

José Carlos Aguado Vázquez y Xóchitl Martínez Barbosa

Caridad y beneficencia: una transformación en el concepto de las instituciones asistenciales del siglo XIX en México

Antecedentes: época colonial

Las prácticas de caridad en la Nueva España constituyeron, desde los primeros años de la Colonia, una parte importante del proyecto colonizador, particularmente las referidas a los enfermos y pobres. Se ha señalado, en otra publicación, de manera más profunda, el interés político de la Corona al fundar hospitales en todos los pueblos novohispanos, tal y como lo dispuso Carlos I en el año de 1541 y, posteriormente, confirmado en el Primer Concilio Provincial en 1555.¹ Éstos son los antecedentes más claros respecto al principio de hospitalidad en la Colonia, que se estructura sobre la base de la caridad como concepto ideológico que regirá la actividad médica y la asistencia a lo largo de toda la época colonial americana.

Las instituciones responsables de concretar ese concepto abarcan tanto hospitales como asilos, hospicios, casas de recogidas y de expósitos. Estas instituciones, aunque surgidas bajo el auspicio del clero y frecuentemente administradas por miembros del mismo, eran apoyadas por particulares "caritativos", ya que, además, se comprendía como una obligación moral de la sociedad civil. Obligación que la Iglesia, como institución, regulaba.

¹ Carlos Aguado y Xóchitl Martínez, "El concepto de caridad como fundamento de la atención médica en Nueva España", en *Historia general de la medicina en México*, t. II, México, Academia Nacional de Medicina/UNAM, 1990, pp. 273-274.

Durante los siglos XVI y XVII el gobierno colonial mantuvo una política homogénea al respecto gracias al reinado de los Austria. A pesar de que cada uno de los virreyes daba un sello personal a sus dictados, conservaron los lineamientos generales de la familia reinante. Al iniciar el siglo XVIII los Austria fueron sustituidos en el trono por sus rivales franceses: la familia Borbón, con la cual surge una nueva etapa.

El siglo XVIII es caracterizado como un parteaguas de la historia que se engloba en el marco de la Ilustración, etapa que expresa un nuevo concepto del hombre, de la vida y del mundo, poniendo al primero en el centro. Su manifestación política más acusada fue el despotismo ilustrado, la máxima expresión del absolutismo monárquico. En otro sentido, la preocupación fundamental durante la Ilustración era de carácter moral; se puso énfasis en el progreso social como valor y en la felicidad comunitaria como búsqueda. Esta concepción, que prevalecía en Occidente, enarbolaba a la razón como rectora del pensamiento y la acción. Destacaba sobre todo la capacidad de transformación y regeneración del hombre como principio rector de la vida.²

Durante la segunda mitad del siglo XVIII (1759-1788) se implantaron reformas en la Nueva España, como una manifestación de la política ilustrada, que estaban orientadas a quitarle poder político y económico al sis-

² José Miranda, *Las ideas y las instituciones políticas mexicanas*, México, UNAM, IJ, 1978, p. 11-12.

tema colonial y a reforzar el de la metrópoli. El régimen Borbón pugó por una nueva organización administrativa del Estado: se crearon instituciones que se ajustaron a las condiciones de la Colonia y dieron por resultado una disminución real del poder y privilegio de algunas autoridades y grupos tradicionales.³

Los cambios también afectaron a la Iglesia durante este periodo, principalmente en el caso del clero regular (*v.gr.*, la expulsión de los jesuitas), ya que contribuyeron en la modificación de su injerencia en las instituciones de beneficencia.

Según José Miranda⁴ el despotismo ilustrado se caracteriza por: *a)* absolutismo total y declarado; *b)* racionalización del poder; *c)* reformismo económico y social, y *d)* filantropismo. En este último inciso, precisamente, se inserta nuestro objeto de estudio: caridad y filantropismo, conceptos emparentados pero distinguibles en lo sustancial; uno apunta al orden moral religioso, caritativo e individual, y el otro hacia una concepción laica de solidaridad social. Aunque, como veremos, esto no logró consolidarse sino hasta el siglo XIX y, en algunos aspectos, en México hasta el siglo XX.

Los borbones se esforzaron por establecer mecanismos de ayuda a los indigentes como parte de la búsqueda de un nuevo orden social. Para esto fundaron instituciones y expidieron leyes al respecto. Por ejemplo, a partir de las reformas dictadas es posible identificar una asistencia a enfermos y a pobres más racionalizada, en la cual se antepuso el criterio de la razón al principio religioso de la caridad. Se expresó un interés económico que pretendía convertir al indigente en un ser útil a la sociedad (antecedente de la capacitación y saneamiento de la fuerza de trabajo), para ello se organizaron programas de instrucción en oficios y en educación de las primeras letras a toda aquella persona objeto de beneficencia. Se realizó una mayor diferenciación entre los asistidos, dando prioridad al enfermo y al desposeído. Esto contrasta de alguna manera con la práctica de la caridad durante los primeros dos siglos de la Colonia cuando, fundamentalmente, se ofrecía a todos los asistidos la evangelización y el tratamiento espiritual.⁵

³ *Ibid.*, p. 72.

⁴ *Ibid.*, p. 11.

⁵ Al respecto véase Carlos Aguado y Xóchitl Martínez, "El concepto de caridad...", *op. cit.*

Caridad y beneficencia: hacia una nueva concepción

En el siglo XIX se efectuó el cambio del concepto caridad clerical por el de caridad pública, en el campo de la atención a enfermos y desvalidos.

La caridad pública o beneficencia constituye el antecedente necesario de la asistencia en la medicina contemporánea. Es un lugar común relacionar esta transformación con las leyes de Reforma de Benito Juárez, ya que al cambiar las relaciones entre la Iglesia y el Estado se modifican las formas de atención médica y social. Sin embargo, para comprender este proceso se requiere identificar los referentes ideológicos, económicos, políticos, sociales e históricos que le dieron lugar. Desde esta perspectiva debemos señalar la relevancia de la Independencia, la intervención imperial, el desarrollo del capitalismo, dependiente de su perfil de clases, y el desarrollo de la profesión médica como disciplina científica y como práctica social en nuestro país. Estos procesos tienen en común que apuntan hacia el replanteamiento de la organización civil y del Estado.

