

ASISTENCIA SANITARIA EN LA MINERÍA DE LA SIERRA DE CARTAGENA-LA UNIÓN (1850-1914)

Ángel Pascual Martínez Soto (Universidad de Murcia) y
Miguel A. Pérez de Perceval Verde (Universidad de Murcia)

Recibido: 15 de enero de 2009

Aceptado: 20 de mayo de 2009

Resumen

En este artículo se analizan los déficits sanitarios de la cuenca minera de la sierra de Cartagena-La Unión en la Región de Murcia (España) en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX. La extracción tiene unos altos índices de siniestralidad, siendo Murcia la que alcanza unas cifras más altas en las estadísticas oficiales. A ello se añade una alta mortalidad y morbilidad en los núcleos de población de la zona objeto de análisis. Frente a ello hubo un retraso en el desarrollo de la asistencia médico-sanitaria, que lejos de avanzar hacia la previsión social o mantenerse en la esfera de la filantropía y del paternalismo industrial, se movían aún en la perspectiva “caritativa”. Esta situación de atraso socio-sanitario estaba en relación a las específicas formas de explotación y de organización empresarial del sureste de España. Se detallan los problemas en el funcionamiento del Hospital Minero de La Unión y se analizan las estadísticas de enfermos ingresados y sus patologías.

Palabras clave: minería española, mortalidad y morbilidad, hospitales mineros, niveles de vida, política sanitaria, paternalismo industrial.

*Medical Care in the Mining Industry of the Sierra de Cartagena-La Union (1850-1914),
by Ángel Pascual Martínez Soto and Miguel A. Pérez de Perceval*

Abstract

In this article, we will examine health problem on the coal fields of the Sierra de Cartagena-La Union, Murcia, Spain, during the second half of the 19th Century and the beginning of the 20th Century. Due to the high accident rates involved during coal extraction, Murcia attained the highest figures according to official statistics. Furthermore, a high mortality and morbidity rate was noted in villages in the area under analysis. Delays in the development of Healthcare Services came as a result and, instead of making progress towards Social Provisions or remaining in the circles of Philanthropy and Industrial Paternalism, they were still relying on “charitable” perspectives. These delays with Healthcare Services were closely related with specific ways of exploitation and business management in the South-east of Spain. Problems in the running of the Hospital Minero de La Union are explained in this article along with the statistics of the hospitalized patients and their pathologies.

Key words: Spanish mines, mortality and morbidity, mining hospital, standard of living, health policy, industrial paternalism.

Claves JEL: A13, I12, I32, J00.

1.- Introducción

En este artículo queremos analizar los déficits sanitarios de una comarca minera tan importante en la extracción peninsular como es la sierra de Cartagena-La Unión de la Región de Murcia. El periodo cronológico elegido abarca el primer boom extractivo de estas montañas. En el final de esta fase, a comienzos del siglo XX, se empiezan a mostrar serias dificultades para mantener el laboreo tradicional: descenso del tenor de los minerales, agotamiento de los criaderos, necesidades de desagüe, etc. Todo ello provocó una crisis, que se agudizó por la pésima situación del mercado internacional de minerales en las décadas de 1920 y 1930. La consecuencia fue la progresiva paralización de las labores y un elevado éxodo de los trabajadores murcianos a otras provincias y países en busca de empleo. Para que siguieran siendo rentables era preciso realizar una reorganización de las concesiones mineras y de las formas de extracción. El cambio vino de la mano de la S.M.M. Peñarroya, que inaugura la segunda etapa de la explotación a gran escala de esta sierra gracias a concentrar buena parte de las concesiones más importantes y al desarrollo de la explotación a cielo abierto. Esta fase es más corta, abarcando desde la década de los cincuenta a la de los ochenta del siglo XX.

En el período comprendido entre 1850 y 1914, la extracción se caracterizó por el trabajo subterráneo y enorme subdivisión de la “propiedad” y de la extracción. Ambas circunstancias se aunaron para desarrollar unas formas de trabajo con importantes deficiencias. La base para el mantenimiento de este sistema fue contar con una mano de obra abundante y barata, que permitiera compensar los elevados costes de dicha organización de la producción. Estos elementos definieron el marco del laboreo del sureste, caracterizado por una elevada siniestralidad y morbilidad y unas brutales carencias sanitarias.

2.- Políticas sociales y necesidades sociales: el origen de los hospitales mineros

Las políticas sociales que se iniciaron a mediados del siglo XIX trataban de dar respuesta a “necesidades sociales” que se daban como supuesto, como hechos. Se situaban en el centro de un argumento lineal que se dirige desde el sujeto portador de la necesidad al Estado, el cual tiene que satisfacerla en función del “bien común” o como solución a una conflictividad. En la primera opción los límites los marcan las posibilidades económicas y políticas de un país en un momento dado (Laubier, 1984: 7), mientras que en el segundo dependen de la relación de fuerzas en el seno de una sociedad en una época concreta. Las corrientes funcionalistas han considerado que el Estado y los empresarios son el origen del proceso de génesis de las necesidades sociales, en este sentido, éstas se convierten en simples invenciones de los reformadores burgueses que buscaban “civilizar” a las clases trabajadoras creándoles “necesidades nuevas”.

Con el trascurso del tiempo se produjo una inversión de estos supuestos, las necesidades pasaron de ser una condición básica de las políticas sociales a convertirse en su producto, como tal ya no eran un elemento subjetivo a satisfacer, sino el factor objetivo de control de los trabajadores, transformándose en una estrategia de dominación sin lucha. Los empresarios no consideraban las necesidades de los trabajadores en la forma que éstos las sentían y expresaban, las prioridades cambiaban de un lado a otro de la organización productiva (Treppe, 1971:261-262). Estos puntos de vista diferentes explican, en parte, como las reformas sociolaborales promocionadas desde el empresariado, desde el Estado o desde otro tipo de organismos eran, en sus inicios, indiferentes para las organizaciones obreras, incluso en ocasiones eran rechazadas y combatidas. Con la indiferencia o la resistencia hacia esas medidas, las organizaciones obreras expresaban su voluntad de autonomía en la gestión de sus problemas de vida y en la definición de sus propias necesidades.

En esta línea argumental las “necesidades sociales” son inventadas y producidas por las políticas sociales, definidas en función de las concepciones subyacentes al discurso reformador (clasificar, civilizar, sanear, etc.) y elevadas al rango de necesidades “generales” en las que hay que educar a los trabajadores para que las acepten y las consideren como sus “auténticas” necesidades (Sierra Álvarez, 1990: 49-51). En esa dinámica los educadores sociales (ingenieros, médicos, maestros, sacerdotes, etc.) van logrando que algunas de esas invenciones pasen a formar parte de la subjetividad obrera y, en consecuencia, se integren en sus reivindicaciones. Históricamente es verificable que, en un determinado momento, las organizaciones obreras pasaron a reivindicar la satisfacción de algunas de esas necesidades¹. Leyendo los informes de principios del siglo XX sobre la situación social en la minería española todo parece indicar que la misma existencia de las políticas sociales transformó la reivindicación obrera, que de esta manera es reorganizada, en parte, por el Estado.

En el largo camino del afianzamiento de las políticas sociales, de la gestión de la reproducción de la fuerza de trabajo, la “seguridad social”-en sentido amplio- se convirtió en la respuesta más coherente al mayor problema social: el pauperismo (Hatzfeld, 1971:6). Desde el concepto de “asistencia” de principios del siglo XIX se evolucionó hacia el de “previsión” que constituyó el paradigma de las políticas sociales de finales del siglo XIX y principios del XX. En esta evolución entre uno y otro paradigma el concepto puente es el de “filantropía”, que reúne el de asistencia y los criterios -previsión-. De esta manera las sociedades filantrópicas aunaban conceptos como instinto –por la caridad individual-, sentimiento –simpatía hacia el que sufre- y razón –representada por el apoyo del Estado- en la atención a los pobres y necesitados. A través de la filantropía –espacio formalmente privado- la línea de división entre la actuación pública y privada quedó delimitada en el sistema liberal, conformando una “trama privada del Estado” que aseguraba la conexión entre la sociedad civil y éste. La filantropía devino en ciencia social que desarrolló las bases de las políticas sociales. La fundación y gestión de hospitales, dispensarios, casas de socorros, etc., en los distritos mineros estuvo a cargo, fundamentalmente, de asociaciones filantrópicas apoyadas desde las administraciones públicas.

A partir de la primera guerra mundial esta concepción de las políticas sociales va a experimentar cambios considerables. Las intervenciones públicas en el terreno de las subsistencias, la vivienda obrera, la asistencia educativa y sanitaria, seguros, etc., dieron lugar a nuevas estrategias de intervención. Esta perspectiva es reconocible en los escritos de Concepción Arenal (1891) que al tratar de la organización de un hospital, de la distribución de responsabilidades, otorga al Estado un papel central, así éste es el responsable de elegir su emplazamiento, de la provisión y sostenimiento del edificio, de la adquisición del material clínico y de la contratación del personal sanitario; además deberá promover la “asociación filantrópica” que se deberá hacer cargo de gestionar el hospital y, por último, de discriminar entre los aspirantes a ser tratados en él los que finalmente lo serán. De esta manera se establece un flujo unidireccional –de arriba abajo- del Estado al paciente. Este esquema está presente en la organización de muchos hospitales mineros, aunque, en algunos casos, también se produce la sustitución del Estado por la empresa, especialmente de la gran empresa (como en el caso del Hospital Minero de Río Tinto) o por las instituciones locales –ayuntamientos y diputaciones provinciales- (caso del Hospital Minero de La Unión).

¹ En este sentido se pueden consultar las reivindicaciones obreras en los principales conflictos mineros. Como ejemplo consultar Instituto de Reformas Sociales (1904): *Informe referente a las minas de Vizcaya redactado por los señores D. Eduardo Sanz y Escartín, D. Rafael Salillas y D. Julio Pujol Alonso*, Ministerio de la Gobernación, Imprenta de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, Madrid; Instituto de Reformas Sociales (1910): *Información sobre el trabajo en las Minas a propósito de las peticiones que las Sociedades Obreras elevaron al Gobierno en el año 1909*, Imprenta de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, Madrid.

En 1900 se celebró en Murcia el Primer Congreso Nacional de Minería, organizado por los ingenieros de minas. En este evento se discutió una ponencia dedicada a analizar el papel que debían desarrollar las instituciones patronales de corte paternalista. El tema fue presentado como “Instituciones obreras adaptables a nuestros distritos mineros”. La redacción de la prestigiosa *Revista Minera*² aplaudía esta iniciativa, al considerar que el tema era de vital importancia para mejorar las relaciones sociolaborales de los distritos mineros. A pesar de esta labor, las estrategias paternalistas no tuvieron un desarrollo efectivo en la minería española en comparación con el desarrollo que habían tenido en otras minerías europeas (Francia, Bélgica, Alemania, etc.), situación que nos remite a los problemas, concretos y específicos, de la gestión de la mano de obra minera en cada distrito.

El caso que estudiamos se inserta en el contexto de la minería del sureste, caracterizado por la extrema división de la propiedad minera y por una marcada separación de la propiedad y la explotación, cuyas relaciones estaban sometidas a un complejo sistema de arriendos y subarriendos con plazos muy cortos (“partidos”). Esta situación limitaba las posibilidades de organización de las empresas, incluidas las compañías extranjeras, ya que había muchas dificultades para desarrollar un laboreo ordenado en las minúsculas explotaciones.

Con estas peculiares características, las empresas radicadas en esta zona minera no estuvieron en condiciones de elaborar y poner en marcha estrategias de gestión de la mano de obra basadas en el paternalismo, dado que éstas exigían la inmovilización de capital a largo plazo. Además, la mayor parte de estas empresas tampoco tuvieron la necesidad de implementar estas políticas. El carácter depredador y, con frecuencia, técnicamente arcaico de las labores, se apoyaba en un uso intensivo de mano de obra. En principio, las exigencias de este tipo de trabajadores podían ser satisfechas en el mercado de trabajo preexistente, el de los jornaleros agrícolas, que funcionaba desde finales del siglo XVIII y en el que la mano de obra estaba acostumbrada a los procesos migratorios. El encuentro entre capital y trabajo no exigió un cambio brusco de las estructuras económicas y sociales existentes, sino que tuvo lugar en su seno. Más tarde, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se desarrollaron los canales que permitían fluir a los trabajadores de unas cuencas a otras en función de la oferta de trabajo³, en esta situación la especialización minera de la mano de obra cobró cada vez mayor protagonismo. Este mercado de trabajo minero fue la base para la rentabilidad de este sistema de organización de la extracción y, así mismo, de las condiciones de trabajo y vida en los núcleos mineros.

En la minería española tan solo Huelva y Asturias podían ofrecer muestrarios completos de prácticas paternalistas⁴. En el primer caso por el excepcional régimen administrativo derivado de las condiciones de venta a The Riotinto Company en 1873, por el que la compañía era propietaria plena del suelo y el subsuelo de todo el término municipal y por la envergadura de la empresa, que durante varios decenios dominó el mercado mundial del cobre, demandado mano de obra a gran escala con ciertos niveles de especialización y cualificación por el sistema mixto de explotación. Estas circunstancias explican la estrategia de gestión de mano de obra seguida por la empresa que se basó en un paternalismo que algunos autores han calificado de feroz (Avery, 1985).

² *Revista Minera* 1900:266, “Trabajos del Congreso de Murcia”: “asunto de magno interés desde hace algunos años [...] Es más, ciego será el que no vea que es éste en España un problema de los más apremiantes. Ya no es simplemente un asunto sentimental o tema de Ateneo. Ya es algo que se impone por razones múltiples que conoce bien el que piensa y observa”.

