

Arón Cohen (ed.)

El trabajo y sus riesgos
en la época contemporánea:
conocimiento, codificación,
intervención y gestión


Universitat de Barcelona
Publicacions i Edicions

Icaria  editorial

El **trabajo** y sus riesgos en la época contemporánea : conocimiento, codificación, intervención y gestión. – (Col·lecció Història del Treball ; 5)

Referències bibliogràfiques

Text en castellà, resums en castellà i anglès

ISBN 978-84-9888-410-4 (Icaria editorial)

ISBN 978-84-475-3584-2 (Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona)

I. Cohen Amselem, Arón, ed. II. Col·lecció: Col·lecció Història del Treball ; 5

1. Higiene industrial 2. Malalties professionals 3. Higiene ambiental 4. Història de la medicina 5. 1855-1966 6. Espanya

Edita: Grup de Recerca d'Història del Treball -T.I.G. (Treball, Institucions i Gènere)
www.ub.edu/tig

Con el asesoramiento: Jose M. Borrás Llop, Arón Cohen, Santiago Castillo, Montserrat Llloch, Pilar Pérez-Fuentes, Enric Saguer, Carmen Sarasúa, Pere Ysàs, Lourdes Benería, Aurora Gómez Galvarriato.

Secretaria: Mònica Borrell, Departament d'Història Contemporània.
Facultat de Geografia i Història, Universitat de Barcelona, c/ Montalegre, 6-8
Barcelona-08001
tig@ub.edu

Esta colección se rige por el sistema de evaluación por pares

Diseño de la colección: *Sònia Cruz*

Maquetació: *Barreras & Creixell*

Ilustración de la cubierta: Icaria editorial

© *Arón Coben, Esteban Rodríguez Ocaña, Joaquim M. Puigvert i Solà, Josep Bernabeu-Mestre, María Eugenia Galiana-Sánchez, José Martínez-Pérez, Agustín Fleta, Pedro M. Pérez Castroviejo, Angel Pascual Martínez Soto, Miguel Ángel Pérez de Perceval, Andrés Sánchez Picón, Jerònia Pons Pons, Josefina Cuesta Bustillo, Alfredo Menéndez-Navarro, Catherine Omnès*

© De esta edición:

Icaria editorial, s.a.

Arc de Sant Cristòfol, 11-23 / 08003 Barcelona

www.icariaeditorial.com

Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona

Adolf Florensa, s/n / 08028 Barcelona

Tel. 934 035 530

www.publicacions.ub.edu

Con la Ayuda del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Programa Acciones Complementarias: HAR2010-12082-E (subprograma HIST)



Con la colaboración de:

Facultat de Geografia i Història de la Universitat de Barcelona

ISBN: 978-84-9888-410-4 (Icaria editorial)

ISBN: 978-84-475-3584-2 (Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona)

Depósito legal: B.4.547-2012

Impresión: Gráficas Rey, s.l.

Impreso en España /Printed in Spain

Queda rigurosamente prohibida la reproducción total o parcial de esta obra. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la portada, puede ser reproducida, almacenada, transmitida o utilizada por ningún medio o sistema, sin la autorización previa y por escrito de los editores.

**Introducción: de ayer a hoy y viceversa. *Pensar históricamente*
las relaciones entre trabajo y salud**

Arón Cohen 9

**Capítulo 1: Trabajo campesino, enfermedad y prevención
en la España del siglo xx**

Esteban Rodríguez Ocaña 29

**Capítulo 2: Higienismo y salud pública en el mundo
rural catalán (1855-1936)**

Joaquim M. Puigvert i Solà 57

**Capítulo 3: Determinantes laborales y de género en la epidemiología
del tracoma en la España contemporánea**

Josep Bernabeu-Mestre y María Eugenia Galiana-Sánchez 91

**Capítulo 4: Deficiencias corporales y utilidad para el trabajo: simulación,
discapacidad y Medicina en España (1900-1930)**

