



(P. 328)
SEGUNDA PARTE
EL CUIDADO DE
LA SALUD DE LOS
TRABAJADORES

HOSPITALES
DE EMPRESA:
LOS PRIMEROS PASOS
DE LA MEDICINA
DEL TRABAJO
ALFREDO MENÉNDEZ
NAVARRO

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Rescate de los cadáveres de dos mineros sepultados
en el Pozo Santa Bárbara, Turón (Asturias) (1992).
Autor; J.L. Cerejido. Agencia EFE

INTRODUCCIÓN

La dotación de recursos asistenciales en espacios productivos ha estado históricamente ligada a la consideración social del trabajo. La creciente valoración económica de la salud en el mundo moderno posibilitó la creación de las primeras enfermerías y hospitales a la vez que estimuló el interés de la ciencia médica hacia el trabajo productivo. No obstante, el pleno desarrollo de este fenómeno aconteció en las sociedades industriales en las que la incorporación de los recursos asistenciales al medio laboral fue producto, en primer lugar, de las estrategias de gestión patronal de la mano de obra y, posteriormente, de las prescripciones de la legislación protectora impulsada desde el reformismo social. Precisamente, la legislación de accidentes fue determinante en la configuración de los espacios y las prácticas asistenciales desarrolladas durante el primer tercio del siglo xx, a la vez que moldeó el germen de una nueva especialidad médica, la medicina del trabajo, que en su primera formulación fue conocida con el significativo nombre de «medicina de accidentes».

El objeto de este capítulo es introducir a los lectores en la cronología, la geografía y, especialmente, las funciones desempeñadas por los primeros hospitales o dispositivos asistenciales de naturaleza empresarial creados en nuestro país. Aunque la atención prioritaria corresponde al desarrollo de estos dispositivos en las décadas finales del siglo xix y el primer tercio del siglo xx, dedicaré un primer apartado a explorar los antecedentes en el mundo preindustrial español, en el que encontramos un ejemplo de incorporación de los recursos asistenciales al medio laboral sin parangón en la Europa de la época, las minas de Almadén. En segundo lugar, exploraré el surgimiento de los primeros hospitales de empresa durante el período de la Restauración, proyectos impulsados desde el denominado paternalismo industrial. La creación de hospitales para obreros y sus familias, fundamentalmente en el sector minero, no sólo respondió a la necesidad de facilitar la recuperación de trabajadores cualificados y de difícil reemplazo sino que puede ser también conceptualizada como una más de las estrategias de fijación, adoctrinamiento y modulación de la mano de obra a los requerimientos del nuevo orden industrial. Desde finales del siglo xix, las iniciativas paternalistas se solaparon con las nuevas obligaciones patronales dispuestas por la legislación protectora. El Reglamento de Policía Minera de 1897 y especialmente la legislación de accidentes (1900, 1922 y 1932) fueron las normas que impulsaron la creación de enfermerías y hospitales, que habitualmente actuaron como germen de los servicios sanitarios de la empresa. La restrictiva concepción del accidente en

nuestra legislación y la escasa atención prestada a las enfermedades profesionales explica que tanto en la asistencia prestada, como en la especialización requerida y en la dotación de estos centros sanitarios se privilegiara la vertiente quirúrgica. Por último, me detendré en el tipo de práctica preventiva realizada desde los servicios sanitarios de las empresas. El principal instrumento preventivo fueron los reconocimientos médicos previos y periódicos de los trabajadores junto a la labor divulgadora y educativa. Salvo casos en los que el reconocimiento se insertó en el marco de campañas de lucha contra patologías como la anquilostomiasis o el paludismo, el objetivo prioritario del examen médico fue la detección de «factores predisponentes» entre los aspirantes al ingreso a la empresa, convirtiéndose esta práctica preventiva en un instrumento más de la gestión y selección patronal de la mano de obra.

PRECEDENTES EN EL MUNDO PREINDUSTRIAL: EL REAL HOSPITAL DE MINEROS DE ALMADÉN

El auge del comercio y la implantación de una economía dineraria, junto a la revalorización de las artes prácticas ligada al auge social de la burguesía mercantil, son factores claves para entender el cambio en la apreciación social del trabajo técnico experimentado en Europa desde el período bajo medieval. Dicho cambio se reflejó en la propia atención dispensada por la medicina al trabajo productivo. Las enfermedades derivadas del trato con los metales en la actividad extractiva y metalúrgica fueron las primeras enfermedades de origen laboral que concitaron la mirada médica. Autores centroeuropeos como Ulrich Ellenbog (1440-1499), Paracelso (1493-1541) o Agrícola (1494-1555) dieron a la imprenta a lo largo del siglo XVI las primeras reflexiones sobre los efectos nocivos derivados de la actividad de los orfebres y de los mineros¹.

Por otro lado, el incremento en la escala de las actividades minero-metalúrgicas en el período renacentista y su trascendencia económica favorecieron la creación de los primeros espacios asistenciales para trabajadores en centros mineros. Además de dispensar cuidados generales, en estas enfermerías o pequeños hospitales se desarrollaron precozmente prácticas médicas y quirúrgicas a cargo de médicos, cirujanos o, más frecuentemente, barberos contratados por los empleadores. En los dominios de la corona española podemos señalar diversos ejemplos de enfermerías destinadas a la asistencia de mineros fundadas a lo largo del siglo XVI. Tales son los casos de Almadén o Guadalcanal en la península, o de Potosí y Huancavélica en América. Al margen de la actividad minera, otros ejemplos tempranos de espacios asistenciales destinados a los trabajadores son los vinculados a grandes construcciones, como el caso del hospital para laborantes habilitado durante la construcción del monasterio de El Escorial (1563-1599)².

NOTAS

- 1 MENÉNDEZ NAVARRO, A. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., “Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada”, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8 (1), 2005, pp. 4-13.
- 2 MENÉNDEZ NAVARRO, A. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., “Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada”, op. cit., p. 5; MAGANTO PAVÓN, E., *El Hospital Real de Laborantes de El Escorial (1563-1599)*, El Escorial, Ayuntamiento de El Escorial, 1992.

