

Esta situación repercutía, de forma negativa, en las condiciones de vida y salud, afectando principalmente a la alimentación, la educación y la calidad de la vivienda. Las prestaciones sociales -salario, cobertura por desempleo, sistemas de pensiones, asistencia médica- han contribuido desde el último tercio del siglo XX a la reducción de los riesgos ante la enfermedad y han modificado la situación de pobreza, gracias a la mejora de las condiciones de vida y la reducción de las desigualdades, una situación casi inexistente en el siglo XIX y que fue desarrollándose lentamente en la centuria que acaba de terminar.

Las condiciones de vida y trabajo mejoraron en el periodo 1919-1935, lo que se atribuye, en parte, a la importancia que para la economía española tuvo el estatus de no beligerancia del país en la I Guerra Mundial, pero sobre todo a las luchas sindicales de los trabajadores. La guerra civil y la posterior posguerra condujeron a una clara vuelta atrás, con un considerable aumento de las carencias alimenticias y bienes de consumo, especialmente en los suburbios de las grandes ciudades.

Las condiciones de vida

"Debe procurarse por todos los medios que los alimentos sean abundantes, buenos y baratos. Corresponde a las autoridades el deber de vigilar aquellas condiciones, pues influyen directamente en la mortandad, haciéndola exceder del término medio, cuando los alimentos de consumo son escasos, de mala calidad o caros"

E. Manero Mollá, *Topografía médica de Alicante*. 1883



Las condiciones de vida y salud de la mayoría de la población, es decir, quienes no pertenecían a una minoritaria clase privilegiada y a una reducida clase media, eran muy difíciles en la España de la Restauración y fueron mejorando lentamente, como consecuencia de las luchas sindicales y la puesta en marcha de algunas medidas por parte de la administración, aunque la guerra civil y el primer franquismo supusieron una vuelta atrás en esa mejora.

En España, las crisis de subsistencia estuvieron presentes hasta finales del siglo XIX (1857, 1868, 1879, 1887 y 1898) y el hambre crónica persistió para importantes grupos de población (campesinos y proletariado urbano) debido a los problemas estructurales de la agricultura, las duras condiciones de trabajo y los reducidos salarios.

La alimentación de los trabajadores era claramente insuficiente, les dejaba casi inermes ante la enfermedad y diezaba las generaciones. Apenas probaban la carne, y el pan constituía el alimento básico de su dieta. Las viviendas y lugares de trabajo eran de dimensiones reducidas, carentes de ventilación e iluminación; los pueblos, faltos de alcantarillado y agua potable, mientras que el analfabetismo afectaba a la mitad de la población española hasta los años treinta del siglo XX. No es extraño, pues, que la esperanza de vida de quienes vivían en la campo o en los barrios obreros de las ciudades fuera muy inferior a la de quienes conformaban las clases acomodadas.

Durante la República se abordaron determinadas medidas para mejorar estas pésimas condiciones, desde el fomento de la enseñanza hasta la creación de alcantarillado y conducción de agua potable en muchas localidades, pasando por los intentos de reforma agraria y de protección del obrero. La guerra civil truncó este impulso y en los primeros años del franquismo, y hasta bien entrada la década de los cincuenta, reapareció el hambre y la miseria, en un marco de total subordinación de la clase obrera –que tardó en recuperar el nivel de vida alcanzado en los años treinta- a los intereses de los patronos.

La información acerca de los hábitos alimenticios y del estado de nutrición mejoró al crearse la Comisión Interministerial de Auxilio Internacional de la Infancia en colaboración con la UNICEF y la FAO (1954) para atender, entre otros, los problemas de alimentación y nutrición de la población española. Entre 1956 y 1966 se realizaron encuestas de alimentación y nutrición en el medio urbano y rural lo que permitió conocer la situación real. Las pautas alimentarias tenían importantes déficits en algunos nutrientes debido no sólo a aspectos culturales o socioeconómicos, sino de tipo estructural.

Las políticas sociales de la administración

"Cuando los Ayuntamientos no correspondan a las invitaciones de las Juntas Provinciales de sanidad y las familias pobres carezcan de asistencia facultativa y de los medicamentos necesarios para la curación de las enfermedades, el Gobernador civil podrá obligar a las municipalidades a que se provean de facultativos titulares para la asistencia a los pobres, exigiendo a las mismas la responsabilidad a la que hubiera lugar, cuando ocurriese alguna defunción de la clase menesterosa"

Ley de 28 de noviembre de 1855, Artículo 65

Hasta principios del siglo XX no se abordó en España una decidida política que dotara a la sociedad de una legislación en la que se contemplaran las distintas facetas de las condiciones de vida de los trabajadores. La primera Ley de sanidad española fue aprobada en 1855, en el contexto político del bienio progresista y el epidémico del cólera. En sus artículos 64 y 65 invitaba a los municipios a prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres (algo ya estipulado en la Ley de Beneficencia de 1849).