José Martínez-Pérez 123

**Capítulo 5: El “desgaste” en el trabajo, entre normalización
y “gestión”: Peñarroya, 1900-1950**

Arón Cohen y Agustín Fleta 145

**Capítulo 6: Salud laboral en Vizcaya: incidencia de la protección
social pública y privada, 1876-1936**

Pedro M. Pérez Castroviejo 183

**Capítulo 7: Entre miseria y dolor. Trabajo y salud en la minería
del sureste (segunda mitad del siglo xix-primer tercio del xx)**

*Ángel Pascual Martínez Soto, Miguel Ángel Pérez de Perceval
y Andrés Sánchez Picón* 211

Capítulo 8: Las mutuas patronales y la gestión del seguro de accidentes de trabajo en España hasta su incorporación a la Seguridad Social (1900-1966)

Jerònia Pons Pons 253

Capítulo 9: Las encuestas del Instituto Nacional de Previsión sobre el seguro de maternidad en España (1925-1927)

Josefina Cuesta Bustillo 287

Capítulo 10: No todos los caminos conducen a Roma: el debate historiográfico anglosajón sobre los riesgos del amianto

Alfredo Menéndez-Navarro 313

Capítulo 11: La salud en el trabajo desde una perspectiva histórica: actores, normas y prácticas. Francia en el contexto europeo (fines del siglo XVIII-comienzos del XXI)

Catherine Omnès 335

Resúmenes/Abstracts 363

Autoría 373

Introducción: de ayer a hoy y viceversa. *Pensar históricamente las relaciones entre trabajo y salud*

Arón Cohen

Adentrarse en la problemática de las relaciones entre el trabajo y la salud de quienes lo realizan supone enfrentarse enseguida a una aparente paradoja: entre lo que se asume como *evidente* y *banal* y lo que se oculta y obstaculiza nuestras posibilidades de *análisis*; entre las realidades que (a pesar de todo) se sabe *masivas* de los riesgos directos e indirectos ligados a unos determinados ejercicios laborales y las insuficiencias de los observatorios accesibles para captarlos en sus variadas manifestaciones. La frecuencia *conocida* de estos riesgos en la España actual dibuja una *normalidad* que debería de suscitar *alarma*: en 2006 se registraron más de 1.700.000 accidentes entre los trabajadores protegidos por mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, de los cuales cerca de un millón con baja laboral y 1.255 mortales¹. En Francia, con unos 7 millones de ocupados más que España, las cifras del último decenio han oscilado en torno a 1.200.000 accidentes cada año, la mitad de ellos con baja, y unos 700 mortales (Debout *et al.* coord., 2009). Las tasas de siniestralidad medidas por las estadísticas españolas han mantenido un importante diferencial con respecto a las del conjunto de la zona de la UE-15, aunque éste se haya reducido en los últimos años².

¹ Datos citados en el informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) titulado “¿Dónde está el fraude a la Seguridad Social?” (junio de 2009). No incluyen los accidentes sin baja ocurridos en el País Vasco y Cataluña, no incorporados al sistema DELT@ de la S.S.

² La ratio resultante entre la tasa estandarizada española y la de la UE-15 (accidentes con baja laboral) era 1,8 en 2006 y 1,6 en 2007, último año que figura en la serie de Eurostat consultada en INEbase (consulta del 3/11/2011; <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/a063/e01/&file=pcaxis>). Las cifras absolutas crecieron a lo largo de los años 1990 y rozaron o superaron el millón anual (de accidentes con baja) desde 1999 hasta 2007, para iniciar después una caída que se hizo más pronunciada a partir de 2009 (algo más de medio millón según el último cómputo anual hasta esta fecha —julio de 2010 a junio de 2011—). Su ritmo ha superado al de la reducción (drástica) que se ha producido simultáneamente en las magnitudes del empleo, con el consiguiente descenso de los índices de incidencia. Puede consultarse la serie 1997-2009 en *Anuario de Estadísticas* del MTIN (y en <http://www.ine.es/jaxi/menu>).