El auge de las doctrinas mercantilistas durante los siglos XVII y XVIII contribuyó a la culminación de la moderna significación económica de la salud, es decir, de su concepción como capacidad de producir. Para el mercantilismo, la base del engrandecimiento del Estado estaba vinculada a la necesidad de una población en constante crecimiento, población que había que mantener materialmente y cuya salud era preciso conservar para que el mayor número de personas estuviera en condiciones de producir riqueza económica (agricultura, manufacturas, artesanos) o bien de ser utilizado en la forma que requiriera la política estatal. En este nuevo contexto, la ciencia médica fue concebida como un instrumento al servicio del Estado, desarrollando un conjunto de saberes y prácticas en torno a la salud de la colectividad que daría pie al nacimiento de la higiene pública. Así mismo, se intensificó el interés médico por la patología laboral que culminaría con la publicación de la primera sistematización de las enfermedades producidas por el trabajo a cargo de Bernardino Ramazzini (1633-1714). La primera edición de su *Tratado de las enfermedades de los artesanos (De morbis artificum diatriba)*, que vio la luz en 1700 en Módena, revisaba los riesgos laborales y patologías asociadas a 42 oficios distintos. Una cifra que elevó hasta 54 en la segunda edición (Padua, 1713). De igual forma, el impacto de las doctrinas mercantilistas se materializó en el estímulo estatal a las actividades productivas y en una creciente intervención en la dotación de nuevos espacios asistenciales y contratación de profesionales médicos para asistir a los trabajadores³.

Un ejemplo singular de la intervención estatal durante el período ilustrado lo proporcionan las minas de Almadén⁴. Su mercurio desempeñó un papel clave en la economía colonial española, dada su utilización a gran escala en los procesos de amalgamación empleados en el beneficio de las minas de plata americanas. El intento de la Real Hacienda, propietaria de las minas de Almadén, de incrementar la producción de mercurio durante el siglo XVIII, implicó una intensificación de la actividad productiva y, en consecuencia, un aumento de los tradicionales efectos nocivos de su proceso productivo para los operarios. Aunque pocas veces comprometían la vida de los trabajadores, las manifestaciones de la intoxicación mercurial provocaban frecuentes abandonos temporales de los trabajos, representando la principal causa de incapacitación temporal y del acortamiento de la capacidad productiva de los mineros de Almadén. De hecho, la rápida incapacitación de los operarios por motivos de salud limitó la oferta de mano de obra, comprometiendo sistemáticamente el logro de los objetivos productivos fijados por la Real Hacienda.

La intervención diseñada por los responsables de las minas estuvo acorde con el ideario mercantilista. Junto a la atracción de nuevos trabajadores y la introducción de mecanismos que garantizaran, a medio y largo plazo, la «conservación» de la mano de obra empleada en las minas, los dirigentes del establecimiento minero apostaron por una

- 3 MENÉNDEZ NAVARRO, A. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., “Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada”, op. cit., pp. 5-6.
- 4 MENÉNDEZ NAVARRO, A., *Un mundo sin sol. La salud de los trabajadores de las Minas de Almadén, 1750-1900*, Granada, Universidad de Granada-Universidad de Castilla-La Mancha, Colección Chronica Nova de Estudios Históricos, n.º 43, 1996.

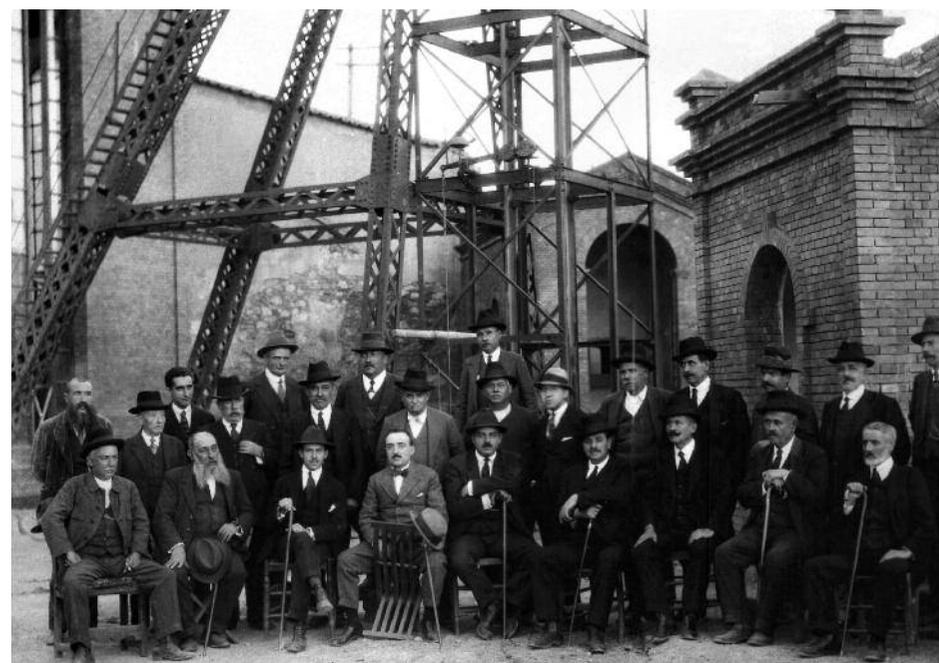
decidida intervención asistencial destinada a facilitar la recuperación de la capacidad productiva de los trabajadores imposibilitados. En 1752 se fundó el Real Hospital de Mineros para reemplazar a la antigua enfermería creada a mediados del siglo XVI. El nuevo hospital, dotado con 40 camas, estuvo destinado a los trabajadores de la explotación y sus familias, es decir, a aquéllos que contribuyeran de forma real o potencial al trabajo productivo. En él se garantizó la prestación de cuidados generales y de asistencia médico-quirúrgica a los trabajadores enfermos o accidentados. La labor asistencial desarrollada por el hospital fue de dimensiones considerables. Entre 1779 y 1807, uno de los períodos de mayor actividad del hospital, el número medio de pacientes ingresados al año superó los 800, con un número de estancias anuales cercano a las 14.600.