³ Sobre este aspecto, véanse Navarro Ortiz, Martínez Soto y Pérez de Perceval Verde (2004), pp 43-49 y Martínez Soto, Pérez de Perceval y Sánchez Picón (2008).

⁴ Véase Malo de Molina (1900), p. 17; también Dirección General de Agricultura, Minas y Montes (1911).

El Reglamento de Policía Minera, aprobado por R.O. 15-VII-1897 del Ministerio de Fomento, establecía que al Cuerpo Nacional de Ingenieros de Minas y sus subalternos les competía la inspección de las explotaciones mineras en cuanto a la seguridad de las labores como a la seguridad y conservación de la vida de los obreros mineros, teniendo que informar a los mismos sobre las medidas de prevención que estimaran más oportunas. Además, esta normativa recogía la obligación de las sociedades mineras de sostener, de manera individual o agrupada, un servicio médico próximo a sus explotaciones y apto para prestar los primeros auxilios a los obreros accidentados. Los resultados de la aplicación de esta prescripción fueron bastantes desiguales de unos distritos a otros. La primera empresa en establecer estos servicios fue The Riotinto Company⁵.

En esta línea, la empresa desarrolló una serie de instituciones paternalistas entre las que destacaba el hospital, aunque en realidad crearon dos hospitales, uno en Huelva con 32 camas y otro en las minas de Riotinto llamado “hospital de la Mina” con 52 camas para obreros y 4 para ingleses (IRS, 1913:58-62). Estos hospitales estaban dedicados a atender los accidentes y las enfermedades no infecciosas de los obreros y sus familias. También estableció para las enfermedades infectocontagiosas varios pabellones, lazaretos de observación con una capacidad de 36 camas. El personal sanitario que atendía los hospitales estaba formado por 13 médicos (6 en las minas de Riotinto; 5 en Huelva, 2 en Zalamea), 4 practicantes y 9 enfermeros. La dirección del entramado hospitalario corría cargo de un médico inglés y en total los pertenecientes a esta nacionalidad eran 4. Este personal también atendía la asistencia domiciliaria, las casas de socorro y botiquines. Paralelamente, la compañía fundó 6 farmacias, de las cuales dos estaban en los hospitales. El resultado de la actuación de estos centros en cumplimiento de lo previsto en el Reglamento de 28-VII-1900, para la aplicación de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 (30-I), en su artículo 5º (proporcionar al lesionado, inmediatamente, asistencia médica y farmacéutica a cargo de la empresa) se llevó a cabo con un nivel alto de cumplimiento (cuadro 1) como señalaba la Comisión del IRS en su informe de 1913.

Esta comisión también recogió en su visita las quejas de los obreros ante el sistema hospitalario de la empresa: la obligación de desplazamiento de los heridos de Nerva y otras aldeas hasta el hospital de Mesa de los Pinos; la dureza del primer reconocimiento médico a los heridos, que minimizaba los efectos de esguinces, “relajaciones” y contusiones que no conllevasen sangre; la ligereza de la certificación de curación del herido; la imposibilidad de recurrir a un dictamen facultativo alternativo al del médico de la empresa (como estaba establecido en los artículos 22 y 23 del Reglamento de 28-VII-1900) dado que todos los médicos de la zona trabajaban para la compañía; también el control que la empresa ejercía sobre el Tribunal Industrial de Valverde del Camino, que era el órgano que dictaminaba sobre las reclamaciones obreras.

Cuadro 1.- Servicios prestados por los hospitales de The Riotinto Company, 1908-1912

	1908	1909	1910	1911	1912	TOTALES
Accidentes de trabajo	2.079	2.179	2.551	3.023	3.270	13.102
Camas de gracia ^(*)	248	325	331	332	233	1.569
Cloroformizaciones	410	574	512	437	464	2.427
Curaciones	24.888	27.655	23.364	16.702	22.849	116.458
Consultas por médico inglés	5.078	4.937	5.222	5.374	4.178	23.798
Muertos por accidentes en el trabajo y en hospital	28	24	25	24	20	121
Muertos en cama de gracia	19	23	31	22	14	109

^(*) Camas de gracia: atención a enfermedades ordinarias.

Fuente: IRS, 1913:137.

⁵ Avery (1985), pp. 242-248. También Harvey (1981), pp. 129-130.

La compañía descontaba a los trabajadores una peseta al mes en los jornales más pequeños y el 1% del salario cuando estos excedían de 2.000 pesetas anuales, estas sumas estaban destinadas al mantenimiento de los hospitales. Este procedimiento se utilizaba en la mayor parte de los hospitales mineros del país. Los obreros presentaron sus quejas sobre el funcionamiento de la asistencia médica a la Comisión del IRS y reivindicaron la “independencia” en este terreno y que no se les hicieran descuentos en los salarios, dejándoles libertad para acudir a los médicos que quisieran (IRS, 1913: 155-156). Las quejas también abarcaban otros aspectos como los diagnósticos médicos tendentes a desvirtuar la realidad de los accidentes en beneficio de la empresa⁶. Los trabajadores de las minas de Riotinto también reaccionaban ante las instituciones del paternalismo industrial, oponiéndose a las mismas, considerando que formaban parte de una estrategia empresarial de control de sus propias vidas.

Las compañías mineras solían ocultar los datos de accidentes laborales a las autoridades, de tal manera que las estadísticas oficiales no muestran la siniestralidad real. Un ejemplo de estas ocultaciones lo obtenemos de la visita de la Comisión del IRS a Riotinto en 1913.

Cuadro 2.- Datos sobre accidentes laborales y muertes en Riotinto 1908-1912

Años	Datos comunicados al IRS por el Gobierno Civil de Huelva				Datos comunicados por la Compañía de Riotinto a la Comisión del IRS	
	Número de accidentes		Número de accidentes con muerte		Número de accidentes	Número accidentes con muerte
	En toda la provincia	En la Compañía de Riotinto	En toda la provincia	En la Compañía de Riotinto		
1908	--	--	--	--	2.079	28
1909	--	--	--	--	2.179	24
1910	--	--	--	--	2.551	25
1911	120	21	22	14	3.025	24
1912	41	3	5	2	3.270	20

Fuente: IRS, 1913:145.

Los altos niveles de ocultación de los datos de accidentes laborales guardan relación con los incumplimientos de las normativas, las empresas utilizaban a los hospitales dentro de sus estrategias de gestión de la mano de obra. Como se comprueba con los datos referidos a las minas de The Riotinto Company (cuadro 2) las ocultaciones llegaban hasta extremos escandalosos, así en las estadísticas oficiales figuran como accidentes en las minas para 19011-1912 un total de 161, cuando en realidad se habían producido 6.295 en las minas de Riotinto.

Para el quinquenio 1908-1912 se produjeron 1.426 accidentes en las instalaciones de la empresa en Huelva, en total 13.102 con un promedio anual de 2.620. En cuanto a los muertos en accidente de trabajo el Gobierno Civil había informado de 27 para el referido quinquenio cuando las cifras eran 114 fallecidos en las minas y 7 en Huelva, un total de 121

⁶ IRS (1913:156). “...los médicos muestran resistencia a dar papeletas de lastimados a los obreros, y éstos tiene frecuentemente que volver al trabajo aun convalecientes [...] los médicos atribuyen a dolores reumáticos las inflamaciones de origen traumático, no concediendo a los accidentados el medio sueldo [...] no se admite la existencia del accidente y no se da el medio jornal si en aquel no aparece sangre [...] se obliga a firmar a obreros sanos que tienen doble hernia para cuando se produzca no tener que pagar [...] el número de accidentes es mayor del que se registra oficialmente [...] hay deficiencias en los botiquines de curación [...]”.

fallecidos, con un promedio anual de 24 fallecidos. Con datos de 1912, sobre una plantilla de 15.362 empleados en The Riotinto Company, el porcentaje de accidentados (leves, graves y mortales) era el 13,1% de la misma y los muertos suponían el 0,13%. La ocultación y los incumplimientos del Reglamento para la aplicación de la Ley de Accidentes de Trabajo se producían por connivencia entre la empresa, el alcalde y el gobierno civil, así lo exponía en su informe la Comisión del IRS. Estas situaciones se reproducen en otros informes del IRS referidos a otras cuencas mineras, siendo los hospitales mineros los centros de estas políticas de gestión de la mano de obra.

En la fundación de hospitales mineros encontramos distintos modelos: los creados por compañías (The Riotinto Company o Peñarroya); agrupaciones empresariales (hospitales mineros de Triano⁷ -Gallarta, Matamoros y El Cerco- en Vizcaya, Almagrera en Almería, etc.); por el Estado (Almadén⁸) o por ayuntamientos (La Unión). En todos ellos encontramos las formulaciones del paternalismo industrial basadas en la beneficencia pública o privada, así encontramos en los reglamentos menciones a ser instituciones “altamente humanitarias”, destinadas a “atender la previsión y seguridad de los obreros”, creadas como “sacrificio realizado en aras de un deber” o un “deber humanitario”, etc. En todos estos casos se realizaban descuentos de los salarios a los obreros para atender los gastos de mantenimiento de los hospitales (entre el 1 y el 2%) y se detraía una cantidad de dinero por tonelada de mineral vendido, incluso se contaban con dotaciones de los presupuestos municipales. La organización de éstos centros sanitarios respondía al esquema de “truck system” y, al principio, formaban parte del entramado formado por la vivienda en barracones, cantinas, tiendas, etc., controladas por las empresas.

Los miembros de la Comisión del IRS (1904:236-237) que informaron sobre la situación en las minas de Vizcaya, al hablar sobre los hospitales mineros de Triano daban cuenta de esta realidad al mencionar que:

“los caracteres referidos a la organización del servicio sanitario [...] aparecen perfectamente definidos en el desenvolvimiento de esta fundación; pero además concurren los otros caracteres del *patriarcalismo o paternalismo* de que todo se hace por el bien de los obreros [...] de manera que en el sentir patronal se cree, por influjo del patriarcalismo que los “infelices trabajadores” únicamente por la tutela patronal pueden vencer ciertas dificultades de su vida y que el interés del patrono atiende con sus proceder a la misma <<dignidad del obrero>>”

En todos los informes de la época encontramos las denuncias de las organizaciones obreras sobre las deficiencias en la atención hospitalaria y la actuación parcial de los facultativos en los diagnósticos y en la concesión de altas y bajas. Todo ello iba en detrimento de la aplicación de la normativa de accidente de trabajo (Reglamento de Policía Minera de 1897 y Leyes de 1900, 1922 y 1932) que en la práctica quedaba en papel mojado en la mayor parte de sus prescripciones.

Todavía existían situaciones más duras que las mencionadas, especialmente en la minería surestina (Murcia, Almería y Jaén), pues en algunos cotos no existía ningún tipo de institución sanitaria (hospital, botiquín o casa de socorro) como sucedía en las minas de Serón (Sierra de Filabres, Almería) (IRS, 1923), situación que provocó una huelga en 1923, fundamentalmente, contra la compañía escocesa The Bacares Iron Ore Mines Limited. La situación de este coto, en una zona alta y escarpada de la Sierra de Filabres, con frecuentes nevadas en invierno, dificultaba la atención médica. No había ningún médico en el coto, estando la residencia del facultativo más próximo a unos 10 km, por caminos que atravesaban la sierra por su parte más alta (cerca de 2.000 metros. Este era el único médico existente en la cuenca, que, además de atender a los obreros de la compañía The Bacares, asistía a los de la

⁷ IRS (1904) y Vitoria Ortiz (2007).

⁸ IRS (1910) y Méndez Navarro (1996).

compañía de Minas y caminos de Hierro de Bacares y a los de Cabarga-San Miguel. Las denuncias de la organización obrera ante la Comisión del IRS (1923:10) mencionaban que las tres principales compañías de la cuenca:

“...estaban coaligadas para sostener un solo médico, a cuyo fin, y para aparentar cumplir con el Reglamento de Policía Minera, le tiene fijada su residencia en un punto distante menos de 10 kilómetros de las explotaciones; pero, en realidad, dados los malos caminos, las circunstancias especiales que concurren y el exceso de trabajo, lo que sucede es que nos encontramos desamparados, en cuanto se refiere a asistencia médica”.

Mazarrón, otro importante centro minero de Murcia, carecía en la década de 1880 de instalaciones hospitalarias de cualquier tipo, por lo que los heridos eran tratados en sus casas. Cuando no se encontraba un lugar particular para cuidarlos, algo común ya que una parte importante de los trabajadores eran inmigrantes, sólo quedaba la cárcel de la localidad para albergarlos, único local de que disponía el ayuntamiento⁹. Al final, en 1889 se formó un patronato para establecer un Hospital de Caridad, que se inauguró en 1890¹⁰.

3.- La legislación social y su alcance en la minería

En España las leyes sociales que más afectaban a la protección de los trabajadores de la minería son más tardías que las de los países de la Europa occidental. Los precedentes los encontramos en la ley de 21-VIII-1887 sobre el trabajo peligroso de los niños y el Reglamento de la Ley de Policía Minera de 15-VII-1897. Con posterioridad tuvieron gran incidencia la Ley de Accidentes de Trabajo de 30-I-1900 (el Reglamento el 30-VII-1900) y en la Ley sobre el trabajo de las mujeres y los niños del 13-III-1900 (el Reglamento 13-XI-1900). Esta Ley fue reformada en 1922. Finalmente, la Ley de Accidentes de Trabajo de 1932, que establecía mecanismos preventivos para los accidentes laborales y medidas de seguridad e higiene del trabajo.

