

EL SANATORIO MODELO *NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA*: LA CONTRIBUCIÓN DEL COLECTIVO CANARIO AL DESARROLLO HOSPITALARIO EN CUBA (1906-1961)

VALENTÍN MEDINA RODRÍGUEZ



RESUMEN

La asistencia sanitaria fue el capítulo más importante de la actividad de la Asociación Canaria de La Habana desde su fundación en 1906 y hasta su desaparición en 1961. Con un carácter a medio camino entre las sociedades de socorros mutuos y las de beneficencia, instrucción y recreo, su campo de acción basculó en la práctica de la filantropía en la sociedad de partida y de destino a la atención médico-sanitaria en la capital cubana dirigida a la numerosa colonia canaria allí establecida desde el siglo XIX. Así, tras haber arrendado espacios en otras clínicas, en 1922 abrió el Sanatorio Modelo Nuestra Señora de la Candelaria también conocido como la Quinta Canaria. Sin duda alguna, una de las más importantes de la Gran Antilla. Este texto aborda el inicio, crecimiento y ocaso de la Quinta Canaria hasta su desaparición en 1960, debido a la política de confiscaciones, y, por tanto, sin ningún tipo de indemnizaciones, emprendida por la Revolución cubana.

PALABRAS CLAVE: Asociacionismo, Inmigración Canaria, Quinta Canaria, Asistencia Sanitaria, Cuba, La Habana.



**THE NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA MODEL SANATORIUM:
THE CONTRIBUTION OF THE CANARIAN COMMUNITY TO THE
DEVELOPMENT OF HOSPITALS IN CUBA (1906–1961)**

ABSTRACT

Healthcare was the most important aspect of the activities carried out by the Canarian Association of Havana from its foundation in 1906 until its dissolution in 1961. Halfway between mutual aid societies and charitable, educational and recreational organisations, its field of action shifted from philanthropy in its society of origin and destination to medical and healthcare in the Cuban capital, aimed at the large Canarian colony that had settled there since the 19th century. Thus, after renting space in other clinics, in 1922 it opened the *Nuestra Señora de la Candelaria Model Sanatorium*, also known as the Quinta Canaria. Without a doubt, it was one of the most important in the Greater Antilles.

This text addresses the beginning, growth and decline of La Quinta Canaria until its disappearance in 1960, due to the policy of confiscations, and therefore without any compensation, undertaken by the Cuban Revolution.

KEYWORDS: Associationism, Canarian Immigration, Quinta Canaria, Healthcare, Cuba, Havana.

**LA CLINIQUE MODÈLE NOTRE-DAME-DE-LA-CANDELARIA:
LA CONTRIBUTION DE LA COMMUNAUTÉ CANARIENNE AU
DÉVELOPPEMENT HOSPITALIER À CUBA (1906-1961)**

RÉSUMÉ

Les soins de santé ont constitué le volet le plus important des activités de l'Association canarienne de La Havane depuis sa fondation en 1906 jusqu'à sa disparition en 1961. À mi-chemin entre les sociétés de secours mutuel et les associations caritatives, éducatives et récréatives, son champ d'action a basculé de la pratique de la philanthropie dans la société d'origine et de destination vers les soins médicaux et sanitaires dans la capitale cubaine, destinés à la nombreuse colonie canarienne qui s'y était établie depuis le XIXe siècle. Ainsi, après avoir loué des locaux dans d'autres cliniques, elle ouvrit en 1922 le Sanatorium Modèle Nuestra Señora de la Candelaria, également connu sous le nom de Quinta Canaria. Sans aucun doute l'une des plus importantes de la Grande Antille. Ce texte aborde les débuts, la croissance et le déclin de la Quinta Canaria jusqu'à sa disparition en 1960, en raison de la politique de confiscations, et donc sans aucune indemnisation, menée par la Révolution Cubaine.

MOTS CLÉS: Associationnisme, Immigration canarienne, Quinta Canaria, Assistance sanitaire, Cuba, La Havane.

INTRODUCCIÓN



Las quintas o casas de salud en Cuba surgieron en el primer tercio del siglo XIX, todavía en la época colonial y alcanzaron su esplendor convertidas en quintas o sanatorios durante la llamada república neocolonial burguesa (1902-1958), para sufrir una transformación radical en su naturaleza tras la revolución castrista de 1959. Se trataba de hospitales de titularidad privada que se expandieron por la isla dado el escaso desarrollo del sistema sanitario público en este largo período, esencialmente a través de tres vías: en sus inicios, fueron creadas por la iniciativa personal de algunos médicos prominentes; asimismo proliferaron quintas fundadas por cooperativas de profesionales de la medicina; finalmente, desde fines del XIX y en el primer tercio del XX, numerosas sociedades mutualistas y étnicas promovidas por la comunidad migratoria española establecida en Cuba crearon sus propios sanatorios, algunos de los cuales llegaron a ser los más grandes y de mayor atención hospitalaria de ese tiempo.¹

Entre las asociaciones españolas con funciones asistenciales que levantaron quintas de salud destacaron los centros regionales, que agrupaban a los inmigrantes por su lugar de nacimiento, tanto peninsulares (gallegos, asturianos, catalanes, vasco-navarros y castellanos, entre otros) como

¹ HERNÁNDEZ, “La atención médica en Cuba hasta 1958”, pp. 533-557.

insulares (canarios y baleares). Aunque los centros proliferaron por toda la isla, los más importantes fueron, sin duda, los de La Habana, dada la fuerte atracción de la capital sobre este colectivo migratorio. Por otro lado, también existieron entidades de carácter panhispánico (esto es: sociedades que aglutinaban a todo el colectivo español), las que más predominaron, y que igualmente garantizaron la prestación de servicios médicos. Así, tenemos la presencia de la Asociación de Dependientes del Comercio de La Habana, que agrupaba a los empleados de esta actividad económica en una mutualidad tradicional por oficio, donde la inmensa mayoría fueron integrantes españoles. Unas y otras dieron visibilidad a los logros sociales y el poder alcanzado por la comunidad española de Cuba antes y después de la independencia. Las sociedades españolas en Cuba respondían a un modelo multifuncional muy extendido en los espacios americanos de destino de esta emigración, que conjugaba no solo los objetivos médicos, sanitarios y asistenciales, sino también otros de instrucción, cultura y recreo.

En estas páginas se aborda el análisis de una institución que ejemplifica bien esta amplia oferta de servicios que brindaban: la Asociación Canaria de Beneficencia, Instrucción y Recreo de La Habana (1906), que pasó a denominarse simplemente Asociación Canaria en 1917. Se examinará, en concreto, la fundación y desarrollo de su sanatorio modelo, Nuestra Señora de la Candelaria, popularmente conocido como Quinta Canaria. El sanatorio entró en funcionamiento en 1922 gracias al esfuerzo del colectivo isleño integrado en la Asociación Canaria y cerró sus puertas en 1960 —un año antes de disolverse la propia sociedad—, al ser incautadas sus instalaciones por el régimen revolucionario instaurado en 1959.

El estudio del surgimiento y desarrollo de las entidades canarias en Cuba, y en especial de su Quinta Canaria, obliga a preguntarse, previamente, por el volumen, singularidad y evolución del colectivo canario en la Gran Antilla, así como por la génesis de las quintas o sanatorios privados y de las asociaciones españolas en la isla. Asimismo, nos preguntamos por el impulso que estas entidades dieron al mutualismo sanitario-asistencial, con el objetivo de demostrar la existencia de un original modelo mixto (regional y panhispánico), muy principalmente, de organización de los servicios sanitarios cubanos en las primeras seis décadas del siglo XX en el cual la iniciativa española tuvo una indudable influencia.

SIN EMIGRACIÓN NO HAY ASOCIACIONISMO: LA PRESENCIA CANARIA EN CUBA (1846-1961)

Cuba no fue un destino más de la diáspora de los canarios: el flujo isleño a las Antillas constituyó un fenómeno migratorio duradero cuyo arranque se remonta al siglo XVI, con un impacto especialmente notable en la dinámica demográfica, social y económica del archipiélago. Esto explica, en gran medida, que fuese el principal lugar de llegada de los emigrantes de las islas Canarias desde la segunda mitad del siglo XIX y hasta 1936.

Esta situación cambió a partir de los años cincuenta, cuando Venezuela tomó el relevo de Cuba como receptor masivo de la corriente exterior de los canarios. Varios factores internos e internacionales explican este cambio en la dirección de los flujos. Para empezar, la Guerra Civil Española (1936-1939), e inmediatamente después la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) paralizaron las salidas a la emigración ultramarina, de modo que hubo que esperar a marzo de 1946 para que el Ministerio de Trabajo del nuevo Estado franquista promulgara una orden que permitía nuevamente la libertad de emigración en España. Las primeras décadas de la dictadura, entre 1940 y 1960, significaron un importante retroceso económico debido en primera instancia a las consecuencias de la destrucción de la guerra y la intensa represión desatada en los años siguientes, pero, a largo plazo, fue el modelo económico autárquico desarrollado por el régimen lo que provocó el aislamiento del país frente a los mercados exteriores, un estancamiento de la producción, miseria masiva y hambruna.

Por otra parte, mientras que Cuba dejaba de ser gradualmente un polo de atracción de la emigración española, como se verá más adelante, a partir de abril de 1949, la Junta Militar que gobernaba en Venezuela reconoció la dictadura de Franco, lo cual facilitó que este país, que iniciaba por entonces una etapa de desarrollo económico con una fuerte intervención estatal, atrajera crecientes flujos migratorios españoles, sobre todo de los canarios y gallegos. El establecimiento de grandes empresas multinacionales que invirtieron en subsectores económicos estratégicos como el agrario, el petróleo, la construcción y los servicios generó numerosos empleos y una potente economía urbana de la que participaron los emigrantes isleños.²

² BLAS GARCÍA, *Legislación española de la emigración (1936-1964)*; MARTÍN RUIZ, *Canarias: entre el éxodo y la inmigración*, pp. 16-21; MARTÍN RUIZ, "El proceso migratorio Canarias-América", pp. 429-430.

Tabla 1.
Emigrantes canarios según países americanos de destino, 1850-1900

Destino	Personas	%
Cuba	19.627	83,08
Venezuela	1875	7,93
Uruguay	493	2,08
Puerto Rico	399	1,68
Argentina	115	0,48
México	58	0,24
Brasil	50	0,21
Costa Rica	42	0,17
Colombia	1	0,00
República Dominicana	1	0,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de HERNÁNDEZ GARCÍA, *La emigración de las Islas Canarias en el siglo XIX*, p. 260; MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 14.

Las comendaticias (tal es la denominación que reciben las licencias de embarque emitidas por las autoridades municipales) muestran que casi un 96 % de los emigrantes anotados durante la segunda mitad del siglo XIX especificaron su lugar de destino americano al marchar.³ Esto permite concluir que los principales países de llegada en estos registros fueron Cuba y, a una diferencia considerable, Venezuela. Otros países con una presencia canaria menor fueron Uruguay, Puerto Rico, Argentina, México, Brasil, Costa Rica, Colombia y República Dominicana (véase tabla 1). La emigración desde las Islas Canarias siguió en este período, pues, una orientación de sus flujos muy similar a la del resto de las regiones españolas, con Cuba como destino preferente, salvo en los años 1887-1890 y 1896-1900, momento en el que la Argentina se convirtió en máximo receptor de la corriente española ultramarina.⁴

Entre 1846 y 1899, según recogen los censos y la estimación para los años 1880-1881, la población de base canaria mantuvo una presencia significativa en la isla, superando de forma casi constante, en términos

³ En términos absolutos de los 23.622 expedientes contabilizados, 22.661 anotaron el país americano al que se dirigían. Del 4% restante (961 personas) algo más de la mitad marcó como rumbo América (588 personas) y a Europa marcharon tan solo siete: cinco a Inglaterra y dos a Francia. Un 1,4 % (351) aparece “sin destino”; África recibió a diez isleños y, finalmente, cinco especificaron las Antillas. HERNÁNDEZ GARCÍA, *La emigración de las Islas Canarias*, p. 260.

