

Médicos, medicina y salud laboral en España. Una mirada constructivista al abordaje de las enfermedades profesionales, 1900-1975

Alfredo Menéndez Navarro

INTRODUCCIÓN

Desde las décadas finales del siglo XIX, en contextos políticos marcados por los movimientos de reforma social, distintos países occidentales incorporaron en sus legislaciones normas destinadas a afrontar los efectos derivados de los accidentes laborales. Bien a través de ellas, bien a través de normas específicas, algunas otras dolencias ligadas a la actividad productiva fueron lenta y fragmentariamente incorporadas como objeto de atención legislativa y médica. Este conjunto de normas tuvieron una clara orientación reparadora, por lo que cabría interpretar este corpus legislativo como la expresión de un pacto social destinado a desactivar las demandas sociales y judiciales obreras a cambio de

compensar parcialmente los riesgos derivados de la actividad laboral.

Para el que podríamos definir como modelo experto de identificación de riesgos laborales, el tardío y fragmentario reconocimiento de las enfermedades profesionales estaría causado por las dificultades inherentes al establecimiento de una relación causal inequívoca entre los procesos y agentes nocivos a los que se encuentran expuestos los trabajadores en el desempeño de su actividad productiva y las alteraciones morbosas de ellos resultantes. Este modelo interpretativo presta, además, especial atención al protagonismo de las características personales del trabajador (sea entendida en términos de predisposición moral, constitucional, psicológica o genética) en la aparición y desarrollo de la enfermedad¹.

1 MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2003, 6 (4), 158-165.

Este modelo interpretativo canónico de las enfermedades profesionales ha sido cuestionado desde diversos ámbitos, comenzando de forma singular por el propio movimiento obrero. Algunas de las primeras definiciones acuñadas por organizaciones sindicales a comienzos del siglo XX pusieron de manifiesto las arbitrariedades que incorporaban los conceptos de accidente y enfermedad profesional y el carácter restrictivo aplicado a este último. Las ciencias sociales, en particular la historia social de inspiración constructivista, han contribuido también a evidenciar sus limitaciones. Fundamentalmente, su concepción reduccionista del riesgo y la negación del papel que los factores socioeconómicos, políticos y culturales juegan en el reconocimiento de las relaciones causales entre los procesos productivos y los daños a la salud de los trabajadores.

Es precisamente desde ese marco teórico desde el que abordaré el encargo que he recibido. En primer lugar me detendré en algunos elementos conceptuales del constructivismo social y su capacidad de enriquecer nuestra interpretación de los fenómenos que median la identificación de las enfermedades profesionales. Carecemos, no obstante, de una teoría general que permita identificar cómo los distintos factores sociales y culturales modulan el reconocimiento de las enfermedades profesionales, por lo que el estudio de casos sigue siendo un recurso insustituible en este tipo de acercamientos. En la segunda parte de este trabajo analizaré la evolución histórica del abordaje de las enfermedades profesionales en nuestro país, desde los inicios de la legislación social hasta el final del régimen franquista. Ya anticipo que el periodo franquista está insuficientemente tratado

y, al igual que el resto de los periodos analizados, se beneficiará de las evidencias que aporten estudios centrados en los numerosos procesos morbosos y actividades productivas que no han recibido atención historiográfica hasta la fecha. Será, por tanto, el primer esbozo de un estudio que requiere investigaciones suplementarias. Por último, concluiré con unas breves reflexiones que intentan contribuir desde mi experiencia como historiador de la salud laboral a la mirada pluridisciplinar sobre las enfermedades profesionales que ha inspirado este monográfico.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Los orígenes del constructivismo social están ligados al creciente cuestionamiento de la ciencia y la medicina experimentado en las sociedades occidentales a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta del siglo XX. La imposibilidad de seguir manteniendo la separación entre hechos y valores, entre teoría y contexto social a partir de la obra de Thomas Kuhn² y la recuperación del sociologismo de entreguerras, posibilitó la crítica de los movimientos contraculturales (feministas, antipsiquiatría, pacifistas o antinucleares) al *status* epistemológico de la ciencia. Crecientemente ésta fue conceptualizada como «práctica» y como «instrumento» de generación de conocimiento frente a la visión tradicional de la misma como lectura fidedigna del «libro de la naturaleza» ajena a los intereses sociales o influencias culturales. Así mismo, la crítica se dirigió a la concepción de la ciencia como instrumento de control ideológico, señalando

2 KUHN, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1971 [ed. orig. 1962].

su «connivencia» con el poder establecido, cuestionando su *status* de agente benefactor de la humanidad y estimulando los acercamientos que primaban el análisis de las influencias ejercidas por los diferentes contextos sociopolíticos en la configuración y desarrollo institucional de la actividad científica³.

La biomedicina, en tanto que instalada en una situación de privilegio epistemológico similar, también fue objeto de críticas. A ellas habría que unir el cambio de actitud de la población hacia la medicina en las sociedades occidentales, materializado en el propio cuestionamiento de su contribución a la mejora de las condiciones de salud y al retroceso de la mortalidad⁴, o en la consideración del sistema médico como agente productor de enfermedad⁵. A la irrupción de críticas sobre el nulo papel que para las expectativas de vida tenía el incremento del gasto médico, alentadas por la reflexión de los propios profesionales sanitarios en torno a los criterios de distribución de recursos en los diversos estamentos del sistema asistencial, habría que unir la recriminación realizada desde el discurso feminista por la expropiación de áreas tradicionales de actuación y cuidados de las mujeres⁶.

Es en este contexto en el que se abre paso la percepción del conocimiento médico como construcción social. Para este enfoque las

ideas médicas son el producto de una práctica social (conocimiento en uso) y las enfermedades fenómenos sociales, cultural e históricamente contingentes. No se trata de negar —como ha señalado la crítica más grosera— la existencia de las enfermedades ni de afirmar el carácter irracional o espurio del conocimiento médico. Las enfermedades —descartado el ontologismo nosológico, es decir, su concepción como objetos o entidades naturales (biológicas) presentes con anterioridad e independientemente a su aislamiento o designación por los médicos— existen como padecimientos que no tienen necesariamente una forma universal, transhistórica. La medicina, por su parte, es conceptualizada como una forma de práctica social que observa, codifica y entiende estos padecimientos, incardinándolos tanto en el colectivo profesional como en la sociedad en su conjunto⁷.

Frente a los tradicionales acercamientos histórico-sociales sobre la enfermedad centrados en el estudio de los factores sociales que influían en su génesis, que explicaban su desigual distribución entre la población o que informaban de las respuestas colectivas a la misma, el constructivismo centra su atención en los elementos moduladores de la enfermedad como entidad intelectual. Una entidad mediada por factores sociológicos, psicológi-

3 JORDANOVA, Ludmila J. The social sciences and history of science and medicine. In: P. Corsi; P. Weindling (eds.), *Information sources in the history of science and medicine*, London, Butterworths, 1983, pp. 81-96; PORTER, Roy. The history of science and the history of society. In: Robert C. Olby et al. (eds.), *Companion to the history of modern science*, London, Routledge, 1990, pp. 32-46; WRIGHT, Peter; TREACHER, Andrew (eds.). *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 1982, pp. 7-8.

4 Este debate fue iniciado en la década de los cincuenta por Thomas McKeown y R. J. Brown con su controvertido artículo «Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century». *Population Studies*, 1955, 9, 119-141, limitado a la denominada transición demográfica, y culminó en la década de los setenta con los trabajos de McKeown, especialmente, *The modern rise of population* (London, 1976) y *The Role of Medicine. Dream, mirage or nemesis?* (Oxford, 1979).

5 ILLICH, Ivan. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*, México, Joaquín Mortiz / Planeta, 1986 [ed. orig. 1976].