La mayor preocupación de esta legislación se centraba en los accidentes de trabajo y, más especialmente, en el auxilio de la “invalidéz de trabajo”, dando lugar a la creación de todo tipo de cajas de retiros y socorros. La Ley de 1900 consideraba a los accidentes como “consecuencias naturales, hechos inherentes a la explotación industrial [...] era forzoso mirar la reparación de los daños [...] como gastos de la producción, a cargo naturalmente, del empresario o patrono”¹¹. La amplia definición que esta norma realizaba sobre lo que era un accidente permitía la inclusión de las enfermedades profesionales y, por tanto, su ámbito de aplicación era casi ilimitado. Los inconvenientes procedían de la escasa cuantía de las indemnizaciones establecidas y el pago de éstas en capital. La ley de 1900 consagró en la legislación española la noción de “riesgo profesional”. Por muy teórica y ficticia que fuera la “responsabilidad laboral” que aparecía en estas disposiciones legales no dejó de provocar la más viva oposición a la misma por parte de las organizaciones patronales del sector.

La Ley de Accidentes de trabajo de 1922 estableció que el patrono estaba obligado a prestar asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, al pago de tres cuartas partes del jornal mientras que durase la curación, siempre que esta no sobrepasase un año, así como al abono de indemnizaciones y en caso de muerte a los causahabientes del obrero los gastos del entierro y las indemnizaciones que les correspondiese¹². Esta normativa se completará con la Ley de 1932, que obligaba a los patronos a estar asegurados contra el riesgo de accidentes de sus obreros que produzcan la incapacidad permanente o la muerte y era facultativo en lo

⁹ “Mazarrón. Piedad para el minero”, *Gaceta Minera y Comercial de Cartagena*, 212 (10-V-1887): 145-146.

¹⁰ “Hospital de Caridad en Mazarrón”, *Gaceta Minera y Comercial de Cartagena*, 305 (19-II-1889): 57-58.

¹¹ Diario de sesiones del Senado (1899-1900), Apéndice 9º, nº 80, p. 1.

¹² García Ormaechea (1935), pp. 26-28.

relativo a incapacidades temporales y asistencia médico-farmacéutica. Estos riesgos lo podía cubrir el patrono a través de la Caja Nacional del Seguro contra Accidentes de trabajo (INP) o bien suscribiéndose a una mutualidad patronal de seguros. De todas maneras, el nivel de cumplimiento fue muy deficiente como reflejan los informes de los Inspectores de Trabajo.

En la Sierra de Cartagena-La Unión se producían continuas quejas de las organizaciones obreras por las condiciones higiénicas en el exterior de las minas debido a la ausencia de “lavabos, duchas y baños jabonosos” (IRS, 1924) y de vestuarios y roperos que les permitiera cambiar su ropa de faena y evitar con ello llenar sus hogares con restos de plomo y otros minerales peligrosos para la salud. Si la normalización del principio de indemnización tendía a reducir los elementos de conflicto en las cuencas mineras, no deja, en cierto modo, de contradecir la lógica paternalista de las donaciones gratias a los obreros¹³, fundamentalmente a los accidentados y a los viejos. Los esfuerzos de los grupos patronales por limitar el alcance de la legislación social no terminaron con la promulgación de la Ley de 1900, tuvo continuidad durante todo el primer tercio del siglo XX.

Para las empresas y empresarios del sector la consecuencia más rechazable de esta legislación sobre accidentes de trabajo lo constituía la obligación de indemnizar a las víctimas de los accidentes que sufrían incapacidad temporal, cuya asistencia médico-farmacéutica debían sufragar. En la normativa precitada el legislador dejó la consideración de que esta indemnización hacia las veces de una pensión alimenticia. Los trabajadores debían recibirla desde el mismo día de su baja por accidente y por un periodo máximo de un año, transcurrido el cual si persistía la incapacidad esta pasaba a ser considerada como permanente e indemnizada como tal. Las leyes de 1900 y 1922 fijaron su importe en el 50% y en el 75% del jornal que percibiera el obrero en la fecha del siniestro. Se trataba de una “prima a la herida”, aunque estas normativas dejaron a las empresas la ventaja de designar al médico responsable de la atención a los accidentados y, en ese momento, entraban en juego el papel de los hospitales como reajuste de los beneficios que estas leyes aportaban a los trabajadores. Procurando sanar a los obreros, la medicina patronal no podía desentenderse de las implicaciones económicas de los accidentes para las empresas. En 1903 se abrió la puerta a un inicio de la protección de los obreros frente al riesgo de enfermedades profesionales a través de la jurisprudencia y como casos particulares de accidentes de trabajo, aunque tuvo un efecto muy parcial y poco relevante (Cohen y Ferrer, 1992).

4.- La siniestralidad laboral en las minas españolas

El trabajo en las minas es uno de lo que mayores riesgos laborales ha tenido y sigue teniendo para la salud y la vida. Existen muchos peligros de accidente por desprendimientos, derrumbes, explosiones, inundaciones, etc. Junto a ello, las enfermedades profesionales también son elevadas. A las normales de un trabajo físico, como hernias y otro tipo de procesos físicos, se suma las condiciones de trabajo (en el medio subterráneo con poca ventilación, calor, humedad, polvo en suspensión...) que repercute en el desarrollo de problemas específicos, como la anquilostomiasis, hidrargirismo o la consabida silicosis.

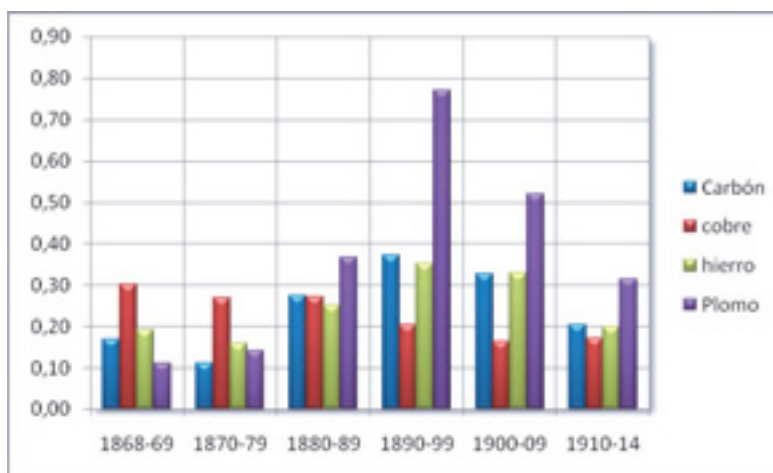
El estudio de la siniestralidad en las explotaciones peninsulares se puede seguir a través de los estadillos que se publican regularmente en las Estadísticas Mineras y Metalúrgicas de España desde 1867. En ellos se anotaban por minerales y provincias los accidentes laborales y el número de muertos y de heridos graves y leves que habían causado. Incluso, conforme pasan los años, se detallan las causas de los accidentes (explosión, hundimientos, barrenos, asfixia, inundación, etc.).

¹³ Sobre este asunto, véase el trabajo de Cohen et alii (2002).

El problema es la escasa fiabilidad de estas cifras, como ya hemos mencionado anteriormente en el caso de las minas de Huelva (precisamente donde había menores problemas a la hora de llevar un control de los accidentes). De todas maneras, los datos que se exponen estos estadillos nos pueden servir para nuestro propósito ya que son indicativos de la intensidad relativa de la siniestralidad en cada una de las zonas mineras (suponiendo una ocultación o déficit en la recogida de datos parecidos en los diferentes distritos). Para hacer una análisis comparativo de minerales y provincias nos vamos a basar en el dato en el que podemos depositar una mayor confianza, el del número de fallecidos por accidentes en las minas. Había cierto control sobre ello, a través de los juzgados, por lo que puede tener más base que el resto de la información de los otros infortunios. Para hacer comparaciones hemos calculado el porcentaje de óbitos con respecto al total de mineros que reflejan las estadísticas (otro dato también sujeto a interrogantes).

Como podemos ver en el gráfico siguiente, los minerales de plomo tienen volumen muy elevado de mortalidad comparado con el resto de los minerales. Conforme pasan los años (con una mayor fiabilidad de las cifras que presentan las estadísticas mineras) se ve claramente cómo los minerales de plomo se sitúan a la cabeza, con diferencia, en este ranking negativo. En la década de 1890, la media de accidentes mortales en la minería del plomo duplica la tasa de mortalidad de sus inmediatos seguidores, el laboreo del carbón y de los minerales de hierro.

Gráfico 1.- Porcentaje de fallecidos en accidentes por minerales sobre el total de trabajadores de las explotaciones, medias decenales (1868-1914)

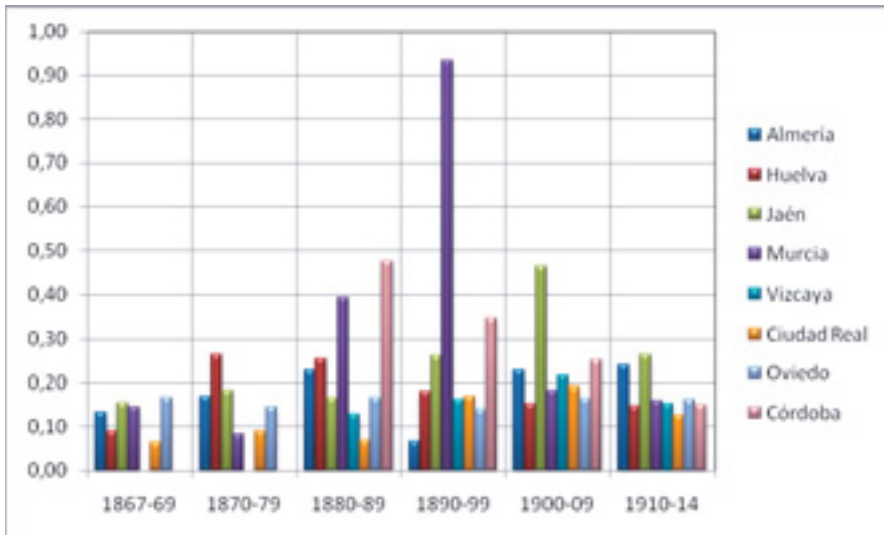


Fuente: Estadística(s) Minera (s).

El predominio del laboreo subterráneo en este tipo de menas, junto con las características de las empresas dedicadas a la extracción del plomo y su precario sistema de trabajo está en la base de estas abultadas cifras. No hay unas circunstancias especiales de siniestralidad unidas a estos minerales (salvo el “emplomamiento” o “saturnismo”), como sucede por su parte con el grisú en las minas de carbón, el alto peligro de combustión en las de azufre o la elevadísima contaminación en las de mercurio. Pero, como se muestra en la cifras, el laboreo del plomo se significa como la actividad extractiva con mayores riesgos de las que había en la península en esta época.

En cuanto a las cifras provinciales, hemos comparado los datos de Murcia con los de otros lugares importantes de extracción de plomo (Almería, Jaén y Córdoba¹⁴), de cobre (Huelva), de hierro (Vizcaya), de mercurio (Ciudad Real¹⁵) y de carbón (Oviedo). Vemos también que el caso de la minería murciana comparte unas altas cifras mortalidad con otras provincias, resaltando la negativa década de 1890, en la que su ratio superó con creces al resto de los lugares considerados y a la media de los minerales de plomo.

Gráfico 2.- Porcentaje de fallecidos en accidentes en explotaciones mineras, medias decenales (1867-1914)



Fuente: Estadística(s) Minera (s).

El gráfico muestra, por tanto, la elevada peligrosidad de los trabajos en las minas y representan una muestra de la importante morbilidad de los núcleos donde predominaba esta actividad. Estos factores aumentaban las necesidades de una especial atención médica y hospitalaria. Las mayores tasas de siniestralidad y mortalidad debida a accidentes de trabajo se registraron en la minería del sureste por los factores ya mencionados.

5.- La asistencia médica en la minería murciana: el Hospital Minero de La Unión

5.1.- La génesis del Hospital, 1850-1883

La sierra litoral de Cartagena apenas estaba poblada cuando en la década de 1840 comenzó a explotarse intensivamente sus recursos. Sólo había algunas aldeas de labradores o, en la costa, de pescadores. La afluencia de inmigrantes, al calor de la demanda de trabajo multiplicará la población. Ello provocará que incluso se cree un nuevo municipio, el de La Unión en 1860¹⁶, que llegó a alcanzar los treinta mil habitantes en 1900.

¹⁴ Aunque en este caso junto a las minas de plomo hay otros minerales que se extraen en cantidades importantes, especialmente de carbón.

¹⁵ También en este caso hay yacimientos de plomo y de carbón.

¹⁶ Se formó con los caseríos de El Garbanzal, Herrerías y Portmán. La falta de acuerdo a la hora de darle nombre se saldó hizo que al final en enero de 1869, por mediación del general Prim, se le denominara con el apelativo conciliador de La Unión.

Cuadro 3. Evolución de la población en algunas localidades de la sierra minera de Cartagena-La Unión (1900-1930)

	La Unión	Llano del Beal
1858-60	6.779	787
1900	30.275	4.848
1910	30.249	7.095
1920	24.837	6.140
1930	11.776	4.517
1901-1930	38,9	93,1

Fuente: Censos de Población.

Los enfermos y accidentados de la cuenca minera eran ingresados en las instalaciones de la cercana ciudad de Cartagena, concretamente el Hospital de la Caridad fue el que se encargó principalmente de tratarlos. El aumento del número de trabajadores de las minas y de la población global, tanto de la sierra minera como del núcleo urbano, hará que se superen las posibilidades de atención en los establecimientos de esta ciudad. Hay que tener en cuenta que la población de Murcia registró la más alta tasa de crecimiento anual medio de España¹⁷ y el municipio de Cartagena duplicó sus habitantes. Pasó de 59.618 en 1857 (incluyendo la futura La Unión) a 99.871 en 1900 (sin La Unión, que tenía 30.275) (Ballesta Gómez, 1995).