Además, el médico y el cirujano del hospital extendieron su labor asistencial al medio domiciliario, ampliando la cobertura del dispositivo sanitario de las minas, íntegramente financiado por la Real Hacienda. El establecimiento proporcionó limosnas o ayudas a los enfermos que permanecían en sus domicilios, dispensando la botica del hospital las medicinas necesarias en condiciones ventajosas. La acreditación del origen profesional de las dolencias que provocaban la incapacitación se convirtió en requisito imprescindible para acceder a las ayudas, otorgando a los facultativos de las minas la competencia y responsabilidad en la gestión de esta modalidad asistencial. Amén de supervisar la evolución de sus pacientes, los facultativos eran responsables de comunicar a las autoridades la «curación», lo que suponía la suspensión inmediata de la ayuda económica, o en caso de no registrarse una recuperación adecuada, proponer el envío del trabajador convaleciente a un destino poco expuesto y de escasa utilidad productiva hasta tanto se recuperase plenamente. Este tipo de permisos, denominados de saneamiento, crecieron a lo largo del siglo XVIII, monopolizando el médico la toma de decisiones sobre el acceso de los trabajadores a ellos.

El caso del Real Hospital de Mineros de Almadén nos proporciona un nítido ejemplo de la finalidad eminentemente utilitarista que tuvo la incorporación de la asistencia médica al ámbito laboral en el período ilustrado. El hospital fue concebido, pues, como un «espacio de enfermos y de médicos» orientado a la recuperación de la capacidad productiva de la fuerza de trabajo. El caso de Almadén ilustra, además, sobre la incipiente conversión del medio laboral en un espacio de legitimación de saberes y prácticas sanitarias. Es decir, de un medio en el que médicos, cirujanos, enfermeros y cuidadores reivindicaron su competencia para devolver la salud al cuerpo de los trabajadores y para dictaminar sobre su adecuación al trabajo.

DEL PATERNALISMO INDUSTRIAL A LA LEGISLACIÓN PROTECTORA: LOS INICIOS DE LOS HOSPITALES DE EMPRESA

La singularidad del caso de Almadén no debe ocultarnos la escasa cobertura asistencial de los trabajadores de nuestro país durante buena parte del siglo XIX, confiada mayoritariamente a las redes de solidaridad obreras y a la beneficencia. Si atendemos al



Propietarios y personal técnico delante del castillete del Pozo San Teodoro de las minas de Almadén (1924). Archivo Histórico. Fundación Almadén Francisco Javier de Villegas

Grupo de mineros de las minas de Almadén (1922). Archivo Histórico. Fundación Almadén Francisco Javier de Villegas

decurso histórico del proceso industrializador español, la minería, los transportes (en particular, el ferrocarril), el textil, la siderurgia y la producción de gas, junto con la construcción, fueron los ramos de la producción que más trabajadores reclutaron y donde los nuevos riesgos del trabajo industrial y de las condiciones laborales se harían más patentes. En el contexto anti-intervencionista del liberalismo económico decimonónico, la dotación de recursos asistenciales en el mundo industrial español fue muy escasa antes de la Restauración.

En el último tercio del siglo XIX, no obstante, el mantenimiento de la fuerza de trabajo y la gestión de los accidentados se incluyeron en las preocupaciones empresariales, articulándose medidas dentro del marco general del paternalismo industrial. Las primeras medidas de intervención médica consistieron en la oferta a los obreros accidentados de cierta protección a través de la dispensación de asistencia médica y farmacéutica o de subsidios durante el período de incapacidad. A menudo dichas ayudas se canalizaban a través de las sociedades de socorros mutuos de fundación patronal — aunque financiadas también con descuentos en los salarios de los obreros, medida siempre polémica—. Los ejemplos de este tipo de prácticas asistenciales discrecionales abundan en sectores industriales como los ferrocarriles o la minería⁵.

La construcción de líneas del ferrocarril ya había supuesto la participación de grandes contingentes laborales y, por ejemplo, los trabajos en la sierra de Guadarrama y en los Pirineos, protagonizados por la Compañía del Norte, se acompañaron de la instalación de sendos hospitales o centros de urgencia y de servicios de ambulancias para el traslado de accidentados. De manera desigual, según las empresas, también se produjo la dotación de servicios médicos de cara a la explotación de las líneas. Entre ellos destacan los de la compañía MZA que, en 1858, poseía un servicio central dotado con cuatro plazas de médicos-cirujanos. Cuatro años más tarde, la compañía creó un servicio sanitario con facultativos al frente de cada área geográfica en la que operaba la compañía y cuya misión era atender a sus trabajadores en caso de accidente o de enfermedad y determinar si eran recuperables para el trabajo. Bajo criterio facultativo, los trabajadores ferroviarios enfermos y accidentados durante el servicio recibían una indemnización temporal, y en casos de siniestros el servicio sanitario proporcionaba gratuitamente las medicinas. Las atenciones médicas se extendían en ciertos casos a las familias de los empleados⁶. La Compañía de Tarragona a Barcelona y Francia (TBF), por su parte, disponía en 1879 de un departamento con 18 médicos, dos de ellos en las oficinas de Barcelona, y el resto repartidos entre las diversas estaciones de la línea. Aunque los traumatismos concitaban la mayor atención, los servicios médicos también prestaban asistencia en caso de dolencias de otra naturaleza, incluida la patología infecciosa. Algunas noticias apuntan, además, a la incipiente atención que recibieron en ámbitos médicos especializados ciertas patologías como la cromatopseudopsia o daltonismo, por su relevancia como posible causa de catástrofe entre los maquinistas que no dis-

5 RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MENÉNDEZ NAVARRO, A., “Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto anti-intervencionista”, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8 (2), 2005, pp. 58-63.

6 JUEZ GONZALO, E. P., *El mundo social de los ferrocarriles españoles de 1857 a 1917*, Madrid, Editorial de la Universidad Complutense, 1992, pp. 306-309.

tinguían las señales de tráfico. Aunque hubo llamamientos en el último cuarto del siglo XIX para la detección sistemática de esta dolencia entre los trabajadores ferroviarios y confirmación de su práctica en algunas compañías, no parece que dichos reconocimientos se generalizaran hasta entrado el siglo XX⁷.