⁴ YAÑEZ GALLARDO, *La emigración española a América (siglos XIX y XX)*, pp. 114-115, 119, 124.

cuantitativos, a otros grupos migratorios peninsulares como los gallegos, catalanes, asturianos y santanderinos (véase tabla 2). Pero el censo de 1899 puso de manifiesto la caída de la población canaria, que pasó a ocupar el 17% (11110 residentes) del total de la población española, el tercer puesto por detrás de Galicia (28%) y Asturias (24%) y por delante de Cantabria, Andalucía, Cataluña, Castilla y León, Vascongadas, Valencia, Baleares, Aragón, Navarra y otras regiones.⁵

Tabla 2.
Población canaria en Cuba según los censos, 1846-1899

Año	Personas	Porcentaje
1846	19759	42,01
1859	38714	-
1862	48552	41,81
1880-1881	45814	-
1899	11110	17

Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de MALUQUER DE MOTES, *Nación e inmigración*, pp. 70; MORENO FRAGINALS y MORENO MASÓ, “Análisis comparativo de las principales corrientes inmigratorias españolas hacia Cuba”, pp. 480-509, pp. 487, 490; NARANJO OROVIO y GARCÍA GONZÁLEZ, *Medicina y racismo en Cuba*, p. 78

Junto a su volumen emigratorio, los isleños se distinguieron en el siglo XIX por una estructura inmigratoria familiar, ya que aportaban un vigoroso componente femenino y también un número significativo de niños. Otros rasgos definidores de su perfil socio demográfico fueron una alta tasa de analfabetismo y una fuerte orientación a asentarse en los espacios rurales donde se dedicaron primordialmente al sector primario, y sobre todo al trabajo en los subsectores azucarero y tabaquero. Sin embargo, según Jordi Maluquer de Motes, “la instalación de los inmigrantes canarios sobre el territorio [también] tomó forma de establecimientos agrícolas en áreas de nueva roturación y en cultivos distintos a la caña azucarera”⁶. Este autor cita una petición hecha por los propietarios tabaqueros en 1899, relacionada con dicho cultivo, en la que se solicitaba “apoyar todo lo posible la inmigración desde las Islas Canarias, cuyos naturales eran preferidos a otros por su ‘conocimiento y condición’”⁷. Esto marcaba una gran diferencia

⁵ NARANJO OROVIO y GARCÍA GONZÁLEZ, *Medicina y racismo en Cuba*, p. 78.

⁶ MALUQUER DE MOTES, *Nación e inmigración*, p. 92.

⁷ MALUQUER DE MOTES, *Nación e inmigración*, p. 100 (nota 5).

respecto de catalanes, santanderinos, asturianos y gallegos, radicados en las ciudades y empleados en el sector terciario, sobre todo en el comercio, la banca, el transporte y la administración.

En lo que al asociacionismo se refiere, al término del siglo XIX la comunidad canaria contaba con quince sociedades de carácter étnico en la isla, lo que se explica sin duda por la enorme relevancia que alcanzaron principalmente en la región central, en provincias como Matanzas y Las Villas, que tenían con una larga tradición migratoria isleña, y también en entornos urbanos donde se concentraba la élite económica canaria.⁸

En el primer tercio del siglo XX, se contabilizan un total de 58975 salidas desde los puertos canarios con destino a América, de los cuales casi el 86 % emigró con destino a Cuba y un 10,5 % a la Argentina, mientras que tan solo un 1,28 % salió hacia Venezuela (véase tabla 3).⁹ Durante este período, la Argentina se convirtió en el primer destino del flujo inmigratorio español hacia América, a excepción de los años 1917-1919, bienio excepcional en el que Cuba tomó el relevo como principal país receptor tanto de canarios como de otras regiones por “la demanda de brazos para la expansión azucarera cubana”.¹⁰ A la luz de estos datos se ha de insistir en que la Gran Antilla se configuró como el destino preferente de la emigración canaria y este fue la principal diferencia frente al resto de salidas desde la península, que se orientó en mayor medida hacia la Argentina.

Aunque hasta 1936 Cuba continuó siendo el principal receptor de la emigración canaria, a partir de 1920, la caída de los precios del azúcar hizo que el flujo isleño se redujera gradualmente hasta alcanzar sus mínimos entre 1929 y 1942. Esto sucedía después del alza espectacular experimentado por el dulce de caña durante la Gran Guerra debido al “colapso de la oferta de azúcar de remolacha en los países beligerantes”; pero el fin del conflicto significó “el hundimiento de la rentabilidad del sector central de la economía cubana con base en la agricultura exportadora”, según Jordi Maluquer.¹¹ La llegada de exiliados que huían de la Guerra Civil y la posterior represión franquista fue minoritaria y no compensó en modo alguno este descenso.

⁸ MEDINA RODRÍGUEZ, “Las entidades canarias en Cuba”, p. 63.

⁹ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 15. La contabilidad corresponde a los años de 1909, 1914, 1917-1919, 1922 y 1926-1929.

¹⁰ YAÑEZ GALLARDO, *La emigración española a América*, pp. 115-116, 124.

¹¹ MALUQUER DE MOTES, *Nación e inmigración*, pp. 121 y 123.

Tabla 3.
Emigrantes canarios según países americanos de destino, 1909-1929

Destino	Personas	%
Cuba	50604	85,81
Argentina	6219	10,55
Uruguay	878	1,49
Venezuela	751	1,28
Brasil	310	0,53
México	135	0,23
Puerto Rico	25	0,04
Costa Rica	19	0,03
Panamá	16	0,02
Colombia	15	0,02
Perú	2	0,00
Estados Unidos	1	0,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de los boletines del Consejo Superior de Emigración, de la Dirección General de Emigración, de la Subdirección General de Emigración y de la Inspección General de Emigración. Información que se puede consultar en MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 15-16.

Varios factores más explican esa paulatina interrupción emigratoria canaria a la Isla del Azúcar. Hasta 1959 Cuba no logró resolver de manera efectiva sus principales problemas estructurales: la dominación económica de los Estados Unidos, la corrupción política, los regímenes dictatoriales de Machado y Batista, las continuas huelgas en diferentes sectores de la actividad económica, una economía totalmente dependiente de la producción azucarera para exportación y de los mercados exteriores, el desempleo y el analfabetismo, por mencionar solo los más importantes.¹²

En resumen, tres aspectos clave definen la presencia canaria en la isla en el siglo XX. Siguiendo una tendencia ya instalada a fines del siglo XIX, el colectivo canario ocupó el tercer lugar, por detrás de gallegos y asturianos dentro del contingente español en Cuba. En 1932 descendió al cuarto lugar, por detrás del grupo de castellanos-santanderinos.¹³ Por otro lado, al igual que hizo la población cubana en general y el resto de la inmigración hispana,

¹² LE RIVEREND, *Breve historia de Cuba*, pp. 79-104.

¹³ NARANJO OROVIO y GARCÍA GONZÁLEZ, *Medicina y racismo en Cuba*, p. 79; MALUQUER DE MOTES, *Nación e inmigración*, p. 151.

concreto a las provincias de Santa Clara y de Camagüey, hecho motivado esencialmente por el auge de la industria azucarera y las exportaciones, durante la etapa comprendida entre 1910 y 1920.¹⁴ Finalmente, el tipo de emigración que definió en esta época la diáspora isleña fue el de carácter temporal —tanto de flujo como de reflujo— e individual, en función de la bonanza económica a un lado y otro del Atlántico, y, por tanto, alejada del modelo familiar del siglo anterior, básicamente con predominio de varones en edades comprendidas entre los quince y cincuenta y nueve años, y al igual que en el pasado, con un alto porcentaje de analfabetos.

En las primeras décadas del siglo xx los canarios desarrollaron una intensa actividad asociacionista ya que fundaron veintinueve entidades concentradas en las zonas urbanas de las regiones occidental y central, donde los espacios de socialización eran más accesibles. La cifra, sin duda notable, representaba casi el doble que las fundadas en el siglo anterior, gracias a la gran afluencia de inmigrantes canarios a Cuba en las cuatro primeras décadas del xx.¹⁵

Sin embargo, la revolución cubana de 1959 supuso una drástica interrupción de la inmigración económica, así como el regreso a España —o la salida hacia otras naciones, sobre todo a Estados Unidos— de un numeroso contingente de inmigrantes españoles. En efecto, algunas de las medidas impulsadas en los años iniciales del régimen de Fidel Castro provocaron la emigración de una parte de las élites cubanas, incluyendo a numerosos líderes y miembros de las sociedades étnicas hispánicas que seguían operativas en la isla, y, entre ellos, un número significativo de canarios. Esto conllevó una transformación importante en la estructura social de estas organizaciones. En 1961, el Estado confiscó los bienes de las sociedades extranjeras que ofrecían servicios educativos y sanitarios, como sucedió con las quintas de salud. Asimismo, les fueron incautadas sus sedes y negocios, fundamentales para el sustento económico de las instituciones. Los centros médicos y hospitalarios españoles pasaron a ser de titularidad pública y mientras que alguno conservó las funciones que habían desempeñado hasta entonces, la mayor parte de ellos la perdieron y sufrieron importantes reestructuraciones.¹⁶

¹⁴ NARANJO OROVIO y GARCÍA GONZÁLEZ, *Medicina y racismo en Cuba*, pp. 72-74.

¹⁵ MEDINA RODRÍGUEZ, "Las entidades canarias en Cuba", p. 65.

LAS CASAS DE SALUD PRIVADAS Y LAS QUINTAS O SANATORIOS DE SOCIEDADES REGIONALES Y PANHISPÁNICAS

Durante la etapa colonial, Cuba se enfrentó a serias limitaciones en su infraestructura hospitalaria pública, caracterizada por una insuficiencia notable de recursos y servicios. Esta situación se agravó con el aumento de la inmigración, cuando la isla se convirtió en un punto de atracción masiva y esto generó tensiones y fuertes desafíos en la capacidad para atender las necesidades sanitarias de una población en constante crecimiento.

La primera clínica privada en implementar un sistema de seguro de asistencia hospitalaria basado en el pago de cuotas mensuales por parte de suscriptores fue la Casa de Salud San Carlos perteneciente al médico francés Charles Edouard Belot Lorent (1795-1889) y fundada en La Habana en 1821.¹⁷ Posteriormente, se crearon otras instituciones privadas cuyo funcionamiento habitual consistía en que los enfermos que solicitaban los servicios de estos centros aportaban una pensión diaria el tiempo que permanecieran en ellos o siguiendo con la dinámica de una contribución económica mensual destinada a la cobertura de servicios de atención sanitaria (véase tabla 4).

La instauración de la república, el 20 de mayo de 1902, marcó una etapa caracterizada por la nacionalización y centralización de la sanidad pública en Cuba. En ese contexto, se crearon los servicios de sanidad y beneficencia, poco después unificados en la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, considerado uno de los primeros ministerios de salud pública a nivel mundial. Con la entrada en vigor de la nueva Constitución el 10 de octubre de 1940, esta institución pasó a denominarse Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.¹⁸

¹⁶ BLANCO RODRIGUEZ y GARCÍA ÁLVAREZ, *Legado de España en Cuba*, pp. 96-97.