Se tenía constancia desde el comienzo de la extracción a gran escala que las posibilidades del mencionado Hospital estaban rebasadas y en 1851 su Junta de Gobierno propuso la creación de un hospital de sangre para atender a los “heridos y estropeados de las minas y fábricas” y sus familiares¹⁸. Para su sostenimiento se proponía un descuento gradual en los sueldos de los trabajadores¹⁹.

El Hospital de Caridad de Cartagena ante la continua llegada de accidentados de las minas de la sierra que colapsaba sus servicios decidió, a través de su junta, en 1852 poner en marcha un centro en Herrerías (uno de los núcleos que formaron parte más tarde de La Unión). En concreto, “...establecer en la población de Herrerías un hospital provisional o casa de socorros para recibir y curar inmediatamente a los obreros de las minas y fundiciones que resulten heridos” (Muelas y Roca, 1989:48).

Como sucedió en general en las zonas mineras peninsulares, las dotaciones sanitarias dejaban bastante que desear y fueron por detrás de las necesidades reales. En 1857 se constituyó una comisión compuesta por Antonio Campoy, José Vidal y los fabricantes José y Joaquín Marino, iniciándose el estudio para la construcción de un centro hospitalario para atender las necesidades de las concesiones mineras. En 1857 se construía una iglesia en Herrerías (futura ciudad de La Unión) y la comisión municipal encargada del estudio para la realización del hospital recomienda alquilar una casa anexa a la misma y establecer el hospital en ella mientras se construía un edificio propio. En 1859 se construía un hospitalillo provisional para los enfermos de la epidemia de cólera, una vez concluido el contagio se cerró. Los vecinos de Herrerías y El Garbanzal (futura ciudad de La Unión) solicitaron una y otra vez al Ayuntamiento de Cartagena la construcción definitiva del hospital de sangre.

Se construyó un centro que no pasaba de ser un botiquín con un practicante encargado de la asistencia. Más tarde, en 1874, el nuevo Ayuntamiento de La Unión lo amplió poniendo al frente del mismo a un médico, también contrató en ese mismo año a un practicante más para este centro. Además se contrataron dos médicos más para cubrir las necesidades de dos poblaciones de este municipio, Portmán y El Garbanzal. Se formalizó el mencionado

¹⁷ Le acompañaba Canarias y el País Vasco (Martínez Carrión (2002), p 62).

¹⁸ Ferrándiz Araujo (198), pp. 198-199.

¹⁹ Archivo del Hospital de La Caridad de Cartagena, Actas vol. V, f. 20-22.

establecimiento con dependencia del Ayuntamiento unionense en 1875 bajo el nombre de “Casa de Socorros”, germen del futuro hospital²⁰. En 1876²¹ el Ayuntamiento de La Unión cede un terreno que se iba a destinar a la construcción de un nuevo edificio consistorial para levantar un hospital minero de caridad. En septiembre de ese mismo año se instruye por parte del consistorio un expediente para la construcción de un establecimiento de beneficencia con el objeto de: “procurar dar hospitalidad y socorro a los obreros mineros accidentados y a enfermos pobres”²².

5.2.- El Hospital Minero de La Unión y su gestión

En 1882 una representación de vecinos de La Unión²³ visitó a la Junta del Hospital de Caridad de Cartagena, logrando su apoyo y asesoramiento para constituir uno municipal en su localidad. A lo largo de ese mismo año se puso en funcionamiento el nuevo centro habilitado con 40 camas y con el utillaje necesario facilitado por el Hospital de Caridad de Cartagena. Se inauguraba el 10 de julio de 1883, ingresando a los “heridos de mano airada” procedentes de la sierra minera. Con su puesta en marcha desapareció la Casa de Socorro que había funcionado en la localidad durante 31 años únicamente con un practicante al frente del establecimiento²⁴.

En 1899 la saturación del hospital era evidente, tan solo en el mes de octubre habían ingresado 39 personas, dadas de alta 37 y permanecían 31, con un total de 1.128 estancias²⁵. Ante esta situación el alcalde de la localidad reunió a los grandes empresarios mineros y les trasladó el mantenimiento de la institución fundando para ello la Junta de Patronos del Hospital (28-II-1900), la cual elaboró unos nuevos estatutos del centro que se aprobaron por la Corporación (13-XI-1902), por la Asamblea de Socios (8-XII-1902) y por el Gobierno Civil (3-I-1903), adaptando también el funcionamiento de la institución a la Ley de Accidentes Laborales de 30-1-1900. Este reglamento definía los fines de la institución así: “El Hospital de Caridad de La Unión tiene por objeto la asistencia y curación de heridos, ya lo sean por accidentes mineros, bien de mano airada y los atacados de enfermedades comunes que sean absolutamente pobres”²⁶.

Los objetivos se habían ampliado desde la asistencia exclusiva a los obreros accidentados de las minas (siniestralidad laboral) hasta la atención a otros tipos de accidentes (debidos a la violencia civil) y a las enfermedades normales de la población más pobre (atención sanitaria ordinaria). No obstante, previendo el colapso que se podía provocar con esta ampliación de funciones, los pacientes con enfermedades crónicas serían enviados al Hospital Provincial y también se decidió construir una nueva sala para “pacientes distinguidos” que deberían abonar su asistencia. Se construyó un nuevo edificio con cuatro salas para pacientes²⁷.

A partir de 1901 La Junta del Patronato del Hospital suscribió numerosos contratos de asistencia con diferentes compañías, tal y como se establecía en la Ley de Accidentes laborales de 1900, así en 1902 se firmaba uno con la Compañía de Seguros Hispania³⁴ que

²⁰ La Casa de Socorro funcionó hasta su clausura en 1893 (Muelas y Roca, 1999:48).

²¹ Expediente F-34-A de 6-V-1876 Archivo Histórico Municipal de La Unión (AHMLU).

²² Expedientes F-61-A y F-63-A de 23 y 30-VI-1883 Archivo Histórico Municipal de La Unión.

²³ Eran propietarios mineros y comerciantes de la localidad: Antonio Moreno, Jacinto Conesa, Pío Wandosell, Antonio Cánovas y Diego López (Lorenzo Solano (1989), p. 154).

²⁴ Ferrándiz Araujo (1981), p. 198.

²⁵ Datos tomados de los resúmenes de asistencias Legajo F-47-A, Archivo Histórico Municipal de La Unión.

²⁶ Ver Reglamento para el Régimen y Gobierno del Hospital de caridad de La Unión, art.1º. (1903).

²⁷ Para su construcción se contó con la compra de terrenos al vecino y empresario minero Luis Angosto, el cual donó 8.000 pesetas para la construcción, al que se sumó otro donativo del empresario Miguel Zapata de 12.000 pesetas (Muelas y Roca (1989), p. 49).

nos sirve como modelo de este tipo de acuerdos. En la introducción se establecía que ambas entidades de mutua conveniencia se ponían de acuerdo para la administración de los seguros colectivos de accidentes laborales en el partido de La Unión y, a continuación, se fijaban los procedimientos de asistencia y del pago de la misma. Esto implicaba un nuevo panorama en la asistencia médica de los obreros accidentados. Aquellas compañías mineras que suscribían pólizas de atención colectiva de sus trabajadores con las aseguradoras obtenían una atención más intensa por parte de los servicios del hospital hacia sus trabajadores accidentados y una mejora en las prestaciones farmacéuticas. De esta manera, una parte de los trabajadores lograban mejorar su atención en caso de accidente laboral, pero otra parte significativa, cuyas empresas no habían suscrito una póliza colectiva, seguían dependiendo de la asistencia gratuita financiada por el Ayuntamiento y las donaciones caritativas de particulares.

También había un centro elemental de atenciones de urgencia, denominado “Hospital de Sangre” en Portmán (diputación de La Unión) desde 1881, a pesar de su limitada entidad. Con la incorporación del médico José Maestre Pérez²⁸ en 1888 este establecimiento se irá transformando en un centro de atenciones médicas con todos los servicios básicos. El 4 de marzo de 1891 se establecían las bases para su fundación, que quedaría inaugurado en 1892. El propulsor de esta remodelación del antiguo hospital fue el mencionado doctor y posteriormente empresario, político y alcalde conservador de La Unión, que daría lugar al nuevo “Hospital de Caridad”. En 1891 este doctor presidía la Junta del Hospital de Sangre de Portmán que gestionaba el hospital y recibía sus fondos del Ayuntamiento de La Unión para el sostenimiento del mismo, así como los donativos de los obreros, empresarios mineros, partidarios y empresarios industriales. De todas maneras, las dotaciones que tenía seguían siendo escasas. Contaba con 12 camas, insuficientes para atender las demandas de la localidad, y estaba deficientemente dotado tanto en personal sanitario (un médico, un farmacéutico, tres practicantes y un auxiliar) como en medios. Los servicios del hospital estaban a cargo de las religiosas de San Vicente de Paúl. Los estatutos de la entidad se aprobaron por el Gobierno Civil el 5 de mayo de 1894 con la denominación definitiva de “Hospital de Caridad de Portmán”, gestionado por Sociedad Benéfica “La Caridad Hospitalaria”, que estaba presidida por el doctor José Maestre. Un ingeniero de la época trazaba este retrato de la situación:

“...en honor a la verdad sería injusto olvidar que existen dos hospitales, uno en La Unión y otro en Portmán, sostenidos por donativos de los obreros, de los partidarios y de los dueños de la minas...donde al menos los heridos encuentran más pronto curación que cuando debían ser trasladados a Cartagena con un recorrido mínimo de 10 kilómetros en ocasiones con mal vehículo y por una carretera que debería perder tal denominación”²⁹.

Volviendo al Hospital de La Unión, hasta finales del XIX su mantenimiento había dependido del presupuesto municipal y pequeñas donaciones en metálico de algunos empresarios mineros de la localidad, aunque como indica el propio Ayuntamiento: “la mayoría de estas explotaciones mineras no contribuyen con cantidad alguna los gastos del Hospital, no obstante de mandar al mismo sus heridos”³⁰.

²⁸ Este médico llegaría a ser Alcalde de La Unión por el Partido Conservador y se convertiría en uno de los grandes propietarios mineros y metalúrgicos, así como comerciantes de minerales de la Cuenca a raíz de dos matrimonios sucesivos con las dos hijas de uno de los mayores propietarios mineros de la zona, Miguel Zapata, apodado “Tío Lobo”.

²⁹ En Rosendo Guardiola (1895: 69) la descripción del hospital: “...la planta del edificio es rectangular, con capilla central y naves laterales para los enfermos; la fachada con mampostería revocada con almagra y las esquinas reforzadas con ladrillo. Como nota sobresaliente la torre octogonal, que alberga la cúpula de la capilla y la linterna. Su capacidad es de 12 camas...”.

³⁰ Expediente F-33-A, 24-IX-1900. También se dice en este documento que los empresarios que daban alguna ayuda lo hacían “...en forma no proporcionada al número de operarios que sostienen. Considerando que a la

Esta situación nos muestra un posicionamiento muy distinto del empresariado de la Sierra Minera respecto al adoptado por el de otras cuencas mineas. En este caso no encontramos nada parecido al “paternalismo industrial” sino una política de gestión de la mano de obra de extrema dureza que presiona sobre los poderes municipales para que se hagan cargo de los gastos de atención médico-sanitarios de sus propios trabajadores accidentados. La debilidad presupuestaria del Ayuntamiento de La Unión le incapacitó para sostener el funcionamiento del Hospital y esta situación le llevará a transferir la gestión y administración de la institución a una sociedad de beneficencia privada creada ex profeso, «La Caridad Hospitalaria»³¹, formada por los mayores contribuyentes locales. La nueva situación cambiaba la organización de la institución a los ocho años de su funcionamiento (1883-1891), pasando de ser de beneficencia pública a privada, pero con un concepto más restrictivo que el filantrópico inicial, pues ahora se fundamenta en la “caridad” como medio para allegar los fondos de sostenimiento del hospital. El nuevo proyecto contó con el rechazo de una parte de las organizaciones obreras locales y una parte de la ciudadanía³² que veían en la operación un retroceso en la atención sanitaria a los trabajadores de la cuenca. La base de este cambio se cifraba por el Ayuntamiento en que el Hospital no “daba respuesta a la prestación de auxilio a los más necesitados y cumplir con ello sus nobles principios humanitarios” (Escritura de cesión, 1902:3), pero en realidad se estaba operando un cambio más sutil, pues de ser una institución de atención exclusiva a los trabajadores accidentados de las minas (por tanto laboral, que conllevaba la implicación directa de los empresarios mineros) a una más genérica sin responsabilidad directa de los mismos. La Comisión Municipal encargada de gestionar la cesión tenía como modelo de referencia el Hospital de “La Caridad” de Cartagena, que según ellos tenía una organización que había completado las deficiencias de la beneficencia municipal de manera notable³³.

El Ayuntamiento argumentaba que la financiación del hospital a cargo de los presupuestos municipales era insostenible por el crecimiento del número de heridos ingresados en el mismo (gráficos 5 y 6), así el coste medio por estancia/día en los ocho primeros años de su funcionamiento era de 4,75 pesetas y si se incluían los gastos del personal hospitalario, los de farmacia, de mantenimiento y conservación del edificio el coste promedio se elevaba hasta 7,50 pesetas estancia/día³⁴. También se señalaba que un hospital dedicado exclusivamente a la curación de accidentes laborales (con todo tipo de traumatismos y heridas) llevaba consigo mayores gastos que los de tipo generalista dedicado a enfermedades comunes. Este tipo de reflexiones tenían fundamento, especialmente, si tenemos en cuenta que las empresas de la demarcación no pagaban por el gasto de sus obreros accidentados hasta 1901.

construcción de este establecimiento benéfico presidió el propósito de mejorar en lo posible la suerte de los obreros víctimas de accidentes que eran transportados, y en la mayoría de los casos con peligro de sus vidas al Hospital de Caridad de Cartagena”.