Pero, sin duda alguna, fue en el ámbito minero y metalúrgico donde con mayor frecuencia se dotaron dispositivos asistenciales. Ello fue en buena medida tributario del fuerte impulso que recibió la actividad extractiva en nuestro país en el último tercio del siglo XIX. Desde los años 70 hasta las postrimerías de la Primera Guerra Mundial, la producción española de plomo, cobre, hierro o hulla creció casi ininterrumpidamente. Por su parte, la actividad metalúrgica, en especial la industria siderúrgica, experimentó un despegue más lento en el último tercio del ochocientos. El crecimiento de la actividad y del empleo en estos sectores estuvo acompañado de un aumento notable en el número de accidentes, del que con todas las salvedades aplicables a su fiabilidad, se hizo eco la Estadística Minera de España⁸.

La incipiente legislación protectora prestó atención expresa a la dimensión asistencial de los accidentados. Las Leyes de Minas de 1859 y 1868 convirtieron en obligación estatal la vigilancia de la salud de los trabajadores, si bien su reglamentación efectiva se demoró hasta el establecimiento de una Inspección de Minas en 1897 (Reglamento de Policía Minera de 15 de julio). Este Decreto contempló la obligación del empresario de disponer de medios de auxilio y de asistencia (médico, botiquín, cuarto de curas) y hacer frente a los gastos de atención sanitaria de los accidentados. El Decreto estimuló la creación y mantenimiento de modo individual o compartido entre varias sociedades mineras de «hospitalillos» ubicados en las cercanías de las explotaciones y orientados a la prestación de los primeros auxilios a los accidentados.

Antes de la promulgación del Reglamento de Policía Minera, existieron al menos 14 hospitales mineros activos, todos de reciente inauguración, excepto el ya mencionado Hospital de Mineros de Almadén. La mayor parte de ellos fueron centros pequeños y escasamente dotados, salvo algunas excepciones⁹. En primer lugar, el Hospital de Mineros de Almadén, que seguía combinando de forma singular su financiación estatal con la atención prioritaria a los afectados por la intoxicación mercurial crónica y la extensión de sus cuidados a las familias de los trabajadores. Otros centros hospitalarios de ciertas dimensiones fueron los creados por la empresa británica Rio Tinto Company, encargada de la explotación de las minas de Río Tinto desde 1873, en que fueron adquiridas a la Hacienda Española. Entre las medidas de inspiración paternalista impulsadas por la compañía británica destaca la construcción en 1877 de un nuevo hospital en Río Tinto, que vino a sustituir el

7 ZARZOSO I ORELLANA, A. y RIVES I SOLA, S., “Obra social de dos metges catalans (s. XIX): El Dr. Arró i Triay i el Dr. Carreras i Aragó”, *Gimbernat*, 18, 1992, pp. 171-177.

8 MENÉNDEZ NAVARRO, A. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., “Aproximación al estudio de los recursos asistenciales sanitarios en los establecimientos minero-metalúrgicos españoles a comienzos del siglo XX”, en HUERTAS, R., CAMPOS, R. (eds.), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992, pp. 263-293.

9 DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES, *Informe relativo al estado económico y situación de los obreros de las Minas y Fábricas metalúrgicas de España y organismos de protección instituidos en beneficio de los mismos*, Madrid, Est. Tip. de El Liberal, 1911.



Instalación de carros metálicos de bajada de piedra de las canteras de Añorga. (192?).
Fototeca. Museum Cemento Rezola. Donostia - San Sebastián

hospital creado a finales de los años 60. El servicio sanitario de la empresa, en el que colaboraron facultativos españoles y británicos, se completó con la dotación de consultorios y espacios sanatoriales en las poblaciones donde residía el grueso del contingente laboral de las minas y la construcción en 1885 de otro centro asistencial en Huelva. La concesión de pensiones *ex gratia* a mineros enfermos o accidentados, la construcción de viviendas para obreros y de centros educativos completaban el repertorio de prácticas paternalistas impulsado por la compañía británica¹⁰. Aunque de menor dimensión, pero similar inspiración, también merece destacarse el hospital minero construido en 1873 en la cercana villa de Tharsis por la también británica Tharsis Sulphur and Copper Co. Ltd.¹¹. Por último, merece mencionarse la red asistencial creada en la cuenca minera de Vizcaya por diversas compañías mineras, que en 1880 formaron la Asociación para los Hospitales Mineros de Triano. Esta agrupación fue levantando un grupo de pabellones por diversas explotaciones de la cuenca, cuya función inicial fue la de cuartos de socorro, aunque fueron extendiendo sus cuidados a obreros heridos y enfermos y sus familiares, que contribuían a su sostenimiento mediante un descuento en sus salarios. Hacia 1895 la Asociación contaba con cuatro hospitales en Triano, Matamoros, Galdames y Saltacaballos (este último en la población cántabra de Castro-Urdiales) con unas 250 camas en total y atendidos por nueve facultativos, que extendían su labor al medio domiciliario¹². Tras la aprobación de la legislación de accidentes y la supresión de los descuentos en los salarios de los obreros, los hospitales fueron especializándose hacia la asistencia a los obreros accidentados, convirtiéndose en verdaderos centros quirúrgicos. En 1910, por ejemplo, el principal de ellos, el de Triano, contaba con quirófano bien dotado, equipo de rayos x, sala de esterilización, gabinete fotográfico y laboratorio clínico¹³.