Como aspectos propios del contexto en el que se realiza este cambio de concepción, en el cual no profundizaremos por cuestiones de extensión, destacan el aspecto económico y la experiencia como organización obrera en gestación.⁶ Sin embargo, señalaremos dos elementos que por su importancia no pueden omitirse:

a) En lo económico, para el periodo 1854-1880, Ciro Cardoso⁷ apunta, en su texto de historia económica, que se caracteriza por la organización de una economía nacional basada en la producción de artículos primarios para el mercado mundial que "debieron previamente romper la resistencia de estructuras, intereses y actitudes heredadas de la Colonia". El autor precisa al respecto que:

La reforma liberal significó, desde el punto de vista económico, un reordenamiento profundo de las estructuras del país, para adecuarlas a las necesidades y a la visión del mundo de ciertos sectores dinámicos de las clases dominantes [...] expropiación y nueva apro-

⁶ Al respecto véase "Economía y salud", en *Historia General...*, *op. cit.*

⁷ Ciro Cardoso (coord.), *México en el siglo XIX (1821-1910)*, México, Nueva Imagen, 1983, p. 61.



Antiguo Hospital de San Juan de Dios. (Foto: André Cabrolhier.)

piación de bienes eclesiásticos y comunales [...] [significó] no sólo un cambio de manos sino también de la concepción misma de la propiedad y sus finalidades.

Entre las finalidades citadas por el autor, ubicamos la asistencia a enfermos y a desvalidos.

b) Dentro del contexto ideológico influyó también la ideología de las organizaciones mutualistas, que florecieron de manera notable en este periodo histórico. A partir de 1864, surgen organizaciones tales como la Fama Montañesa y La Unión Mutua de Tejedores del D.F., por citar sólo dos ejemplos, aunque esto se generalizó en todas las regiones del país.⁸ Esta experiencia de las organizaciones sociales alimenta la concepción en gestación sobre la asistencia a enfermos y desvali-

⁸ Esta es la opinión de López Aparicio, citado por Jorge Basurto en *El proletariado industrial (1850-1920)*, México, UNAM/IIS, 1975.

dos. La asistencia y ayuda brindada para estos organismos se realizaba bajo el principio de solidaridad gremial, mismo que se distinguía claramente de la caridad cristiana, en virtud de que sus motivos y justificaciones eran propios del desarrollo civil y de clase, y lejanos de las razones morales de orden religioso.

Antes de abordar los aspectos históricos se requiere definir qué entendemos por caridad cristiana y por caridad pública en la atención a la salud.

Los conceptos de caridad

Entendemos por caridad cristiana aquella práctica de servicio que se sustenta en la virtud teológica cristiana, el principio religioso que consiste en “amar a Dios sobre todas las cosas, y al prójimo como a sí mismo”, es decir, al prójimo desvalido y necesitado de atención. Esta concepción es acompañada por el principio ideo-

lógico cristiano de que la retribución del servicio no es fundamentalmente económica, sino espiritual, y que se trata de una acción voluntaria e individual producto de la virtud del otorgante. Las instituciones de caridad tienen un sustento básico en el clero como promotores y administradores. Parten del supuesto de que la enfermedad es un problema principalmente relacionado con las cuestiones espirituales religiosas.

La caridad pública, por el contrario, se identifica con un principio ético moral laico que parte de entender al individuo como ciudadano; el servicio se define más como una obligación de Estado que como dádiva. La retribución que se otorga al servidor es de tipo económica y fijada como un salario. Esta concepción asume que el beneficiado debe ganarse el servicio por medio de su trabajo, del orden, la disciplina, etcétera.

La caridad cristiana y la caridad pública comparten inicialmente un propósito protector hacia el necesitado, pero, difieren respecto al marco conceptual desde el que realizan la acción: la primera, fundamentalmente, como un acto moral del "buen cristiano"; la segunda, como un acto del Estado moderno frente a las apremiantes necesidades de sectores económicamente desprotegidos. El concepto de beneficencia lo aplicamos al conjunto de instituciones de este Estado que responden a dicha función. Tal concepto representa la transición de la caridad cristiana privada o del Estado feudal hacia la asistencia tal y como se consolida en el siglo XX.

Búsqueda histórica de un concepto

La Iglesia fue durante el siglo XIX motivo de reacomodo y reajuste. En 1804 se decretó la enajenación de capitales de capellanías y obras pías; para mantener la guerra que España sostuvo contra Napoleón se impusieron préstamos forzosos a instituciones privadas y eclesiásticas, hasta que se normalizó la situación española, en 1814.⁹

En México, la lucha de Independencia recogió las ideas europeas de secularización, aunque ésta se presentó en forma paradójica: por un lado se constituyó en el impulso de algunos liberales ilustrados que se-

guían los principios de la Constitución de Cádiz de 1812. Ésta obligaba a los ayuntamientos a: "cuidar de los hospitales, hospicios, casa de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban".¹⁰ A pesar de la corta vigencia de esta disposición, contribuyó para sentar las bases de la administración de los establecimientos de la beneficencia. Por otro lado, fue el motor para que grupos de clérigos conservadores impulsaran, a su manera, la Independencia, a través de Iturbide; tal como lo propuso el canónigo doctor don Matías de Monteagudo (Plan de la Profesa o Plan de Monteagudo).¹¹

El hecho descrito puede seguirse con facilidad en los múltiples cambios de la legislación durante ese periodo en nuestro país: las ya citadas leyes decretadas por las Cortes españolas en el año de 1820 y que afectan temporalmente a la Nueva España, intentan reducir el ámbito clerical. Por ejemplo, se suprime de nueva cuenta a la Compañía de Jesús, se suspenden las órdenes religiosas y se suprime el fuero eclesiástico.¹² El plan de Iguala (24 de febrero de 1824), que apela a la unidad religiosa y establece a la religión católica como la religión oficial; el federalismo de 1824; los decretos liberales de 1833, que intentan establecer la secularización de la sociedad y que retoman la reducción del poder de la Iglesia; y posteriormente, la cancelación de estos decretos realizada por Santa Ana en 1834. Asimismo, el primer intento legal de abolición de los fueros presentado en la Constitución Yucateca en 1841,¹³ y el intento frustráneo de Gómez Farías de replantear el problema de los bienes de la Iglesia con motivo de la necesidad real de obtener fondos para la guerra contra la intervención norteamericana en 1847,¹⁴ ilustran con claridad los derroteros por los que pasó el Estado mexicano antes de consolidarse como un Estado fuerte e independiente de la Iglesia.