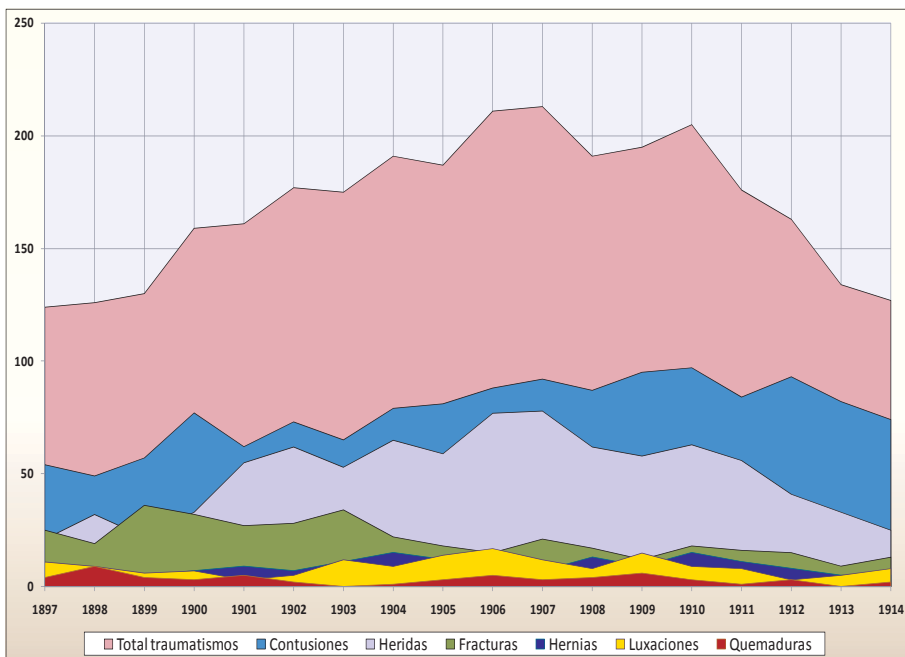
³¹ La corporación municipal de La Unión aprobó el dictamen de la reforma del Hospital en el pleno de 7/06/1889. Escritura Notaría del Dr. Vicente Jaén Gallego de cesión del “Santo Hospital de la Caridad” de La Unión 20/10/1902, año 1914, núm. 1361.

³² En la escritura de la cesión del Hospital por parte del Ayuntamiento a la Sociedad “La Caridad Hospitalaria” se reconoce la oposición de estos sectores de la ciudadanía al proyecto. Escritura Notaría del Dr. Vicente Jaén Gallego de cesión del “Santo Hospital de la Caridad” de La Unión 20/10/1902, año 1914, núm. 1361.

³³ Escritura Notaría del Dr. Vicente Jaén Gallego de cesión del Santo Hospital de la Caridad de La Unión 20/10/1902, año 1914, núm. 1361, f. 5.: “[...] tomar como referencia para su buena organización la del Hospital de la Caridad de Cartagena. En esta localidad se crearon numerosas sociedades particulares que bajo distintas denominaciones han subsanado, en gran parte, las deficiencias de la beneficencia municipal estableciendo socorros pecuniarios y científicos para los pobres enfermos”.

³⁴ Escritura Notaría del Dr. Vicente Jaén Gallego de cesión del “Santo Hospital de la Caridad” de La Unión 20/10/1902, año 1914, núm. 1361, ff. 7-8.

Gráfico 3.- Trabajadores de la sierra minera atendidos en el Hospital de La Unión por motivo de traumatismos en accidentes laborales, 1897-1914

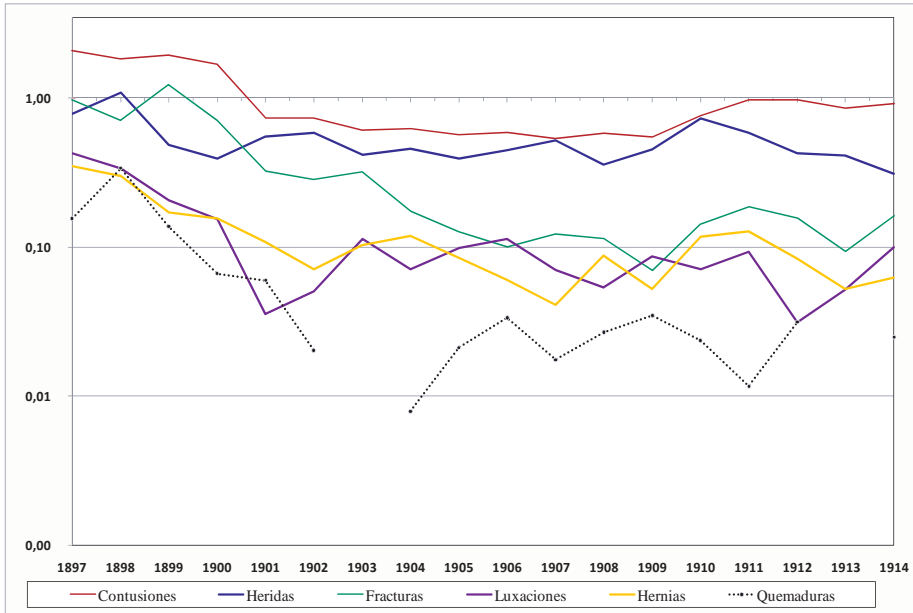


Fuente: Archivo Municipal de La Unión. Legajos Hospital de la Caridad, Expediente F-34-C; Libro Registro de ingresos, nº 2, 1897-1921.

El nuevo modelo de gestión del hospital implicaba la cesión del mismo a la sociedad “La Caridad Hospitalaria”, que se encargaría de gestionarlo y de ampliar la atención que dispensaba a los ampliándola a la atención de enfermos pobres de la localidad y a suministrar medicamentos para la “beneficencia domiciliaria”, todo ello en función de sus disponibilidades económicas. La atención de los obreros de la diputación de Portmán quedaba fuera de su competencia, quedando a cargo del Ayuntamiento. La corporación municipal subvencionaría anualmente a la sociedad con 22.500 pesetas pagaderas por trimestres anticipados³⁵.

³⁵ Bases del acuerdo de cesión del Hospital Municipal de La Unión a la Sociedad “La Caridad Hospitalaria”, base 1a, Escritura del 20-10/1902 Notario Emeterio Martínez Condes, núm. 1361, f. 2.

Gráfico 4.- Porcentaje de obreros atendidos en el Hospital de La Unión por traumatismo respecto a número de trabajadores mineros empleados en las minas de la sierra de Cartagena-La Unión, 1897-1914



(*) No contamos con cifras del número de trabajadores de la sierra de Cartagena-La Unión (sólo totales provinciales), pero sí con datos de producción de esta cuenca. Hemos obtenido el número de empleados aplicando a las cifras de Murcia el porcentaje de producción de esta sierra.

Fuente: véase gráfico 3.

La mencionada Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 (en su art. 3º) abría nuevas perspectivas para el sostenimiento del hospital, dado que los empresarios de las industrias, explotaciones mineras o establecimientos industriales estaban obligados, además de abonar las indemnizaciones establecidas para cada caso, a facilitar la asistencia médica y farmacéutica al obrero víctima de accidente, y en tal concepto eran responsables de los gastos que se causaran al hospital. El Ayuntamiento retiró de las minas, fábricas, establecimientos industriales de la localidad las “cajas limosneras” que tenía para recaudar fondos, sin perjuicio de que se admitiesen en adelante donativos de empresarios. A partir de ese momento, en caso de ingresos por accidentes mineros, el patrono respectivo tendría que pagar la cuota de 5 pesetas diarias en concepto de asistencia médica y farmacéutica, cantidad que se redujo a 3 ptas/día en 1901³⁶. En caso de impago por parte de algún patrono se le aplicaba la sanción prevista por el reglamento de la Ley de 1900. En ese mismo año se constituyó la Junta del Patronato que se haría cargo de la gestión del Hospital y se escrituró esta cesión³⁷ conforme a las bases y estatutos de la fundación de este establecimiento. La gestión del hospital por la Asociación Caridad Hospitalaria (el patronato) recibía severas críticas por parte del Ayuntamiento en 1924, por maniobras que implicaban el descrédito de la institución.

Los problemas económicos de las instituciones de asistencia médica no eran una situación excepcional de la sierra de Cartagena sino que en otras zonas mineras nos

³⁶ Expediente F-97-A de 1-IV-1901. Archivo Histórico Municipal de La Unión.

³⁷ Expedientes F-157/167 de 30-IX y 28-X de 1901. Archivo Histórico Municipal de La Unión.

encontramos con problemas parecidos. Este es el caso de Sierra de Almagrera (Almería), donde el Hospital Minero Virgen del Carmen del Jaroso (Almería) tenía también dificultades para mantener la asistencia sanitaria a los obreros accidentados porque los patronos mineros no pagaban sus conciertos con el establecimiento, como podemos leer en el siguiente texto:

“A los abusos incalificables de no pagar lo que tiene convenido y de descontar a los operarios las pequeñas cuotas señaladas, sin darles el destino que procede, se añade el descarado cinismo de enviar al Hospital los heridos o lexionados en las faenas que se practican por su orden para que sean curados, negándose después, con evasivas propias de los hombres sin conciencia y sin honor, a pagar las estancias, medicinas y asistencia”³⁸.

Las peculiaridades de la minería del plomo del sureste que hemos mencionado (pequeñas explotaciones y arriendo de la extracción “partidos”) provocaban que los pagos de la asistencia médico-sanitaria de los obreros accidentados tuviesen serias dificultades para ser cumplidos. Además había fraudes, como los que se denuncian el anterior caso de cobrar la cuota correspondiente a los obreros por parte de los empresarios y después desatender su obligación respecto al hospital. Esta situación provocaba la adopción de medidas extremas por parte de las juntas de los centros asistenciales para hacer efectivo el pago de las prestaciones, puesto que los impagos implicaban no sólo dificultades para el mantenimiento de los servicios sino que también perjudicaban la calidad de la atención que recibían los obreros accidentados a los que sus patronos les pagaban las cuotas correspondientes. En ocasiones esta situación desembocaba en la crisis de la institución, como sucedió en 1903 con el referido Hospital Minero de Nuestra Señora del Carmen del Jaroso que se vio obligado a cerrar³⁹.

Las necesidades sanitarias en general estuvieron mal cubiertas en esta cuenca, incluso cuando se instaló el Hospital de La Unión (gráficos 7 y 8). Hay que tener en cuenta que la forma en la que estaba organizada la extracción. Al igual que el resto de las zonas del sureste que despertaron pronto su afán minero, destaca la gran dispersión en un sin fin de pequeñas concesiones. Además, en la sierra de Cartagena, quizás con una mayor intensidad que en otras zonas extractivas, predominaba la explotación indirecta. Se arrendaba la extracción, bajo la forma que se denominaba dar “a partido”. Podía haber varios partidarios en una minúscula extensión (que no alcanzaba las dos hectáreas) y cada uno era una cuadrilla de obreros que se encarga de lo que se denominaba “dar a corte” cierta parte de la concesión⁴⁰. La gran subdivisión de los trabajos en pequeñas concesiones se multiplicaba por los sistemas de extracción, lo que provocaba una minería en parte caótica y difícil de controlar. Una muestra

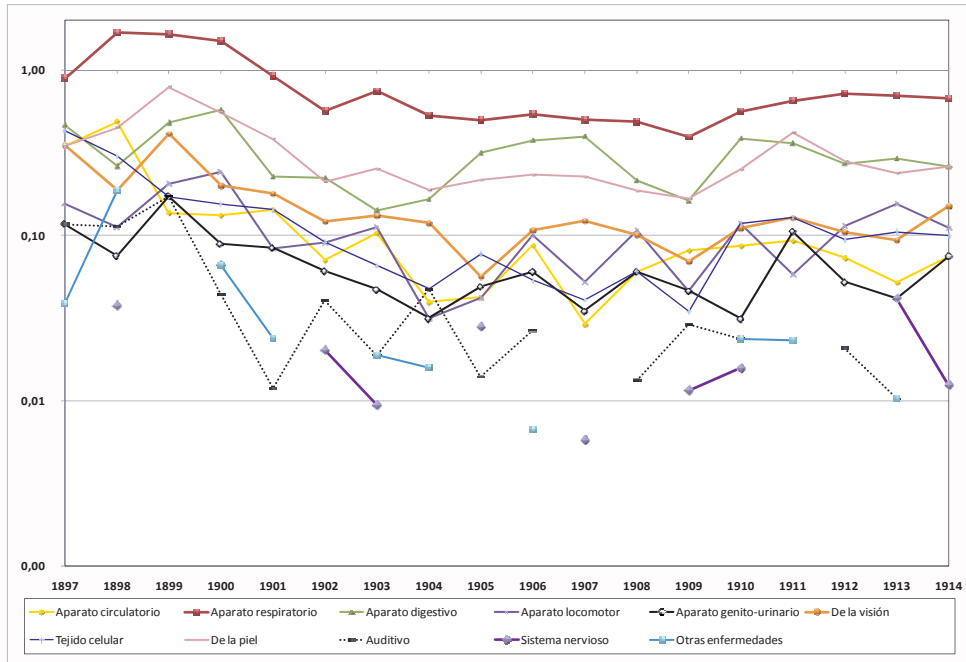
³⁸ El Minero de Almagrera, Revista General de Minería. Órgano Oficial del Sindicato del Desagüe de Sierra Almagrera, Cuevas 17-I-1899, Año XXVI, “Hospital del Jaroso”.