¹⁷ El objetivo del Dr. Belot fue "ofrecer asistencia sanitaria a quienes repugnaba la idea de ingresar en un hospital público, al carecer de familia que pudiera cuidarles o de un alojamiento adecuado en caso de un largo tratamiento, como era el caso de los empleados de casas comerciales, empresas industriales y marinos mercantes extranjeros". GUERRA, *El hospital en Hispanoamérica y Filipinas (1492-1898)*, p. 121.

¹⁸ En julio de 1959, durante el inicio del periodo revolucionario socialista, adoptó el nombre de Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. En enero de 1960 se transformó en el Ministerio de Salud Pública, nombre vigente hasta hoy día.

Tabla 4.
Casas de salud y quintas o sanatorios privados en Cuba (1821-1900)

Año	Quinta de salud	Fundación	Localidad
1821	Casa de salud San Carlos	Particular	La Habana
1829	Quinta sanitaria Garcini	Particular	La Habana
1845	Casa de salud La Nacional	Particular	La Habana
1845	Casa de salud San Leopoldo	Particular	La Habana
1847	Casa de salud Quinta del Rey	Particular	La Habana
1849	Casa Sanitaria	Particular	Cárdenas
1851	Casa de salud Santa Rosa	Particular	La Habana
1855	Casa de salud San Rafael	Particular	La Habana
1868	Clínica del Centro de Dependientes del Comercio	Asociación de Dependientes del Comercio	Santiago de Cuba
1873	Casa de Baños	Particular	La Habana
1874	Casa de salud La Integridad Nacional	Particular	La Habana
1884	Quinta de salud La Purísima Concepción	Asociación de Dependientes del Comercio	La Habana
1888	Quinta del Rey	Sociedad de Beneficencia de Naturales de Cataluña	La Habana
1893	Clínica Ginecológica de La Habana	Particular	La Habana
1893	Clínica Ginecológica de Cárdenas	Particular	Cárdenas
1895	Quinta de salud La Benéfica	Centro Gallego	La Habana
1895	Quinta Balear	Centro Balear	La Habana
1897	Quinta de salud La Covadonga	Centro Asturiano	La Habana
1900	Sanatorio Colonia Española de Santiago de Cuba	Centro Benéfico de Dependientes de Comercio	Santiago de Cuba
1900	Sanatorio La Purísima Concepción	Casino Español de Sagua la Grande	Sagua la Grande
1900	Sanatorio La Purísima Concepción	Centro de la Colonia Española de Camagüey	Camagüey
1900	Sanatorio La Purísima Concepción	Centro de la Colonia Española de Manzanillo	Manzanillo

Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de CABRERA DÉNIZ, “La Quinta de Salud ‘Nuestra Señora de la Candelaria’”, pp. 680-692, p. 682; GUTIÉRREZ FORTE, “La salud en las sociedades regionales españolas”, pp. 375-380, pp. 375, 377-378; GUERRA, *El hospital en Hispanoamérica y Filipinas*, pp. 121-122, 124, 131, 133, 136, 141, 143, 145-146, 148, 153; GUERRA LÓPEZ, *La Quinta Canaria*, pp. 113-114; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, p. 68 (nota 30); GARCÍA RUIZ, *El asociacionismo español en Cuba*, pp. 128 (nota 443), 202; ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles” pp. 171-194.

Este incipiente sistema estatal coexistió en la primera mitad del siglo con el sistema privado heredado del siglo anterior y gestionado tanto por cooperativas de médicos como por los centros regionales o panhispánicos regentados por el colectivo español. Sin embargo, en agosto de 1961 se promulgó la Ley Número 959 que señaló al Ministerio de Salud Pública “como rector de todas las actividades de salud del país, incluyendo las de las unidades privadas y mutualistas”, que pasaron a integrarse en diciembre de 1962, aun dependiendo del citado ministerio, en la llamada Empresa Mutualista.¹⁹

La comunidad española impulsó la creación de sus propias quintas de salud a través de las sociedades regionales, lo que constituyó uno de los principales incentivos para la integración de los inmigrantes en dichas asociaciones. La principal forma de financiación de estos organismos fue la cooperación de sus miembros, quienes pagaban cuotas regulares, lo cual permitía la ampliación de los servicios sin necesidad de atraer subvenciones municipales ni estatales. Este modelo de gestión se sostenía en buena medida gracias al poder económico de las élites de los inmigrantes, al tiempo que alentarlos fortalecía su prestigio e influencia dentro y fuera de las comunidades. Asimismo, entre las distintas quintas se generó una cierta competencia respecto a la magnificencia de sus instalaciones y la excelencia de sus servicios médicos.²⁰

En consonancia con las ideas médicas del período y atendiendo a las necesidades propias de la actividad hospitalaria, estos sanatorios demandaron amplias superficies para su establecimiento, ubicándose en zonas que, en aquel entonces, correspondían a los sectores limítrofes de La Habana. En este contexto, según refieren Zarzoya *et al.*, la barriada del Cerro y sus áreas circundantes, caracterizadas por su reputación como entornos salubres y propicios para el reposo, se convirtieron en la localización idónea para la construcción de los nacientes sanatorios de las colectividades.²¹

En su diseño, las quintas o sanatorios integraron elementos arquitectónicos y ornamentales que reflejaban la influencia de los paseos del siglo XIX y el gusto por la suntuosidad característica “de los palacetes y quintas

¹⁹ DELGADO GARCÍA, “Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba”, pp. 110-118.

²⁰ ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 176.

²¹ ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 176.

residenciales neoclásicas”. Junto a los edificios se incorporaron jardines con “bancos, fuentes, luminarias y esculturas”, cerrados al público con muros que se franqueaban a través de “verjas y portadas monumentales”.²²

Desde la perspectiva arquitectónica de las autoras citadas, atendiendo al grado de excelencia de las construcciones, las quintas de salud españolas se consolidaron como las entidades sanitarias más relevantes de la isla durante los primeros treinta años del siglo XX. Resulta ilustrativo que, mientras en 1917 se inauguraba “el primer pabellón de mampostería” del Hospital General Calixto García, de titularidad pública, estas quintas ya contaban con más de doce pabellones sólidamente construidos. Incluso es posible hipotetizar que el citado hospital tomara como modelo a las quintas hispanas.²³

Estas desempeñaron un papel fundamental en la incorporación de los avances más importantes de la medicina cubana en el primer tercio del siglo. Esta modernización no solo se debió a la incorporación de innovaciones tecnológicas, sino también a la contribución científica de distinguidas figuras del campo médico, no solo en las quintas sino también dentro del sistema sanitario nacional y, posiblemente, regional. Así, en estas instituciones prestaron sus servicios algunos de los más insignes médicos cubanos de la época, muchos de los cuales también ejercían o habían ejercido en el Hospital Reina Mercedes y en el Hospital General Calixto García.²⁴ La tabla 5 muestra las asociaciones españolas que instituyeron quintas de salud en Cuba en el primer tercio del siglo.

²² ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 188.

²³ ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 189. Otro hospital comparable es el Reina Mercedes, situado en ese tiempo en el Vedado, aunque de menores dimensiones que las mencionadas quintas.

²⁴ ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 194.

Tabla 5.
Quintas de salud españolas en Cuba (1908-1934)

Año	Asociación	Localidad	Sanatorio
1908	Centro de la colonia española de Cienfuegos	Cienfuegos	Sanatorio de la Colonia Española
1908	Centro de la colonia española de Cárdenas	Cárdenas	Quinta del Centro de Dependientes de Cárdenas
1910	Centro de la colonia española de Matanzas	Matanzas	Nuestra Señora de la Salud
1910	Casino Español de Santa Clara	Santa Clara	La Purísima Concepción
1914	Delegación del Centro Gallego en Santiago de Cuba	Santiago de Cuba	Quinta Concepción Arenal
1921	Centro Castellano en La Habana	La Habana	Sanatorio Santa Teresa de Jesús
1921	Centro de la colonia española de Bayamo	Bayamo	Sanatorio Bernardo Astray
1922	Asociación Canaria de La Habana	La Habana	Sanatorio Modelo Nuestra Señora de la Candelaria
1924	Hijas de Galicia	La Habana	Sanatorio Concepción Arenal
1925	Colonia española de Pinar del Río	Pinar del Río	Sanatorio de la Colonia Española
1931	Asociación Hijas de Canarias	La Habana	Sanatorio Hijas de Canarias
1934	Centro de la Colonia Española de Guantánamo	Guantánamo	Sanatorio Concepción Arenal

Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de GUERRA LÓPEZ, *La Quinta Canaria*, pp. 114-115; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, p. 122; MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 319.

EL SANATORIO MODELO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA O QUINTA CANARIA

Tras la disolución de la Asociación Canaria de Beneficencia y Protección Agrícola de La Habana en 1897, por la crisis permanente que venía padeciendo²⁵, la comunidad canaria tuvo que esperar hasta el 11 de noviembre de 1906 para contar nuevamente con una entidad que representara y defendiera sus intereses en toda la isla. En efecto, en ese año, ante la difícil situación en que se encontraba el colectivo canario desde el punto de vista asociacionista, tras nueve años de inacción por problemas económicos y organizativos y contando ya con el impulso necesario, la élite económica e intelectual de los inmigrantes de las islas decidió formar una nueva

²⁵ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 220.

asociación canaria que se denominó Asociación Canaria de Beneficencia, Instrucción y Recreo de La Habana.²⁶

El nuevo organismo integraba en sus estatutos los principales objetivos de las asociaciones mutualistas y benéficas de la época: instrucción, cultura y entretenimiento, atención sanitaria y ayuda benéfica asistencial. De hecho, se puede pensar que la institución se creó tardíamente, considerando el papel relevante que había tenido hasta entonces la emigración canaria. Como ya hemos referido, en 1917 su denominación pasó a ser simplemente Asociación Canaria, por una decisión de los directivos reflejada en un nuevo reglamento general aprobado ese año y así continuó hasta su desaparición.²⁷ En su desarrollo, la asociación transitó por diversas sedes —todas ellas arrendadas—, que constituyeron espacios de esparcimiento e instrucción, aunque presentaban un valor arquitectónico menor en comparación con las que pertenecientes al Centro Gallego, al Asturiano o a la Asociación de Dependientes del Comercio.²⁸

Sin embargo, la mayor aspiración de la Asociación Canaria desde su creación fue la fundación de un establecimiento sanitario de titularidad propia, tal y como habían hecho el resto de las sociedades españolas. El proyecto aún se demoraría hasta 1922, cuando la asociación logró por fin inaugurar el Sanatorio Modelo Nuestra Señora de la Candelaria. A partir de entonces, la asistencia médica y hospitalaria representó el aspecto más relevante de la labor desarrollada por la Asociación Canaria, aproximándose así al perfil que tradicionalmente habían asumido las sociedades de socorros mutuos. Aunque la entidad no se llegó a definir estrictamente como tal, integraba este tipo de servicios dentro de sus funciones, superando así

²⁶ El acta fundacional evidencia de manera explícita la creación de una nueva entidad societaria, sin vinculación directa con la Asociación Canaria de Beneficencia y Protección Agrícola de La Habana, al referirse al vacío institucional que afectaba a los isleños residentes en Cuba y cuyos fundadores mantenían escasa o nula vinculación con esta. *Asociación Canaria de Beneficencia, Instrucción y Recreo. Memoria correspondiente a los trabajos realizados desde su fundación hasta el día 31 de diciembre de 1907 presentada por la Junta directiva a los señores socios en 19 de Julio de 1908*, La Habana, 1908, s. p.; MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 248, 250. El término “agrícola” es eliminado de los objetivos fundacionales de la sociedad de 1906, dado que, a diferencia de la sociedad precedente, ya no era su cometido la recepción, ubicación y protección de agricultores procedentes de las islas.