6 WRIGHT; TREACHER (1982), pp. 1-8.

7 WRIGHT; TREACHER (1982), pp. 1-22; BUJOSA HOMAR, Francesc. Método científico y sociología de la ciencia: el constructivismo. In: María José Ruiz Somavilla et al. (eds.), *Teoría y método de la medicina*, Málaga, Universidad de Málaga, 1992, pp. 67-80.

cos, lingüísticos, culturales, etc., y cuya exploración nos permite constatar la amplia gama de modos en que se configuran las experiencias corporales de la enfermedad y su plasmación como realidad social⁸.

En el caso de los padecimientos ligados a la actividad productiva, el abordaje constructivista ha puesto de manifiesto cómo el propio concepto de enfermedad profesional sólo es entendible en el contexto de las sociedades industriales dotadas de sistema de compensación de los riesgos laborales. La identidad de las enfermedades industriales se nutre tanto de su consideración como entidad indemnizable como de la necesaria existencia de una relación causal entre el daño a la salud y las condiciones de trabajo, los procesos productivos o las sustancias manipuladas en el desempeño de la actividad laboral.

Es, precisamente, en el establecimiento de dicho nexo causal en el que mejor puede percibirse cómo intervienen los determinantes sociales y culturales. Así, la cultura experta concibe dicho proceso como un «desvelamiento» de los factores etiológicos de la enfermedad que operan de forma singular en el ámbito laboral y que explicaría la presencia específica del daño en ciertos grupos poblacionales (los trabajadores expuestos y/o predispuestos). El «desvelamiento» tendría lugar a través de la búsqueda de evidencias científicas en el ámbito de la clínica, el laboratorio o la epidemiología. La dolencia alcanzaría el rango de enfermedad profesional una vez establecida sobre una base objetiva la vinculación entre exposición al riesgo específico y la aparición del daño y sería, precisamente, la obtención de nuevas evidencias científicas

lo que permitiría extender el catálogo de enfermedades profesionales.

Frente a esta concepción, el constructivismo social defiende la naturaleza social del propio proceso de búsqueda de evidencias y asimila el concepto de objetividad científica al de logro del consenso entre los agentes sociales involucrados. El reconocimiento de una patología como enfermedad profesional estaría supeditado, pues, a la existencia de un sistema legal —entendido como respuesta defensiva de los sectores dirigentes o como pacto entre agentes sociales— que reconozca la obligación de hacer frente (normalmente en forma de compensación económica) a los problemas sociales derivados de la pérdida de la salud de los trabajadores. Para hacer entendible dicho problema como de origen laboral será necesario expresarlo en términos médicos de causalidad, proceso en el que operan tanto factores epistémicos como sociales y culturales. Así, el reconocimiento médico del problema estará influido por las diversas variables sociales, de género, de etnia o culturales, entre otras, que median entre los médicos y la población afectada. Además, el establecimiento de esa relación causal objetiva estaría ligado al logro de un consenso entre las fuerzas sociales (empresarios, trabajadores, sindicatos, responsables gubernamentales, aseguradoras, expertos médicos, etc). Es precisamente la ruptura de dicho consenso, como producto de la alteración en la correlación de fuerzas entre los diferentes agentes sociales, lo que determina la redefinición de la enfermedad en términos más amplios o más restrictivos y la inclusión o exclusión de otros padecimientos en la categoría de enfermedad profe-

8 LACHMUND, Jens; STOLLBERG, Gunnar (eds.). *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 1992 (p. 1-2); CUNNINGHAM, Andrew. La transformación de la peste: El laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas. *Dynamis*, 1991, 11, 27-71.

sional. El logro de un nuevo consenso social es lo que dota de legitimidad a la evidencia científica que avala el cambio de concepción de la enfermedad⁹.

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XX

No cabe, pues, concebir la enfermedad profesional sin la existencia de un sistema social de reconocimiento y compensación del daño atribuido a la actividad laboral. El surgimiento de estos sistemas hay que buscarlo en las sociedades industriales del último tercio del siglo XIX, marcadas por la creciente conflictividad social y contestación obrera (lo que nuestro país se conoció como la *cuestión social*). En el seno de estas sociedades se articularon debates en torno a la necesidad de superar el tradicional anti-intervencionismo estatal y hacer frente, entre otros riesgos sociales, a los daños ligados a la actividad productiva. Los accidentes laborales, asumidos como efectos colaterales del progreso industrial, se convirtieron en el punto central de la atención de los reformistas sociales porque constituían un problema agudo y omnipresente, tanto desde la perspectiva de los trabajadores como del sistema productivo. Otros padecimientos derivados de la actividad productiva, como las intoxicaciones por

metales pesados, no concitaron un consenso social y científico hasta tiempo más tarde a pesar del desarrollo experimentado por la toxicología industrial en la segunda mitad del siglo XIX y la creciente incorporación de sustancias tóxicas en los procesos productivos, particularmente en la industria química. En consecuencia, las diversas legislaciones nacionales adoptadas se significaron por su limitada cobertura de los riesgos laborales y por su carácter eminentemente compensador.

I. LA ESPAÑA DE LA RESTAURACIÓN

Tal fue el caso de nuestro país. El primer fruto legislativo de la reforma social en España fue la Ley de Accidentes de 1900. Esta norma consagró el principio jurídico del riesgo profesional, que atribuía al empresario la responsabilidad en la reparación de «toda lesión corporal sufrida con ocasión o por consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena». Esta formulación fue muy cuestionada por los círculos empresariales y las compañías aseguradoras, que se opusieron desde el principio a una interpretación amplia del precepto que pudiera proporcionar cobertura a otros padecimientos ligados al trabajo y rechazaron la posibilidad de realizar modificación alguna de la ley que permitiera la inclusión expresa de las enfermedades profesionales¹⁰. Por el con-

9 Aunque con diferencias de perspectiva, tales planteamientos han sido defendidos en trabajos como FIGLIO, Karl. How does Illness Mediate Social Relations? Workmen's Compensation and Medico-Legal Practices, 1840-1940. In: Peter Wright; Andrew Treacher (eds.), *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 1982, pp. 174-224; NUGENT, Angela. The Power to Define a New Disease: Epidemiological Politics and Radium Poisoning. In: David Rosner; Gerald Markowitz (eds.), *Dying for Work: Workers' Safety and Health in Twentieth-Century America*, Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press, 1989, pp. 177-191; ROSNER, David; MARKOWITZ, Gerald. *Deadly Dust: Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth-Century America*, Princeton, Princeton University Press, 1991; MILLES, Dietrich. Medical Opinion and Sociopolitical Control in the Case of Occupational Diseases in late Nineteenth Century Germany. *Dynamis*, 1993, 13, 139-153; DEMBE, Allard E. *Occupation and Disease: How Social Factors Affect the Conception of Work-Related Disorders*, New Haven, Yale University Press, 1996.

10 En el Primer Congreso del Seguro Social, celebrado en 1902 en Bilbao por compañías aseguradoras y en el Primer Congreso de Federaciones de Empresarios (Zaragoza, 1914) ambos colectivos abundaron en la necesidad de precisar (*sigue*)

trario, uno de los ejes de la moción obrera para la reforma de la ley, canalizada a través de su representación en el Instituto de Reformas Sociales en 1904, fue la interpretación amplia del principio del riesgo profesional, reconociendo de forma explícita el supuesto de enfermedad¹¹. Un planteamiento que se repitió en otras acciones de protesta obrera a lo largo del primer tercio del siglo XX¹² o en foros como los congresos de la UGT¹³.