Resulta difícil evaluar las mejoras asistenciales introducidas a expensas del Reglamento de Policía Minera de 1897. El análisis de las memorias de los inspectores de minas en la primera década de funcionamiento parece confirmar que el cumplimiento de la dimensión asistencial del Reglamento fue aceptable, si bien dichas memorias apenas aportan datos sobre las pequeñas explotaciones y talleres donde su cumplimiento sería más problemático y, desde luego, no faltan las denuncias sobre carencias palmarias de cualquier tipo de recurso asistencial. En 1910, el número de «hospitalillos» o enfermerías existentes para dar cumplimiento al Reglamento de Policía Minera superaba las cuatro decenas. Habitualmente contaban con un número reducido de camas, entre una y seis, y un cuarto de operaciones de urgencia para primeras curas. Estaban atendidos permanentemente por un practicante y, con frecuencia, por uno o varios médicos contratados a tiempo parcial. Una vez practicados los cuidados, los pacientes continuaban la curación en sus domicilios. Los casos más graves eran derivados a hospitales municipales o provinciales. Con frecuencia, las empresas mineras y metalúrgicas reservaban un

10 VEGA RUIZ, T., *Presencia de la Medicina Británica en el Suroeste de España (Historia de los Servicios Médicos de Río Tinto)*, s. I. 1986, pp. 5-16; AVERY, D., *Nunca en el cumpleaños de la Reina Victoria. Historia de las Minas de Río Tinto*, Madrid, Labor Universitaria, 1985, p. 189.

11 DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES, *Informe relativo al estado...*, op. cit., p. 307.

12 VITORIA ORTIZ, M., *Los hospitales mineros de Triano*, Bilbao, Ed. Gran Enciclopedia Vasca, 1978.

13 DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES, *Informe relativo al estado...*, op. cit., pp. 90-94.

número de camas o ciertas salas para asistencia a sus operarios a cambio de contribuir proporcionalmente al sostenimiento del hospital¹⁴.

Al margen del Reglamento de Policía Minera, el estímulo fundamental para la creación de centros asistenciales en el medio laboral derivó de la legislación de accidentes de trabajo, mucho más explícita en la regulación de las prestaciones médicas a los obreros siniestrados. La Ley de Accidentes de 1900 obligaba al patrono a garantizar los cuidados médicos y farmacéuticos a los accidentados durante el período de inhabilitación, acabando con la discrecionalidad de las prácticas paternalistas (lo que, entre otras razones, explica el rechazo patronal a esta Ley). Si bien en la mayoría de las ocasiones los heridos o impedidos eran enviados a centros públicos (casas de socorro u hospitales municipales) siguiendo el patrón descrito en las empresas minero-metalúrgicas, esta obligación, junto con la necesidad de enjuiciar la capacidad laboral residual para determinar las indemnizaciones a pagar, favoreció la creación de servicios médicos de las florecientes compañías de seguros y consolidó la tradición asistencial presente en las grandes empresas y en las explotaciones mineras inspiradas en el paternalismo industrial¹⁵.

Así, en torno a 1910, el número de hospitales mineros existentes en nuestro país se multiplicó por dos respecto a los existentes antes de la promulgación de las normativas de policía minera y accidentes. Entre las nuevas fundaciones merece destacarse el hospital sanatorio de Aller en Bustiello, perteneciente a Sociedad Hullera Española, propiedad del Marqués de Comillas. Construido en 1902 en el seno del poblado de Bustiello, quintaesencia del paternalismo industrial asturiano, el hospital reflejó las nuevas «obligaciones patronales» impuestas por la legislación, priorizando la vertiente quirúrgica. Otros ejemplos de hospitales creados al socaire de la nueva legislación pero tributarios al mismo tiempo de la inercia paternalista son el Sanatorio Adaro, en Sama de Langreo (1910), inicialmente impulsado por la Sociedad Unión Hullera y Duro Felguera, o el hospital construido por la compañía Solvay en las minas de Lieres¹⁶.

En la mitad sur peninsular también encontramos nuevos hospitales mineros de ciertas dimensiones. La cronología de su fundación es algo más tardía y mayoritariamente fueron creados por compañías mineras extranjeras. Tales son los casos de la británica New-Centenillo Silver Lead Mines Co. Ltd. en el Centenillo y de la francesa Sociéte Minière et Métallurgique de Peñarroya en Peñarroya-Pueblonuevo. En ambos casos, las labores desempeñadas por sus servicios sanitarios sobrepasaron las impuestas por la Ley de Accidentes, participando activamente en campañas de lucha sanitaria contra padecimientos como la anquilostomiasis o el paludismo¹⁷. Tampoco faltaron hospitales promovi-

dos por compañías españolas como el de Lucainena de las Torres, perteneciente a la Sociedad minera Sierra de Alhambilla, o el de las Minas de la Reunión en Villanueva del Río y Minas explotadas por la compañía MZA¹⁸. Un caso particular que merece atención es el de la cuenca minera de la Sierra de Cartagena-La Unión, donde la atomización de la propiedad minera y la creación de nuevos núcleos de población ligados a la actividad extractiva trasladaron a la beneficencia municipal la asistencia a los obreros accidentados y el sostenimiento del Hospital Minero de la Unión, inaugurado en 1883. En 1900, el mantenimiento del hospital corrió a cargo de una Junta de Patronos integrada por los principales empresarios mineros, y a partir de 1901, ésta suscribió contratos con diversas compañías de seguros para cubrir las prestaciones derivadas de la Ley de Accidentes. Los obreros accidentados asegurados con dichas compañías recibían una atención prioritaria en el hospital y mejoras en las prestaciones farmacéuticas frente a aquellos cuyos empresarios habían concertado la asistencia de forma directa con el hospital¹⁹.

En las empresas no mineras, la creación de dispositivos asistenciales propios de cierta envergadura pareció limitarse a grandes compañías. Un ejemplo de ello lo encontramos en la industria química, un sector con elevada presencia de capital extranjero. La fábrica de la compañía Solvay en Barreda, dedicada a la producción de carbonato de sosa, contó con dos profesionales médicos desde el inicio de su construcción en 1904 y con un edificio para el servicio médico con área de hospitalización desde 1907, cuando se iniciaron las actividades productivas. La frecuencia de lesiones oculares en el proceso productivo implicó que al tradicional equipamiento orientado al tratamiento de los accidentados se uniera un gabinete oftalmológico²⁰. También la Sociedad Electro-Química de Flix (fundada en 1897 por las compañías alemanas Chemische Fabrik Elektron y Elektrizitäts AG) dispuso de servicio médico desde las primeras décadas del siglo²¹. Por su parte, Altos Hornos de Vizcaya construyó en 1911 un sanatorio en Baracaldo dotado de instalaciones quirúrgicas y que también incluyó atención a los partos²².