A su vez, los registros españoles recientes de *enfermedades profesionales* muestran una evolución parecida: desde menos de 10.000 casos anuales antes de 1998 a un máximo de 30.000 en 2005, seguido de un descenso hasta los 16.000-18.000 de los datos más próximos. Sin embargo, una mejora de los procedimientos de comunicación e información, impulsada desde la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, ha permitido recuperar otros 10.000 casos en 2010, de enfermedades “*no consideradas* [...] profesionales, *pero sí causadas o agravadas* por el trabajo” [sic], elevando a unos 28.000 el total del año³. Así, hoy sigue sin ser ningún secreto el desfase existente entre las situaciones *consideradas* y las que atisba una contabilidad menos estrecha y, por ello, más próxima de unas realidades que, sin lugar a dudas, en gran medida, se nos sigue velando. Con frecuencias registradas de ¡0 a 3 casos mortales por año!, podemos hacernos una idea de cuánto queda por conocer (y prevenir) y entender la descalificación de estos recuentos desde medios sindicales y de las asociaciones para la defensa de la sanidad pública. El amianto, que es el principal factor etiológico de cáncer laboral admitido en Europa, ha sido reconocido por la propia Seguridad Social española como causante de 6 muertes en 2003, de 5 en 2005..., unos números insignificantes en comparación con las constataciones de investigaciones especializadas y con las más de 1.300 muertes (de varones) que la exposición a este agente podría estar provocando en España desde 2002 a 2016, según una estimación (Pitarque *et al.*, 2007) que incluso pudiera parecer moderada, a la vista de las cifras que han llegado a la prensa desde las asociaciones de familiares de víctimas⁴.

Por su aptitud como aislante térmico, abundancia y bajo coste, el amianto fue muy utilizado en la industria naval, las instalaciones militares, la fabricación de fibrocementos y la construcción, entre otros ramos. Sospechados desde 1906 (Buzzi, Devinck y Rosental, 2006), sus efectos nocivos para la salud

do?type=pcaxis&path=/t22/a063/a1998/&file=pcaxis) y los datos más recientes en MTIN, *Avance de estadísticas de accidentes de trabajo* 2009, 2010 y 2011 (<http://www.oect.es/portal/site/Observatorio/menuitem.1a9b11e0bf717527e0f945100bd061ca/?vgnextoid=74db797f34502310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=55e80f94131d6210VgnVCM1000000705350aRCRD>).

³ “La Seguridad Social completa la estadística sobre enfermedades profesionales”, noticia del 12/05/2011 accesible en la web del MTIN (subrayados del autor). Por el mismo medio puede accederse también al texto completo del informe anual de 2010 (*Informes sobre CEPROSS y PANOTRASS y bases de datos de contingencias profesionales de la Seguridad Social*, 15/04/2011; http://www.tt.mtin.es/periodico/seguridadsocial/201105/Informes_cont_prof.pdf).

⁴ De varias decenas de miles hasta 2030: por ejemplo, *El País*, 27/08/2011 (“30 muertes confirmadas por el amianto en Ferrol”).

llevaron a los estados a adoptar medidas para limitar la exposición de los trabajadores, desde 1931 en el Reino Unido y 1946 en Estados Unidos, y acabaron por dar lugar a su prohibición a partir de finales de los años setenta del siglo pasado. La legislación española la incorporó en 2001, con efecto desde junio de 2002, conformándose a una directiva europea de 1990.