La aplicación restrictiva del principio del riesgo profesional fue la norma. No obstante, la jurisprudencia generada por el Tribunal Supremo a partir de su sentencia de 17 de junio de 1903 permitió amparar algunas intoxicaciones crónicas de origen laboral como el saturnismo y algunas otras dolencias ligadas a la exposición a condiciones insalubres bajo el paraguas de la legislación contra accidentes¹⁴. A menudo esta jurisprudencia ha sido presentada por observadores coetáneos y analistas de la legislación como exponente del amplio rango de cobertura de la norma española y de la ausencia de necesidad de legislar específicamente sobre enfermedades profesionales al consolidar la concepción del accidente desde el punto de vista de la producción de la lesión en detrimento de su con-

cepción como suceso repentino e imprevisto. Desconozco el impacto de esta jurisprudencia sobre la aplicación cotidiana de la ley, pero lo cierto es que desde 1903 hasta 1932, el Tribunal Supremo volvió a fallar en 23 ocasiones más sobre recursos relativos a casos de saturnismo, lo que apunta a una ausencia de normalización en el reconocimiento de dichas intoxicaciones como enfermedad profesional. Además 10 de esos fallos desestimaron el recurso obrero, denegando la indemnización. En total, desde 1903 hasta 1932 el Tribunal Supremo emitió 64 sentencias sobre reconocimiento de indemnización como enfermedad profesional. Más del 80% de ellas (53) consideraron procedente la indemnización y 11 desestimaron el recurso por no acreditarse la relación causal o no demostrarse que la enfermedad había sido adquirida durante el servicio al demandado. Casi las tres cuartas partes del total de sentencias (47) fueron emitidas a partir de años veinte, un periodo marcado por la creciente conflictividad social. Entre las dolencias reconocidas están la intoxicación por plomo (24 sentencias, 10 denegatorias), por fósforo (1 sentencia), por vapores de azufre (3 sentencias), dolencias causadas por condiciones insalubres del ambiente de trabajo

(continuación) en sentido restrictivo el concepto de accidente, en tanto que sucedido repentino, fortuito, violento e inintencionado. RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2006, 9 (2), 81-88; MONTERO GARCÍA, Feliciano. Una primera experiencia de seguro obrero en España: el seguro de accidentes del trabajo. In: *Los seguros sociales en la España del siglo XX. Orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988, pp. 119-189.

11 MONTERO GARCÍA (1988), p. 161.

12 COHEN, Arón; FERRER, Amparo. Accidentes y enfermedades profesionales de los mineros: realidad y derecho. In: R. Huertas; R Campos (eds.), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX-XX)*, Madrid, FIM, 1992, pp. 215-244 (p. 226-7).

13 Las reivindicaciones sobre la necesidad de reformar la legislación de accidentes fueron una constante en los congresos de la UGT celebrados en los años 1916 y 1920. En este último, además de reiterar la reivindicación de la obligatoriedad del seguro y su extensión a los obreros agrícolas se solicitaba la inclusión de las víctimas de enfermedades profesionales entre los beneficiarios. CUESTA BUSTILLO, Josefina. *Los seguros sociales en la España del siglo XX. Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988, pp. 703-704.

14 COHEN; FERRER (1992), pp. 226-227. Como ha señalado MONTERO GARCÍA (1988), p. 161, la representación obrera en el IRS consideraba contradictorias estas sentencias con el espíritu de la Ley de 1900.

(4 sentencias), dermatitis (1 sentencia), infecciones (2 sentencias), cáncer (1 sentencia) y otras enfermedades sin especificar (28 sentencias, una de ellas denegatoria)¹⁵.

¿Qué posiciones defendieron los profesionales médicos a este respecto? Como reflexión general cabría apuntar que la opinión médica estuvo condicionada por el protagonismo que la legislación de accidentes otorgó al conocimiento experto como sostén de toda intervención en el medio laboral. La normativa de accidentes dotó de nueva legitimidad a la profesión médica para determinar el estado de salud de los trabajadores, establecer la existencia de relación causal entre riesgo y lesión, discernir si la lesión podía ser conceptualmente legalmente como accidente o valorar el daño residual con vistas a su indemnización. Por otro lado, la obligación impuesta por la ley al empresario de proporcionar atención médica a sus trabajadores en caso de accidente consolidó un nuevo espacio para la práctica médica. Peritaje, asistencia y, en menor medida, rehabilitación se convirtieron en el núcleo de una nueva especialidad médica que se articuló en torno a los servicios médicos de las compañías de seguros y de las mutuas patronales. Jaime Guerra y Estapé (1860-1947), director general médico de una de esas compañías, La Hispania, lo exponía con nitidez en 1905:

«En efecto, dado un accidente, sólo el médico podrá discernir si la causa correspondió al efecto; si la lesión constituye o no un acci-

dente en el sentido legal de la palabra y, una vez admitido el daño corporal como accidente, sólo el médico, y nadie más que él, puede tratarlo convenientemente.

No es esto sólo; terminada la curación quirúrgica del mal, cabe que éste deje como rescaldo la pérdida anatómica o funcional de uno o más miembros o de alguna parte importante del organismo, y es notorio que en estos casos, tienen gran influencia los conocimientos del médico para precisar la importancia orgánica o funcional de aquella pérdida, y los jueces acuden a ellos, para poseer elementos suficientes de apreciación»¹⁶

La nueva especialidad, conocida como «medicina de accidentes» (*Unfallheilkunde* según la denominación germana o *Infortunistica* en italiano), respondía pues a las nuevas necesidades impuestas por la legislación: un estilo diferente de atención médica que primaba la rapidez en la recuperación de los obreros, así como nuevos conocimientos expertos, tanto clínicos, industriales y legales o forenses, que convertían al médico en el «máspreciado guía» de la justicia¹⁷.

Aunque la legislación europea presentaba importantes disparidades, los médicos de comienzos del siglo XX en general asumieron la concepción legal de accidente más restrictiva, incorporando de esta forma una primera mirada reduccionista a los daños derivados de la actividad laboral. O dicho de otro modo, la exclusión legal como objeto de indemnización de aquellos daños causados por el trabajo que

15 Hay una relación de sentencias en el Anteproyecto de Bases para la aplicación del Convenio sobre Enfermedad Profesional. Informe del Asesor Jurídico. Madrid, 16 de enero de 1934. Archivo Histórico INP, Carpeta 46, Subcarpetilla 1, documento 5. Por su lado COHEN; FERRER (1992), pp. 227-229, han analizado 343 sentencias relacionados con accidentes de trabajo en minas, funciones y canteras. Aunque no proporcionan el número de fallos referidos a intoxicaciones, su estimación indica que el grueso de las sentencias que he comentado estarían relacionadas con estos sectores productivos.

16 GUERRA ESTAPÉ, Jaime. *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, p. 6.

17 GUERRA ESTAPÉ (1905), p. 7.

no tuvieran un origen súbito (al margen de algunas intoxicaciones), condicionó el propio acercamiento médico a los riesgos laborales. De esta forma, las nuevas prácticas y saberes se orientaron hacia la siniestralidad. Los servicios médicos se concentraron en la organización de dispositivos asistenciales de primeros auxilios y hospitalización especializada, en la evaluación de los daños sufridos desde una pura perspectiva clínica o quirúrgica y en el tratamiento y rehabilitación de las invalideces. Ello implicó relegar la dimensión preventiva de la intervención médica y marginar la atención médica hacia otras dolencias ligadas a la actividad productiva¹⁸.

La focalización en las labores asistenciales y de peritaje también condicionó una progresiva renuncia al programa de intervención ambiental que los higienistas industriales habían propugnado desde mediados del siglo XIX. A semejanza de lo ocurrido en el ámbito de la higiene general, la diana de la actuación preventiva en el ámbito laboral se centró de forma cada vez más acuciante en la regulación de los comportamientos individuales, cediendo a los ingenieros el control directo de las cuestiones relativas a las condiciones ambientales y la adopción de medidas correctoras para combatir los riesgos provocados por la maquinaria y por los agentes físico-

químicos¹⁹. Las labores preventivas de los servicios médicos se limitaron a la realización de reconocimientos previos y periódicos de los trabajadores, de encuestas higiénicas y de campañas de educación sanitaria. A la postre, la primera de estas prácticas, generalizada en los países industriales en el primer tercio del siglo XX, fue la que mayor impacto ejerció en los propios trabajadores y en su percepción de la medicina laboral como un mecanismo de gestión y selección de la mano de obra al servicio de los intereses empresariales²⁰.