²⁷ En el nuevo reglamento no se especifica el porqué del cambio de nombre. *Reglamento General de la Asociación Canaria*, La Habana, 1917, p. 3; MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 248.

²⁸ De ellas, las más conocidas fueron la sede ubicada en la intersección de las calles Cristo y Teniente Rey, así como la situada en Prado 208, esta última utilizada entre los años 1953 y 1960.

los límites de su denominación como sociedad de beneficencia, instrucción y recreo.²⁹

Hasta la construcción de su propio sanatorio, la sociedad proveyó de servicios hospitalarios a sus socios haciendo uso de instalaciones arrendadas a diversas clínicas y en edificaciones no sanitarias. El mismo año de su fundación la asociación procedió a la creación de una casa de salud provista inicialmente de cuarenta habitaciones e instalada en la antigua residencia del Conde de San Ignacio.³⁰ Pero no sería la última, ya que entre los espacios ocupados temporalmente destacan también la antigua Quinta del Rey,³¹ que funcionó como centro de atención médica desde abril de 1907 hasta 1908; la Quinta Toca, situada en la antigua Avenida de Carlos III (actualmente Avenida Salvador Allende), en funcionamiento desde 1908 hasta su cierre en octubre de 1916 (o enero de 1917, según distintas fuentes); y el Palacio de Carneado, ubicado en el Vedado, que prestó servicios hasta el 23 de abril de 1922, bajo la denominación de Casa de Salud La Internacional.³²

Asimismo, la asociación contempló la posibilidad de establecer una casa de salud en los terrenos de la Loma de Jesús del Monte,³³ específicamente en la finca conocida como Allende. La adquisición de los terrenos tuvo lugar el 11 de diciembre de 1907. La propiedad, con una extensión de 60930 m², colindaba con el asilo La Domiciliaria y fue adquirida por un valor de cuarenta y cuatro mil pesos oro español. Por problemas organizativos y económicos de la Asociación Canaria no fue sino hasta septiembre de 1911 que se aprobó la construcción de una casa de salud, cuyas obras estaban proyectadas para iniciarse en noviembre de ese mismo año. La comisión ejecutiva de la sociedad canaria consideró prioritario este proyecto, incluso por encima de otras iniciativas como la construcción y el

²⁹ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 311-312.

³⁰ ZARDOYA, *et al.*, "Las quintas de salud de los inmigrantes españoles", p. 185.

³¹ La Quinta del Rey pertenecía a la Sociedad de Beneficencia de Naturales de Cataluña desde 1888, que solía arrendarla a otras sociedades, como fue el caso a la Asociación Canaria y el Centro Balear. Desconocemos el tiempo de arrendamiento del que disfrutaron ambas entidades. GARCÍA RUIZ, *El asociacionismo español en Cuba*, p. 202.

³² MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 312-313; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, p. 68; ZARDOYA, *et al.*, "Las quintas de salud de los inmigrantes españoles", p. 185.

³³ "Esta localidad de extramuros resultó un lugar de descanso y recreo para las familias adineradas, quienes construyeron hermosas casas quintas. Sin embargo, la urbanización planificada sólo [sic] comenzó en el siglo XIX y se incrementó en el primer cuarto del siglo XX". En *Enciclopedia Cubana en la Red* (EcuRed): "Jesús del Monte (Diez de Octubre)".

mantenimiento de centros escolares en Canarias. No obstante, diversos obstáculos de carácter administrativo, atribuibles al ayuntamiento de La Habana, impidieron finalmente la edificación de la casa de salud en la finca Allende. Para septiembre de 1918, el valor de mercado de dicha propiedad había ascendido a trescientos mil pesos cubanos, resultado de la revalorización urbana de una zona que se encontraba en plena expansión por motivos económicos, sociales, políticos y de mejora en los servicios y equipamientos; suponiendo, además, un notable incremento económico del patrimonio inmobiliario de la asociación.³⁴

La creación de la definitiva Quinta Canaria comenzó con la compra en 1917 de la finca La Mora, con una superficie de 337000 metros cuadrados, en una situación privilegiada por su altura y aire saludable fuera de la capital.³⁵ El inicio de los trabajos se produjo el 16 de septiembre de 1918 en un acto que reunió a los directivos de la asociación y los prohombres de la colonia canaria.³⁶ Un año después se constituyó formalmente la comisión de obras, bajo la presidencia del orotavense Eusebio Yanes González. Los planos del proyecto fueron elaborados por los ingenieros Pedro Martínez Inclán —reconocido como el primer urbanista de Cuba— y Luis Dediót, junto al arquitecto Ramiro J. Ibern, mientras que la ejecución de las obras fue encomendada al arquitecto y contratista César Castellá e Hijos. La ceremonia de colocación de la primera piedra tuvo lugar el 2 de febrero, coincidiendo con la festividad de la Virgen de la Candelaria. No obstante, debieron transcurrir tres años más hasta la inauguración oficial del edificio, que se llevó a cabo el 23 de abril de 1922.³⁷

La consolidación definitiva de la estructura arquitectónica de la Quinta Canaria tuvo lugar en un período significativamente más breve que el de sus predecesoras, entre 1919 y 1930, marcado por el auge económico y societario de la Asociación Canaria. Y es que, a principios de los años vein-

³⁴ CABRERA DÉNIZ, “La Quinta de Salud ‘Nuestra Señora de la Candelaria’, pp. 686, 691 (nota 15); MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 313 (nota 175), 327 (nota 236).

³⁵ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 317; ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 185. La ubicación exacta se estableció en el kilómetro 7 de la Calzada de Bejucal, en conexión con una de las principales arterias del sur de La Habana, en una zona que por entonces se encontraba casi despoblada.

³⁶ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 318.

³⁷ GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, p.68 (nota 31), 80; MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 318-319; ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, pp. 186 y 192.

te la asociación alcanzaba los treinta mil asociados, pero en 1930 su número había descendido a 19183, cifra aun notable considerando la crisis económica mundial que afectaba ya a todos los órdenes de la vida económica de la isla.³⁸

La relativa rapidez de las obras de los pabellones, a lo largo de un período de aproximadamente diez años, confirió al conjunto una notable uniformidad arquitectónica, evidenciada en la marcada similitud formal entre sus diversas estructuras médico-sanitarias.³⁹ Su edificación se desarrolló en tres etapas diferenciadas: la primera tuvo lugar en 1919, durante la presidencia de Domingo León González (1918-1922).⁴⁰ Posteriormente, entre 1925 y 1926, se llevó a cabo una segunda fase de construcción bajo el liderazgo de Antonio Ortega Jiménez (1922-1928) y la dirección de obras de Ramiro J. Ibern.⁴¹ Finalmente, en 1930, se ejecutó la tercera y última etapa, enmarcada dentro del período de mandato de Andrés Nóbregas Mallorquín (1928-abril de 1930).⁴²

En total se construyeron trece pabellones, diez de los cuales fueron designados con los nombres de distinguidos inmigrantes canarios y expresidentes de la Asociación, en reconocimiento a su legado y contribución a la comunidad. Cada pabellón tenía una función específica dentro del sistema de atención sanitaria (véase tabla 6). Asimismo, se erigió una estatua en honor a José Martí y se elevó una bandera cubana con un pequeño altar de ofrendas, en el cual, siguiendo la iniciativa de la sección de propaganda de la Asociación Canaria, distintas sociedades españolas depositaban diaria-

³⁸ MACÍAS MARTÍN, *Cuba: crisis política, crisis económica y emigración*, p. 305; YANES MESA y PERERA GARCÍA, *Antonio J. Perera Hernández (1892-1978)*, p. 205.

³⁹ La arquitectura de la quinta respondía a la aplicación de principios compositivos y motivos decorativos clásicos dentro del eclecticismo ya consolidado que caracterizó el desarrollo urbano de La Habana durante la década de 1920. ZARDOYA, *et al.*, "Las quintas de salud de los inmigrantes españoles", pp. 186 y 191.

⁴⁰ Gran hacendado e industrial azucarero, propietario de los centrales Caridad, Estrella, Ramona, Fidencia, Pilar y San Pedro. GARCÍA ÁLVAREZ, *La gran burguesía comercial en Cuba 1899-1920*, p. 120 (nota 19).

⁴¹ Antonio Ortega Jiménez fue un destacado industrial. Vocal de la primera junta directiva de la Asociación Canaria (1906-1907), posteriormente ocuparía otros cargos en la misma sociedad: presidente general (1924-1926), vocal (1930) y presidente de la sección de fomento económico (1933). Fue relevante, asimismo, su papel en la Beneficencia Canaria (fundada en 1917 en La Habana). MEDINA RODRIGUEZ, *Primer ensayo para un diccionario biográfico de canarios-cubanos*, p. 75.

⁴² Empleado del Ayuntamiento de La Habana y comerciante. Cofundador del Centro Canario (creado en La Habana en 1886). Ocupó diversas vocalías en la Asociación Canaria de Beneficencia y Protección Agrícola (nacida en La Habana en 1872). Fundador, vocal de la comisión organizadora y vocal de la primera junta directiva de la Asociación Canaria (1906). Socio fundador de la Beneficencia Canaria (La Habana, 1917). MEDINA RODRIGUEZ, *Primer ensayo para un diccionario biográfico*, p. 73.

mente un ramo de flores frescas como muestra de respeto y homenaje a Cuba. Además, el complejo contaba con cuatro casetas de aislamiento destinadas al tratamiento de pacientes con tuberculosis, así como con un cuarto de máquinas, un depósito de cadáveres y una capilla.⁴³

Tabla 6.
Pabellones de la Quinta Canaria y su función específica

Pabellones	Función
Antonio Ortega Jiménez	Administración, dirección facultativa, farmacia, cuerpo de guardia y consultorio dental
Antonio Suárez Franco	Enfermedades generales y maternidad
Enrique Fortún	Atención quirúrgica: cirugía y partos
Andrés Nóbregas Mallorquín	Cocina, comedores y despensa
Alejandro Bienes	Enfermedades infecciosas
Sixto Abreu	Hidroterapia, laboratorios clínicos y radiología
Juan de la Rosa	Patologías del sistema nervioso y trastornos mentales
Francisco Cabrera Saavedra	Enfermedades del sistema urinario y urología
Antonio Pérez Pérez	Afecciones respiratorias
Domingo León González	Otorrinolaringología, oftalmología y dermatología

Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, pp. 186, 191; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 58, 80-89.

La construcción de la Quinta Canaria se financió mediante diversos mecanismos, todos ellos habituales entre las asociaciones migratorias a principios del siglo XX.⁴⁴ Uno de los principales fue el ingreso fijo derivado de las cuotas mensuales. Esto confirma tanto el carácter mutualista de la institución como la necesidad de mantener una afiliación elevada, lo que a menudo se conseguía a través de amplias campañas de propaganda de la sociedad con un discurso de fuerte raíz identitaria.