³⁹ El Minero de Almagrera, Revista General de Minería. Órgano Oficial del Sindicato del Desagüe de Sierra Almagrera, Cuevas 18-X-1903, Año XXX, “Hospital del Jaroso, vergüenza al rostro, tristeza al corazón”, en el cual se da la noticia del cierre de la institución por no poder hacer frente a sus gastos y deudas por impagos de los empresarios. En una memoria de años antes el presidente de la Junta protectora del hospital señalaba: “Las sociedades tienen un deber moral de impedir que nadie estafe a sus operarios que son el factor indispensable de la industria minera. Tienen también la obligación de procurar la prosperidad del establecimiento que ha de restituir las fuerzas y curar las lesiones que sufren los braceros al extraer las riquezas de sus minas, siquiera sea por un sentimiento de gratitud hacia el hombre que, con su esfuerzo lleva a sus familias el bienestar y la prosperidad” (Vicente Juan E. Blanes: *Memoria descriptiva del Hospital Nuestra Señora del Carmen del Jaroso*, Primer Bienio años 1884 y 1885, p. 49).

⁴⁰ La escala es diferente de los partidos o arrendamientos que se daban en otras cuencas plomizas. En Murcia los partidos se podían conceder por periodos de 10 a 15 años. El partidario podía ejecutar la extracción por “administración” (con trabajadores a jornal) o subarrendar la mina, mediante un tanto por ciento de los beneficios. Marvá (1970:22) señalaba en 1910 que había minas que llegaban al quinto arrendatario. La explotación de los partidarios o arrendatarios se hacía con trabajos a jornal, por medio de destajos o subpartidos a grupos de obreros que toman un tajo y se distribuyen el trabajo de arranque y transporte de mineral y los beneficios.

de la situación en la que se desenvolvía el laboreo la encontramos en el desconocimiento que se tenía de la producción real de sus yacimientos. Los ingenieros de minas encargados de la administración del distrito señalaban la impotencia para conocer la producción dada la extrema subdivisión y el elevado fraude que le acompañaba⁴¹.

Gráfico 5.- Porcentaje de obreros atendidos por enfermedades en el Hospital de La Unión respecto al número de obreros mineros empleados en la Sierra de Cartagena-La Unión, 1897-1914



Fuente: véase gráfico 3.

Una primera atención médica debía de poder realizarse en las propias explotaciones. Para ello algo lógico es que contaran con algún botiquín o algún equipo sanitario. En 1910 Marvá (1970:63) dice expresamente para la sierra de Cartagena-La Unión que las medidas de higiene y seguridad brillaban por su ausencia. Una descripción del estado de la minería de Sierra Almagrera puede ser aplicable perfectamente a esta cuenca: no hay ninguna mina que tenga una “camilla para conducir heridos, ni un frasco de bálsamo ni una venda siquiera” (Pérez Lurbe, 1874:1).

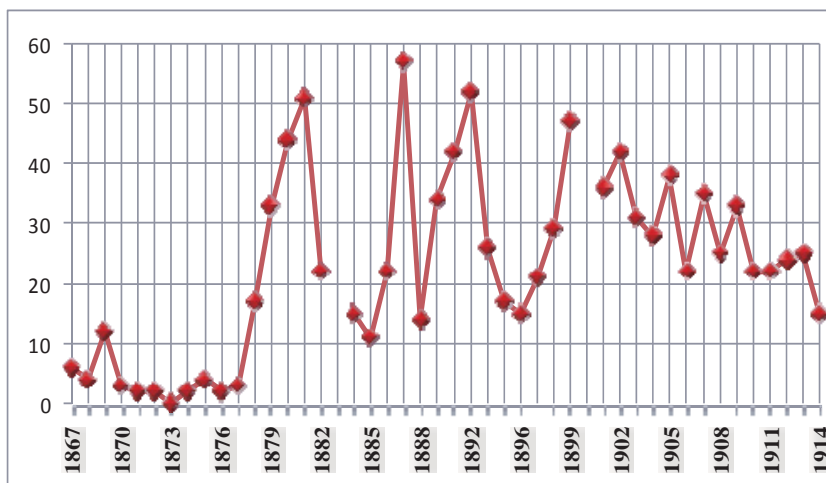
Con respecto a la asistencia hospitalaria, 17 años después de que se hubiera inaugurado el centro de La Unión, Malo de Molina (1900:29), en un Congreso Nacional de Minería celebrado en Murcia, señalaba la necesidad de ampliar las instalaciones de sanidad,

⁴¹ Hemos trabajado las fuentes de los datos de producción que tenían las administraciones de minas. Concretamente, la minas tenían que abonar un impuesto a bocamina, trimestralmente hasta 1910 (en que pasó ser anual). Para diferentes fechas se publicaban estas cifras en los Boletines Oficiales de la Provincia. Mientras que el parecido entre lo que refleja la mencionada estadística y lo que se muestra en los estadillos de los boletines es muy semejante para otras provincias, en el caso por ejemplo de la extracción de plomo de Murcia a finales del XIX y comienzos del XX es sólo un tercio de lo que aparece en los datos oficiales. Hay que tener en cuenta que, incluso a principio de siglo se reformó el sistema de cobro de dicho impuesto para evitar fraudes.

construyendo dos pequeños hospitales en el Llano del Beal y en Los Blancos (ambos pertenecientes a la sierra de Cartagena).

En la Estadística Minera, órgano estatal oficial del ramo, se publicaron regularmente desde 1867 estadillos de las desgracias (muertos, heridos graves y leves) ocurridas en la explotación en las distintas provincias y en los diferentes minerales. Para Murcia las cifras de siniestralidad son muy reducidas en los primeros años, para incrementarse considerablemente a partir de 1879. No parece que hubiera un cambio en los accidentes de la región sino que desde dicho año hay un grado mayor de fiabilidad de la información que se presenta⁴². El cambio de siglo lleva consigo una progresiva reducción del número de desgracias paralelo al estancamiento de la producción. El año con mayor número de muertos fue 1887 con un total del 57 fallecidos.

Gráfico 6. Mortalidad en la minería murciana, 1867-1914



Fuente. Estadística (s) Minera(s) de 1867 a 1914.

Como hemos mencionado, en el hospital sólo se ingresaban, en un principio, accidentados y varones, aunque con el paso del tiempo se fueron aceptando algunos enfermos y mujeres. El grueso de los tratados siguió siendo, al menos hasta la I Guerra Mundial, los que habían padecido algún percance laboral (gráficos 5 a 8). Hay que tener presente que en el centro sólo se ingresaban a los que estaban aún vivos, ya que los fallecidos directamente en las minas no pasaban por sus instalaciones. Además, había un dispensario en la sierra, que realizaba también una atención primaria, por lo que no todos los que sufrían algún tipo de desgracia llegaban a dicho centro. Se atendía a los más cercanos, a los habitantes de La Unión que tenían algún percance, y los trabajadores de las minas que necesitaban hospitalizarse.

En 1890 fueron tratados 137 accidentados, de los que 14 (un 10,2%) curiosamente tenían heridas producidas en riñas. En 1913 El total de obreros empleados en las minas de plomo de Murcia en este año fue según las estadísticas oficiales de 9.246. En el Hospital de

⁴² En algunos años no aparece ningún minero fallecido en accidente (1883 o 1900), pero en la propia estadística se menciona que la causa es que no se tenía información. En otros años se expresa (como sucede en 1907) que la cifra de accidentados es inexacta por las propias condiciones del trabajo en esta sierra.

La Unión fueron ingresados en ese año 108⁴³, de los que 86 sufrían problemas ocasionados por accidentes de distinto tipo. De ellos 8 fallecieron. Al igual que en la fecha anterior, nos encontramos con un número elevado de internados con heridas producidas en peleas. En total, 22 fueron los tratados por esta causa (18% de los accidentados)⁴⁴. La situación de la cuenca parece que estaba marcada por cierta conflictividad y agresividad interna. Para el caso de las minas vizcaínas Pérez-Fuentes (1993) también resalta los problemas y la inseguridad que existía en las cuencas y núcleos mineros. Esta zona se parece en parte a la murciana, con un contingente elevado de población inmigrada, con un cierto desarraigo y con unas duras condiciones de vida y trabajo. En otras zonas, como podía ser Alquife o Almadén, en las que se imbricaba la mina con la estructura económica de la zona, fundamentalmente con la agricultura, lo que permitía nutrir la actividad extractiva en su mayor parte con los habitantes de la comarca, la situación fue diferente de las otras cuencas.

Otro dato interesante que nos proporciona el registro hospitalario es la edad de los internados, lo que nos acerca a la composición de la mano de obra. Debemos destacar la utilización de una considerable mano de obra infantil, con todas las consecuencias que se podían derivar para su desarrollo físico y para la morbilidad de la comarca. En las cuencas del sureste (especialmente en Murcia y Almería) contrasta la utilización de niños con la ausencia de mujeres en las explotaciones mineras⁴⁵. No es que participaran de forma importante en el resto de las provincias, pero si había un pequeño porcentaje que se dedicaba a diversas tareas en el exterior. Por ejemplo, en el quinquenio de 1868-70 un 7% de la mano de obra era femenina en Vizcaya; 4,3% en Huelva y 3,4% en Jaén. Asturias está a la cabeza, con un 12% en el quinquenio de 1895-1900.

Cuadro 4.- Porcentaje de muchachos (menores de 18 años) en la minería del plomo de Almería, Murcia, Jaén, Córdoba y conjunto de España, por decenios, 1861-1930

	Almería	Murcia	Jaén	Córdoba	España	España sin Murcia
1861-70	20,1	23,3	7,1	--	15,8	13,3
1871-80	20,0	37,1	4,5	--	16,3	12,5
1881-90	31,8	35,7	13,1	13,2	21,3	15,9
1891-00	27,9	22,3	8,5	7,8	15,3	14,1
1901-10	32,9	24,9	11,2	14,9	17,8	15,6
1911-20	25,6	27,1	13,2	11,7	18,3	13,8
1921-30	23,6	21,4	9,0	5,7	12,9	9,7

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadística(s) Minera(s)

En cuanto a los niños la situación era muy diferente. La edad a la que podían comenzar a trabajar en las minas eran los 8 años, a pesar de que en el siglo XIX no estaba permitido el empleo en la minas a los menores de 10 años (Ley de 24-VII-1873)⁴⁶ y en 1912

⁴³ El total de asistidos fueron 148, pero en este año, como hemos mencionado, se incluían algunos enfermos y mujeres. En concreto, se trataron 26 mujeres, de la que 10 lo fueron por enfermedad, 5 de accidentes, 1 de intoxicación y, al igual que hemos visto con los varones, 6 lo fueron por heridas resultado de peleas. Ellas también participan en las disputas (aunque desconozcamos de qué tipo). En cuanto a los enfermos varones se ingresaron 14.

⁴⁴ Hay que mencionar que la información que aparece en los libros del Hospital de La Unión es muchos más completa, especificándose las minas y funciones de las que procedían los enfermos.

⁴⁵ Al principio de las estadísticas aparece alguna mujer, pero muy pocas. concretamente en el quinquenio de 1868-79 se empleó el 0,2% de ellas y en 1871-75 el 0,4%. Para los siguientes años la casilla de número de trabajadores del sexo femenino fue cero.

⁴⁶ Además no podía exceder el trabajo de los niños menores de 13 años (14 en el caso de las niñas) de 5 horas diarias.

se prohibió la utilización de menores de 16 años en labores subterráneas⁴⁷. La labor principal de estos niños consistía en el acarreo de los minerales, tanto en el interior de las explotaciones (desde de los tajos a los anchurones de enganche) como en el exterior. Formaban la llamada “gavia”, que consistía en situarlos en hilera para ir pasando los capazos de mineral, de más de una arroba de peso (11,5 Kg.). Al encargado de las cuadrillas de “gaveros” se le conocía en el sureste como “capataz de correa”. Las ventajas en la utilización estos críos era menor coste de esta mano de obra y, dado su menor tamaño, que se adaptaban a las angostas galerías subterráneas. Aunque se utilizaron profusamente en el conjunto de la minería de la península, destaca el sureste por el alto porcentaje que llegó a alcanzar.

Según las estadísticas oficiales, la mano de obra menor de 18 años rondaba el 25-30% del total de la utilizada en la extracción del plomo murciano. Destaca el decenio de 1876 a 1885, años en los que el porcentaje de los jóvenes roza el 40%⁴⁸. Estos altos ratios también se alcanzaban en la vecina provincia de Almería. En cambio, en el resto de las minas españolas el volumen de niños que estaban ocupados era mucho menor, como podemos ver en el cuadro anterior⁴⁹. Las razones de esta disparidad de escenarios no parecen estar en relacionada únicamente con factores productivos, sino que también influye el medio social, que hacía que hubiera mayor permisividad para utilizar estos trabajadores.

Cuadro 5.- Distribución por edades de los ingresados por accidentes en el hospital de La Unión en 1890 y 1913 (%)

EDAD	1890	1913
5-16	14,6	20,9
17-45	71,5	60,5
46-65	12,2	15,1
+ de 65	1,6	3,5

Fuente: Libros registro del Hospital Municipal de la Unión, Archivo Municipal de La Unión

Los datos del Hospital Municipal de La Unión nos permiten conocer algo más de la edad de los que trabajaban en las minas, fuera de las estadísticas oficiales⁵⁰. Dentro de los heridos aparecen niños con edades comprendidas entre 9 y 17 años. Incluso, en el libro de registro de 1913 el porcentaje de niños atendidos por accidente es sensiblemente mayor, teniendo 9 años el de menor edad⁵¹. Hay que tener en cuenta que para esas fechas ya se había

⁴⁷ La Leyes de 31-III-1900, con carcer general, y la Ley de 27-12-1910, específica sobre el trabajo en las minas, reglamentaron la jornada de traba (9 horas) y el empleo de menores en labores subterráneas, prohibiéndose el empleo de mujeres o varones menores de 16 años en el Reglamento de 1912.