Ciertamente, esta no fue la única visión médica del problema aunque sí la dominante en nuestro país. Otro conjunto de profesionales con una concepción más comprensiva del quehacer médico laboral y de los riesgos ocupacionales como Luigi Devoto (1864-1936) o Ludwig Teleky (1872-1957), se agruparon en torno al Comité Internacional Permanente para el Estudio de las Enfermedades Profesionales, creado en Milán en 1906²¹. En este comité se integraron tanto clínicos como higienistas y toxicólogos. Entre sus funciones estuvo la de convocar diversos congresos internacionales independientes de los de accidentes de trabajo a lo largo del primer tercio del siglo XX. Sólo a partir de 1931 ambos foros internacionales confluyeron en uno sólo, reflejando también la ampliación de la visión

18 El Primer Congreso Médico Internacional de Accidentes del Trabajo, celebrado en Lieja en 1905, es un buen exponente de las diversas percepciones existentes entre los médicos de la época. Frente a las miradas más holísticas defendidas por algunos médicos y representantes de trabajadores que entendían que el objeto de atención médica y legislativa debía ser el riesgo profesional y, por ende, todos los daños derivados de la actividad productiva, la posición dominante en este foro fue la de circunscribir la concepción médico-legal de accidente a los daños causados por acciones súbitas. GUERRA ESTAPÉ (1905), pp. 32-41.

19 RODRÍGUEZ OCAÑA; MENÉNDEZ NAVARRO (2006), p. 84.

20 NUGENT, Angela. Fit for Work. *The Introduction of Physical Examinations in Industry*. *Bulletin of the History of Medicine*, 1983, 57, 578-595; COHEN, A.; FLETA, A. Trabajadores rechazados: «riesgo profesional» y gestión patronal del trabajo. Peñarroya, 1904-1950. *Ería*, 1995, nº 37, 129-142.

21 GRIECO, Antonio; BARENGHI, Maria; FANO, Daniela. Malachia De Cristoforis: the first president of the International Commission on Occupational Health (ICOH). In: Grieco A, Iavicoli S, Berlinguer G. (eds), *Contributions to the History of Occupational and Environmental Prevention*, Amsterdam, Elsevier, 1999, pp. 13-23; RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. Aproximación al concepto y práctica de la medicina social en Ludwig Teleky (1872-1957). *Dynamis*, 1982, 2, 299-323.

médica respecto a los riesgos laborales. La participación de nuestro país en los diversos congresos convocados por el Comité no puede ocultar, sin embargo, la escasa adhesión de nuestros médicos a esa noción más amplia de la medicina del trabajo²².

Un segundo foro internacional que postuló una posición más comprensiva respecto a la cobertura medico-legal de los riesgos laborales fue la OIT. Además del protagonismo de políticos reformistas e intelectuales, la OIT dio cabida en su programa de comienzos de los años veinte a parte de las demandas planteadas por el movimiento obrero internacional en el curso de la Primera Guerra Mundial, con el fin de restablecer la paz social y como compensación del compromiso obrero en la contienda²³. La adopción de recomendaciones y convenciones internacionales fue el medio elegido para estimular el establecimiento de una legislación estándar en los países industrializados. Legislación volcada fundamentalmente en la mejora de las condiciones de trabajo y en la progresiva extensión de los seguros sociales, incluidos aquellos destinados a hacer frente a los daños derivados de la actividad laboral. Por otro lado, los estudios técnicos de la OIT contribuyeron a dotar de legitimación científica las aspiraciones obreras así como extender la concienciación sobre los nuevos riesgos laborales entre algunos sectores de la profesión médica²⁴.

En 1925, una vez constatada la restrictiva concepción de accidente incluida en la mayor parte de las legislaciones nacionales, la OIT sometió a consideración un convenio que aspiraba a extender la cobertura de dicha legislación a la reparación de las dolencias de origen profesional. A pesar de las abundantes evidencias científicas disponibles, la Conferencia General de la OIT aprobó un convenio que sólo incluyó las intoxicaciones causadas por el plomo y el mercurio y la infección carbunco-sa. Las quejas de la delegación británica por lo limitado de la lista cristalizaron en un compromiso de revisión periódica quinquenal. El convenio fue finalmente revisado en 1934, añadiendo a lista de enfermedades indemnizables la silicosis, las intoxicaciones por el fósforo, el arsénico, el benceno y los hidrocarburos de la serie grasa y sus derivados clorados, así como los trastornos causados por la radiactividad y los rayos X²⁵. Se trató, en cualquier caso, de la consolidación del modelo de lista cerrada de enfermedades que necesariamente implicó un abordaje muy limitado de los daños derivados de la actividad laboral²⁶. La concepción del problema siguió plegada a la restrictiva definición médico-legal del riesgo compensable. Ni siquiera la intensificación de la reforma social experimentada en nuestro país en la década de los años veinte, como respuesta a la crisis provocada por el impacto de

22 MENÉNDEZ-NAVARRO, Alfredo; RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban. From 'Accident Medicine' to 'Factory Medicine': Spanish Occupational Medicine in the Twentieth Century. In: Grieco, A.; Fano, D.; Carter, T.; Iavicoli, S. (eds.), *Origins of Occupational Health Associations in the World*, Amsterdam, Elsevier Science B.V., 2003, pp. 207-216.

23 TOSSTORFF, Reiner. The International Trade-Union Movement and the Founding of the International Labour Organization. *International Review of Social History*, 2005, 50 (3), 399-433.

24 WEINDLING, Paul. Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office compared. In: *International health organisations and movements, 1918-1939*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 134-153.

25 INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION. *International Labour Conventions and Recommendations, 1919-1981*, Geneva, ILO, 1982.

26 CONSEJO DE TRABAJO. *Antecedentes relativos a la reparación de las enfermedades profesionales recogidos con motivo de la ratificación por España del Convenio internacional de Ginebra de junio de 1925 y Proyecto de Bases para la correspondiente Ley*, Madrid, Imp. Sob. De la Suc. De M. Minuesa de los Ríos, 1934; GARCÍA ORMAECHEA, Rafael. *La enfermedad profesional*, Madrid, Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1933.

la Primera Guerra Mundial y a la onda revolucionaria internacional que desencadenó el llamado trienio bolchevique (1918-1920), posibilitó un cambio sustancial. En este contexto, se intensificaron las demandas obreras para reformar la ley de accidentes de 1900, que siguieron las directrices internacionales adoptadas por la OIT. El proyecto de reforma de ley entró en Cortes en 1921 y culminó con la aprobación de la nueva norma en 1922. La resistencia patronal a las reivindicaciones obreras resultó efectiva ya que no se contempló la obligatoriedad del seguro ni la cobertura de las enfermedades profesionales²⁷. En 1921, el Instituto de Reformas Sociales elaboró un proyecto de ley de enfermedad profesional que ni siquiera alcanzó el trámite parlamentario, dada la supresión del Instituto por el Directorio Militar en 1924. El proyecto optó por la ausencia de definición explícita de la enfermedad profesional, considerando como tal las incorporadas en una lista ampliable que relacionaba patologías e industrias. La lista consignada en el proyecto superaba la tradicional asimilación de la enfermedad profesional a la intoxicación y además de las causas químicas incluyó otros tres grupos según la naturaleza de la causa (física, mecánica y biológica)²⁸. Tampoco la existencia de consenso científico en torno al origen profesional una dolencia garantizó en este contexto político el reconocimiento de ciertos riesgos como enfermedades profesionales. Tal es el caso de la anquilostomiasis, un parasitismo intestinal que concitó una notable atención internacional durante el primer cuarto del siglo XX. El auge de la