La creación en 1883 de la Comisión de Reformas Sociales marca el punto de inflexión de las

políticas de protección social en España. El objetivo de la Comisión era recoger información sobre la situación del proletariado para disponer de datos precisos sobre los problemas sociales y, en consecuencia, buscar soluciones armónicas, evitando la confrontación social. De ahí surgirán los primeros intentos de seguros colectivos de los trabajadores: las cajas de retiros y socorros para enfermos e inválidos del trabajo.



A partir de 1900 se promulgaron la Ley de Accidentes de Trabajo, la Ley de Descanso Dominical, leyes que protegían y regulaban el trabajo femenino e infantil, etc. Pero toda esa legislación social no tuvo un reflejo inmediato en la práctica, sino que su cumplimiento dependió de la fuerza de las organizaciones obreras y de la actividad de los vocales obreros del Instituto de Reformas Sociales -creado en 1903- en su labor de inspección y denuncia. La resistencia de la clase dominante al cumplimiento de este tipo de legislación social resultó habitual en la mayoría de los casos.

En 1908 se creó el Instituto Nacional de Previsión (INP), que promovía la previsión popular, sobre todo, en forma de pensiones de retiro. Posteriormente aparecieron el Retiro Obrero (1919), el Seguro de Maternidad (1929), las Cajas nacionales contra el paro forzoso (1931) y el Seguro de trabajo contra accidentes en la industria (1932), que son otros tantos hitos en el desarrollo de esta línea de previsión que se vio truncada por la guerra civil.

En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para atender “con carácter obligatorio a todos los productores económicamente débiles”. Se financiaba con las cuotas de empresarios y trabajadores por cuenta ajena y también cubría a sus familias. El encargado de ofrecer esos servicios sanitarios fue el INP y, poco a poco, fue ampliando el número de usuarios y de prestaciones. Otras iniciativas en este sentido fueron el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (1947), el de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (1956), el Seguro de Paro (1959) y el Seguro de Desempleo (1961), hasta que la aprobación de la Ley de

Bases de la Seguridad Social (1963) unificó y coordinó las instituciones preexistentes creando un sistema de Seguridad Social que integraría progresivamente a aquellos que desarrollaran algún tipo de actividad profesional.

La respuesta de la sociedad

"Como el tiempo ha de inutilizar algunas operarias hasta el extremo de ganar muy poco o nada para su alimento, el director de la Fábrica hará que, entre todas, se establezca una Hermandad de Socorros sobre reglas caritativas a fin de que con su asistencia se evite la mendicidad de aquellas ancianas necesitadas"

Reglamento para el funcionamiento de la Fábrica de Tabacos de Alicante. 1817

La asistencia sanitaria se consideraba como un complemento de las prestaciones propias de las políticas sociales. Antes de la guerra civil, los seguros libres en forma de Mutualidades y Socorros Mutuos, montepíos, mutuas o igualas, eran los sistemas, en general poco eficientes y con una cobertura reducida, mediante los cuales se llevaba a cabo la atención médica. Predominaba un contexto liberal en el que al individuo se le consideraba responsable de la atención a su enfermedad, mientras que las administraciones (Estado, Diputaciones, Ayuntamientos) se ocupaban de los aspectos de salud pública y Beneficencia, a través de una red de hospitales y dispensarios.



Los obreros no contaban con ninguna ayuda estatal y se veían en la necesidad de asociarse para socorrerse mutuamente en caso de accidente de trabajo, enfermedad o muerte. Desde finales del siglo XIX se asiste a un incremento de las organizaciones obreras que, partiendo en algún caso de los antiguos gremios, tratan de buscar una solución para sus terribles condiciones de vida y trabajo, mediante los socorros mutuos. Algunos ejemplos pueden ser el Circulo Obrero Ilicitano (1885), que disponía de asistencia facultativa, biblioteca y una escuela nocturna; la cooperativa "El Porvenir" de Villena, las Mutualidades Obreras de distintas localidades y oficios, etc.

