. Buenos Aires: Biblos, 2001.

PÉREZ HERRERO, Pedro

“Algunas hipótesis de trabajo sobre la inmigración española a México: los comerciantes”, en LIDA (coord.), 1981, pp.103-139.

PLA BRUGAT, Dolores

“Españoles en México (1895-1980). Un recuento”, en *Secuencia*, 24, (1992), pp. 107-120.

PONS PONS, Jerónia y Margarita VILAR RODRÍGUEZ

“Friendly Societies, commercial Insurance, and the State in Sickness Risk Coverage: the Case of Spais (1880-1944)”, en *International Review of Social History*, 56, 2011, pp. 71-101.

RODRÍGUEZ KURI, Ariel

“Desabasto, hambre y respuesta política, 1915”, en ILLADES y RODRÍGUEZ KURI (coords.), 2000, pp. 133-166.

SALAZAR ANAYA, Delia

La población extranjera en México (1895-1990). Un recuento con base en los Censos Generales de Población, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, serie Fuentes, 1996.

SÁNCHEZ ALBORNOZ, Nicolás, (coord.)

Espanoles hacia América. La emigración en masa, Madrid, Alianza Editorial, 1988.

SÁNCHEZ ALONSO, Blanca

Las causas de la emigración española, 1880-1930, Madrid, Alianza, 1995.

SÁNCHEZ ANDRÉS, Agustín y Raúl FIGUEROA ESQUER, coords.

México y España en el siglo XIX. Diplomacia, relaciones triangulares e imaginarios nacionales, Morelia, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Instituto Tecnológico Autónomo de México, 2003.

VIVES, Pedro, Ana Vega y Pablo Oyamburu, coords.

Historia general de la emigración española a Iberoamérica. 2 vols., Madrid, Historia 16, 1992.

YÁÑEZ GALLARDO, César

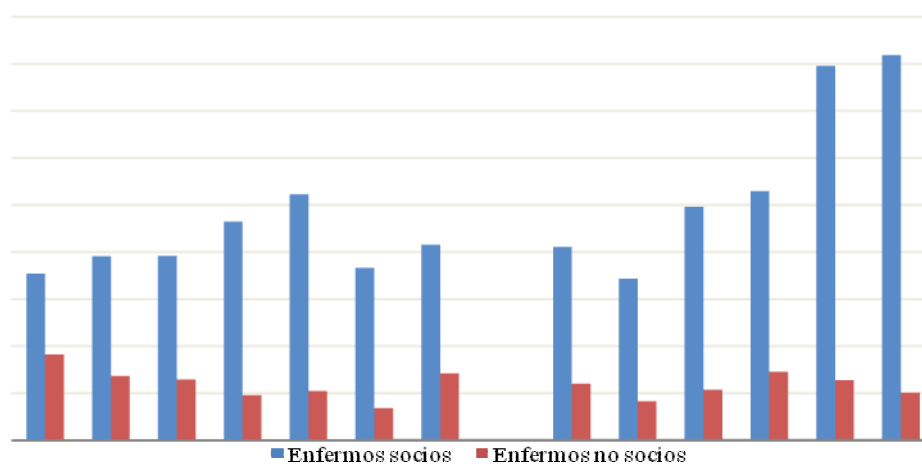
La emigración española a América (siglos XIX y XX). Dimensión y características cuantitativas, Gijón, Archivo de Indianos, 1991.

VILLAR GUERRA, Federico,

Directorio de la Colonia Española. México, s.p.i, 1937.

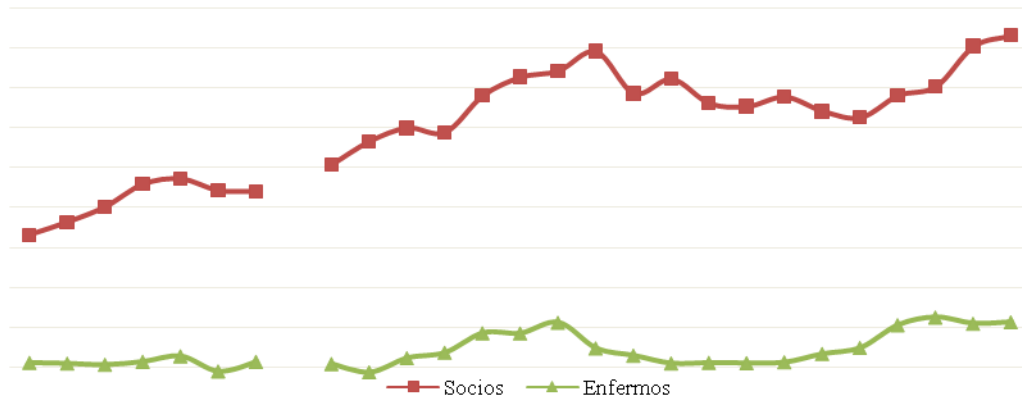
ANEXOS

Gráfica I.
Enfermos socios y no socios de la Sociedad de Beneficencia Española, 1910-1923