mentalidad etiopatológica y el desarrollo de la bacteriología posibilitó que distintos tipos de anemia ligados a la actividad laboral, caracterizados como «anemia de los túneles» o «anemia de los mineros», se fundieran a finales del siglo XIX en una entidad unitaria denominada anquilostomiasis o uncinariasis, fundada en torno a la existencia de parásitos de alguna de las especies de anquilostoma susceptibles de afectar a los seres humanos, *Anchylostoma duodenale* (identificado en Italia por Angelo Dubini en 1838, endémica en Europa) o *Necator americanus* (detectada en Estados Unidos por Charles Stiles en 1902 y localizada endémicamente también en Asia y África). A comienzos del siglo XX, diversas investigaciones epidemiológicas convirtieron a la anquilostomiasis en un problema sanitario de dimensiones internacionales. Su fácil diagnóstico, a través del examen de heces, y la posibilidad de intervenir eficazmente tanto desde el punto de vista terapéutico individual como preventivo con medidas de saneamiento, convirtió a la anquilostomiasis en una enfermedad social ejemplar a efectos de conseguir visibilidad y legitimidad social para la tarea de la salud pública. De hecho, a partir de sendas reuniones internacionales celebradas en 1903, el Congreso internacional minero y el de Higiene y Demografía de Bruselas, y en 1904, el Congreso socialista en Ámsterdam, se consolidó el impulso social de lucha contra dicha afección, que siguió siendo estimulada en sendas sesiones monográficas en los primeros Congresos internacionales de Enfermedades Profesionales (Roma, 1907, y Bruselas, 1910)²⁹.

27 PORRAS GALLO, María Isabel. La medicina y los seguros en el abordaje del problema de los inválidos del trabajo en España en la primera mitad del siglo XX. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2006, 13 (2), 393-410.

28 CONSEJO DE TRABAJO (1934), pp. 40-41.

29 CODINA CASTELLVÍ, J. *La anquilostomiasis o anemia de los mineros como enfermedad social, especialmente en España*, Madrid, Eduardo Arias, 1912, pp. 37-41. José Úbeda publicó un amplio extracto del congreso bruselense, donde se presentaron al menos quince comunicaciones sobre este problema: ÚBEDA CORREAL, José. *El II Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas, 1910)*, Madrid, Suc. Minuesa de los Ríos, 1914, pp. 230-250.

La anquilostomiasis fue conceptualizada en nuestro país como una enfermedad minera, presentando sus mayores tasas de prevalencia en los cotos mineros del sur y sureste peninsular. El consenso médico en torno a su etiología y mecanismo de transmisión y al papel determinante de las condiciones ambientales del interior de las galerías se combinó con un discurso de corte productivista, señalando las implicaciones negativas de la enfermedad para la capacidad productiva del sector minero del país. En base a ello, se planteó la necesidad de establecer medidas de lucha específicas orientadas a los centros mineros que se materializaron en sendas normativas sanitarias y campañas en 1912 y 1926³⁰. A pesar de este amplio consenso, que explica la presencia de la anquilostomiasis entre las patologías listadas en el proyecto de ley de enfermedad profesional de 1921, esta dolencia quedó excluida de la legislación compensadora hasta la ley de 1936.

Otro ejemplo palmario de la mediación de factores sociales en la percepción médica de los riesgos laborales es el caso del hidrargirismo o intoxicación crónica por el mercurio. Es desde luego llamativo que en las sentencias del Tribunal Supremo a las que me he referido anteriormente no hubiera ningún caso de intoxicación mercurial, dada la condición de nuestro país de primer productor mundial. El carácter nocivo de los vapores mercuriales era bien conocido desde el inicio de la modernidad y nuestro país jugó un papel relevante en la elaboración de estudios médicos dado el papel preeminente del mercurio en la economía

colonial y el protagonismo otorgado a los cuidados médicos en la estrategias de recuperación de la mano de obra empleadas en las minas de Almadén³¹. Precisamente la «naturalización» de la intoxicación mercurial como un efecto ineludible del trabajo en Almadén y la asunción por parte del estado, propietario de las minas, de políticas asistenciales y prácticas paternalistas propias, explica la no concepción del hidrargirismo como enfermedad profesional hasta fechas muy tardías. El reglamento del establecimiento minero de 1904 contempló medidas de compensación y mecanismos de reubicación de los trabajadores inhabilitados que explica la ausencia de visibilidad del problema en los tribunales de justicia, a pesar de la morbilidad existente en Almadén. Sólo en circunstancias de conflictividad social intensa, como la experimentada en Almadén en torno a 1919, ligada a un intento de reconversión industrial del establecimiento minero que implicaba una intensificación del régimen laboral y un cuestionamiento de las tradicionales medidas compensadoras, se alteró este aparente consenso. En 1922, en el contexto de una campaña nacional de denuncia de las condiciones de trabajo existentes en Almadén, Fernández Aldama, un médico afincado en la localidad, solicitó el reconocimiento del hidrargirismo como enfermedad profesional indemnizable. La solicitud fue hecha en el transcurso del Congreso Nacional de Accidentes celebrado en Zaragoza, y contó con el refrendo del pleno del congreso aunque no tuvo traducción legal alguna³².

30 RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. *Higiene contra la anemia de los mineros*. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936). *Asclepio*, 2006, 58 (1), 219-248.

31 MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. *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° 43], 1996.

32 MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. Conflictividad laboral y medicina: El caso de las Minas de Almadén, 1909-1923. In: Jesus Castellanos Guerrero et al. (eds), *La medicina en el siglo XX. Estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*, Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998, pp. 123-131. No deja de sorprender que el proyecto de ley de enfermedad profesional de 1921 ignorara entre las intoxicaciones profesionales contempladas al hidrargirismo.

Algunos desarrollos doctrinales, como la denominada Organización Científica del Trabajo (OCT), también contribuyeron a mediar este proceso de reconocimiento de riesgos laborales. La OCT, fundamental propagada a través de la obra del ingeniero norteamericano Frederick Winslow Taylor (1856-1915), alcanzó notoriedad en nuestro país a partir de los años veinte. 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. Así, en el ámbito de la siniestralidad laboral, se enfatizó la «culpabilidad consciente o inconsciente» del trabajador en la producción del accidente. En consecuencia, la tarea preventiva debía volcarse en la adecuada orientación y selección profesionales, distribuyendo científicamente a los trabajadores entre las diversas actividades productivas según sus «aptitudes naturales», menospreciando la consideración de los factores estructurales ligados al propio proceso productivo o a la organización social del trabajo³³.

En el ámbito de la patología profesional, este proceso de individuación del riesgo también se dejó notar en algunos programas de investigación como los dedicados a la intoxicación por metales pesados en los años treinta.

Algunos centros líderes en la investigación toxicológica estadounidenses reorientaron sus programas de trabajo hacia el estudio del metabolismo humano de metales como el plomo. La constatación de la presencia natural de plomo en la sangre, y el estudio de los procesos metabólicos de absorción/eliminación de dicho metal en nuestro organismo, privilegió el protagonismo causal de los factores individuales a la hora de explicar la variabilidad en la incidencia de la intoxicación en detrimento de las concentraciones ambientales. De este modo, la atención y la responsabilidad de la intoxicación se centraba en aquellos individuos que presentaban una capacidad de absorción o almacenamiento superiores a la «normal» o que mostraban niveles de eliminación «por debajo de la media», reforzando el peso de los factores fisiológicos o constitucionales en la concepción del riesgo de intoxicación³⁴.

2. LA SEGUNDA REPÚBLICA

Tras la proclamación de la Segunda República, el nombramiento del líder socialista Largo Caballero (1869-1946) como Ministro de Trabajo inauguró un periodo de intenso y moderado reformismo social, con especial incidencia en el ámbito de la legislación laboral durante el llamado bienio progresista (1931-1933)³⁵. El compromiso republicano con la mejora de las condiciones de trabajo de la población obrera se reflejó en la aprobación en 1932 de la nueva ley de accidentes en la

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

34 WARREN, Christian. *Brush with Death. A Social History of Lead Poisoning*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 2000.