Pero el caso del amianto es el de un *revelador* de una realidad mucho más extensa. Si se le representa como excepción, y lo es en cierto sentido, es sobre todo por la envergadura de los impactos judiciales y mediáticos de los litigios que ha venido suscitando entre afectados, fabricantes y poderes públicos, que lo han sustraído de la rutina habitualmente reservada a los riesgos del trabajo, al erigirlo en “problema de salud pública de primer plano” (Henry, 2010). La extensión de la amenaza a la población en general ha eclipsado parte de su acusada carga *profesional*. El del amianto es un ejemplo de las distancias (e interacciones) que puede haber entre unos *hechos* sociales relativos al trabajo y a la salud, el *conocimiento* suficiente de ellos y su *reconocimiento* normativo en un determinado contexto histórico; también de la dificultad y lentitud de cualquier avance en esta dirección. Los efectos de arrastre en otros procesos patógenos no se imponen por sí solos... y la firmeza de cada paso dado puede ser puesta a prueba.

Precisamente sobre la experiencia (principalmente anglosajona) de la historiografía de los riesgos patógenos del amianto y sus implicaciones judiciales, reflexiona útilmente una de las contribuciones a este volumen colectivo (A. Menéndez).

Fuera de la problemática de este libro, abundan los ejemplos de asimilación, en la “opinión pública”, de ciertos procesos judiciales a “juicios de la historia”. A menudo, el propio guión procesal da cabida a la participación de historiadores, en apoyo de una causa y/o de su contraria. Refiriéndose a otra clase de tragedias humanas del siglo XX, el maestro Pierre Vilar no ocultaba la inquietud que sentía, en su “calidad de historiador”, ante la calificación periodística de uno de estos grandes juicios (en 1987), el de quien había dirigido en 1942 la policía militar y política nazi en Lyon, como “Proceso para la historia”. ¿De qué sirve —se preguntaba— precisar “conceptos” (como “régimen”, “ideología”, “genocidio”) y describir “hechos”, “si no se *restituye su génesis?* [...] El ‘proceso Barbie’ no aclara ‘la historia’. Es a ‘la historia’ a la que corresponde aclarar el proceso Barbie” (Vilar, 1987, 2004: 73). Al evocar aquí esta referencia, no se trata en absoluto —conviene subrayarlo— de sugerir alguna equiparación de

los dramas ni de pasar por alto la muy desigual significación *política* de los hechos que los originan, sino de recordar concretamente la diferencia de naturaleza que el historiador sabe bien que existe entre un proceso judicial *de impacto* y un ejercicio historiográfico. En sede judicial, condicionado por los imperativos procesales, el historiador solicitado como testigo o perito “hace cualquier cosa menos historia”: la observación procede de dos reputados especialistas en historia de los riesgos del trabajo, pioneros de las contribuciones *expertas* de historiadores en los procesos judiciales estadounidenses relacionados con enfermedades profesionales (Markowitz y Rosner, 2009: 231). No desmiente, sin embargo, el interés *social* de su testimonio, ni sus derivaciones positivas para los historiadores de la salud laboral.

La judicialización (parcial) y el impacto mediático reciente (selectivo) de las contradicciones que ligan trabajo y salud son parte de la materia de una *problemática de análisis*. Reflejos mediáticos como el de la *epidemia* reciente de suicidios de empleados de algunas grandes empresas francesas⁵ pueden llevar a cuestionarse sobre una extensión de los riesgos laborales a categorías y colectivos de trabajadores desestabilizados por imperativos de “competitividad” y *management*, pero también a una percepción muy limitada de los propios riesgos psíquicos, y aún más del *conjunto* de los riesgos para la salud relacionados con el trabajo, si el foco puesto en los “nuevos” riesgos se entiende casi como una superación de los que no han dejado de ser mucho más habituales y masivos. Este posible deslumbramiento contribuiría a propagar una ilusión peligrosa (Gollac y Volkoff, 2006; Volkoff, 2008). Por otra parte, el eco público de estos problemas no está exento de ambivalencia, en la medida en que puede chocar con el principio de una resolución *normalizada* y discreta de las diferencias entre trabajadores y patronos a propósito de las consecuencias del trabajo en la salud de los primeros. Tal es el significado del automatismo *reparador* de una *responsabilidad patronal* legalmente asociada al *riesgo profesional* (en España, a partir de 1900), circunscrita a los límites de los riesgos reconocidos y baremada, y por ello parcial y teórica (Mattei, 1976): base para “soluciones” individualizadas y, la mayor parte de las veces, sin mediaciones entre el trabajador y el patrón.