La primera mitad del siglo XIX se caracteriza por una inestabilidad propia del cambio revolucionario que se

¹⁰ Felipe Tena R., "Constitución española de Cádiz, título VI, cap. I, art. 321", en *Leyes Fundamentales de México, 1808-1982*, México, Porrúa, 13a. ed., 1982, pp. 96-97.

¹¹ Al respecto véase Alvear Acevedo C., *Elementos de historia de México* (época independiente), México, Jus, 6a. ed., 1962, p. 146.

¹² *Ibid.*, pp. 143-144.

¹³ Véase al respecto, Jesús Reyes Heróles, *El liberalismo mexicano*, t. III, México, FCE, 1961, p. 9.

¹⁴ *Ibid.*, p. 161.

⁹ J. Z. Vázquez, "Los primeros tropiezos", en Cosío Villegas, *Historia general de México*, vol. 2, México, El Colegio de México, p. 744.

va a reflejar en la administración de las instituciones de caridad o de beneficencia. Con la consumación de la Independencia de México en 1821, se instaló una Junta provisional gubernativa, la cual ordenó que el Ayuntamiento tomara posesión de los bienes de hospitales.

El efecto de los capitales sobre las casas de beneficencia puso en cuestión la sobrevivencia de las mismas. Algunos hospitales fueron cerrados; otros pasaron a depender de las corporaciones eclesiásticas, por ejemplo el de San Juan de Dios que quedó a cargo de la cofradía del mismo nombre. San Lázaro y San Hipólito se mantuvieron bajo la responsabilidad del Ayuntamiento.

En el año de 1829 se efectuó el intento fallido de reconquista de Isidro Barradas y la renuncia del gobierno de Vicente Guerrero que dio ocasión al primer régimen de Anastasio Bustamante. En este periodo, los hospitales empeoraron: el gobierno, con facultades extraordinarias, vendió la mayoría de los bienes de éstos, y en 1842, dichos bienes quedaron liquidados.¹⁵

Se sabe que en 1846 sólo permanecían ocho hospitales, de los cuales seis funcionaban eficientemente: el Hospital de Jesús, el de San Juan de Dios, el del Divino Salvador de Hombres Dementes, el de San Lázaro y el de San Andrés.¹⁶ Los dos hospitales restantes, el de San Pedro y el de Terceros, tan sólo atendían a dos y diez enfermos, respectivamente.¹⁷ En cuanto a instituciones para niños, permanecían la Casa de Expósitos y el Hospicio de Pobres, ambos contaban con recursos propios que consistían en capital heredado por sus fundadores, cobro de cuotas y donativos, entre otros.

De acuerdo con la información recabada, puede apreciarse que, a pesar de los esfuerzos gubernamentales en esta primera mitad del siglo, las instituciones eclesiásticas mantenían cierta influencia y control sobre las casas de beneficencia, debido fundamentalmente a la ineficiencia del recién independiente gobierno. Destaca como ejemplo de la actividad del clero la labor de las Hermanas de la Caridad, quienes permanecieron en nuestro país de 1843 a 1874, año en que fueron expulsadas a consecuencia de la intervención francesa y el radicalismo del gobierno de Lerdo de Tejada, no obstante haber sido respetadas por la Reforma.

En resumen, clero y poder civil se alternaron durante la primera mitad del siglo para ocuparse de la beneficencia, por ese motivo la administración de ésta carecía de unidad y consistencia. La Secretaría de Gobernación era la responsable de la inspección de los establecimientos que administraba, en su momento, el Ayuntamiento y, a su vez, la Secretaría de Justicia y Negocios Eclesiásticos vigilaba las que dependían del clero.

Después de esta primera etapa de movimientos, en sentidos encontrados, respecto a la administración de las instituciones de beneficencia se inicia una segunda etapa, en la cual se consolidará el proceso de reestructuración de la beneficencia. De este modo, el establecimiento de la Beneficencia Pública en 1861 "concretó" un objetivo fundamental del Estado liberal: el cambio de concepción de impartición de caridad a la de administración de asistencia de la población,¹⁸ que ya había expresado Mora tres décadas antes, al señalar que sólo era posible un Estado laico independiente y supremo y una sociedad secular si se ocupaban los bienes del clero.¹⁹

Esta segunda etapa se puede sintetizar en tres momentos históricos: la Reforma, en la que se decretaron una serie de leyes encaminadas a la secularización de la beneficencia; la República Restaurada, momento en que la beneficencia representó un elemento básico del recién formado Estado nacional, y finalmente, el Porfiriato, en el cual alcanzó su organización definitiva, logrando un gran desarrollo.

Respecto al periodo de la Reforma, la legislación que más transformó a la beneficencia fue la Ley de Desamortización de los bienes de corporaciones eclesiásticas y civiles o Ley Lerdo, expedida el 25 de junio de 1856 y ratificada en el Artículo 27 de la Constitución de 1857.²⁰ Estas dos leyes enajenaban las fincas de las corporaciones civiles y eclesiástica (art. 1). La Ley Lerdo exceptuaba de la enajenación a los edificios, conventos, palacios episcopales o municipales, colegios, los destinados al servicio u objeto de corporaciones como hospitales, hospicios, mercados, casas de corrección y de beneficencia.²¹

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ Reyes Heróles, *op. cit.*, p. 132.

²⁰ Véase "Ley Lerdo", en Ernesto de la Torre Villar, Moisés González Navarro y Ross Stanley, *Historia documental de México*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 2a. ed., 1974, pp. 267-269.

²¹ *Ibid.*, p. 268.

¹⁵ "La asistencia pública en México hasta 1900", en *La Beneficencia Pública en el D.F.*, p. 72.

¹⁶ *Ibid.*, p. 73.

¹⁷ *Ibid.*, p. 74-80.

HISTORIA

Después de la expedición de esta ley, el 9 de agosto de 1856, Lerdo suscribió una circular a los gobiernos de los estados y territorios de la República en la que les solicitaba publicaran una lista de los bienes inmuebles pertenecientes a las corporaciones; el propósito de esta medida era evitar ocultamientos e informar al público interesado. Como consecuencia de esto se elaboró la “Noticia de las fincas pertenecientes a corporaciones civiles y eclesiásticas del Distrito de México”.²² En ella aparece —en cuanto a inmuebles de la Ciudad de México— el dato de 96 fincas pertenecientes a los hospitales con un valor total de \$1 067 076.²³ Al parecer, de estas instituciones, las que contaban con mayores recursos económicos eran el Hospital de San Andrés, que dependía del Arzobispado, y el Hospital de Jesús. En el mismo documento se señala un registro de 157 fincas con un valor de \$1 231 984, relativas a congregaciones y cofradías. De las fincas de hospitales y otras instituciones de beneficencia se vendieron, en 1856, casi la mitad, particularmente las casas del hospital de San Andrés y los inmuebles del Hospital de Jesús.²⁴ Esto se modificó en 1861, cuando se les exentó de la venta.