35 JULIÁ DÍAZ, Santos. Objetivos políticos de la legislación laboral. In: Tuñón de Lara, M; García Delgado, J.L. (eds.), *La Segunda República Española: El primer bienio. III Coloquio de Segovia sobre Historia Contemporánea de España*, Madrid, Siglo XXI, 1987, pp. 27-47.

industria y en la extensión de la legislación compensadora a la actividad agrícola (1931). La ley de 1932 introdujo la obligatoriedad del seguro, una demanda obrera largamente postergada, y sustituyó el sistema de indemnización existente por el de renta³⁶. En el mismo año, el gobierno ratificó el Convenio de la OIT sobre reparación de enfermedades profesionales de 1925. Un primer intento de ratificación en 1929 había fracasado.

La ratificación fue el detonante para abrir el debate social en torno a la necesidad de introducir en el ordenamiento jurídico español una ley específica sobre enfermedades profesionales. El Consejo de Trabajo lideró un debate que permite acercarnos a las diversas percepciones del problema que coexistieron a comienzos de los años treinta. Nueve asociaciones empresariales y corporaciones industriales, ocho asociaciones obreras –entre ellas el sindicato mayoritario de la minería asturiana– y un particular –el Dr. Vicente de Andrés– respondieron a la encuesta cursada por el Consejo de Trabajo. La lista de enfermedades cubiertas fue el tema más controvertido. La posición mayoritaria de las organizaciones empresariales fue la de restringir la lista a la incluida en el convenio de la OIT de 1925. Por su parte, los sindicatos obreros abogaron por una lista mucho más amplia, que incluía intoxicaciones tanto como dolencias ligadas a la inhalación de polvos, exposición a radiaciones y procesos infecciosos. La posición obrera expresó también la amarga experiencia de más de tres décadas de legislación compensadora de accidentes, reiterando la necesidad de instaurar el seguro obligatorio, de introdu-

cir la indemnización en forma de renta y de acelerar el proceso de resolución de los frecuentes recursos planteados por los obreros³⁷. Como he señalado anteriormente, el modelo legislativo elegido fue el de listas, que suponía de hecho una lectura restrictiva de los riesgos. La alternativa habría sido la elaboración de una norma en la que la definición de enfermedad profesional cubriera cualquier daño derivado de la actividad productiva o impulsar una interpretación amplia del concepto de accidente. El proyecto de ley fue sometido a diversas modificaciones y finalmente incorporó algunas demandas obreras como el seguro obligatorio de las industrias con riesgo de exposición, el establecimiento de un fondo de garantía, y la inclusión en la lista de enfermedades indemnizables de las consignadas en el convenio de la OIT de 1925 y su revisión de 1934. La ley fue aprobada en Cortes en julio de 1936, unos días antes del estallido de la Guerra Civil, lo que dificultó su desarrollo reglamentario y aplicación³⁸.

Ligado al desarrollo legislativo, el periodo republicano asistió a la transición en nuestro país hacia una lectura más amplia de los riesgos laborales. La incorporación de los desarrollos de las ciencias experimentales, la toxicología industrial, la OCT o la ergonomía, entre otros, también posibilitó una concepción más comprensiva de la medicina del trabajo. En nuestro país, el protagonismo en dicha transición le correspondió a Antonio Oller Martínez (1887-1937). Especializado como cirujano o ortopédico en Suiza, Oller dirigió la sección médica del Instituto de Rehabilitación Profesional creado en 1922 en Madrid.

36 MARTÍNEZ PÉREZ, José. La salud laboral en la II República: la actitud de los médicos ante la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria. In: Rafael Huertas y Ricardo Campos (eds.), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992, pp. 349-369.

37 CONSEJO DE TRABAJO (1934), pp. 56-66.

38 *Gaceta de Madrid*, de 15 de julio de 1936, pp. 515-516.

Posteriormente, fue nombrado director médico del Instituto Nacional de Previsión –organismo responsable de la gestión de los seguros sociales en nuestro país– y fundó la Clínica del Trabajo (1933), espacio en torno al que desarrolló un importante programa docente y asistencial y en el que se institucionalizó la nueva especialidad. Su *Medicina del Trabajo* (Madrid, 1934), primer manual de la nueva especialidad, refleja el compromiso entre su perfil anterior 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, psico-técnicos, médico-quirúrgicos, terapéuticos y forenses en relación siempre con el trabajo productivo³⁹.

La obra de Oller siguió, no obstante, reflejando la supeditación legal del concepto de enfermedad profesional y algunas restricciones propias de su procedencia formativa. Oller consideraba como enfermedades profesionales o tecnopatías aquellas que afectaban «únicamente a los que ejercen una profesión peligrosa por las substancias que tienen que manipular o por los esfuerzos especiales que en ella hay que emplear». Al resto de dolencias presentes con mayor frecuencia entre trabajadores de una industria las denominaba enfermedades del trabajo y entendía que su cobertura debía correr a cargo de un seguro de enfermedad a cuya financiación debía contribuir el propio trabajador⁴⁰.

3. EL RÉGIMEN FRANQUISTA

El abordaje de las enfermedades profesionales durante el llamado «primer franquismo» supuso una ruptura radical con el modelo que había culminado en la promulgación de la ley de 1936. Lejos de asumir la extensión del principio del riesgo profesional a otros padecimientos derivados de la actividad productiva, el nuevo régimen circunscribió su atención al problema de la silicosis, que tenía en el momento una clara dimensión política y estaba íntimamente ligado a las necesidades energéticas del régimen durante el periodo autárquico. El abordaje predominante fue el compensador, ligado a la extensión de la previsión social como estrategia impulsada por los falangistas al frente del Ministerio de Trabajo para erradicar las tensiones sociales. En ello es fácil reconocer la impronta que el fascismo italiano ejerció en el ideario del nuevo régimen, particularmente en el Fuero del Trabajo (1938), cuya décima declaración apostaba por los seguros sociales, el de enfermedades profesionales entre ellos, como principal instrumento de encuadramiento social⁴¹. El monopolio ejercido por la silicosis en este ámbito contribuyó a invisibilizar socialmente al resto de dolencias de origen profesional. No sólo en el ámbito de la compensación sino muy especialmente en su concepción como objeto de estudio y en el desarrollo de estrategias preventivas, ya que sólo las industrias consignadas en el seguro sometieron a exámenes médicos a sus trabajadores. El problema de la silicosis había irrumpido con fuerza en nuestro país en los años treinta,

39 RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. La Medicina del Trabajo en la Historia. In: Gil Hernández, Fernando (ed.), *Tratado de Medicina del Trabajo*, Barcelona, Masson, 2005, pp. 3-15.