En España, el prolongado vacío legal sobre cualquier forma de enfermedad

⁵ El caso del grupo empresarial France Télécom (60 suicidios entre 2006 y abril de 2008) es el exponente más llamativo de una realidad estadísticamente mal conocida y que quizás alcance en Francia el promedio de un suicidio diario (Larose, cit. por Lhuillier, 2010).

profesional apenas dejó una remota posibilidad de reconocimiento por vía de jurisprudencia, materializada por vez primera en 1903, a partir de la propia legislación de accidentes del trabajo. Ni siquiera patogenias de origen laboral conocidas desde mucho antes, como la del hidrargirismo de los obreros de Almadén, afectados por los vapores mercuriales (Parés y Franqués, 1778, 1785), y la intoxicación saturnina de los mineros y fundidores de plomo (Bages, 1851), suscitaron aquí la excepción reconocida que sí les reservó otra legislación tardía como la francesa (desde 1913, aunque sin efecto hasta 1919). Fue el gobierno del Frente Popular quien tomó la iniciativa de una Ley de Bases de Enfermedades Profesionales (13/7/1936), inmediatamente abortada por la sublevación y el inicio de la guerra⁶. Tenía que haber entrado en vigor el 1 de enero de 1937... La base I^a hacía suyos los tres componentes de la definición de enfermedad profesional recogidos en el Convenio de la OIT de 1926, ratificado por la República española (Ley del 8/4/1932): inclusión en una lista de enfermedades, etiología laboral y referencia a un catálogo de actividades, sin perjuicio de las incorporaciones a ambos listados que fuera aconsejando en lo sucesivo “la evolución de las industrias y técnicas del trabajo” (base X^a). La obligatoriedad de las revisiones médicas periódicas, de por sí novedosa (Villa y Desdentado, 1979), lo era también por su objetivo proclamado (Cohen y Ferrer, 1992): “el diagnóstico precoz de la enfermedad profesional y con nuevas orientaciones profesionales para el obrero afecto conservar su salud” (base VI^a). Hasta entonces, en la legislación sobre accidentes del trabajo, al igual que en el Reglamento de Policía Minera —cuya primera versión se retrasó hasta una fecha muy próxima de los inicios de aquélla (1897)—, la posibilidad de realizar exámenes médicos a los obreros se veía fundamentalmente como una garantía para los patronos. Los términos de un decreto de 1916 (13 de enero) no podían ser más claros a este respecto. Respondiendo a las quejas de asociaciones obreras por la imputación a los trabajadores de los gastos de estos reconocimientos, dejó sentado que eran las empresas las que debían sufragarlos, “desde el momento en que el reconocimiento se lleva a cabo por interés del patrono y como garantía que a él sólo beneficia” (Martín Valverde *et al.*, 1987: 163). Hasta cierto punto, aquella práctica patronal podría verse como un antecedente primitivo de la que ahora se ha hecho común en las “entidades colaboradoras” de la Seguridad Social que son las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Entre las muy numerosas irregularidades detectadas por el

⁶ El articulado de la Ley en Martín Valverde *et al.*, 1987: 971-973.

Tribunal de Cuentas en su informe de fiscalización sobre los procedimientos de contratación de éstas durante los ejercicios de 2005 y 2006 (aprobado en sesión plenaria el 26 de marzo de 2009), figura la facturación, bajo el concepto de control y seguimiento de incapacidades temporales por contingencias comunes⁷, “de reconocimientos médicos al personal de empresas asociadas, cuyo coste debería sufragarse por su Servicio de Prevención Propio o Ajeno y no por la Mutua, con cargo al patrimonio de la Seguridad Social” (Tribunal de Cuentas, 2009: 45).