Las sucesivas reformas de la legislación de accidentes fueron delimitando nuevas garantías a las prestaciones asistenciales. El Reglamento que desarrolló la Ley de Accidentes de 1922 impuso la obligación de dotar servicios sanitarios especiales «en las industrias y trabajos que revistan gran importancia y cierto carácter de permanencia». También se regulaba el ingreso hospitalario de los siniestrados cuando la opción domiciliaria resultara inadecuada. Por último, la Ley de 1922 afrontó medidas para lidiar con el acúmulo de invalideces producto de la accidentalidad laboral, mediante la creación de un Instituto de Rehabilitación Profesional. Al frente de la nueva institución se situó a

14 DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES, *Informe relativo al estado...*, op. cit., pp. 31-33, 71 y 106-124.

15 RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MENÉNDEZ NAVARRO, A., "Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939", *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 9 (2), 2006, pp. 81-88.

16 DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES, *Informe relativo...*, op. cit., pp. 31-33.

17 RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MENÉNDEZ NAVARRO, A., "Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936)", *Asclepio*, 58 (1), 2006, pp. 219-248; MARTÍNEZ ORTIZ, J. J. y TARIFA FERNÁNDEZ, A., *Medicina social, demografía y enfermedad en la minería giennense contemporánea. El Centenillo: 1925-1964*, Jaén, Diputación Provincial de Jaén, 1999, pp. 199-203.

18 DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES, *Informe relativo...*, op. cit., pp. 226, 267-268, 276 y 307.

19 MARTÍNEZ SOTO, A. P. y PÉREZ DE PERCEVAL VERDE, M. A., "Asistencia sanitaria en la minería de la Sierra de Cartagena-La Unión (1850-1914)", en *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica, Murcia 2008*, accesible en URL: <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Asistencia%20Sanitaria.pdf> (consultado el 24 de agosto de 2009).

20 RUIZ PERALES, J. L., *Cien años del Servicio Médico Solvay en Barreda-Torrelavega, 1904-2004*, Torrelavega, Solvay Química SL, 2004, pp. 9-21.

21 MUÑOZ HERNÁNDEZ, P. (coord.), *Centenario de "La Fábrica". De la Sociedad Electro-Química de Flix a Erkimia 1897-1997*, Barcelona, Lunwerg, 1997.

22 ABAD ALDECOA, P., *Historia del Sanatorio Quirúrgico de Altos Hornos de Vizcaya*, Bilbao, tesina de licenciatura, 1981.



Sala de curas del servicio médico de los talleres ferroviarios de Villaverde, Madrid (1930). Col. Museo del Ferrocarril de Madrid. Fundación de los Ferrocarriles Españoles

El Doctor Oller operando a un paciente en el Instituto de Reeducación de Inválidos del Trabajo (1928). Ministerio de Cultura. Archivo General de la Administración. Fondo Alfonso

Antonio Oller Martínez (1887-1937), cirujano especializado en Suiza, donde trabajó en diversos hospitales para trabajadores accidentados. Oller dirigió personalmente la sección médica del Instituto, compuesta por un pabellón de cirugía, varias consultas externas y servicios ambulatorios de fisioterapia, ortopedia, y otros.

En 1931, las coberturas de la legislación de accidentes se extendían a los trabajadores agrícolas y en 1932 la nueva Ley de Accidentes republicana consagraba la obligatoriedad del seguro e introducía las indemnizaciones en forma de renta. La Ley potenció las dimensiones preventivas y rehabilitadoras, culminando estas últimas con la creación en 1933 de la Clínica del Trabajo. Aunque la Ley no estableció la obligatoriedad de asegurar las prestaciones médico-quirúrgicas y farmacéuticas para los accidentados, el Reglamento reguló de forma algo más específica las obligaciones patronales y posibilitó a los obreros la elección de un médico al margen de la opción patronal. No obstante, las evaluaciones de la Ley realizadas en los años inmediatamente posteriores a su puesta en marcha no dejaban lugar a dudas sobre la necesidad de reorganizar dichas prestaciones y estimular la especialización del personal y los medios materiales para la asistencia a los accidentados²³.

A pesar del estímulo que la legislación supuso para la creación de dispositivos asistenciales en las empresas, el recurso mayoritario para el cumplimiento de las obligaciones patronales en el ámbito asistencial durante el primer tercio del siglo xx descansó en las redes asistenciales de las compañías de seguros y, más tarde, de las mutuas patronales. Éstas experimentaron un sensible crecimiento a partir de la Ley de 1922, cuando se rebajaron las condiciones para su establecimiento, y especialmente tras la extensión en 1931 de los beneficios de la Ley a los trabajadores agrícolas y la imposición de la obligatoriedad del seguro en la Ley republicana de Accidentes de 1932²⁴.

Tradicionalmente, las compañías de seguros y las mutuas patronales cubrieron sus prestaciones asistenciales mediante el establecimiento de acuerdos con médicos en las poblaciones donde se ubicaban las empresas asociadas y de concertos con hospitales para ingreso de los casos más graves. A partir de los años 20, el incremento de la actividad de las mutuas y el mayor número de obreros asegurados pusieron de manifiesto las limitaciones de este sistema, estimulando la creación de espacios propios para atender a las obligaciones asistenciales impuestas por el seguro. Tal es el caso, por ejemplo, de la Mutua General de Seguros, constituida en Barcelona en 1907 y que en los años anteriores a la Guerra Civil, una vez impuesta la obligatoriedad del seguro, alcanzó el liderazgo en el ramo de accidentes de trabajo. En 1920, con un número de obreros asegurados que superaba los 31.000 y un ámbito de actuación centrado en Cataluña, la Mutua comenzó la creación de una red de dispensarios o pequeñas clínicas propias en sus principales delegaciones. El primer dispensario se instaló en Badalona en 1921. El dispensario, dotado con 14 camas, material para la hospitalización de los obreros acci-

23 MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M. y SAURA FARGAS, J., *La nueva Ley de Accidentes del Trabajo en su primer año de vigencia. Comentarios médicos*, Madrid, INP, 1936, p. 91.