Durante la Guerra de los Tres Años se realizó la nacionalización de los bienes eclesiásticos, medida decretada por la Secretaría de Justicia el 12 de julio de 1859. Con este acto se realiza cabalmente la separación del Estado y la Iglesia, se suprimen las órdenes regulares, las cofradías y las congregaciones, y pasan todos sus bienes a la nación.

A partir de esta disposición, las instituciones de beneficencia tuvieron prohibido poseer bienes raíces, aunque conservaron sus capitales:

Entran al dominio de la nación todos los bienes que el clero secular y regular ha estado administrando con diversos títulos, sea cual fuere la clase de precios, derechos y acciones que hayan tenido.²⁵

Encontramos también un decreto de gobierno de Benito Juárez, del 2 de febrero de 1861, en el que se espe-

²² Jan Bazant, *Los bienes de la Iglesia en México (1856-1875)*, México, El Colegio de México, 2a ed., 1977, p. 101.

²³ *Ibid.*, p. 102.

²⁴ *Ibid.*, p. 226.

²⁵ Luz Pérez Loredó, David Molina y Ramón Álvarez (comps.), *Fuentes para la historia de la salud y la enfermería en México, Siglos XIX y XX*, fotocopia, México, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, 1988.



Antiguo Hospital de San Juan de Dios. (Foto: André Cabrolier.)

cífica: “Quedan secularizados hospitales y establecimientos de beneficencia”. De igual forma, el 5 de febrero de 1861 se dictó una aclaración sobre las leyes de desamortización que textualmente señala:

Se comprende bajo el nombre de establecimientos de beneficencia, a los hospitales, hospicios, casas de dementes, orfanatorios, casas de maternidad y en general todos aquellos que reconocen por base la caridad pública, así como los destinados a la instrucción primaria, secundaria y profesional.²⁶

Más adelante se agrega:

Los establecimientos de beneficencia que eran administrados por corporaciones eclesiásticas, o juntas independientes del gobierno, se secularizarán y pondrán bajo la inspección inmediata de la autoridad pública.

Las dos últimas citas demuestran claramente que el proceso de secularización tardó en aplicarse en la esfera de las instituciones de beneficencia, incluyendo a los hospitales. Es de notarse, también en estas citas, que existía

²⁶ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, “Leyes y decretos relativos a la Beneficencia Pública”, en *Legislatura Mexicana por Dublan y Lozano*, núm. 64, p. 59, F-BP; S-D; Se-DG; lg-1; exp-21.

una indiferenciación entre instituciones de orden asistencial educativas y de salud.

A partir del decreto de 1861 podemos referirnos a una transición de la beneficencia como institución, sustentada en la caridad entendida como virtud privada y relacionada con los valores religiosos, a una institución basada en una caridad de carácter público, correspondiente a un proyecto de nación y de Estado laico y a una forma de comprender la asistencia como parte de las atribuciones y responsabilidades de éste.

El 2 de marzo del año citado, se establece la Dirección General de Fondos de la Beneficencia Pública dentro del ámbito de responsabilidades de la Secretaría de Gobernación. En el decreto se establece una primera diferenciación legal entre instrucción pública como institución y la beneficencia: hospitales, hospicios, casas de expósitos y casas de corrección.

La dirección administrativa se haría cargo de:

las fincas, rentas y cualesquiera otros fondos pertenecientes hoy a los hospitales, hospicios, casas de expósitos, casas de corrección y establecimientos de cualquiera clase, excepto sólo las contribuciones, destinados a la instrucción pública.²⁷

Posteriormente, se exceptuó a la beneficencia de algunos pagos, ratificándose con ello una política de apoyo, no obstante la crisis económica por la que atravesaba el país.²⁸

Antes de la intervención francesa, los decretos no contemplaban todavía una modificación sustancial en cuanto al quehacer, reglamentos y estatutos internos de estas instituciones, esto se puede apreciar en el decreto del 28 de febrero de 1861, que precisa:

No se alteran por ahora los reglamentos, estatutos o constituciones particulares de cada establecimiento de caridad ni su servicio en la parte médica que continuará como ahora existe hasta nuevas disposiciones del gobierno.²⁹

Tal disposición era en realidad la expresión de la transición hacia un mayor control de estos quehaceres, lo cual sólo fue posible una vez reinstaurada la república, lo que tocaremos más adelante.

Para darle una base normativa a la Dirección General de la Beneficencia, el 5 de mayo se aprobó su reglamento, que hace énfasis en la administración y en las funciones de sus puestos. Constituido por nueve capítulos, explica las funciones de su personal: director, contador, tesorero, recaudador general, abogado defensor, sección de correspondencia, archivero, portero y ordenanzas, y disposiciones generales.³⁰ El director, para velar por el buen orden y funcionamiento de los establecimientos, convocaría a una junta semestral de todos los funcionarios y empleados. Además de visitar las instituciones era de su competencia la vacunación de los niños pobres, así como recoger a los desamparados para conducirlos a los establecimientos (art. 32).

En el año de 1862 la emergencia nacional, consecuencia de la batalla del 5 de mayo, obligó al gobierno a vender más barato los bienes de las instituciones de beneficencia secularizados hacía un año. Esto contribuyó a un deterioro mayor de estas dependencias.³¹

El 30 de agosto de ese mismo año, se abolió la Dirección de Beneficencia creada apenas el 28 de febrero del año anterior, con ello sus fondos pasaron a depender del Ayuntamiento, así como su administración.³² Estos cambios tan frecuentes no eran más que el reflejo de la situación política inestable, lo que, por supuesto, trajo consecuencias en el desarrollo de la beneficencia.

El II Imperio regirá en México desde 1862 hasta 1867, sin originar grandes cambios en lo referente a la organización de la beneficencia. Sin embargo, es importante mencionar la fundación del Hospital de Maternidad e Infancia a instancias de la emperatriz Carlota y citar el informe de don José María Andrade.