Volviendo al hilo cronológico de esta introducción, hay que anotar que las medidas adoptadas por las nuevas autoridades a partir de los años cuarenta⁸ recortaron muy considerablemente el alcance de las “bases” de 1936. No tanto por sus *conceptos*, muy parecidos, como por las limitaciones de su concreción práctica —muy restringida a la silicosis— y la lentitud de su extensión: Bases para la Lucha contra la Silicosis (orden del 22/7/1940); establecimiento del Seguro de Silicosis para las mineras del plomo y el oro y la industria cerámica y sus derivadas (decreto del 3/9/1941); extensión del seguro a la minería del carbón (orden del 26/1/1944); declaración obligatoria por los empresarios de los casos de “enfermedad profesional” (orden del 31/7/1944); nueva institución de un Seguro de Enfermedades Profesionales, pero de “implantación progresiva” y aplicación inmediata que se reservaba a las ramas y clase de afección que ya estaban comprendidas en el de silicosis (decreto del 10/1/1947 y su reglamento por orden del 19/7/1949)...

Hasta la adopción de una Ley de *Prevención* de Riesgos Laborales (Ley 31/1995) y del vigente “cuadro de enfermedades profesionales” (RD 1299/2006)⁹, el progreso del reconocimiento normativo no ha sido ni fácil ni rápido, como tampoco el de su aplicación, cuyos efectos prácticos parecen innegables, pero no homogéneos en su alcance. Y hay buenas razones para pensar que la linealidad de los avances (pasados y futuros) no puede (nunca) darse por descontada.

⁷ Es decir, las enfermedades y lesiones desvinculadas (no siempre fundadamente) del trabajo, y por ello sin el atributo de “profesionales”.

⁸ *Diccionario Legislativo* de la Ed. Aranzadi, ediciones de 1951 y 1975.

⁹ Actualizando el que había sido aprobado en 1978 (RD 1995/1978), de acuerdo con una Recomendación europea (2003/670/CE).

Son múltiples los factores que entran en juego en la dinámica de las relaciones entre trabajo y salud. La evolución normativa no tiene una importancia secundaria, desde luego, pero es sólo uno de los componentes de la problemática que se plantea. Debe *restituirse su génesis*, situando sus principales hitos *en sus contextos*. Para empezar, el de los cambios que, desde tiempo antes, venían afectando a los modos de producción y a los tipos de relaciones sociales que más los caracterizan, así como a su traducción en el Derecho. No en vano, el artículo 1º de la Ley española de 1900 incluyó sendas definiciones de “patrono” y “operario”, inmediatamente después de la que dio de su objeto, el “accidente de trabajo”: explícitamente, el proceso de *normalización* de los *riesgos profesionales* es inseparable del impulso y el carácter cada vez más determinante, económica y socialmente, que venía adquiriendo la oposición capital-trabajo. La acción legislativa se concentró en los sectores económicos de mayor dinamismo, marginando prolongadamente al agro que, sin embargo, sostendría todavía durante medio siglo su mayoría absoluta en la distribución sectorial de la población activa en España (Nicolau, 1989). Las ambigüedades de la condición *campesina*, las singularidades del trabajo *jornalero* (inestabilidad, débil formalización de la relación contractual) y, en general, de la situación social de los campos tuvieron la réplica de una larga y completa invisibilización de los riesgos de sus trabajos. Sólo a partir de 1931 (decreto del 12 de junio) se generalizó al conjunto de los trabajadores agrarios por cuenta ajena el ámbito de aplicación de la ley de accidentes de trabajo. Hasta entonces incluía como única excepción al personal ocupado en faenas que emplearan máquinas. Consecuente con esta relegación es la posición “subalterna” de las realidades agrarias en la constitución y el desarrollo de una higiene del trabajo y una medicina de urgencia para la atención de trabajadores accidentados: su trayectoria en este ámbito laboral y sociogeográfico es el objeto de un capítulo de este libro (E. Rodríguez Ocaña). Los atributos *naturales* del medio rural pesaron más que su consideración como entorno *de trabajo* en los enfoques *higienistas* del siglo XIX y hasta principios del XX: esta dimensión del espacio rural como medio *de vida*, y el de las diferentes lecturas sobre sus condiciones de salud pública, es la que prima en otro de los capítulos (J. Puigvert): el axioma que veía genéricamente a los campos como un medio geográfico saludable fue un “mito” de vida larga. Forma parte del contexto *ideológico* de su postergación en la construcción de una problemática de salud laboral, que no constituye ninguna especificidad española: nos lo recuerda la equiparación, común a otros países, de los apelativos “del trabajo” e “industrial” que designaron a una rama de la higiene pública y una práctica médica emergentes. Por lo demás, la dificultad de “aislar los diferentes determinantes” de un estado morbosos,