24 PONS PONS, J., "El seguro de accidentes de trabajo en España: de la obligación al negocio (1900-1940)", *Investigaciones de Historia Económica*, n.º 4, 2006, pp. 79-102.

dentados y gabinete de rayos x, estuvo atendido por un cuadro médico permanente de cuatro médicos y un practicante, bajo la dirección de un director médico, a su vez asesor médico de la Mutua. En 1924 se habilitó el dispensario de Barcelona en la sede central de la entidad, y en 1926 se inauguró otro de menores dimensiones en Viella y un año más tarde, otro en Manresa. En otras localidades se siguió recurriendo a los conciertos con médicos y clínicas y hospitales públicos y privados para la atención médica. El propio dispensario de Badalona fue ampliado en 1927 y se concertaron nuevos servicios como el de fisioterapia, diatermia, masajes eléctricos, baños, rayos ultravioleta, helioterapia, etc., con profesionales de la localidad. Esta red se completaba con la habilitación de pequeños servicios en los botiquines de las grandes empresas asociadas²⁵.

EL NACIMIENTO DE UNA NUEVA ESPECIALIDAD MÉDICA: LA MEDICINA DE ACCIDENTES

Como hemos visto en el anterior apartado, la promulgación de la legislación protectora estimuló la creación de dispositivos asistenciales en el medio laboral y privilegió su orientación prioritaria hacia la prestación de socorros médicos a los accidentados. Precisamente, los servicios médicos de empresas y los dispositivos de las compañías de seguros y mutuas patronales se organizaron como núcleo de una nueva especialidad médica, la «medicina de accidentes».

Tal como sintetizaba Jaime Guerra y Estapé (1860-1947), director médico de la compañía de seguros La Hispania, fundada en Barcelona en 1902 y una de las de mayor implantación en el ramo de accidentes a comienzos de siglo, la Ley exigía un estilo diferente de atención médica (que primaba la rapidez en la recuperación del obrero), como pedía nuevos conocimientos expertos, tanto clínicos, industriales y legales o forenses, y convertía al médico en «poderoso guía de la justicia». Se imponía, pues, la necesidad de una creciente especialización para cumplir adecuadamente la «misión noble y eminentemente social que las leyes de accidentes del trabajo han confiado en manos del médico»²⁶.

Los foros médicos nacionales e internacionales abundaron en la necesidad de la especialización médica y de la mejora de los dispositivos asistenciales. El cuarto Congreso Internacional de Accidentes de Trabajo, celebrado en Lieja en 1905 y convocado por compañías de seguros del ramo, concluyó, sobre la deficiente prestación de los primeros auxilios y malas condiciones de traslado y hospitalización de los siniestrados graves, aspectos que comprometían tanto la salud de los trabajadores como las cuentas de resultados de las compañías. Los congresos internacionales de enfermedades profesionales, iniciados en 1906, también prestaron atención al tema, aunque comprendido

dentro de la preocupación más amplia por la mejora de los servicios médicos de empresa²⁷.

La reivindicación de asistencia especializada seguía vigente dos décadas más tarde. La celebración en 1922 en Zaragoza del Primer Congreso Nacional de Accidentes del Trabajo, presidido por Antonio Oller Martínez, es un buen exponente de las crecientes preocupaciones del variopinto grupo de profesionales que integraba la naciente especialidad. No obstante, dicha formación especializada no se formalizaría en nuestro país hasta finales de esa década. Desde sus diversos puestos oficiales, Oller acometió una intensa actividad docente, organizando cursos anuales sobre Medicina de los accidentes (1928, 1929) y Medicina del Trabajo (1930-1936), así como de Higiene Industrial en la Escuela Nacional de Sanidad (1931-1936). Junto con los alumnos graduados del primer curso de Medicina del Trabajo impartido por él en la Clínica del Trabajo, organizó la Sociedad Española de Medicina del Trabajo (17 de enero de 1934) de la que fue nombrado presidente. El empuje de Oller fue también determinante para la creación en 1934 de la Inspección Médica del Trabajo, adscrita a la Dirección General de Sanidad y con una clara vocación preventiva, y para la elaboración de la Ley de Enfermedades Profesionales, promulgada en julio de 1936, iniciativas ambas de efímera vigencia.

Su *Medicina del Trabajo* (Madrid, Morata, 1934) fue el primer manual de la nueva especialidad. El libro refleja el compromiso entre su perfil como cirujano ortopédico y la novedosa atmósfera republicana entusiasmada por la promoción de la salud pública bajo la forma de medicina social, que él compartió. De esta forma, se alejó del modelo ortopédico-traumatológico de una medicina de los accidentes para postular una disciplina más amplia, en la que había que integrar saberes higiénicos, médico-quirúrgicos, terapéuticos y forenses en relación siempre con el trabajo productivo. La medicina del trabajo justificaba su valor social por incrementar la productividad y por el ahorro que suponía para las empresas la rápida y adecuada recuperación de la mano de obra²⁸.

LA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA TAREA PREVENTIVA: LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

En el ámbito de la prevención, los servicios sanitarios de empresa y los médicos del trabajo abandonaron progresivamente la visión ambiental higiénica que había dominado la higiene industrial decimonónica. Lejos de seguir prestando atención a los determinantes ambientales de la enfermedad o el accidente en el ámbito fabril y especialmente en el extra-fabril (vivienda, alimentación, ocio), los médicos orientaron sus nuevos cometidos preventivos a la detección precoz de los antecedentes patológicos o predisponentes individuales que «favorecieran» el accidente o la enfermedad y a la evaluación de la potencial capacidad productiva del trabajador. Fueron las empresas grandes, en par-

25 PONS PONS, J., *Mutua General de Seguros (1907-2007). Cien años de historia del seguro español*, (inédito). Agradezco a la autora su generosidad por permitirme la consulta de este valioso estudio inédito.