40 OLLER MARTÍNEZ, Antonio. *Medicina del Trabajo*, Madrid, Javier Morata, 1934, pp. 35-36.

41 MOLINERO, Carme. El reclamo de la «justicia social» en la políticas de consenso del régimen franquista. *Historia Social*, 2006, nº 56, 93-110.

especialmente en el distrito minero de Linares-La Carolina y en las minas de oro de Rodalquilar. Las primeras medidas adoptadas durante el periodo republicano fueron de estudio de la incidencia y de carácter asistencial, hasta su reconocimiento como enfermedad profesional en la ley de 1936. En marzo 1941, el Ministerio de Trabajo dictó unas primeras «normas para la prevención e indemnización de la silicosis como enfermedad profesional», el primer y único desarrollo reglamentario de la ley de 1936. Unos meses más tarde, en septiembre de ese mismo año 1941, se estableció el Seguro de Silicosis, encuadrado normativamente en la legislación de accidentes. A pesar de las diversas modificaciones reglamentarias que experimentó (1942 y 1946) y de su transformación en 1947 en Seguro de Enfermedades Profesionales, los fundamentos se mantuvieron inalterables hasta comienzos de la década de los sesenta, en que por un lado, se amplió la cobertura a un número importante de dolencias profesionales y por otro el seguro se integró en el sistema de la Seguridad Social⁴². Una primera característica del seguro de silicosis fue su cobertura extremadamente restrictiva. En su promulgación en 1941 el seguro sólo incluyó a las minerías del plomo y el oro y a las industrias cerámicas. La ausencia más palmaria fue la minería del carbón, que fue incluida en el seguro en enero de 1944. A diferencia del plomo, cuya producción descendió desde los años veinte, el carbón fue uno de los sectores estratégicos en

los años de autarquía, lo que se plasmó en un crecimiento importante de su producción y del número de empleados, que en 1952 rondaban los 93.000⁴³. Otros sectores productivos, tanto entre la minería metálica —como la minería del hierro vizcaína, en la que fisiólogos de la época habían detectado un importante grado de afectación por silicosis⁴⁴— como entre otros procesos productivos de reconocido riesgo silicógeno como la excavación de túneles y obras públicas, trabajo en canteras o labrado de piedras, entre otros, no fueron incluidos en el seguro hasta 1961. La no inclusión en el seguro no implicó la ausencia de compensación para los trabajadores de otros sectores afectados por silicosis. La legislación de accidentes proporcionó indemnizaciones para algunos de estos trabajadores a lo largo de los años cuarenta y cincuenta, si bien su número es difícil de determinar. El número de pensionistas que habían logrado derecho a indemnización por el seguro de silicosis desde el comienzo de su andadura hasta finales de 1950 ascendía a 6.027, correspondiendo el 79,1% al ramo del carbón, con 4.768 pensionistas, el 14,7% al plomo, con 889 pensiones reconocidas, y el resto a las ramas de cerámica (364 pensionistas) y oro (6 pensionistas)⁴⁵. Con la entrada en vigor del nuevo régimen del seguro en 1961, estas cifras crecieron considerablemente. En 1963 el Fondo Compensador tenía reconocidos 16.545 pensionistas en activo por silicosis, cifra que en 1969 alcanzaba los 32.346. De ellas casi las dos terceras

42 MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M. Cristina; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. El Instituto Nacional de Silicosis y las enfermedades respiratorias profesionales en España. In: Álvarez-Sala Walther, J.L.; Casan Clarà, P.; Villena Garrido, V. (eds.), *Historia de la neumología y la cirugía torácica españolas*, Madrid, Ramírez de Arellano Editores, 2006, pp.145-162.

43 GARCÍA PIÑEIRO, Ramón. *Los mineros asturianos bajo el franquismo (1937-1962)*, Madrid, Fundación 1º de Mayo, 1990.

44 IZQUIERDO LAGUNA, S.; GARCÍA SAINZ, E. *Silicosis*, Bilbao, Imprenta Editorial Moderna, 1945, p. 232.

45 Informe de la Dirección Técnica del INP a la Presidencia, de 4 de septiembre de 1951. Archivo Histórico del INP. AG nº 23/1976. 4.21. C3/23/B1/. Carpeta 46-2.

partes, 19.509 habían sido reconocidas al amparo del nuevo sistema del seguro que entró en vigor en 1962⁴⁶.

En enero de 1947 el Ministerio de Trabajo aprobó la creación del Seguro de Enfermedades Profesionales, que a partir del seguro de silicosis y con carácter progresivo aspiraba a alcanzar «la cobertura de todos los riesgos derivados de las enfermedades profesionales» con el fin de lograr «la meta de una total seguridad social de las masas trabajadoras». La lista de dolencias consignadas era equivalente a la aprobada en 1936. Ahora bien, según el texto legal, el orden de prelación en la extensión del seguro a dichas dolencias vendría determinado por «la importancia y la trascendencia social de cada una de las enfermedades conocidas» y por la disponibilidad de evidencias médicas⁴⁷. A lo largo de la década de los cincuenta ese ampuloso objetivo programático se limitó al reconocimiento en 1951 del «nistagmus de los mineros» para las industrias mineras del carbón⁴⁸.

Las limitaciones que marcaron el abordaje de las enfermedades profesionales en el primer franquismo quedaron de manifiesto en el propio decreto 792/1961 por el que se reorganizaba su aseguramiento: cobertura limitada y circunscrita a la silicosis y orientación eminentemente compensadora y asistencial, en detrimento de la intervención preventiva y rehabilitadora. Esos fueron algunos de los caballos de batalla del nuevo sistema estruc-

turado en torno al Fondo Compensador del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Más de un cuarto de siglo después de aprobarse la ley republicana, la legislación franquista incluía una lista de enfermedades profesionales equivalente o ligeramente ampliada⁴⁹. No obstante, estas dolencias jugaron un papel marginal. En 1970, casi una década después de la entrada en vigor del decreto 729/1961, la silicosis seguía representando más del 96% de los casos reconocidos y, por ejemplo, sólo 12 trabajadores de una población laboral expuesta estimada en 8.000 obreros alcanzaron el reconocimiento de asbestósicos⁵⁰.

El auge industrial acaecido en los años del desarrollismo tuvo un claro impacto en el incremento de los riesgos laborales. La escalada en las cifras de siniestralidad laboral y su creciente visibilidad social, y en menor medida de las enfermedades profesionales, mostró a las claras las limitaciones del modelo de abordaje de los riesgos desarrollado por la administración franquista. Entre 1955 y 1967, el número de accidentes registrados entre obreros asegurados se duplicó (pasando de 522.350 en 1955 a 1.099.637 en 1967, con 2.639 accidentes mortales en 1969)⁵¹.

En 1966, al amparo de la Campaña Nacional de Prevención de Accidentes del Trabajo, algunos destacados responsables de la salud laboral franquista, como Narciso Perales Herrero (1914-1993), realizaron una lectura

46 BASELGA MONTE, Manuel. Riesgo silicógeno y epidemiología de la silicosis en España. In: Guallar Segarra, J. (ed.), *III Simposio Internacional sobre Silicosis. Concepto, Tratamiento y Rehabilitación*. Castellón, 3 y 4 de octubre de 1969, Madrid, Pub. Controladas, 1970. pp. 17-60.

47 *Boletín Oficial del Estado*, de 21 de enero de 1947, pp. 486-490.

48 *Boletín Oficial del Estado*, de 22 de octubre de 1951, pp. 4757-4758.

49 *Boletín Oficial del Estado*, de 30 de mayo de 1961, pp. 8138-8146.

50 *SYMPOSIUM Nacional de Silicosis*. Oviedo 2, 3 y 4 de septiembre de 1971, Oviedo, Fondo Compensador del Seguro de AT y EP, 1972.

51 PERALES HERRERO, Narciso. Problemática de la medicina y seguridad del trabajo. In: N. Perales Herrero (ed.), *Tratado de Higiene y Seguridad del Trabajo*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1971, vol. 1, pp. 19-35.

nada complaciente del estado de la cuestión. Aunque en el discurso se deslizaban algunas alusiones responsabilizando a la masiva incorporación a la actividad industrial de campesinos «mal preparados para este tipo de trabajo» como causa del incremento de la siniestralidad o a los efectos beneficiosos en cuanto a su reducción observados en aquellas industrias que contaban con servicio médico de empresa (de los que él había sido el principal promotor), Perales no dejaba lugar a dudas sobre la ausencia de visibilidad de las enfermedades profesionales en nuestro país:

«Respecto a [las] enfermedades profesionales, muchas, incluso en los casos mortales, no se diagnostican. *El desconocimiento de la causa y la falta de signos patognomónicos de muchas de ellas son los motivos ordinarios. En algunos casos, aun conociéndose la causa y llegándose al diagnóstico de probabilidad por médicos asistenciales, no se alcanza el reconocimiento médico legal por falta de pruebas que, comúnmente, debe facilitar el obrero que —como decíamos en otra ocasión—, de ordinario, no es una persona preparada para el caso y además está enfermo*»⁵².