Durante el Imperio encontramos un informe realizado por el señor José María Andrade entre los años 1863-1864.³³ En esta interesante investigación se apre-

²⁷ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, en *Legislatura Mexicana, por Dublan y Lozano*. Decreto del Gobierno. Creación y planta de la Dirección General de la Beneficencia Pública, art. 2, 1861. "Leyes y decretos relativos a la Beneficencia Pública", núm. 5257, p. 101, F-BP; S-D; lg-1; exp. 21.

²⁸ *Ibid.*, núm. 5270, p. 113.

²⁹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, "Leyes y decretos relativos a la Beneficencia Pública", núm 5188, p. 32.

³⁰ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Reglamento Interior de la Dirección General de la Beneficencia Pública, 1861*, 38 pp., F-BP; S-D; Se-DG; lg 1; exp 2.

³¹ Jan Bazant, *op. cit.*, p. 228.

³² Decreto de gobierno, 30 de agosto de 1862, en Luz Pérez Loredo *et al.*, *op. cit.*, p. 60.

³³ Informe escrito por Joaquín García Icazbalceta y publicado por su hijo Luis García Pimentel en 1907, en Leobardo Ruiz y Jorge Miranda,

cia que la mayoría de los establecimientos eran conducidos por personal eclesiástico y que seguían viviendo en dichos establecimientos, lo cual era de esperarse dado que se habían suspendido temporal y parcialmente las medidas tomadas en la Reforma. En este mismo informe se puede apreciar que la situación de los establecimientos era irregular en el sentido de sus recursos materiales y humanos, organización y administración, ya que se encontraron establecimientos que guardaban, a los ojos del investigador Andrade, buenas condiciones de higiene y atención frente a otros que se encontraban en pésimas condiciones: desatendían a los ancianos, explotaban a los niños y utilizaban recursos de los administradores para beneficio personal. Tal vez por esta situación los decretos posteriores, de 1880 y 1881, reflejan una gran concentración de funciones en el gobierno, particularmente en el Ministerio de Gobernación.

Durante el primer periodo presidencial de Porfirio Díaz (1876-1880), se expidieron las primeras disposiciones sobre la beneficencia. El 23 de enero de 1877 se creó la Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el D.F. como el órgano rector, dependiente de Gobernación.³⁴ Esta Junta debería ser integrada por los directivos de todos los establecimientos; su presidente sería el ministro de Gobernación, y el vicepresidente, el presidente del Ayuntamiento. Para este momento, el Ayuntamiento ya no era el responsable directo de la beneficencia, sin embargo, sigue teniendo injerencia como órgano rector de la localidad, responsable de las visitas a las instituciones, con el derecho de realizar las reformas convenientes.

Los fondos de la beneficencia quedaron integrados por los fondos propios de hospitales, hospicios, casas de corrección y establecimientos de caridad de toda clase, además de las rentas que le cedía el Ayuntamiento y la parte destinada por el Ministerio de Hacienda, impuestos, donativos y multas. En este mismo reglamento, se señala que quedan sujetos a la dirección, el Consejo Superior de Salubridad Pública y el servicio de vacunas.

Durante la administración del general Manuel González (1880-1884), se expidió el reglamento de la Direc-

ción General de la Beneficencia Pública.³⁵ Al Ministerio de Gobernación le correspondía la tutela e inspección superior de la Beneficencia, y debía elegir al titular de ésta, así como a los directores honorarios y a los particulares de los establecimientos. El Ayuntamiento en cambio, se limitaría a elegir a los directores no facultativos, que no necesariamente deberían ser médicos: los del Hospicio Tecpan, Asilo de Dementes y Escuela Correccional de Momoluco (capítulo I, art. 2). En este reglamento se dividen en tres los establecimientos: hospitales, hospicios y casas de educación y corrección.

Para esta fecha los establecimientos que funcionaban eran:

El Hospital de San Andrés que, con categoría de hospital general, se destina al tratamiento de enfermedades agudas médicas y médico-quirúrgicas. Tenía una sala destinada a los enfermos de sífilis.

El Hospital Juárez, destinado, como hospital general, al servicio de las cárceles, y al tratamiento de enfermedades agudas, médicas y quirúrgicas no especiales. Tiene una sala para la atención del mal de San Lázaro y otra para enfermedades de mujeres.

El Hospital Morelos, destinado a la atención de enfermas sifilíticas. El Hospital de Maternidad e Infancia que asiste a parturientas y a niños, tanto médica como quirúrgicamente.

En el reglamento que nos ocupa los hospitales tradicionales para dementes, antes citados como el de San Hipólito y el Divino Salvador, aparecen ahora como asilos de hombres y de mujeres dementes, respectivamente. Ambos destinados a pacientes pobres y pensionistas.

El Hospicio de Pobres está sustentado en tres objetivos: *a*) asilo y educación de niños y niñas pobres y pensionistas; *b*) asilo de ancianos (as) mayores de 60 años, y *c*) la clínica de ojos fundada posteriormente por Francisco Fagoaga.