Junto a las cuotas, otra de las entradas importantes eran las donaciones, a través de las cuales destacadas figuras de la comunidad canaria realizaban aportaciones monetarias o en especie, la mayoría de las veces a fondo perdido, pero con un inmediato rédito simbólico y de afirmación de liderazgos.⁴⁵

⁴³ GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 58, 80-89; ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, pp. 186, 191.

⁴⁴ FERNÁNDEZ y ACEBAL, “El Hospital Español de Buenos Aires” pp. 11-40; GIL LÁZARO, “La Sociedad de Beneficencia Española durante el porfiriato”, pp. 193-224.

La extensión del modelo al interior de la isla propició una fuente más de recursos, pues las delegaciones canarias en las provincias también contribuyeron, ya fuera de manera directa o facilitando la recaudación de fondos mediante celebraciones festivas, a la marcha de la institución capitalina, a la que estaban unidos mediante el mismo sistema mutualista y la organización de traslados de pacientes.

La financiación de la quinta se logró también a través de la ejecución de unos bonos hipotecarios. En 1920 la asociación lanzó una emisión para los socios por valor total de quinientos mil pesos, divididos en cinco series iguales de cien mil pesos cada una, a su vez fraccionados en cuatro mil bonos de veinticinco pesos. La primera serie, denominada patriótica, no generaba intereses, mientras que cuatro las restantes (A, B, C y D) ofrecían un rendimiento anual del seis por ciento. La amortización de la serie patriótica debía comenzar en 1921, mientras que en 1928 se iniciaría el proceso de amortización de los bonos restantes, con una fecha de liquidación total prevista para 1930. Sin embargo, en 1946 aún no se había cancelado el saldo de la deuda por completo, lo cual, según explicaban los directivos de ese año “han impedido que nuestra Sociedad encuentre el equilibrio necesario para un normal y adecuado desenvolvimiento”.⁴⁶

En esta operación financiera participaron además diversas instituciones bancarias. El Banco Internacional de Cuba, creado en 1917 y en cuyo directorio ejecutivo participaban tanto españoles como cubanos, adquirió diez mil pesos de la serie A. De manera similar, el Banco Español realizó una inversión significativa en dichos bonos. El costo total de la obra, según la propia Asociación Canaria, llegó a un millón quinientos mil pesos.⁴⁷

Para respaldar el capital de los bonos hipotecarios y sus correspondientes intereses, la Asociación Canaria dispuso de diversas garantías. Entre ellas se encontraban los terrenos de la finca La Mora, cuyo valor se estimaba entre trece mil y ciento treinta mil pesos, así como los edificios

⁴⁵ Ponemos como ejemplo la donación de veintiséis mil pesos que Domingo León González realizó en 1918 como adelanto a la construcción del sanatorio canario. MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 323.

⁴⁶ “Editorial”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I, n.º. 3, 28 de marzo de 1946, p. 2.

⁴⁷ BLANCO RODRÍGUEZ y GARCÍA ÁLVAREZ, *Legado de España*, p. 71; GUERRA LÓPEZ, *La Quinta Canaria*, pp. 186-188; “Editorial”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I, n.º. 3, 28 de marzo de 1946, p. 2; MEDINA, *Canarias-Cuba*, pp. 322-324.

que se construyeran en ella con el importe de los bonos y su condición de terreno urbanizable. Asimismo, se incluyó la finca Allende, con un valor aproximado entre doscientos cincuenta mil y trescientos mil pesos. A estas garantías se sumaban los activos líquidos depositados en los bancos, que ascendían a 22.503 pesos, junto con el mobiliario adquirido y las medicinas, cuyo valor se calculaba en treinta y cinco mil pesos, y, finalmente, los ingresos anuales estimados derivados de la cuota social que ascenderían aproximadamente a cincuenta mil pesos.⁴⁸

En la mente de los directivos que llevaron a cabo las obras, el hospital debía ser, por un lado, autosuficiente y, por otro, atraer en torno a sí el capital simbólico que suponía ser el mayor centro de la colonia canaria de Cuba. Alrededor de la quinta se construyeron varias instancias que cubrían estas distintas funciones. Para empezar, la cocina contaba con una granja agrícola de notable extensión que suministraba legumbres, leche, huevos y otros productos esenciales para asegurar a los enfermos residentes una alimentación saludable y equilibrada.⁴⁹

Por otro lado, el 2 de febrero de 1935 se inauguró oficialmente una capilla dedicada a la Virgen de la Candelaria, patrona de las Islas Canarias y símbolo patriótico y religioso de los inmigrantes canarios de Cuba. El templo fue levantado sobre las ruinas de la Escuela Leonor Pérez, antiguo centro de enseñanza de la Asociación Canaria, que llevaba ese nombre en honor de la madre del líder de la independencia cubana, José Martí Pérez. En su interior tenían lugar numerosos actos y festividades religiosas que reforzaban el papel de la quinta como el principal espacio de encuentro social y cultural para los isleños.

De nuevo, su construcción se financió mediante una operación de recaudación de fondos iniciada en 1928, con la celebración de un festival dedicado a la Virgen de la Candelaria cuyo propósito era obtener recursos para la edificación del templo que fue dirigida por Ramiro J. Ibern. Se inauguró en 1930 con la celebración de una “fiesta cultural recreativa organizada por la Sección de Propaganda para los asociados enfermos e invitados donde se declamaron poemas, dictaron conferencias y se ejecutaron piezas

⁴⁸ GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 74-75; MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 322-323.

⁴⁹ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 320.

musicales e interpretaron canciones”.⁵⁰ El principal promotor y artífice en la gestión de este proyecto fue el periodista tinerfeño Pablo Álvarez de Cañas, quien, además, sufragó y encargó al escultor Francisco Borges la realización de una réplica de la talla auténtica de la Virgen venerada en Canarias y gestionó su traslado a Cuba desde el archipiélago.⁵¹ La imagen permaneció en la Quinta Canaria durante treinta y un años, hasta 1961.⁵²

Hasta 1931 los reglamentos no permitieron que las mujeres fueran reconocidas como miembros de pleno derecho en la Asociación Canaria, y, por tanto, tampoco tuvieron la posibilidad de ser receptoras de los servicios médicos de la Quinta, a pesar de la significativa contribución del sector femenino de la colonia en la recaudación de fondos destinados a las constantes remodelaciones y ampliaciones de la Quinta Canaria.⁵³ La plena incorporación femenina se debió, en primera instancia, al impacto de la crisis económica internacional en Cuba, con la consiguiente paralización de la corriente migratoria que solía arribar a la isla.

En efecto, el crac económico de 1929 hizo disminuir en un tiempo relativamente corto la nómina de socios: por una parte, disminuyó la afiliación de antiguos socios, que se daban de baja porque no poder seguir pagando la cuota; y, por otra, la interrupción de las llegadas inhibió el ingreso de nuevos socios, al tiempo que se iniciaba una corriente masiva de retornos y de reemigración a otros lugares. Ambos factores dificultaron que se mantuviera estable la capacidad económica y, por consiguiente, la cobertura sanitaria de la entidad en un momento tan crítico.⁵⁴

Estos factores condujeron a la Asociación Canaria y su quinta a una crisis de largo alcance que no amainó hasta el año 1946 y no se debió solamente a factores económicos. Entre 1927 y 1932 se desató un conflicto con

⁵⁰ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 320-321; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 98, 101-102.

⁵¹ Álvarez de Cañas destacó por ser un cronista social destacado de la comunidad canaria, casado con la gran poetisa cubana Dulce María Loynaz. En la capilla, precisamente, la pareja contrajo matrimonio en 1946. GUERRA LÓPEZ, *La Quinta Canaria*, p. 199.

⁵² Asociación Canaria de Cuba “Leonor Pérez Cabrera”, *Libro de oro*, p. 24 (nota 9); GUERRA LÓPEZ, *La Quinta Canaria*, p. 199; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 98-102; MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 320-321; ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 187. En 1961 la imagen de la Candelaria “fue trasladada a la iglesia de los Pasionistas en la Calzada de 10 de Octubre”. GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, p. 101.

⁵³ Morales Raya destaca el papel que juega la mujer en el asociacionismo. MORALES RAYA, “El papel de las mujeres en la Sociedad Española de Socorros Mutuos”, <https://doi.org/10.3989/revindias.2025.1699>

⁵⁴ CABRERA DÉNIZ, “La Quinta de Salud ‘Nuestra Señora de la Candelaria’”, p. 688.

la Federación Médica de Cuba que propició que los facultativos cubanos ocuparan los cargos de mayor relevancia en la Quinta. La crisis económica llevó a que la institución incurriera a partir de 1932 en déficit.⁵⁵ Un informe elaborado en 1935 por la *Foreign Policy Association* relativo al impacto de la recesión en la isla resaltaba la labor de los colectivos gallegos, asturianos y de la Asociación de Dependientes de Comercio, no así del colectivo isleño, del que se omitía su participación. Finalmente, la crisis se vio agravada por una administración deficiente y una organización ineficaz de los recursos, aderezadas por frecuentes enfrentamientos internos entre las distintas directivas elegidas a lo largo de esos años.⁵⁶

Hasta 1946, como decíamos, la institución no logró superar las dificultades, según la versión oficial de la Asociación Canaria. El nombramiento del Dr. Armando de Rojas y Andux como director médico de la quinta y de Francisco Delgado Tapanes como su administrador, así como el impulso de una nueva junta directiva encabezada por el Dr. Emeterio Teobaldo Padrón Cruz, fueron determinantes en el apaciguamiento de las diferencias internas y el saneamiento de las cuentas.⁵⁷

Además del fortalecimiento organizativo, la Asociación experimentó una notable recuperación económica. De acuerdo con el órgano oficial de la Asociación Canaria, *Canarias en Cuba* (Revista Mensual Ilustrada, La Habana) este proceso de recuperación fue posible gracias a la intervención del comité ejecutivo, respaldada por la totalidad de la nómina social de la institución. Tanto la dirigencia como los socios se comprometieron a maximizar sus esfuerzos en las tareas diarias, garantizar una gestión financiera transparente presentando “cuentas limpias, sanas y correctas”, y culminar obras esenciales para la institución. Asimismo, se priorizó la

⁵⁵ Ese año el pasivo alcanzó más de setenta y tres mil pesos. MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, p. 326.

⁵⁶ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 324-327.