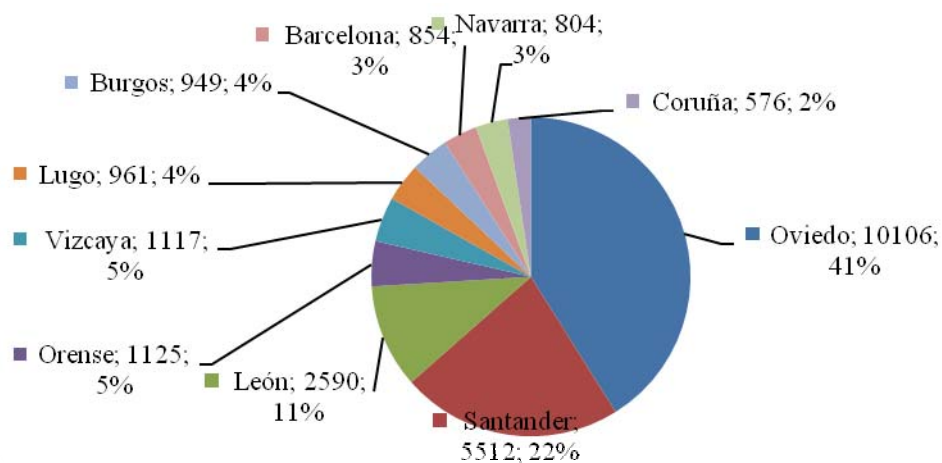
FUENTE: elaboración propia a partir de las *Memorias de la Sociedad de Beneficencia Española*, 1910-1936. No se ha podido encontrar la memoria de 1917.

Gráfica II.
Distribución del número de socios y enfermos de la SBE, 1910-1936



FUENTE: elaboración propia a partir de las *Memorias anuales de la Sociedad de Beneficencia Española*, 1910-1936. No se pudo encontrar la memoria de 1917.

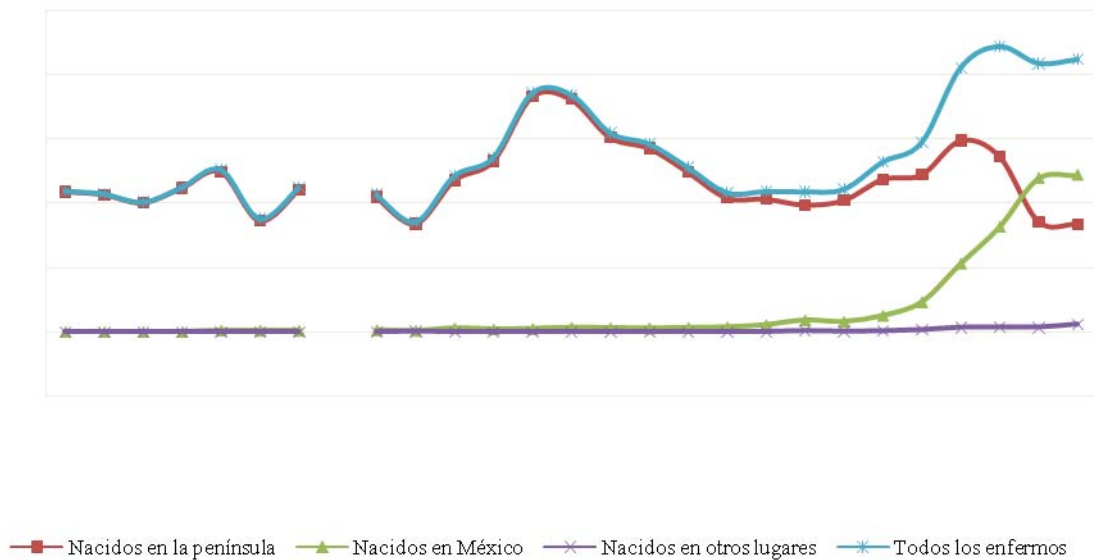
Gráfica III: Provincias de origen de los enfermos peninsulares



FUENTE: elaboración propia a partir de las *Memorias de la Sociedad de Beneficencia Española*, 1910-1936.