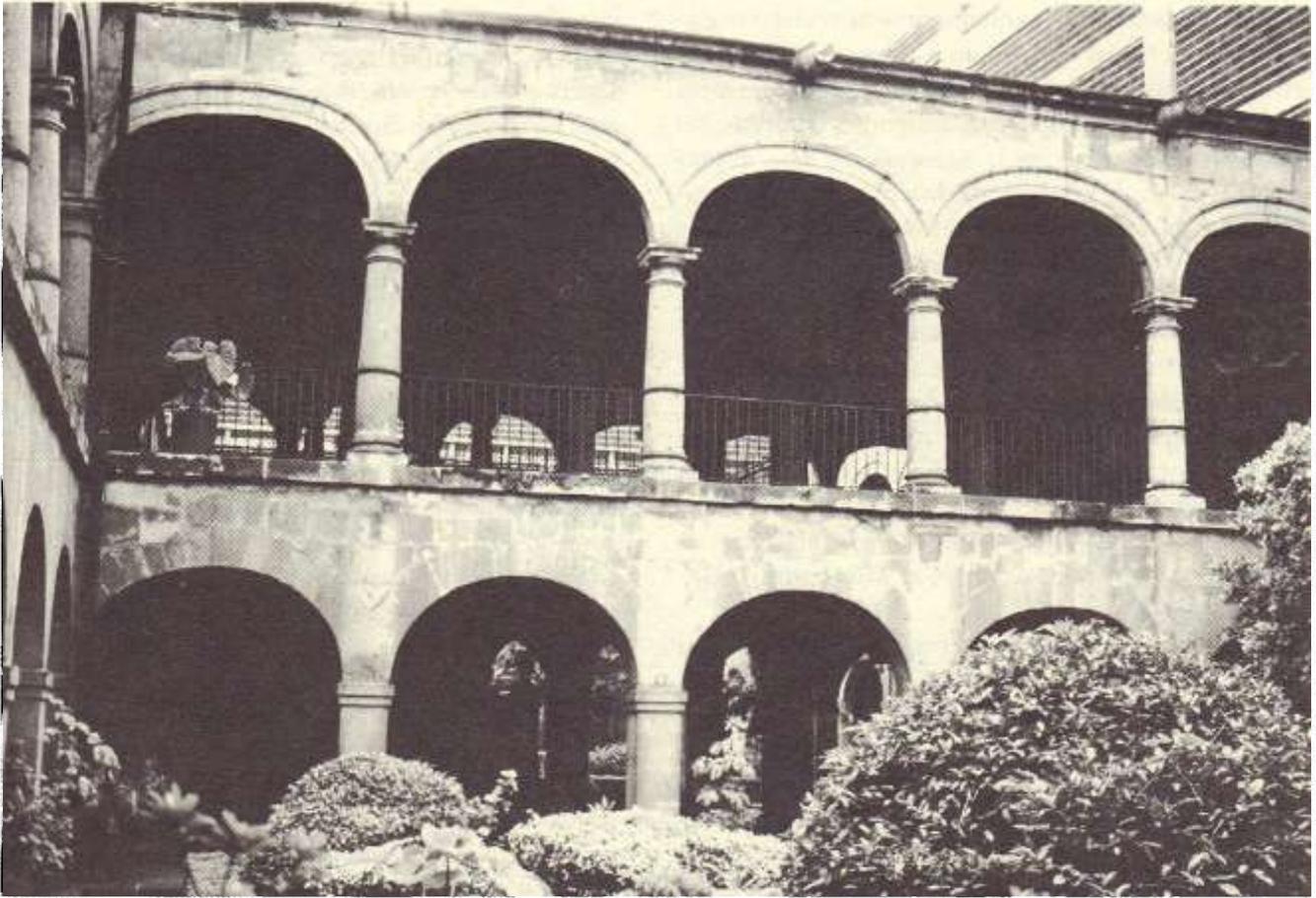
En las casas de educación y corrección estaban integradas la escuela industrial de huérfanos (o del Tecpan de Santiago) que está destinada al asilo y educación de jóvenes (de 10 a 14 años), pobres y pensionistas. Comprende también la enseñanza de oficios.

La escuela de educación correccional de agricultura práctica (ubicada en Coyoacán), con carácter especial

Asistencia social: estrategia de solidaridad nacional. Antecedentes, t. I, México, DIF, 1988.

³⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Circular del Ministerio de Gobernación, 1877, F-BP; S-D; Se-DG; lg-2; exp-12; 2 fs.

³⁵ Secretaría del Estado y del Despacho de Gobernación. Reglamento de la Dirección de Beneficencia Pública, México, Imprenta del Gobierno a cargo de Sabás A. y Murguía, 1880, 21 pp., en Luz Pérez Loredó *et al.*, *op. cit.*



Antiguo Hospital de Jesús. (Foto: Dolores Dahlhaus.)

para recibir a jóvenes corrigendos, a quienes se les enseña la práctica de la agricultura, tiene dos departamentos: uno correccional y otro de reforma.

El capítulo III del reglamento de 1880 se refiere a los consultorios médicos ubicados en el Hospital de San Andrés y en el de Maternidad, destinados a la atención gratuita de enfermos.

En el año de 1881, se emite otro reglamento que sustituye al antes citado, de manera definitiva y durante el resto del siglo.³⁶

El reglamento de la Dirección de Beneficencia Pública de 1881 se caracteriza por establecer un control centralizado de las decisiones y de la designación de funcionarios de la Beneficencia Pública directamente en manos de la Secretaría de Gobernación. Esto res-

ponde muy probablemente a la necesidad, imperante en esas fechas, de restablecer el control central del poder para consolidar el incipiente Estado independiente. Así, por ejemplo, los establecimientos fundados por particulares eran vigilados por la Secretaría de Gobernación de acuerdo con lo establecido por el benefactor. Extiende su control a las dependencias foráneas.

Respecto a la dirección y control de los establecimientos, se refuerzan con la formación de una sección especial y con un consejo consultivo constituido por los directores, el gobernador del distrito, el jefe de sección y los regidores de la comisión de Beneficencia del Ayuntamiento como vocales; el Consejo lo preside el Secretario de Gobernación. La ingerencia directa del gobierno alcanza hasta el nombramiento de empleados de planta, incluyendo al jefe de sección, que cumple las veces de un director general. Se remarca la necesaria supervigilancia de los establecimientos y se agregan

³⁶ Decreto del Gobierno. Reglamento de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, 1881, en Luz Pérez Loredo *et al.*, *op. cit.*

artículos que al parecer responden a la necesidad de evitar malos manejos de recursos materiales y humanos, se vigilan los libros de contabilidad, se revisa el trato a enfermos y asilados, etcétera.

En este año se divide en dos el Hospital de Maternidad e Infancia. Al Hospital Juárez se le limita al servicio de cárceles; en el Hospicio de Pobres no se menciona más la clínica de ojos. Los llamados asilos para dementes se vuelven a nombrar hospitales. A la escuela industrial y a la de agricultura se les agrega la enseñanza primaria. Respecto a los consultorios médicos gratuitos, se expide un reglamento especial.

Un aspecto sobresaliente en este reglamento es la creación de "juntas protectoras", cuyo objeto es ayudar a los asilados a ocuparse en alguna actividad una vez que no puedan continuar en las instituciones por su edad o por su conducta. Aquí observamos un paso cualitativo hacia la integración de funciones de asistencia, reparación y reintegración a la sociedad civil, paso necesario para la consolidación posterior de la moderna asistencia. En esta dirección se establecen labores y trabajos para los asilados, con un sentido de dignificación y educación y no como castigo, tal y como se manejaba a finales del siglo XVIII y parte del XIX.