⁵⁷ Entre los directivos de esa nueva junta se hallaba también el abogado Tomás Felipe Camacho, oriundo de La Palma y miembro destacado de la élite intelectual isleña en Cuba. “Notas editoriales”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I: n.º. 1 y 9-10, 28 de enero y septiembre-octubre de 1946, pp. 16 y 2, respectivamente. De este personaje destacan, además, sus facetas de floricultor, hacendado, orador, escritor, novelista, poeta, periodista y doctor en derecho. Fue el ponente del Reglamento General de la Asociación Canaria de 1942. Fue también asesor del presidente de la república Gerardo Machado y Morales (1925-1929; 1929-1933). Socio fundador de la Beneficencia Canaria (La Habana, 1917), ocupó, asimismo, cargos de relevancia en la Asociación Canaria, llegando a ser presidente general en 1942, y presidente interino, en 1928, del Ateneo Canario de Cuba (La Habana, 1924). MEDINA RODRÍGUEZ, *Primer ensayo para un diccionario biográfico*, pp. 41-43.

liquidación de la deuda derivada del empréstito de los bonos hipotecarios y la mejora de la infraestructura, embelleciendo las amplias avenidas de la quinta y optimizando la asistencia brindada a los pacientes. Once años después, en 1957, la institución ya contaba con 22863 socios, una cifra que continuó incrementándose hasta finales de esa década. Asimismo, disponía de más de cincuenta delegaciones distribuidas en todas las provincias, aunque algunas carecieran de actividades.⁵⁸

Los socios del sanatorio, independientemente de su procedencia —canarios y sus descendientes, cubanos, españoles peninsulares y extranjeros— disfrutaban de iguales derechos y obligaciones en el acceso a los beneficios tanto del establecimiento hospitalario como del consultorio social.⁵⁹ Los pacientes eran hospitalizados cuando su estado de salud lo requería, ya fuera para someterse a una intervención quirúrgica o para su proceso de recuperación tras una enfermedad. Los asociados de La Habana obtenían en la farmacia de la Quinta y en el consultorio social los medicamentos prescritos por los médicos de la consulta externa. Además, la Asociación Canaria mantuvo siempre el compromiso firme de establecer una cuota social mensual accesible para todas las clases sociales, ajustándose a las posibilidades más modestas. Todas las sedes sociales contaron con un consultorio destinado a complementar la demanda de asistencia médica, cuya relevancia variaba en función de la magnitud de cada sede. No obstante, el consultorio social que adquirió mayor notoriedad fue el establecido en 1943 en el centro urbano de La Habana. La visión de los directivos de la asociación con esta iniciativa era consolidar en La Habana un servicio eficiente y moderno, capaz de alcanzar los diez mil asociados y, con ello, garantizar una existencia tranquila, próspera y libre de dificultades para sus miembros.⁶⁰

⁵⁸ BLANCO Y GARCÍA ÁLVAREZ, *Legado de España*, p. 165; “Editorial” y “Notas editoriales”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I: n.º. 1, 3 y 9-10, 28 de enero, marzo y septiembre-octubre de 1946, pp. 16, 2, 2, respectivamente.

⁵⁹ Los derechos y deberes de los asociados respecto a las prestaciones sanitarias y asistenciales se recogen en los siguientes reglamentos: *Reglamento General de la Asociación Canaria de Beneficencia, Instrucción y Recreo*, 1906; *Reglamento General de la Asociación Canaria*, 1936; *Reglamento General de la Asociación Canaria*, 1942.

⁶⁰ La apertura de este consultorio respondió a la necesidad de evitar a los socios las dificultades derivadas del traslado al sanatorio, agravadas por la distancia y las limitaciones del transporte. Creció bajo la dirección del reconocido médico de la asociación, Jenaro Mazpule Martínez; Rafael Roca González asumió la responsabilidad de “la oficina de historias clínicas y del archivo”, destacándose por su “diligente y cuidadosa

Desde septiembre de 1946 se abonó una tarifa de dos pesos y medio al mes, con el fin de elevar los mermados ingresos de la asociación, debido a “los elevados precios de medicamentos, mercancías y aumentos de los sueldos de los médicos y empleados”.⁶¹ Sin embargo, los isleños en situación de indigencia estaban exentos del pago de esta contribución, lo que les permitía acceder sin restricciones a los servicios médicos.

Con el propósito de aumentar los recursos financieros del sanatorio y mejorar la calidad de atención brindada a los socios, se estableció la posibilidad de admitir pacientes bajo régimen de pensión suscritos a un convenio con alguna compañía aseguradora o de manera particular. Esta medida se llevó a cabo a través de convenios especiales, con la condición de que dichos pacientes se ajustaran a las normativas establecidas por la quinta.

Los pacientes admitidos bajo el régimen de pensión se clasificaban en dos categorías: aquellos que requerían tratamiento por afecciones quirúrgicas y aquellos en espera de consultas de medicina general. Estos pacientes tenían derecho a ocupar una cama en el pabellón correspondiente y a recibir alimentación, medicación y asistencia médica. Las intervenciones quirúrgicas se abonaban de manera independiente, y el especialista encargado del procedimiento tenía la facultad de establecer el costo en acuerdo con el paciente y sus familiares. No obstante, esta determinación debía contar con la supervisión de la sección de sanidad, y el veinte por ciento del monto fijado debía ser entregado a la quinta en concepto de material, instrumental y otros gastos asociados. Por su parte, se le asignaba en el sanatorio habitaciones y apartamentos equipados con baños y servicios privados a sus acompañantes.⁶²

Según Dolores Guerra López, el personal clínico de la Quinta Canaria desempeñó un papel fundamental en la prestación de atención médica in-

atención a los asociados”, así como por su eficiente colaboración con los facultativos. BLANCO Y GARCÍA ÁLVAREZ, *Legado de España*, p. 165; “Editorial”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I, n.º. 6, 28 de junio de 1946, pp. 16-17.

⁶¹ “Notas sociales de la Institución”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I, n.º. 7 y 8, julio y agosto de 1946, p. 22; “Notas editoriales”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I, n.º. 9 y 10, septiembre y octubre de 1946, p. 2.

⁶² *Reglamento General de la Asociación Canaria*, 1942, artículo 2; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 95-96; YANES MESA, *La doble singularidad ideológica del periodismo canario*, p. 323 (nota 640); “Notas editoriales”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I, n.º. 9 y 10, septiembre y octubre de 1946, p. 2.

tegral. A través de sus servicios especializados y su enfoque multidisciplinario, la institución buscó mejorar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo la recuperación y el bienestar general. La mayor parte del equipo médico de la quinta era de ascendencia cubana y las fuentes oficiales los ensalzaban por su brillantez, amplia trayectoria y competencia (tabla 7).

Las instalaciones del hospital estuvieron diseñadas para garantizar el confort y la seguridad de los pacientes, con pabellones equipados, áreas de descanso, comedor y espacios de recreo. La afiliación, además, incluía el derecho a un entierro digno, considerado de segunda clase y valorado en treinta y cuatro pesos si se realizaba el sepelio en el Cementerio de Colón de La Habana o en otras ciudades de provincias. Toda su actuación se regía por la normativa estatal de la Secretaría de Sanidad cubana.⁶³

El personal sanitario administraba medicación, cuidados básicos e inyecciones. Realizaban curaciones y operaciones de cirugía menor. Los practicantes auxiliaban al director en sus visitas y asistían a los médicos en procedimientos quirúrgicos. Los médicos internos permanecían en el centro hospitalario como residentes y su número era generalmente reducido,

Tabla 7.
Cuadro médico, personal sanitario y especialidades de la Quinta Canaria

Puesto	Especialidades
Cuadro médico	cirugía general, traumática y urológica, medicina interna, ginecología, obstetricia, pediatría, otorrinolaringología, odontología, cardiología, oftalmología, psiquiatría, enfermedades infecciosas, vías respiratorias y tuberculosis, urología, piel y sífilis, anestesiastas, rectoscopia, rayos X, laboratorio clínico, anatomía patológica, ortopedia y podología, así como encargados de diagnósticos y tratamientos avanzados
Medicina general	Responsables de consultas primarias y seguimiento de pacientes
Personal sanitario	enfermeros, practicantes y auxiliares
Rehabilitación	Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales
Universitarios	Médicos internos: de visita y de guardia

Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos de *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada) año I: n.º. 1 (28 de enero de 1946), pp. 18-19; n.º. 3 (28 de marzo de 1946), pp. 18-19; n.º. 5 (28 de mayo de 1946), pp. 22-23; n.º. 6 (28 de junio de 1946), pp. 18, 20 y 21; n.º. 7 y 8 (julio y agosto de 1946), p. 21; n.º. 9 y 10 (septiembre y octubre de 1946), pp. 19, 21.

⁶³ “Cualquier mejora [en el entierro] que desearan introducir los familiares debía ser [costeada] por su cuenta”. GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, p. 90 (y nota 62). Para México véase: GIL LAZARO, “Los negocios de la Sociedad Española de Beneficencia”, DOI: <https://doi.org/10.3989/revindias.2025.1700>

con un promedio de cuatro o cinco profesionales. Por otro lado, los médicos visitantes eran designados por la junta directiva tras la correspondiente consulta con el director y en función de las necesidades específicas de la institución. Los médicos de guardia asumían la responsabilidad de uno o más pabellones, donde brindaban atención a los pacientes asignados, además de evaluar y autorizar el ingreso de los enfermos, conforme al reconocimiento médico previo y en estricto cumplimiento de las prescripciones reglamentarias. Finalmente, los farmacéuticos se encargaban de la correcta administración de los medicamentos siempre con la firma de los médicos, así como de la preparación de fórmulas y el asesoramiento terapéutico.⁶⁴

La quinta desarrolló una amplia gama de servicios médicos y asistenciales, entre los que destacaban las consultas médicas, tanto la atención ambulatoria de medicina general como las especialidades. Estas se llevaban a cabo en la propia casa de salud, pero también en el consultorio de la sede central y a domicilio, con el propósito de realizar diagnósticos y establecer tratamientos. La hospitalización y los cuidados médicos, por otra parte, se restringían a pacientes que requirieran vigilancia médica continua, incluyendo cuidados postoperatorios y tratamientos prolongados. Las intervenciones quirúrgicas disponían de varias salas de operaciones equipadas con el material más moderno de la época para procedimientos de diversas especialidades. Estas eran efectuadas por médicos especialistas y supervisadas por la administración médica.

Existía también un servicio de urgencias con un área de emergencia para atender casos que requerían atención inmediata. El servicio de farmacia y suministro de medicamentos se encargaba de que los pacientes recibieran los tratamientos farmacológicos prescritos por sus médicos, garantizando el acceso oportuno a los medicamentos esenciales. Mediante las terapias de rehabilitación los enfermos con necesidades de recuperación física accedían a programas de fisioterapia y rehabilitación adaptados a su condición médica. Finalmente, los servicios asistenciales de la quinta incluían el entierro, ropería, sereno, auxiliar de limpieza y portero.⁶⁵

⁶⁴ GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 69, 93-95; FERNÁNDEZ, *Diccionario Biográfico Canario-Americano*, p. 52; SABIO, "Actividades de la Quinta", *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), La Habana, año I, n.º. 1 y 3, 28 de enero y 28 de marzo de 1946, pp. 18-19 y 18-23, respectivamente; YANES MESA y PERERA GARCÍA, *Antonio J. Perera Hernández*, p. 205.

⁶⁵ GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 93-95.

La administración médica estaba liderada por un director, quien actuaba bajo las órdenes de la sección de sanidad y estaba bajo el control del comité ejecutivo, ejerciendo una doble competencia: por un lado, la científica, en el ámbito profesional, y por otro, la administrativa, encargándose de la dirección de juntas, reuniones de profesionales y otras gestiones institucionales. En el desempeño de sus funciones, contaba con el apoyo del vicedirector, quien asumía sus responsabilidades en caso de ausencia. Los médicos visitantes y de guardia, los practicantes en el área facultativa, así como los administradores en el ámbito económico, se encontraban bajo su supervisión. Respecto al administrador, este residía en la quinta con el propósito de garantizar un control más eficiente del funcionamiento del establecimiento. Además, ostentaba el cargo de jefe del sanatorio en calidad de representante del comité ejecutivo, actuando como apoderado de los deseos de la asociación y responsable de la ejecución de las decisiones establecidas por la directiva, así como por las secciones de sanidad y administración, conforme a los reglamentos vigentes.⁶⁶

Los afiliados de las delegaciones recibían asistencia a través de los médicos y farmacias correspondientes a su localidad y en la propia Quinta Canaria cuando la situación de una enfermedad grave lo requería y los enfermos debían ser enviados a La Habana.⁶⁷ Extendidas estas por toda la geografía cubana y en Florida (Estados Unidos) sobre todo en la parte occidental y central de la isla, las delegaciones de la asociación no llegaron a contar con hospital propio. Esto constituyó una diferencia respecto al Centro Gallego, por ejemplo, donde sus delegaciones de mayor empuje contaron con quintas propias en lugares como Santiago de Cuba, Sagua la Grande, Ciego de Ávila y Guantánamo. La especialidad médica predominante fue la de médico cirujano, pero también hubo médicos generales, otorrinolaringólogos y odontólogos. En 1956 las dependencias de Oriente (Guisa, Manatí y Velasco, las tres únicas existentes), la casi totalidad de las

⁶⁶ *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), año I: n.º 1 (28 de enero de 1946), pp. 18-19; n.º 3 (28 de marzo de 1946), pp. 20-21; n.º 5 (28 de mayo de 1946), pp. 18-19; n.º 6 (28 de junio de 1946), pp. 19-20; n.º 7 y 8 (julio y agosto de 1946), pp. 19-21; n.º 9 y 10 (septiembre y octubre de 1946), pp. 18-21; GUERRA LÓPEZ, *Canarios en Cuba*, pp. 91-93 (nota 64).