Más adelante, en el siglo XX, mientras que los socialistas utilizarán la sindicación "a base múltiple" -combinando la lucha sindical estricta con los socorros mutuos e incluso las cooperativas de consumo o vivienda-, los anarquistas se centrarán exclusivamente en la lucha sindical, sin admitir la intervención mediadora del Estado, en la que, a pesar de todo, confiaban los socialistas, a través de las Juntas de Reformas Sociales.

Uno de los primeros ejemplos de este tipo de organización obrera surgida con el fin de mejorar las condiciones de vida y trabajo fue la Hermandad de Socorros Mutuos de la Fábrica de Tabacos de Alicante, regida por un Reglamento (1868) que regulaba las aportaciones mensuales de las trabajadoras y las prestaciones a las que tenían derecho: el médico titular de la Hermandad, así como otros facultativos contratados en Sant Joan, San Vicent del Raspeig y Mutxamel, donde residían muchas de las cigarrerías, el farmacéutico titular y los gastos de entierro y sacramentos, así como las pensiones de jubilación. Con posterioridad, ya en el siglo XX, se crearon una Caja de Auxilios y la Caja de Ahorros y Préstamos, que tuvieron vigencia hasta la guerra civil.

El trabajo y los riesgos para la salud en la ciudad de Alicante

"El absoluto abandono de las reglas higiénicas y sanitarias; la proximidad del cementerio; las malas condiciones de los edificios en que viven amontonadas las clases proletarias; la insuficiente y mala calidad de los alimentos frecuentemente adulterados por especuladores sin conciencia, unido al abuso del vino y de las bebidas alcohólicas y de los placeres sensuales, motivos son que contribuyen al exceso de la mortalidad"

Primitivo Carreras, *Medios de mejorar las condiciones higiénicas de Alicante*. 1886

Según la *Memoria higiénica de Alicante* (1894), obra de los higienistas Esteban Sánchez Santana y José Guardiola Picó, las principales industrias de la ciudad a principios del siglo XX eran, en primer lugar, la Fábrica de Tabacos -cuyo número de trabajadoras osciló entre las 500 del momento en que se fundó y las 5.000 de finales del siglo XIX-, la Fábrica de Gas, las de refinado de petróleo, una fábrica de aceite de orujo y otras de conservas, luz eléctrica, harinas, chocolate, pastas alimenticias; varios telares y dos fábricas de aserrar madera; alfarerías, fundiciones y talleres metalúrgicos y cinco fábricas de productos hidráulicos.



Evaristo Manero Mollá, en su *Topografía médica de Alicante* (1883), aporta datos para “estudiar a fondo todas las necesidades de esta clase desheredada”. Los jornaleros del campo trabajaban desde las seis de la mañana a las ocho de la tarde con un descanso de una hora al mediodía para comer, siempre a base de vegetales y salazones. El campo alicantino no permitía la supervivencia de los muchos trabajadores agrícolas, que se veían obligados a emigrar al Norte de África y al Mediodía francés. De los trabajadores de la ciudad, el oficio más peligroso para la salud era el de albañil “*que con gran frecuencia tiene que sufrir desgracias lamentables, debidas al atrevimiento de trabajar sobre andamios estrechos y defectuosos*”. El trabajo de las cigarreras provocaba una gran cantidad de accidentes por el manejo de las máquinas: traumatismos en manos, extremidades y en la jaula torácica, además de distensiones ligamentosas en la zona lumbo-sacra. Del mismo modo, debido al hacinamiento y las malas condiciones higiénicas de la Fábrica, proliferaban las enfermedades infectocontagiosas. También los obreros del puerto afrontaban importantes riesgos para la salud, dada la dureza del trabajo y las extenuantes jornadas, a veces de dieciséis horas diarias, pues cobraban en función de las mercancías que trasladaban.

Por otro lado, en la documentación que se custodia en el Archivo Municipal de Alicante es posible investigar las distintas denuncias por parte de los vecinos de Alicante motivadas por la instalación de industrias nocivas para la salud pública. Las protestas apuntaban, sobre todo, hacia los depósitos de salazones, la fábrica de gas y la fábrica de abonos orgánicos. De igual modo, se protestaba por los molestos ruidos o los desagradables olores que estos lugares causaban.

Los higienistas recomendaban también mejorar la educación de los obreros: “*Fomente pues, nuestro Ayuntamiento, en obsequio a estos preceptos de salubridad, la creación de centros*

instructivos para la clase obrera, que elevando la dignidad del hombre le proporciona un descanso útil".