La caridad y los alcances de la concepción médica mexicana del siglo XIX

En el cambio de concepción de la caridad cristiana no sólo a la caridad pública, sino incluso hacia la moderna asistencia tal y como la conocemos en el siglo XX, contribuyó de manera significativa el desarrollo de la práctica médica y la concepción social necesaria para su impulso. Los médicos mexicanos de la segunda mitad del siglo XIX se caracterizaron por su preocupación científica, por su actualización en los conocimientos más avanzados en el mundo y por elaborar propuestas que en muchos sentidos anunciaban los tiempos por venir. Para los fines de este capítulo queremos citar dos ejemplos notables que por su alcance representan dos pilares de una nueva forma de organizar la asistencia, la atención médica en general y la beneficencia en manos del Estado independiente. El primero se refiere a la iniciativa presentada respecto a la organización de hospitales, elaborada por los doctores G. Barrera y José M. Marroqui en

1867;³⁷ y el otro es el dictamen que elaboró el doctor Liceaga sobre el Hospital de San Andrés entregado a solicitud de la Junta Directiva de Beneficencia en el año de 1877.³⁸

Los doctores Barrera y Marroqui, en la iniciativa citada, señalaron enfáticamente la necesidad de que a los funcionarios de la beneficencia pública hospitalaria se les eligiera por votación democrática de los médicos y el personal especializado propios de la institución. Esta propuesta implicaba la participación del gremio en el más alto nivel de decisión, ya que los presidentes de hospitales, de acuerdo con el reglamento, debían formar parte de la Junta de Beneficencia.

En los primeros puntos del proyecto se especificaba la necesidad de una "Dirección Central de Hospitales Civiles" (diferenciada de las otras instituciones de beneficencia). Este organismo sería el encargado de la administración y de la vigilancia científica en hospitales, mientras que en cuanto a las enfermerías se haría cargo sólo de la parte facultativa. Se establecía también la diferencia entre niveles de servicio, distinguiendo entre hospitales como

...el general de San Andrés, el de San Pablo, el de San Lázaro, el de San Hipólito, el del Divino Salvador, el de San Juan de Dios, el de San Pedro y el de Terceros Franciscanos y, como enfermerías, la Sala de enfermedades de los ojos, la de partos ocultos y la de enfermos incurables, que existen en el hospicio de los pobres, las enfermerías de las prisiones, la de la casa de niños expósitos y el Hospital de Jesús.

Igualmente esta propuesta establecía que los fondos serían originados por la desamortización de las fincas, por las cantidades que el Ayuntamiento de México debía dar anualmente, lo que le correspondía al Consejo Superior de Salubridad; así como de los fondos que el gobierno le había proporcionado y de lo que pudieran dar tanto particulares como el gobierno mismo. Como vemos, la propuesta rescataba un financiamiento especial para los servicios médicos con cargo al Estado y la sociedad.

Sobre el organismo que proponían como encargado de la dirección central, se le asignaban funciones de vi-

³⁷ G. Barrera y José M. Marroqui, *Proyecto de organización de hospitales, 1867*, en Luz Pérez Loredo et al., *op. cit.*

³⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Liceaga C., F-BJ S-D, Se-DG, lg-3, exp-2.

gilancia con capacidad de evaluar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos, e incluso de cerrarlos si no cumplían con los requisitos de higiene estipulados. Se establecieron dos secciones en esta dirección: una administrativa y otra facultativa, y se señalaba la necesaria subordinación de lo administrativo a lo facultativo. Como lo mencionamos al principio del apartado, proponían que dicha dirección se constituyera por médicos cirujanos y un farmacéutico. Estos funcionarios serían elegidos por todos los médicos de todos los hospitales y enfermerías, tanto propietarios como suplentes. Se proponía que tanto el presidente como el secretario fueran perpetuos, y los vocales cambiaran cada año.

En el punto 13 de la iniciativa que nos ocupa, se señalan las facultades de este cuerpo directivo: expedir y modificar reglamentos en caso necesario, respetando estrictamente la división entre enfermos de medicina y cirugía, de la necesidad de atender a enfermos especiales como los sifilíticos, los enfermos de la piel, de los ojos, dementes hombres y mujeres; así como otros destinados a asistir a las parturientas y a los niños enfermos, en departamentos u hospitales destinados a ese fin. En esta línea, más adelante se especificaba la necesidad de que existiera un hospital especial para convalecientes e incurables.

Como podemos apreciar, los criterios parten de las necesidades de atención médica y del punto de vista académico científico. Esto destaca también cuando se refiere al procedimiento de ingreso de los médicos, el cual recomienda el ingreso por oposición. Se incluye, aquí, el criterio de antigüedad para ascender de suplente a propietario.

Es de notar que, dentro de las atribuciones del cuerpo directivo que proponen, se encuentran:

servir de cuerpo consultivo al gobierno general [...] vigilar la higiene de la ciudad y la de los establecimientos públicos. [...] vigilar el cumplimiento de las leyes que arreglan el ejercicio de las profesiones de medicina, cirugía, obstetricia, farmacia, flebotomía, arte de dentista, venta de medicamentos [...] celebrar contratos de todos los efectos que se deban consumir en todos los establecimientos [...] formar el reglamento interior de toda la administración central de hospitales [...] Formar el proyecto de estadística general.

Estas facultades señalan con una precisión notable las funciones que, posteriormente y a través de las dé-

cadadas, se atribuirían a la secretaría responsable de vigilar la salud de la sociedad civil. Pero lo más notable es que los criterios para esta propuesta son de orden científico y parten de una concepción de la salud, más como un derecho que como una dádiva. Más adelante se detallan las obligaciones y, por puesto, incluyen las de los médicos y los administrativos.

También se manifestaba, en el proyecto que nos ocupa, la necesidad de que los internos recibieran comida además de su sueldo; así como la de establecer un máximo de 30 enfermos por departamento de medicina y de 40 en el caso de cirugía. En estos puntos podemos apreciar una visión clara de la administración y organización de los organismos responsables de la asistencia médica.

El otro ejemplo que nos permite ilustrar la claridad que tenían de las ideas fundamentales respecto a una nueva concepción de salud y por lo tanto de asistencia, es el ya citado informe del doctor Casimiro Liceaga, en el cual discute ampliamente las propuestas presentadas por la Comisión del Hospital de San Andrés, que pretendía evitar la separación de pacientes de acuerdo con las enfermedades e impedir que los médicos se abocaran a la atención de una enfermedad en particular argumentando que los enfermos requerían de un médico que comprendiera el conjunto de las patologías. Los argumentos del doctor Liceaga se pueden organizar en tres tópicos: *a)* los requisitos de la investigación clínica; *b)* los requerimientos de la enseñanza de la medicina, y *c)* las necesidades de los pacientes.