⁴⁸ El año con un porcentaje mayor de mano de obra menor de 28 años en las minas de plomo de Murcia es 1880, con un 46,7%. Sobre las peculiaridades de la mano de obra en la minería española: Sánchez Picón y Pérez de Perceval (1999).

⁴⁹ “El grado de empleo de esta mano de obra parece estar determinado principalmente por la zona donde se realiza la extracción. Las principales provincias mineras las podemos agrupar en tres categorías. Primero estaría un nivel bajo de empleo de niños, que tendría como tope el 10 ó 14%, y en el que se situaría también la media nacional de estos años. Aquí podríamos colocar a Córdoba, Jaén, Huelva y Vizcaya. En un nivel intermedio, con unos porcentajes entre el 15 y el 20%, podemos situar a la minería asturiana. En tercer y último lugar tenemos a las provincias que empleaban en mayor medida a los niños en los trabajos mineros, con unos porcentajes superiores al 20%, en donde claramente estaban Almería y Murcia” (Sánchez Picón y Pérez de Perceval, 1999).

⁵⁰ Lo mejor sería contar con fuentes empresariales. Pero hay que tener en cuenta el minifundismo minero que imperaba en esta zona, lo que dificulta que se conserven los libros de cuentas, que sí tenemos para otras cuencas. De todas manera, también hay que desconfiar de las anotaciones que pudieran haber ya que, para no pillarse lo dedos con la legislación, era difícil que registraran edades por debajo de la reglamentada. En el caso de los registros de hospitalarios parece que podían pesar menos estos inconvenientes.

⁵¹ Es posible que algunos de los niños que fueran atendidos en el hospital no trabajasen en las minas o fundiciones, ya que en diversos caso sólo se especifica que las lesiones son producto de un accidente determinado. En otros casos de estos niños sí se menciona, señalando incluso la mina en donde trabajaba. En

aprobado una legislación bastante restrictiva en cuanto al empleo de menores en los trabajos mineros. De todas maneras, queda claro que la edad a la que se accedía al trabajo subterráneo era muy reducida, interfiriendo su etapa de desarrollo y, naturalmente, teniendo alguna influencia sobre el posterior estado de salud en la edad adulta.

Cuadro 6.- Número de accidentados atendidos en el hospital de La Unión menores de 18 años en 1890 y 1913, por edad

Edad	Número	
	1890	1913
9		1
10	1	1
11	1	2
12	2	5
13	2	2
14	4	3
15	3	1
16	5	4
17	2	10

Fuente: Libros registro del Hospital Municipal de la Unión, Archivo Municipal de La Unión

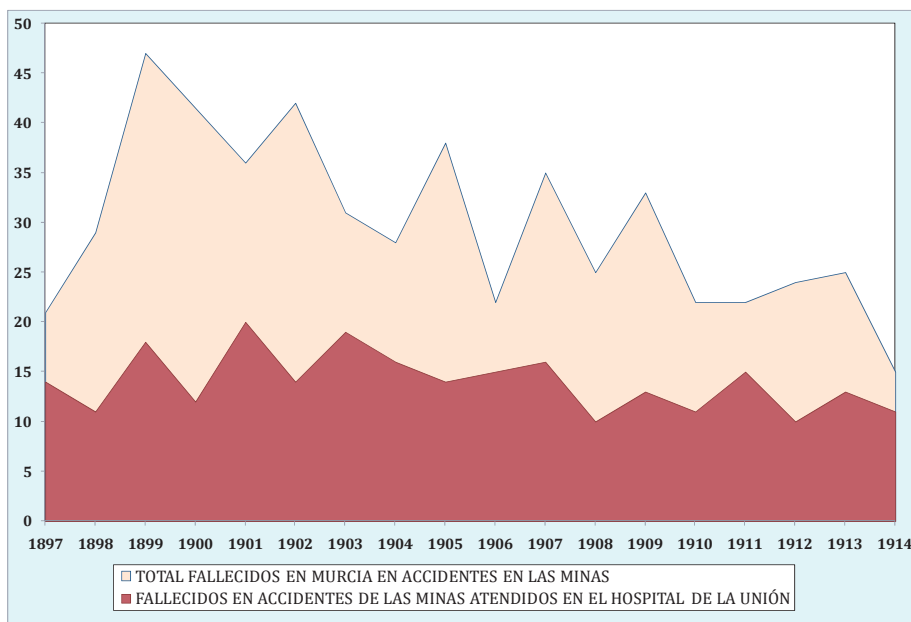
El tiempo medio de asistencia a los heridos se incrementó entre 1890 y 1913. En 1890 la media de estancia era de 28 días, tanto para los enfermos en general (27,8) como para los accidentados (28,3). En 1913 la media de días era de 41,4 para el conjunto y de 43,3 para los ingresaban por algún tipo de siniestro, lo que implicaba un mayor gasto para el centro sanitario y era expresión de una mejora en la atención.

Otro aspecto destacable es la mortalidad de los pacientes ingresados en el hospital, en este aspecto era mayor el porcentaje de los fallecidos como consecuencia de accidentes laborales frente los que lo hacían por enfermedad. Entre 1897 y 1901 el porcentaje que representaban los fallecidos en el hospital respecto al conjunto de trabajadores de las minas en la Sierra de Cartagena-La Unión fue muy elevado, osciló entre el 2,50 % y el 0,59 %, a partir de esa última fecha se produjo una estabilización de este porcentaje con tendencia a bajar (gráfico10 y Anexo 7).

A partir de 1910 algunas compañías suscribieron contratos con aseguradoras españolas y extranjeras para que se hiciesen cargo de las indemnizaciones con motivo de accidentes laborales y enfermedades (algunas empezaron a ser consideradas como “laborales”), así como con los gastos por defunción. Esta situación suponía una mejora para el Hospital, dado que a partir de ese momento pudieron contar con unos ingresos más regulares.

1913 el accidentado de menor edad, para el que se concreta la mina donde trabajaba (“Desechada”), contaba con 11 años y sufría dos heridas contusas falleciendo al día siguiente de ingresar.

Gráfico 7.- Fallecidos en el hospital de la unión por accidente laboral en las minas y fallecidos por el mismo motivo en la provincia de Murcia, 1897-1914

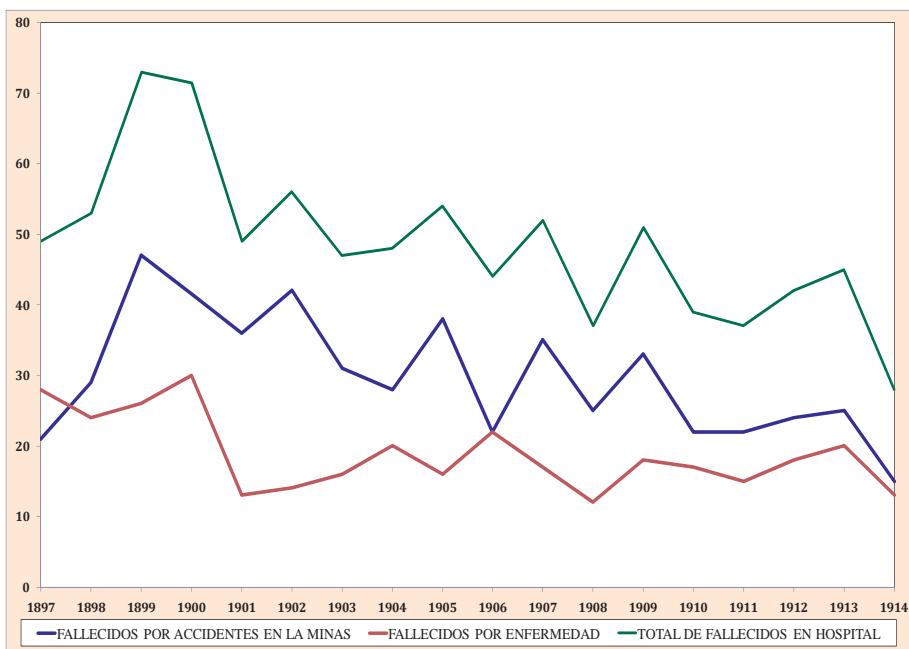


Fuente: Archivo Municipal de La Unión. Legajos Hospital de la Caridad, Expediente F-34-C; Libro Registro de ingresos, nº 2, 1897-1921. Los datos de los fallecidos en accidentes laborales en las minas tomados de las Estadística(s) Minera(s).

El comportamiento de la mortalidad en el Hospital de La Unión (gráfico 8) mantiene correspondencia con el empleo en el sector minero y representa un porcentaje elevado respecto a los trabajadores ingresados por traumatismos y enfermedades, lo que viene a señalar la gravedad del estado de los trabajadores. Esta situación se corresponde con la situación, ya reseñada, de las condiciones de trabajo en la minería de la Sierra de Cartagena-La Unión y con las condiciones de vida de los obreros mineros (bajos salarios, infravivienda, salubridad de los barrios, falta de higiene, atención médico-sanitaria deficiente, etc.). En esta variable, además de las muertes ligadas a los accidentes laborales, hay un porcentaje significativo de las mismas relacionadas con las epidemias de cólera, tifus, viruela, etc., que derivan de las malas condiciones de vida generales de la zona minera.

La mortalidad ocurrida durante el ingreso en este hospital representa un porcentaje importante de la registrada en la minería murciana y, en consecuencia, de la minería de la Sierra Cartagena-La Unión. Este hecho refleja que en este espacio minero las condiciones laborales eran extremadamente duras, lo que implica una elevada concentración de los casos de mortalidad del conjunto de la minería provincial.

Gráfico 8.- Trabajadores fallecidos en el Hospital de La Unión, 1897-1914



Fuente: véase gráfico 7.

A partir de 1914 la minería de la Sierra entró en un claro declive que se aceleraría en los primeros años de la década de los veinte, esto se reflejó en procesos migratorios importantes que despoblaron este territorio en un breve lapso de tiempo. Esta situación tuvo repercusiones importantes en todos ámbitos de la vida comarcal, se abrió un nuevo ciclo económico marcado por el colapso de la minería. En el caso de Hospital su actividad se ralentizó y adoptó una nueva orientación más generalista.

6.- Conclusiones

La cuenca minera de la Sierra de Cartagena-La Unión registró en el periodo analizado una intensa actividad, que estuvo acompañada por unas elevadas tasas de siniestralidad y morbilidad, a lo que se une un porcentaje elevado de población inmigrante, con unas pésimas condiciones de vida, que se ubicó en unos núcleos urbanos de nuevo cuño que carecían de unas mínimas infraestructuras básicas. Todo ello determinó un cuadro con unas importantes carencias sanitarias, tanto específicas para la actividad laboral como generales para el conjunto de los habitantes.

La minería del plomo, según las estadísticas oficiales, tuvo una siniestralidad más elevada que la de los demás minerales. Además, la cuenca minera de Cartagena-La Unión, basada fundamentalmente en la extracción de estos minados, presentó a su vez las cifras más elevadas del conjunto de la minería española. Este panorama se complicaba con las múltiples deficiencias de la red urbana de esta zona, la contaminación debida tanto a la actividad minera como a la industrial (fundiciones, lavaderos, etc.) y unos bajos niveles de vida, lo que provocaba unas tasas muy altas de mortalidad y morbilidad entre la población de la sierra minera.

Esta situación transcurrió en un momento de cambio y transformación de las políticas sociales liberales que se manifiesta en el paso del paradigma de la beneficencia al de la previsión social. La actuación asistencial médico-sanitaria en esta zona fue muy débil en comparación con otras cuencas mineras, tanto por su retraso en adoptar medidas (hospitales, dispensarios, atención domiciliaria, farmacias, etc.) como por las iniciativas adoptadas. Todo ello estaba en línea con lo que sucedía en la minería del sureste. La nueva orientación de previsión social no tuvo implantación en esta minería hasta finales de la década de los veinte y las iniciativas que se pusieron en marcha se movieron dentro de una perspectiva “caritativa”, muy alejada de la filantropía y del paternalismo industrial.

La tardía y limitada legislación socioasistencial tuvo un menor alcance en su aplicación que en otras en otras zonas debido a las particulares características de la actuación empresarial en la minería del sureste, que incluso fue favorable al cierre de las instalaciones asistenciales, como sucedió con el Hospital Virgen del Carmen del Jaroso (Almería). En nuestro caso, la idea de instalar un hospital nace en la década de 1850, pero hubo que esperar a la de 1880 (cuarenta años después del despegue de la extracción en esta provincia) para la creación de un hospital minero en La Unión. La insolvencia municipal forzó pronto el traspaso de su gestión a la iniciativa privada. El control del hospital minero pasó a manos de una sociedad de beneficencia privada que, lejos de ser una solución de estabilidad y ampliación de sus funciones, supuso un freno para su desarrollo, pues no se cumplieron los objetivos de extensión de prestaciones presente en la escritura de cesión (beneficencia domiciliaria farmacéutica, atención médica a pobres, ampliación de la asistencia que recibían los trabajadores, etc.). Incluso se redujeron algunas de ellas en función de los intereses de las empresas mineras. Hay que esperar a la Ley de Accidentes de Trabajo de 1932 para que el centro hospitalario se revitalice con el pago de parte de la asistencia por las compañías aseguradoras.