⁶⁷ En la revista *Canarias en Cuba* se puede seguir la relación de socios y pensionistas hospitalizados en la Quinta Canaria provenientes de diferentes puntos de la geografía cubana. *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada) año I: n.º 1 (28 de enero de 1946), pp. 18-19; n.º 3 (28 de marzo de 1946), pp. 20-21; n.º 5 (28 de mayo de 1946), pp. 18-19; n.º 6 (28 de junio de 1946), pp. 19-20; n.º 7 y 8 (julio y agosto de 1946), pp. 19-21; n.º 9 y 10 (septiembre-octubre de 1946), pp. 18-21.

de Matanzas (a excepción de Unión de Reyes y Jovellanos) y algunas de Pinar del Río, La Habana y Santa Clara, no aportaron masa social alguna a la Asociación Canaria. En 1957 el gasto por servicios médicos y medicinas a los socios de las delegaciones ascendió a 24444,22 pesos, con un gasto total sanitario que alcanzó los 353502,27 pesos, frente a los 147751 de 1930.⁶⁸

La Asociación Canaria estableció, al igual que el resto de las entidades regionales españolas en sus quintas o sanatorios, mecanismos de supervisión en su quinta con el propósito de prevenir el uso indebido o fraudulento de sus recursos. Así, para tal control, en el seno del comité ejecutivo constituido en 1946 se designaron un comisionado y un vicecomisionado de sanidad. Se garantizaba con ello una gestión más transparente orientada al bienestar de los usuarios de la clínica junto al buen uso de los recursos.⁶⁹

En el año 1960, durante el proceso de confiscación de los servicios de salud, que eliminó la práctica privada de la medicina en la isla y aseguró el acceso gratuito a la atención médica para toda la población sin distinción, la Quinta Canaria fue intervenida por el Estado cubano, cesando de manera inmediata como principal fuente de ingresos y canal de inversión de capital de la Asociación Canaria. Esta ya estaba herida de muerte.⁷⁰

Mediante resolución emitida el 14 de abril de 1961 por el Comisionado Provincial Revolucionario de La Habana, Héctor Ravelo Fuentes, con el objetivo de integrar a las principales instituciones de beneficencia y mutualismo al proceso revolucionario, al igual que la destitución inmediata de todos los órganos directivos de la Asociación Canaria, se dispuso la supresión de la asamblea de representantes y de las juntas directivas de las delegaciones pertenecientes a dicha asociación. Fue por esta razón que la asociación isleña dejó de existir en 1961.⁷¹

⁶⁸ MEDINA RODRÍGUEZ, *Canarias-Cuba*, pp. 287-288; BLANCO RODRÍGUEZ Y GARCÍA ÁLVAREZ, *Legado de España*, pp. 137 (nota 18), 240,254; MACÍAS MARTÍN, *Cuba: crisis política, crisis económica*, p. 305; SORIOL, “Una ‘Quinta’ y sus inspiraciones”; YANES MESA Y PERERA GARCÍA, *Antonio J. Perera Hernández (1892-1978)*, pp. 207-209.

⁶⁹ “Portada”, *Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), año I, n.º. 7 y 8, julio y agosto de 1946, p. 1.

⁷⁰ Asociación Canaria de Cuba “Leonor Pérez Cabrera” (1992-2007), p. 21. En la actualidad este antiguo sanatorio canario lleva el nombre de “Hospital Psiquiátrico 27 de Noviembre”. Gracias a la intermediación de la Asociación Canaria “Leonor Pérez Cabrera”, el Gobierno Autónomo de Canarias “lo ha incluido en su Plan de Ayuda para el Desarrollo, desde el cual se tramita envíos de recursos, tanto en material fungible como en equipos e instrumentos médicos”. Asociación Canaria de Cuba “Leonor Pérez Cabrera” (1992-2007), p. 24 (nota 8); ZARDOYA, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles”, p. 185.

⁷¹ Y no en 1958 como ponen de manifiesto Juan Andrés Blanco y Alejandro García. BLANCO RODRÍGUEZ Y GARCÍA ÁLVAREZ, *Legado de España*, p. 88; BRITO DE ARMAS, *et al.*, *Tomás Felipe Camacho: un canario ilustrado*, p. 198.

Tras la Revolución de 1959, el respaldo estatal e institucional a la actividad científica y sanitaria experimentó una expansión sin precedentes. Esta ampliación se fundamentó en una sólida infraestructura compuesta por sanatorios o quintas y consultorios externos establecidos, entre otros, por colectivos regionales y panhispánicos españoles durante décadas. Las instalaciones médico-asistenciales creadas por inmigrantes fueron confiscadas sin indemnización alguna.

CONCLUSIONES

Una particularidad distintiva del sistema de atención sanitaria en la Cuba colonial y neocolonial fue la presencia de las denominadas quintas o sanatorios de salud, instituciones que surgieron como expresiones de asistencia mutualista promovidas fundamentalmente por comunidades panhispánicas (centros, colonias, casinos) y étnicas regionales (erigidas por gallegos, asturianos, catalanes, vasco-navarros, castellanos, canarios y baleáricos, entre otros). El surgimiento de estas agrupaciones se remonta a los años ochenta del siglo XIX hasta nuevas creaciones a lo largo de las cuatro primeras décadas del pasado siglo, permaneciendo en funcionamiento en general hasta 1961. Ejemplos notables de este fenómeno incluyen la pertenencia de la quinta de salud La Purísima Concepción (1884) al Centro de Dependientes del Comercio de La Habana, la titularidad de la quinta de salud La Benéfica (1895) vinculada al Centro Gallego, la propiedad legal de la quinta de salud La Covadonga (1897) ejercida por el Centro Asturiano y la inauguración en 1922 del Sanatorio Modelo Nuestra Señora de la Candelaria o Quinta Canaria, perteneciente a la Asociación Canaria. Por citar las cuatro quintas de mayor relieve. Aunque, como observamos, la última en ponerse en marcha fue la isleña.

Por otro lado, las entidades mutualistas o de socorros mutuos de raíz española, tanto de alcance regional como panhispánico, desempeñaron un papel relevante en el fortalecimiento institucional de la profesión médica en Cuba, así como en el desarrollo general de su sistema sanitario, a través de sus quintas y sanatorios de salud, siendo sin duda los centros más importantes de la isla. Estas entidades respondieron a la ausencia de políticas estatales potentes en salud pública y seguridad social, adelantándose en

muchos casos a la creación de sistemas nacionales de salud como en el caso cubano, donde a partir de la Revolución de 1959 la salud pública se convierte en política de Estado. Pero esta sobre la importante base de la sanidad privada impulsada por la colonia española y las confiscaciones de hospitales, quintas de salud, consultorios, por ella creados, con el objetivo de extender la amplitud de los servicios de asistencia médica. No debemos olvidar que estas sociedades combinaron asistencia médica con redes de apoyo social, en una suerte de práctica de solidaridad entre grupos de la misma comunidad.

Generalmente estructuradas como entidades sin fines de lucro, estas asociaciones se sustentaban en las aportaciones mensuales de sus afiliados, considerablemente reducidas, que no obstante garantizaban una cobertura integral que comprendía hospitalización en habitaciones semiprivadas, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, atención domiciliaria, servicios ambulatorios, amplia gama de pruebas de laboratorio, procedimientos de investigación clínica, todo ello sin casi restricciones en cuanto al acceso o la frecuencia de uso, si tenemos en cuenta la cuestión funeraria que tenía un tope de gasto.

Además de las quintas o sanatorios de proveniencia hispana previamente mencionadas, durante la primera mitad del siglo XIX se establecieron en Cuba diversos hospitales o casas de salud de titularidad privada, gestionados por destacados médicos, tanto de origen cubano como extranjeros e incluso profesionales venidos de la península, añadiendo un modelo selectivo de asistencia sanitaria. A esta infraestructura más elitista se sumó la conformación de quintas médicas, originadas a partir de cooperativas médicas, con módicos pagos mensuales con el objetivo de competir directamente con las organizaciones mutuales, y desarrolladas durante el primer tercio del siglo XX, que también contribuyeron al desarrollo asistencial de la época.

La medicina privada se centró fundamentalmente en La Habana capital y en su provincia, y, en menor medida, en otras capitales provinciales, dejando muy abandonado al medio rural. Las principales causas de esta concentración en la capital de la isla hay que verlas en la centralidad política, económica y administrativa, la densidad poblacional y urbanización, la presencia de instituciones académicas y científicas, la influencia de las

comunidades de inmigrantes y entidades mutualistas que se retroalimentan, la concentración del capital y una superior infraestructura urbana y conectividad.

La Asociación Canaria, en consonancia con un modelo institucional de carácter multifuncional, integró no solo objetivos vinculados a la atención médica, sanitaria y asistencial, sino también fines orientados al fomento de la educación, la beneficencia, la cultura y el esparcimiento. Sin embargo, desde su establecimiento en 1906 hasta su desaparición en 1961, la asistencia sanitaria representó el componente más significativo de su accionar institucional orientada fundamentalmente a atender las necesidades de la numerosa colonia canaria establecida en Cuba.

Así, luego de atravesar múltiples contingencias institucionales, en 1922 la entidad isleña logró inaugurar el Sanatorio Modelo Nuestra Señora de la Candelaria, conocido igualmente como la Quinta Canaria, cuya construcción alcanzó una gran rapidez y donde se incluyó una capilla dedicada a la mencionada virgen. El conjunto arquitectónico respondía a la aplicación de principios compositivos y motivos decorativos clásicos dentro del eclecticismo ya consolidado que caracterizó el desarrollo urbano de La Habana durante la década de 1920.