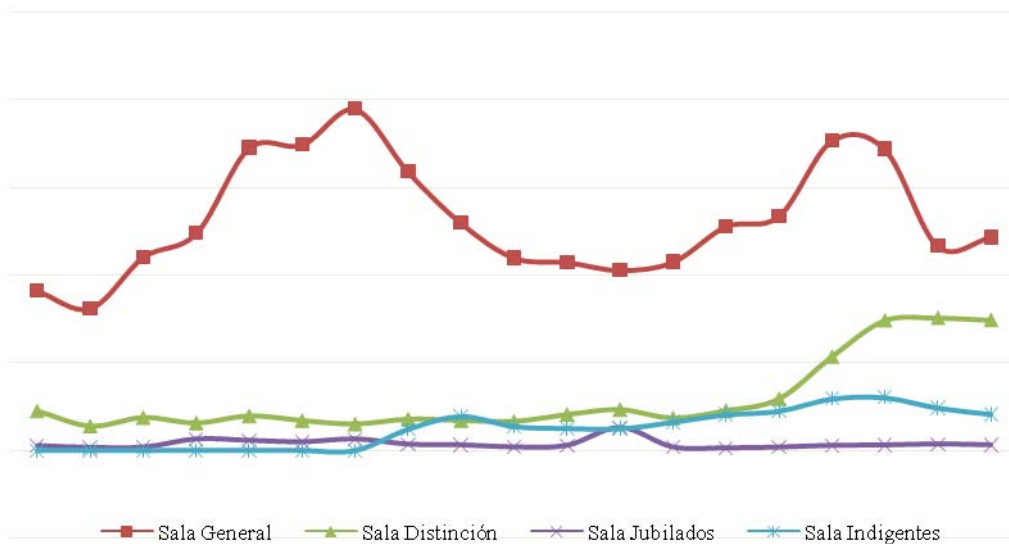
Gráfica IV.

Distribución de enfermos de la SBE según lugar de origen, 1910-1936



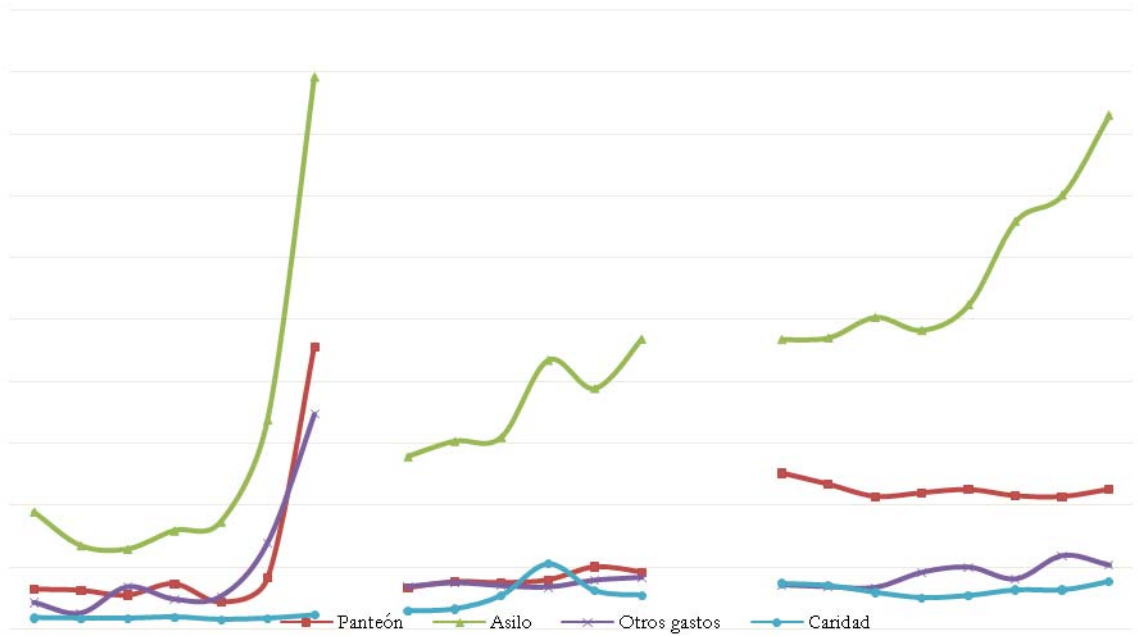
FUENTE: elaboración propia a partir de las Memorias de la Sociedad de Beneficencia Española, 1910-1936. No se pudo encontrar la memoria de 1917.

Gráfica V.
Distribución de personas atendidas por salas, 1918-1936



FUENTE: elaboración propia a partir de las *Memorias de la Sociedad de Beneficencia Española*, 1910-1936.

Gráfica VI.
Gastos de la Sociedad de Beneficencia Española, 1910-1933



FUENTE: elaboración propia a partir de las *Memorias de la Sociedad de Beneficencia Española*, 1910-1936. Faltan seis años de la muestra: 1917 (del cual no hay memoria), 1924 y 1925 (memorias incompletas en la expresión de sus datos estadísticos) y los tres años finales, 1934-1936 (que fueron excluidos ya que dejaron de presentar la estadística de socorros, pasajes y pensiones).