La previsión social y la asistencia médico-sanitaria se veían condicionadas en el sureste por las específicas condiciones de explotación. La extrema subdivisión de las concesiones en minúsculas demarcaciones (con unas formas empresariales correlativas), el arriendo y subarriendo de la extracción y las formas de trabajo, con pocas empresas consolidadas y prevaleciendo la contratación de labores a cuadrillas de obreros, favorece una despreocupación por estas política. La existencia de un mercado de trabajo, generado en las épocas de mayor actividad extractiva de la minería, que se mantiene internamente a través del trabajo infantil (auténtica escuela de mineros), proporciona la base laboral para este sistema. De esta manera, las políticas reproductivas no son una necesidad debido a la relativa abundancia de mano de obra. En este sentido, la asistencia se sitúa más en el marco de la caridad que en otro tipo de política planificada u organizada. De ahí, como corolario, las dificultades para mantener lo más básico de una infraestructuras hospitalarias.

La crisis de este modelo de minería a comienzos del siglo XX no hará sino acentuar los problemas laborales y sanitarios, en un momento de avance de las prestaciones y de la beneficencia en España. Todos estos elementos determinan un cuadro de atraso en estas montañas, que viene a caracterizar una de las zonas más deprimidas de la Península. Ello es palpable en los altos índices de mortalidad general o infantil o en la baja estatura media.

Bibliografía

- ARENAL, Concepción (1891): *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Librería de Victoriano Suárez, Madrid.
- AVERY, David (1985): *Nunca en el cumpleaños de la Reina Victoria. Historia de las minas de Río Tinto*, Labor, Barcelona.

- BALLESTA GÓMEZ, Marisa (1995): *Estadísticas históricas de población de la Región de Murcia*, Consejería de Economía y Hacienda, Murcia.
- COHEN AMSELEM, Arón (1999): “Los registros hospitalarios de una gran compañía minero-metalúrgica (Peñarroya, 1902-1950). Una fuente y algunas aplicaciones metodológicas para la historia del trabajo”, *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, nº40.
- y FERRER, A. (1992): “Accidentes y enfermedades profesionales de los mineros: realidad y derecho”, en HUERTAS, R. y CAMPOS, R. (coord.): *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid.
- ; FERNÁNDEZ, Amparo; FERRER, Amparo; FLETA, Agustín; GONZÁLEZ, Arturo; MENÉNDEZ, Milagros; RAMÍREZ, Francisco; REYES, Eduardo de los; y URDIALES, María Eugenia (2002): “La gestión patronal del trabajo y sus riesgos en Peñarroya (Córdoba), 1902-1950”, *Scripta Nova*, VI, 119. <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-15.htm>.
- *Congreso Nacional de Minería celebrado en Murcia en mayo de 1900. Actas, memorias y discursos*, Tipografía de Las Provincias de Levante, Murcia.
- DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES (1911): *Informe relativo al estado económico y situación social de los obreros de las Minas y Fábricas metalúrgicas de España y organismos de protección instituidos en beneficio de los mismos*, Imprenta de Suc. De M. Minuesa de los Ríos, Madrid.
- FERRANDIZ ARAÚJO, Carlos (1981): *Historia del Hospital de la Caridad de Cartagena (1693-1900)*, Imprenta Provincial, Murcia.
- GARCÍA ORMAECHEA, Rafael (1935): *Jurisprudencia del Tribunal Supremo y de la Comisión Superior de Previsión sobre accidentes de trabajo (1902-1934)*, Madrid.
- HARVEY, Charles E. (1981): *The Rio Tinto Company. An economic history of a leading international mining concern, 1873-1954*, Alison Hodge, Penzance, Cornwall.
- HATZFELD, Henry (1971): *Du paupérisme à la Sécurité Sociale: essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France, 1850-1940*, A. Colin, Paris.
- INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES (1904): *Informe referente a las minas de Vizcaya redactado por los señores D. Eduardo Sanz y Escartín, D. Rafael Salillas y D. Julio Pujol Alonso*, Ministerio de la Gobernación, Imprenta de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, Madrid
- INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES (1910): *Informe referente a las minas de Almadén. Conclusiones presentadas a la aprobación del Instituto*, Imprenta de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, Madrid.
- INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES (1913): *Memoria redactada por la comisión nombrada por el Instituto para estudiar las condiciones del trabajo en las Minas de Ríotinto*, Imprenta de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, Madrid.

- INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES (1923): *Crónica acerca de los conflictos suscitados en las minas de Serón (Almería) en el año 1923*, Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, Madrid.
- INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES (1924): *Problema social-minero en la Sierra de Cartagena*, Sobrinos de la Suc. De M. Minuesa de los Ríos, Madrid.
- LAUBIER, Patrick de (1984): *La politique sociale dans les sociétés industrielles, 1880 à nous jours*, Ed. Economica, Paris.
- LORENZO SOLANO, José Antonio (1989): *Biografía de José Maestre Pérez (1866-1933) (El gran mito político de Cartagena)*, Librería Tajo, Murcia.
- MALO DE MOLINA, Manuel (1900): “Instituciones obreras adaptables á nuestros distritos mineros”, en *Congreso Nacional de Minería celebrado en Murcia en mayo de 1900. Actas, memorias y discursos*, Tipografía de Las Provincias de Levante, Murcia.
- MARTÍNEZ CARRIÓN, José Miguel (2002): *Economía de la Región de Murcia*, Consejería de Educación y Cultura, Murcia.
- MARTÍNEZ SOTO, Ángel Pascual; PÉREZ DE PERCEVAL VERDE, Miguel; y SÁNCHEZ PICÓN, Andrés (2008): “Itinerarios migratorios y mercados de trabajo en la minería meridional del XIX”, *Boletín Geológico y Minero* 119, 3.
- MARVÁ, José (1970): *El trabajo en las minas. A propósito de las peticiones que las sociedades obreras elevaron el Gobierno en el año 190*, Instituto de Reformas Sociales, Madrid.
- MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo (1996): *Un mundo sin sol: la salud de los trabajadores de las minas de Almadén, 1750-1900*, Universidad de Granada y Universidad de Castilla-La Mancha, Granada.
- MUELAS ESPINOSA, Manuel y ROCA DORDA, José (1999): *La Unión en el recuerdo*, Asociación Belenista de Cartagena-La Unión, Cartagena.
- NAVARRO ORTÍZ, Domingo; MARTÍNEZ SOTO, Ángel Pascual; y PÉREZ DE PERCEVAL, Miguel (2004): *La vida en la sierra minera de Cartagena. Evolución demográfica de la diputación de El Beal, 1880-1970*, Ediciones Laborum, Murcia.
- PÉREZ-FUENTES HERNÁNDEZ, Pilar (1993): *Vivir y morir en las minas. Estrategias Familiares y relaciones de género en la primera industrialización vizcaína (1877-1913)*, Universidad del País Vasco, Bilbao.
- SÁNCHEZ PICÓN, Andrés y PÉREZ DE PERCEVAL, Miguel Ángel (1999): “La mano de obra de la minería española (1868-1900). Una aproximación regional y sectorial”, en CARRERAS, A. et al. (eds.): *Doctor Jordi Nadal. La industrialización y el desarrollo económico de España*, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- SIERRA ÁLVAREZ, José (1990): *El obrero soñado. Ensayo sobre el paternalismo industrial (Asturias, 1860-1917)*, Siglo XXI, Madrid

- VITORIA ORTIZ, Manuel (2007): *Los Hospitales Mineros de Triano* (2ª ed.), Museo de la Minería del País Vasco/Ediciones Beta III Milenio, Bilbao.

ANEXOS

Anexo 1.- Porcentaje de la población laboral que representan los trabajadores atendidos en el Hospital de la Unión por traumatismos en accidentes laborales, 1897-1914

	% DE POBLACIÓN LABORAL						TOTAL
	Contusiones	Heridas	Fracturas	Luxaciones	Hernias	Quemaduras	
1897	2,10	0,79	0,97	0,43	0,35	0,16	4,79
1898	1,84	1,10	0,71	0,34	0,30	0,34	4,63
1899	1,96	0,49	1,24	0,21	0,17	0,14	4,19
1900	1,70	0,39	0,71	0,15	0,15	0,07	3,18
1901	0,74	0,56	0,32	0,04	0,11	0,06	1,82
1902	0,74	0,59	0,28	0,05	0,07	0,02	1,75
1903	0,61	0,42	0,32	0,11	0,10		1,57
1904	0,63	0,46	0,17	0,07	0,12	0,01	1,45
1905	0,57	0,40	0,13	0,10	0,08	0,02	1,30
1906	0,59	0,45	0,10	0,11	0,06	0,03	1,35
1907	0,54	0,52	0,12	0,07	0,04	0,02	1,31
1908	0,58	0,36	0,11	0,05	0,09	0,03	1,23
1909	0,55	0,46	0,07	0,09	0,05	0,03	1,25
1910	0,76	0,73	0,14	0,07	0,12	0,02	1,85
1911	0,98	0,59	0,19	0,09	0,13	0,01	1,98
1912	0,97	0,43	0,16	0,03	0,08	0,03	1,70
1913	0,86	0,41	0,09	0,05	0,05		1,46
1914	0,92	0,31	0,16	0,10	0,06	0,02	1,58

Fuente: Archivo Municipal de La Unión. Legajos Hospital de la Caridad, Expediente F-34-C; Libro Registro de ingresos, nº 2, 1897-1921.

Anexo 2. - Porcentaje de obreros atendidos en el Hospital de la Unión por enfermedades respecto del total de la población laboral, 1897-1914

	% DE OBREROS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE LA UNIÓN POR ENFERMEDADES RESPECTO AL TOTAL DE LA POBLACIÓN LABORAL											
	Aparato circulatorio	Aparato respiratorio	Aparato digestivo	Aparato locomotor	Aparato genito-urinario	De la visión ocular	Tejido celular	De la piel	Auditivo	Sistema nervioso	Otras enfermedades	Total
1897	0,35	0,89	0,47	0,16	0,12	0,35	0,43	0,35	0,12		0,04	3,26
1898	0,49	1,09	0,26	0,11	0,08	0,19	0,30	0,45	0,11	0,04	0,19	3,91
1899	0,14	1,65	0,48	0,21	0,17	0,41	0,17	0,79	0,17			4,19
1900	0,13	1,50	0,58	0,24	0,09	0,20	0,15	0,55	0,04	0,07	0,07	3,63
1901	0,14	0,92	0,23	0,08	0,08	0,18	0,14	0,38	0,01		0,02	2,20
1902	0,07	0,57	0,22	0,09	0,06	0,12	0,09	0,21	0,04	0,02		1,50
1903	0,10	0,75	0,14	0,11	0,05	0,13	0,07	0,25	0,02	0,01	0,02	1,65
1904	0,04	0,53	0,17	0,03	0,03	0,12	0,05	0,19	0,05		0,02	1,22
1905	0,04	0,50	0,32	0,04	0,05	0,06	0,08	0,22	0,01	0,03		1,34
1906	0,09	0,54	0,38	0,10	0,06	0,11	0,05	0,23	0,03		0,01	1,60
1907	0,03	0,50	0,40	0,05	0,04	0,12	0,04	0,23		0,01		1,41
1908	0,06	0,49	0,21	0,11	0,06	0,10	0,06	0,19	0,01			1,30
1909	0,08	0,39	0,16	0,05	0,05	0,07	0,03	0,17	0,03	0,01		1,04
1910	0,09	0,56	0,39	0,12	0,03	0,11	0,12	0,25	0,02	0,02	0,02	1,72
1911	0,09	0,65	0,36	0,06	0,10	0,13	0,13	0,42			0,02	1,97
1912	0,07	0,72	0,27	0,12	0,05	0,10	0,09	0,28	0,02			1,74
1913	0,05	0,70	0,29	0,16	0,04	0,09	0,10	0,24	0,01	0,04	0,01	1,74
1914	0,07	0,67	0,26	0,11	0,07	0,15	0,10	0,26		0,01		1,72

Fuente: Archivo Municipal de La Unión. Legajos Hospital de la Caridad, Expediente F-34-C; Libro Registro de ingresos, nº 2, 1897-1921.

Anexo 3.- Número de fallecidos en accidentes mineros atendidos en el Hospital de la Unión entre 1887 y 1914

DEFUNCIONES POR TRAUMATISMO PRODUCIDOS EN ACCIDENTES EN LA MINA

	Contusiones abdomen	Contusiones diferentes partes	Heridas vientre	Fractura cráneo	Fractura costillas	Fractura de vertebrae	Fractura de pelvis	Fractura del brazo	Fractura muslo	Fractura muslo	Atrascamiento muslo	Fractura de las piernas	Fracturas complicadas	Quemaduras	TOTAL	TOTAL MUERTOS EN LA PROVINCIA EN ACCIDENTES EN LAS MINAS
1897	2	1		2		2					2	1	3	1	14	21
1898	1			1	2	2	1		1				2	1	11	29
1899	3	1	2	3			2		1		2		2	2	18	47
1900			2		2	1	1	1	2		1		2		12	42
1901	2	2		3	1	3	1	1	1			2	4		20	36
1902	1	1		2		2	1		2		1	1	2	1	14	42
1903	4				1	3	2	1			2		4	2	19	31
1904			1		2	1	3		1			2	3	3	16	28
1905		1		2	1		2	2			2		2	2	14	38
1906	2			1		3		2			1	2	4		15	22
1907	1		3				1	1	2		2		5	1	16	35
1908		2		1	2		1				1	1	2		10	25
1909	4				3	1		1				1	1	2	13	33
1910				1		2	2					2	4		11	22
1911	2	1	1			1		1				3	5	1	15	22
1912	2			1	2		1				1		3		10	24
1913			1	2		3	2				1		4		13	25
1914		1		3		1	1					2	2	1	11	15

Fuente: Archivo Municipal de La Unión. Legajos Hospital de la Caridad, Expediente F-34-C; Libro Registro de ingresos, nº 2, 1897-1921. Los datos de los fallecidos en accidentes laborales en las minas tomados de las Estadísticas Minera(s).