El análisis histórico de la denominada Quinta Canaria permite identificar tres ejes fundamentales que sustentaron su consolidación institucional. En primer lugar, destaca la organización interna del sanatorio, basada en criterios sanitario-asistenciales, como el tipo de enfermedades tratadas, las especialidades médicas disponibles y la distribución del espacio hospitalario, segmentado en pabellones que llevaban el nombre de figuras prominentes de la asociación. A ello se sumaba la atención ambulatoria, que incluía un consultorio social ubicado en la sede central de la entidad, así como la conformación y especialización del cuerpo médico y del personal facultativo. En segundo término, se ha puesto especial énfasis en la gestión de los recursos económicos, sustentada principalmente en el sistema de cuotas regulares aportadas por los afiliados, mecanismo que, al igual que en otras mutualidades contemporáneas, garantizaba el acceso a la atención sanitaria y aseguraba la sostenibilidad financiera de la institución. Asimismo, se desarrollaron estrategias para el fortalecimiento patrimonial de la asociación, entre las que sobresale la emisión de bonos hipotecarios de

diversa categoría destinados a financiar la construcción del sanatorio. Finalmente, cabe subrayar la proyección territorial de la labor sanitaria de la Quinta Canaria, que se extendió por diversas regiones de la isla, con especial énfasis en las zonas occidental y central, donde se concentraba el mayor número de emigrantes canarios. En este sentido, se impulsaron iniciativas orientadas a contar con médicos distribuidos en las distintas delegaciones locales. Sin embargo, es pertinente señalar que, a diferencia de otras colectividades, como el caso del Centro Gallego, la Asociación Canaria no llegó a disponer de hospital en ninguna delegación, lo que constituye una diferencia significativa en cuanto a la infraestructura sanitaria disponible de ambas instituciones.

Desde su desaparición en 1960, la Quinta Canaria se convirtió en un hospital psiquiátrico, hoy bajo la denominación de Hospital Psiquiátrico 27 de Noviembre. Gracias a la gestión de la Asociación Canaria *Leonor Pérez Cabrera* (creada en 1992), dicha institución ha sido incorporada al Plan de Ayuda al Desarrollo del Gobierno Autónomo de Canarias, a través del cual se canaliza el envío de recursos, incluyendo material fungible, equipamiento e instrumental médico.

Para concluir, debemos decir que hemos pretendido demostrar, con este acercamiento al tema en cuestión, la importancia que tuvo el sistema sanitario erigido por las sociedades españolas en la Gran Antilla, constituyendo un pilar clave de la sanidad cubana posterior y donde tuvo un lugar preeminente la Asociación Canaria y su Quinta.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN CANARIA DE CUBA “*Leonor Pérez Cabrera*” (1992-2007): *Libro de oro*, Gran Canaria, Viceconsejería de Emigración y Cooperación del Gobierno de Canarias, 2007.
- BLANCO RODRÍGUEZ, Juan Andrés y Alejandro GARCÍA ÁLVAREZ, *Legado de España en Cuba*, Madrid, Sílex, 2015.
- BLAS GARCÍA, Francisco de, *Legislación española de la emigración (1936-1964)*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1965.

- BRITO DE ARMAS, Xiomara, *et al.*, *Tomás Felipe Camacho: un canario ilustrado del siglo XX*, La Orotava, Tenerife, Ediciones Pinolere, 2008.
- CABRERA DÉNIZ, Gregorio M., “La Quinta de Salud ‘Nuestra Señora de la Candelaria’, un gran proyecto canario en Cuba”, en *X Coloquio de Historia Canario-Americana* (1992), 1994, vol.1, pp. 680-692.
- DELGADO GARCÍA, Gregorio, “Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, 24: 2, 1998, pp. 110-118.
- ENCICLOPEDIA CUBANA EN LA RED (EcuRed): “Jesús del Monte (Diez de Octubre)”, disponible en [https://www.ecured.cu/Jesús_del_Monte_\(Diez_de_Octubre\)](https://www.ecured.cu/Jesús_del_Monte_(Diez_de_Octubre)) [fecha de consulta: 5.9.2025].
- FERNÁNDEZ, David W., *Diccionario Biográfico Canario-Americano*, Santa Cruz de Tenerife, Centro de la Cultura Popular Canaria, 1989.
- FERNÁNDEZ, Alejandro, y Guillermo ACEBAL, “El Hospital Español de Buenos Aires y las políticas de protección del emigrante en la segunda mitad del siglo XIX”, en Elda E. GONZÁLEZ MARTÍNEZ (Coordinadora), *Políticas y prácticas de protección a los emigrantes*, serie: “América”, Madrid, Ediciones Polifemo, 2018, pp. 11-40.
- GARCÍA ÁLVAREZ, Alejandro, *La gran burguesía comercial en Cuba 1899-1920*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1990.
- GARCÍA RUIZ, Sergio, “El asociacionismo español en Cuba. Un encuentro de identidades: el caso catalán (1840-1940)”, tesis doctoral, Sevilla, Universidad Pablo de Olavide, 2015.
- GIL LÁZARO, Alicia, “La Sociedad de Beneficencia Española durante el porfiriato. Cobertura sanitaria asistencial y finanzas institucionales”, en Marco Antonio LANDAVAZO y Agustín SÁNCHEZ ANDRÉS (coords.), *México y España en el largo siglo XIX: imaginarios, discursos, representaciones*, Madrid, Sílex, 2024, pp. 193-224.
- GIL LÁZARO, Alicia, “Los negocios de la Sociedad Española de Beneficencia de la Ciudad de México. Creación y consolidación económica del Panteón Español, 1865-1910”, en *Revista de Indias*, 85: 293, 2025. <https://doi.org/10.3989/revindias.2025>.
- GUERRA, Francisco, *El hospital en Hispanoamérica y Filipinas (1492-1898)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
- GUERRA LÓPEZ, Dolores, *La Quinta Canaria. Legado de la inmigración canaria a Cuba*, Santa Cruz de Tenerife-Las Palmas de Gran Canaria, 2001.
- GUERRA LÓPEZ, Dolores, *Canarios en Cuba, sus asociaciones insignes*, Vigo, Grupo Comunicación Galicia en el Mundo, 2009.
- GUTIÉRREZ FORTE, Javiher, “La salud en las sociedades regionales españolas: el caso de La Benéfica”, en *Novas achegas ao estudo da cultura galega II*, Universidade da Coruña, 2012, pp. 375-380.

- HERNÁNDEZ, Roberto E., “La atención médica en Cuba hasta 1958”, *Journal of Inter-American Studies*, 11: 4, 1969, pp. 533-557.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, Julio, *La emigración de las Islas Canarias en el siglo XIX*, Las Palmas de Gran Canaria, Ediciones del Excelentísimo Cabildo Insular de Gran Canaria, 1981.
- LE RIVEREND, Julio, *Breve historia de Cuba*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1995.
- MACÍAS MARTÍN, Francisco J., *Cuba: crisis política, crisis económica y emigración (1920-1935). La visión de la diplomacia española*, Tegueste (Tenerife), Ediciones de Baile del Sol, 2002.
- MALUQUER DE MOTES, Jordi, *Nación e inmigración: los españoles en Cuba (ss. XIX y XX)*, Gijón, Ediciones Júcar, 1992.
- MARTÍN RUIZ, Juan-Francisco, *Canarias: entre el éxodo y la inmigración. Análisis geográfico de los movimientos migratorios en Canarias (1940-1983)*, Tenerife, Cabildo Insular de Tenerife, Centro de la Cultura Popular Canaria, 1987.
- MARTÍN RUIZ, Juan-Francisco, “El proceso migratorio Canarias-América: emigración y retorno. Las implicaciones sociodemográficas, económicas y espaciales en uno y otro lado del Atlántico”, en *IX Coloquio de Historia Canario-Americana* (1990), 1992, vol.1, pp. 376-478.
- MEDINA RODRÍGUEZ, Valentín, *Primer ensayo para un diccionario biográfico de canarios-cubanos (ss.XIX-XX)*, Arucas, Ayuntamiento de Arucas, 2002.
- MEDINA RODRÍGUEZ, Valentín, *Canarias-Cuba: la aportación isleña al desarrollo asociativo español en la Gran Antilla (1804-1936)*, Las Palmas de Gran Canaria, Anroart Ediciones, 2008.
- MEDINA RODRÍGUEZ, Valentín, “Las entidades canarias en Cuba tras la libertad de emigración (1861-1930)”, en *El Tribuno*, 1, 2018, pp. 60-66.
- MORALES RAYA, Eva, “El papel de las mujeres en la Sociedad Española de Socorros Mutuos de Asunción de Paraguay (1873-1932)”, en *Revista de Indias*, 85: 293, 2025. <https://doi.org/10.3989/revindias.2025.1699>
- MORENO FRAGINALS, Manuel R., y José J. MORENO MASÓ, “Análisis comparativo de las principales corrientes inmigratorias españolas hacia Cuba: 1846-1898”, en *IX Coloquio de Historia Canario-Americana* (1990), 1992, vol.1, pp. 480-509.
- NARANJO OROVIO, Consuelo, y Armando GARCÍA GONZÁLEZ, *Medicina y racismo en Cuba: la ciencia ante la inmigración canaria en el siglo XX*, La Laguna-Tenerife, Centro de la Cultura Popular Canaria, 1996.
- SORIO, Jorge, “Una ‘Quinta’ y sus inspiraciones”, en *La Jiribilla (revista de cultura cubana)*, 25 noviembre 2016.
- YANES MESA, Julio Antonio, y Enrique Armando PERERA GARCÍA, *Antonio J. Perera Hernández (1892-1978): un indiano isleño excepcional*, Güímar (Santa Cruz de Tenerife), Densura, 2014.

- YANES MESA, Julio Antonio, *La doble singularidad ideológica del periodismo canario de la emigración en cuba, 1864-1936*, Güímar (Santa Cruz de Tenerife), Ediciones Densura, 2022.
- YAÑEZ GALLARDO, César, *La emigración española a América (siglos XIX y XX). Dimensión y características cuantitativas*, Gijón, Fundación Archivo de Indianos, 1994.
- ZARDOYA, María Victoria, *et al.*, “Las quintas de salud de los inmigrantes españoles (1884-1930): una nueva arquitectura hospitalaria para La Habana”, *Temas Americanistas*, 37, 2016, pp. 171-194.

FUENTES PRIMARIAS

- Asociación Canaria de Beneficencia, Instrucción y Recreo. Memoria correspondiente a los trabajos realizados desde su fundación hasta el día 31 de diciembre de 1907 presentada por la Junta directiva a los señores socios en 19 de Julio de 1908*, La Habana, 1908, s. p.
- Boletín del Consejo Superior de Emigración*: Tomo III, 1911; Tomo V, 1913; Tomo VI, 1914; Tomo IX, 1917; Tomo X, 1918; Tomo II, 1919-1920.
- Boletín de la Dirección General de Emigración*, nº. 1, 1922 y nº. 3, 1926.
- Boletín de la Subdirección General de Emigración*: Tercera Época, Tomo II, nº. 3, 1927; Tercera Época, nº. 1, 1927; 1928.
- Boletín de la Inspección General de Emigración*: Tomo I, nº. 2, 1929; Tomo II, nº.1, 1930.
- Canarias en Cuba* (Órgano Oficial de la Asociación Canaria, Revista Mensual Ilustrada), año I: nº. 1 (28 de enero de 1946); nº. 3 (28 de marzo de 1946); nº. 5 (28 de mayo de 1946); nº. 6 (28 de junio de 1946); nº. 7 y 8 (julio y agosto de 1946); nº. 9 y 10 (septiembre y octubre de 1946).
- Reglamento General de la Asociación Canaria de Beneficencia, Instrucción y Recreo*, La Habana, Imprenta P. Fernández y Comp., 1906.
- Reglamento General de la Asociación Canaria*, La Habana, 1917.
- Reglamento General de la Asociación Canaria*, La Habana, Imprenta de Arturo Casin Faife, 1936.
- Reglamento General de la Asociación Canaria*, ponente: Dr. Tomás F. [Felipe] Camacho, La Habana, 30 de octubre de 1942.

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2026

Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2026