En lo que respecta al primer punto, el doctor Liceaga establece que es menester comprender que el avance de la ciencia médica se ha logrado gracias al estudio profundo de pacientes agrupados en un mismo pabellón, lo cual ha permitido a los médicos conocer una enfermedad en sus diversos estadios y formas de presentarse:

ese estudio (en profundidad sobre una entidad) no sería ni posible ni fructuoso si no se pudiera verificar entre enfermos de una misma clase agrupados alrededor de una sola persona, ofreciendo una sola enfermedad en todos sus períodos, en todas sus fases, con todas sus modalidades; esto no sería practicable si no se formaran salas ó establecimientos enteros consagrados á la asistencia de ciertos enfermos con exclusión de todos los otros.³⁹

³⁹ *Ibid.*, p. 3.

Señala con precisión los límites del médico ante el desarrollo acelerado del conocimiento médico y ante las necesidades de profundizar en el estudio de las enfermedades:

Como las ciencias médicas y sus accesorias se ensanchan más y más cada día, no es posible que las inteligencias medianas [...] las abarquen en todos sus detalles ni las posean con perfección [por esto recomienda que:] [...] cierto número de hombres se dediquen á estudiar con más cuidado ciertas grandes ramas como la medicina ó la cirugía; y entre los que se entregan a cada una de éstas [...] unos se dedican más especialmente al estudio aislado de las enfermedades de ciertos órganos o de ciertos sistemas.⁴⁰

Es evidente que, en el texto del doctor Liceaga, su concepción no sólo está vigente en su época, sino que además previó con toda exactitud lo que sería la organización de la institución hospitalaria y el desarrollo de la práctica médica en el siglo XX. Anotemos esta otra parte del documento para confirmarlo: “hay especialistas de las enfermedades pulmonares, laríngeas, uterinas, urinarias, de los sentidos, especialmente de la vista”.⁴¹ Agrega la razón científica al afirmar que “Este fraccionamiento del trabajo ha hecho adelantar de una manera prodigiosa el conocimiento de ciertas enfermedades”.⁴²

Sobre el segundo inciso, relativo a la enseñanza de la medicina, afirma que el conocimiento mayor por parte del médico al dedicarse a una especialidad redundará, sin duda, en un mayor aprendizaje de los alumnos. Y remata señalando que esta estructuración hospitalaria beneficiará a los pacientes: “La otra ventaja es de más importancia, porque es un servicio humanitario, y es el de asistir mejor a los enfermos, el de conducirlos más pronto a la curación, objeto final y supremo de nuestros estudios y de nuestro arte”.⁴³

Hasta aquí, es posible identificar no solamente una concepción moderna de la práctica médica sino una claridad en la preocupación por las funciones de una ciencia como la médica: investigación, servicio y enseñanza. Es importante remarcar esta orientación, ya que resulta lugar común señalar el informe *Flexner* (1910)

⁴⁰ *Ibid.*, p. 2.

⁴¹ *Idem.*

⁴² *Ibid.*, p. 3.

⁴³ *Idem.*



Antiguo Hospital de Jesús. (Foto: Dolores Dahlhaus.)

como el origen moderno de la nueva organización hospitalaria.

El doctor Liceaga aborda otros aspectos interesantes para comprender la nueva concepción de la medicina, el servicio y la beneficencia. Su caracterización de incidencia de enfermedades de acuerdo con el sexo, la edad y el clima, nos permite afirmar, sin temor a exagerar, que existía una comprensión del problema de la enfermedad en lo que actualmente llamaríamos criterio epidemiológico. Éstas son sus palabras: “a variadas enfermedades que afligen á la especie humana no atacan á los individuos con la misma frecuencia, en los diversos climas, en las distintas estaciones, en los dos sexos y en todas las edades”.⁴⁴

⁴⁴ *Ibid.*, p. 4.

HISTORIA

Este criterio lo aprovecha para argumentar la necesidad de diseñar y organizar los centros hospitalarios con base en los requerimientos y en la demanda real por frecuencia de enfermos y de enfermedades.

Por otra parte, al referirse a la educación médica hace dos observaciones que evidencian su preocupación por la docencia y por los estudiantes en lo particular: por una parte, señala lo inconveniente de responsabilizar a los estudiantes (practicantes) de actividades precisas, si no se les asigna un pago:

si se les han de imponer [obligaciones precisas a los practicantes supernumerarios] no será posible hacérselas cumplir, por no asignarles el presupuesto remuneración alguna por sus servicios y haber demostrado la experiencia que los trabajos gratuitos no se cumplen sino por pocas personas.

Por otra parte, recomienda tratar de garantizar que los estudiantes no descuiden sus cátedras universitarias por la obligación de administrar a los enfermos sus medicamentos, en palabras del doctor: “si se hace obligatoria [la repartición de las medicinas] perderán mucho tiempo los alumnos y no podrán tal vez concurrir a sus cátedras en la Escuela de Medicina”.

Por último, como parte de esta concepción moderna de la práctica médica, encontramos una mención a la necesidad de establecer jerarquías científicas en los hospitales con el objeto de que exista un elemento de estímulo a la superación entre los médicos.

Desde el punto de vista profesional este documento presenta no sólo una versión completa de los elementos ideológicos que sustentan el cambio de una concepción de caridad a una de beneficencia pública, sino que representa, a nuestro juicio, el fundamento de la práctica médica entendida como asistencia. Es decir, una práctica profesional al servicio de la sociedad civil, que se organiza y norma desde el Estado y que parte del principio de que la salud es un requerimiento indispensable para el desarrollo social, por lo tanto es un derecho ciudadano y no una dádiva. Se relaciona explícitamente, como ya se observó, esta asistencia con la investigación y la docencia.

Para concluir es importante señalar que ninguno de los dos documentos analizados fueron suficientemente escuchados en su tiempo. La claridad de los doctores Liceaga, Marroqui y Barreda, aunque era compartida por otros colegas, no pudo consolidarse sino hasta finales del Porfiriato, y sólo en algunos aspectos, y después de la Revolución en su carácter político.