¿Qué factores explican esa invisibilización? A mi juicio, hay al menos tres tipos de factores que explican la ausencia de visibilidad social de las enfermedades profesionales durante el franquismo. En primer lugar, la ausencia de libertades políticas y sindicales limitó sustancialmente la capacidad de los trabajadores de impulsar lecturas más comprensivas del riesgo profesional. No cabe duda de que las movilizaciones obreras ejercieron su impacto en la política compensadora. La evolución de las cifras de indemnizados por silicosis a lo

largo del franquismo encuentra un claro paralelismo con la conflictividad laboral en las cuencas mineras astur-leonesas. Otro asunto muy distinto fue lograr reconocimiento para nuevos riesgos laborales. No es casual, por ejemplo, que los problemas de salud laboral ligados al amianto no alcanzaran reconocimiento social en nuestro país hasta la transición democrática.

La segunda razón está ligada al monopolio ejercido por la silicosis en este ámbito. Como he mencionado antes, el monopolio no se circunscribió a la compensación sino que afectó también a la atención médica prestada a otras dolencias de origen profesional. La labores preventivas y de estudio clínico desarrolladas por los dispensarios de enfermedades profesionales, creados a partir de 1944, se concentraron en los trabajadores empleados en industrias con riesgo silicógeno. El grueso de su carga de trabajo estuvo ligado a los reconocimientos médicos de los obreros empleados en las industrias consignadas en el seguro y en el estudio y valoración de las incapacidades, por lo que la atención prestada a la identificación de otros riesgos fue muy limitada. En tercer lugar, los servicios médicos de empresa —el modelo ideado por el régimen franquista para introducir la medicina en el ámbito laboral— tuvieron una lenta y limitada implantación. En 1969, catorce años después de la creación de estos dispositivos, sólo el 21,5% de los 8 millones y medio de trabajadores asegurados desempeñaban sus labores en empresas dotadas con servicio médico⁵³. La resistencia empresarial, la atomización del tejido productivo y el crecimiento de la eco-

52 PERALES Y HERRERO, Narciso; MENDIZÁBAL MUGARZA, Teodoro; PÉREZ ZABALZA, Modesto. *Los riesgos profesionales en España: Campaña Nacional de Prevención de Accidentes de Trabajo*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, Servicio de Información y Estudios, 1966, p. 17. Las cursivas son de los autores.

53 PERALES HERRERO (1971), p. 25. El 1988, el número de trabajadores asegurados que desempeñaban su labor en compañías dotadas de servicio médico de empresa se estancó en torno a los dos millones.

nomía sumergida contribuyeron al mantenimiento de esta situación. Por otro lado, la escasa cualificación investigadora de los médicos de empresa, la falta de apoyo técnico por parte de los organismos estatales competentes y las trabas empresariales para desarrollar líneas de trabajo independientes son factores que explican que la atención médica se circunscribiera a los accidentes y a aquellas dolencias contempladas en la legislación compensadora. Junto al reconocimiento previo y periódico de los trabajadores expuestos a los riesgos recogidos en la legislación, el control del absentismo, la orientación y selección profesional, la confección de estadísticas de morbilidad laboral y la prestación de primeros auxilios a los accidentados, los servicios médicos de empresa incluían entre sus funciones la realización del «estudio higiénico-preventivo de la industria»⁵⁴. Una labor que, dada la limitación de recursos, en la mayoría de los casos no fue más allá de la investigación formal de las causas de accidentes y de la identificación de los factores de riesgo conocidos. La aprobación en 1971 del Plan Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo, la creación de los Centros de Higiene y Seguridad del Trabajo y de los Gabinetes Técnicos Provinciales contribuyeron a extender la actividad preventiva a las pequeñas y medianas empresas, paliando en alguna medida la tradicional invisibilidad de la patología profesional⁵⁵.

El estudio bibliométrico de la producción científica española sobre salud laboral en la última década del régimen franquista (1965-

1976) muestra la escasa entidad de la investigación realizada y la orientación eminentemente asistencial de la especialidad. Sólo el 2,3% de la producción médica española recogida en el Índice Médico Español estaba dedicada a temas de salud laboral. La investigación básica o experimental apenas representa el 25% del total. Por su parte, la producción dedicada al estudio de las enfermedades profesionales ocupa un discreto cuarto puesto, tras la consagrada a exámenes médicos y orientación profesional, la dedicada a medicina de empresa y la destinada a seguridad, prevención y primeros auxilios⁵⁶.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Una de las principales capacidades del conocimiento experto es la de «naturalizar» procesos que tienen una evidente raigambre social. El abordaje constructivista de las enfermedades profesionales es una de las estrategias que nos permite desvelar los factores epistémicos, sociales y culturales que operan en su constitución. A lo largo de este trabajo he intentado mostrar cómo las diversas formas en que los médicos han concebido a lo largo de los tres primeros cuartos del siglo XX las enfermedades profesionales han estado plegadas a la restrictiva concepción del riesgo profesional y a las resistencias de los sectores sociales dirigentes para hacer frente de forma más comprensiva a los problemas sociales y de salud derivados de la actividad productiva. Restricciones que han contribui-

54 MARTÍNEZ ESTRADA, José. Seguridad Social y Medicina del Trabajo. In: N. Perales Herrero (ed.), *Tratado de Higiene y Seguridad del Trabajo*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1971, vol. 1, pp. 1-17.

55 SÁNCHEZ RAMOS, Enrique. Plan Nacional de de Higiene y Seguridad del Trabajo. In: Ángel Bartolomé Pineda (ed.), *Historia de la Medicina del Trabajo en España (1800-2000)*, Madrid, Fundación MAPFRE Medicina, 2004, pp. 725-735.

56 GRAN NOVILLO, F. *Análisis estadístico y sociométrico de la producción científica española en medicina laboral (1965-1976)*, Murcia, Facultad de Medicina [Tesis Doctoral], 1991.

do a elaborar una percepción muy limitada de dichos problemas y a consolidar el abordaje compensador como el modo dominante de enfrentar los riesgos laborales.

La opción por el sistema de listas cerradas, al que desde sus inicios se suscribió nuestro país, supone una lectura claramente restrictiva del riesgo profesional además de trasladar al ámbito del saber experto la responsabilidad en el establecimiento del nexo causal e identificación de los riesgos derivados de los nuevos procesos productivos y, por ende, en la introducción de nuevas dolencias en la lista. El análisis histórico permite constatar que dicha identificación ha estado modulada fundamentalmente por determinantes sociales y políticos. A ello hay que sumar los efectos que la aplicación restrictiva de la norma ha supuesto

tanto para la compensación del riesgo como para la propia visibilidad social de los daños derivados de la actividad productiva. Aún hoy, tras casi tres décadas de experiencia democrática, los riesgos profesionales no incluidos en la categoría médico-legal de siniestralidad laboral no pasan de ser meros «teloneros» en el debate social en torno a la salud laboral. Redimensionar este debate, otorgando el justo protagonismo a dichos riesgos recogidos en mayor o menor medida en el listado de enfermedades profesionales, exige entre otras cosas recuperar los determinantes sociales del problema. Y ello implica de forma ineludible «construir» una nueva concepción del riesgo laboral que devuelva protagonismo al conocimiento y las percepciones del mismo elaboradas por l@s trabajador@s.



Matthias Küffel,
dib. por J.G. Rudolphi
Alegoría de la Medicina

AGRADECIMIENTOS:

Trabajo realizado dentro del Proyecto HUM2006-02885 del Ministerio de Educación y Ciencia.



The surgeon. 1990.
José Pérez.
Pérez on medicine collection, Waco, Texas.