26 GUERRA ESTAPÉ, J., *Congreso médico internacional de Accidentes del Trabajo, celebrado en Lieja del 29 de mayo al 4 de junio de 1905. Apuntes y consideraciones*, Barcelona, Sociedad General de Artes Gráficas, 1905, pp. 5-15.

27 MENÉNDEZ NAVARRO, A. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., "Aproximación al estudio de los recursos asistenciales sanitarios...", op. cit., pp. 274-275.

28 RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MENÉNDEZ NAVARRO, A., "Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social...", op. cit., p. 84.

ticular del ramo minero-metalúrgico, las que de forma pionera introdujeron el reconocimiento médico sistemático del personal a cargo de los servicios médicos patronales. El examen médico quedó, pues, integrado en los procedimientos de admisión y evaluación de los trabajadores como un elemento más de las estrategias patronales de gestión de la mano de obra.

Uno de los casos mejor estudiados en nuestro país es el de la Société Minière et Métallurgique de Peñarroya, responsable de la explotación, entre otras, de las minas de la cuenca hullera de Peñarroya, y que generalizó los exámenes médicos previos al ingreso o cambio de adscripción laboral de sus trabajadores a comienzos del siglo xx. Entre 1904 y 1950, más de 1.400 obreros fueron reconocidos anualmente por término medio en el hospital de la compañía. En períodos de bonanza e incremento de la actividad extractiva del carbón, como por ejemplo la Primera Guerra Mundial, la cifra anual de reconocidos ascendió a 3.500, a la vez que se reducían las exigencias físicas para acceder al empleo. La preocupación prioritaria de los reconocimientos fue la detección entre los candidatos de predisposiciones a padecimientos susceptibles de indemnización. En particular, al padecimiento de hernias, eventualidad que generaba una de cada tres exclusiones o la expresión de reservas médicas para el ingreso en la empresa. En estos y otros casos, el acceso a, o la conservación del empleo, estaban condicionados a la firma de un documento que eximiera al patrono de toda responsabilidad bajo la legislación de accidentes. Además, los reconocimientos contribuyeron a forjar una clasificación de los obreros eminentemente utilitaria, en función de sus capacidades o potencial para contribuir al proceso productivo²⁹.

En el período de entreguerras, esta nueva concepción de la labor preventiva de los servicios médicos de empresa encontró un aliado doctrinal en la denominada Organización Científica del Trabajo (OCT). La OCT, fundamentalmente propagada a través de la obra del ingeniero norteamericano Frederick Winslow Taylor (1856-1915), alcanzó notoriedad en nuestro país a partir de los años 20. Esta nueva disciplina aspiraba a regular la disposición de los diferentes factores de la producción con arreglo a la ciencia como medio de mejorar la eficacia y el rendimiento industrial. Desde el punto de vista de los riesgos laborales, la incorporación de la OCT supuso otorgar un creciente protagonismo causal al factor humano, expresado en términos de disponibilidad constitucional o psicológica, en detrimento de los factores dependientes de las malas condiciones de trabajo. Para la OCT, la prevención de los accidentes laborales tenía un doble componente, el técnico (referido al utillaje y demás asuntos del entorno fabril, que dejaban a la vigilancia de ingenieros) y el individual, puesto que, en igualdad de situaciones externas, el resultado sería o no accidente en función de las condiciones psico-fisiológicas de los operarios³⁰.

29 COHEN, A. y FLETA, A., "Trabajadores rechazados: «riesgo profesional» y gestión patronal del trabajo. Peñarroya, 1904-1950", *Eriá*, 37, 1995, pp. 129-142; VVAA, "La gestión patronal del trabajo y de sus 'riesgos' en Peñarroya (Córdoba), 1902-1950", *Scripta Nova*, n.º 119 (15), 2002, pp. 1-14.

30 MARTÍNEZ PÉREZ, J., "La organización científica del trabajo y las estrategias médicas de salud laboral en España (1922-1936)", *Dynamis*, 14, 1994, pp. 131-158.

A pesar del importante grado de institucionalización que alcanzó en los años 30 en nuestro país la selección y orientación profesional, su introducción en las empresas tuvo que esperar a la posguerra. En ello pesaron tanto las reticencias de los propios empresarios como las duras críticas formuladas desde sectores obreros. No obstante, las nuevas doctrinas inspiradas en la OCT sí impregnaron la concepción de las tareas educativas desarrolladas por los médicos de empresa, al centrar en el ámbito de la decisión personal la responsabilidad principal de la prevención de la siniestralidad en detrimento de los determinantes del riesgo laboral derivados de las condiciones de trabajo y del propio proceso productivo. Así pues, en los años previos a la Guerra Civil, las obligaciones en materia preventiva de un médico de una gran empresa se podían resumir en: inspección médica de los trabajadores antes de ser contratados; investigación minuciosa en caso de accidente; mantenimiento de los registros; informar de las causas de los accidentes más graves y de los más frecuentes; realizar encuestas de higiene y educación sanitaria a través de carteles y charlas divulgativas³¹.

Probablemente, de haber fructificado iniciativas como la Inspección Médica del Trabajo (suprimida en 1939) o la ambiciosa Ley de Enfermedades Profesionales de 1936, la incipiente ampliación de los cometidos de la especialidad podría haber implicado cambios de mucho mayor calado. El régimen franquista, por su parte, mantuvo una concepción de la medicina del trabajo eminentemente asistencial y compensatoria. Esta concepción se plasmó en su modelo profesional, los denominados médicos de empresa, y en los dispositivos creados en las compañías de ciertas dimensiones, los servicios médicos de empresa, regulados en 1956, que modelaron los derroteros de la práctica asistencial en el medio laboral español hasta finales del siglo xx³².



31 GALÁN MARCO, F., "Lo que debe ser un puesto de socorro en una factoría industrial", *Anales del INP*, 1 (12), 1934, pp. 653-659.

32 MENÉNDEZ NAVARRO, A. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., "From 'Accident Medicine' to 'Factory Medicine': Spanish Occupational Medicine in the Twentieth Century" en VVAA, *Origins of Occupational Health Associations in the World*, Amsterdam, Elsevier Science B.V., 2003, pp. 207-216.