distinguiendo los propiamente “laborales” de los más generalmente relacionados con el medio y con la “pobreza”, se suscita en bastantes enfermedades y trabajos, en ciudades y campos. Sirve el ejemplo de la epidemiología del tracoma en España entre los años veinte y mediados del siglo pasado, abordado en este libro (J. Bernabeu-Mestre y M. E. Galiana), en la que destaca una notable marca rural y la sobremorbilidad femenina.

Genéticamente ligada a unas determinadas relaciones de producción, la trayectoria del “riesgo profesional” como *cuestión social* es inseparable de las contradicciones materiales inherentes a aquéllas. El papel de los “actores sociales” —empezando por obreros y patronos— cuenta en esa trayectoria: actitudes y respuestas individuales y colectivas, espontáneas y organizadas; realidades localizadas en un centro de trabajo y movimientos de más o menos amplia irradiación. Por parte de los obreros, desde el acto solitario de reclamación a la reivindicación colectiva sindicalmente encuadrada; pero también renuncias, personales o relacionadas con algún pacto corporativo. Por parte patronal, y particularmente en algunas *grandes empresas*, movilización para limitar los contornos del riesgo profesional reconocido, a la vez que en los centros de trabajo se ponía en pie una gestión especial para contener su impacto y sus costes (bajas, indemnizaciones por incapacidad): imponiendo generalmente como criterio de reconocimiento la más estricta *visibilidad* y una relación causal reducida a la mayor simpleza de las lesiones padecidas por los obreros con su trabajo habitual. En la práctica, ese criterio excluyó casi completamente el reconocimiento de las enfermedades profesionales durante mucho tiempo, y después siguió obstaculizando su extensión. Hasta hoy. Tanto como a negar consecuencias lesivas del trabajo en la salud del obrero, la gestión patronal de los riesgos tendería a evacuar (cuando no toda) la mayor cuota posible de “responsabilidad patronal” en ellas¹⁰.

En otras palabras: sin que podamos desconocer la incidencia de condicionamientos subjetivos (variables) en las actitudes de los “actores”, la delimitación concreta de los riesgos del trabajo y su evolución, en las normas y en las realidades cotidianas, ha dependido mucho de la correlación de fuerzas entre las partes. A todos los niveles: desde la empresa al poder del Estado. Esa correlación se expresa en los términos de los *consensos* y de los antagonismos en torno a

¹⁰ Una interpretación jurídica *actual* que aboga por una acepción amplia de la responsabilidad civil empresarial ante los riesgos laborales, en Navarro y Pertíñez, 2002.

la salud en el trabajo. Los perfiles y la incidencia de los riesgos del trabajo para la salud son *signos complejos*: de la organización y las condiciones de trabajo, de sus determinantes (técnicos, financieros, comerciales...) y *de las correlaciones de fuerzas* (en el terreno económico-social y en el político). Dar por sentada una especie de indiferencia general de los trabajadores y despreciar el papel que a menudo han tenido las movilizaciones obreras en los avances sociales del reconocimiento (y el *combate*) de los riesgos profesionales, sería una “falsificación de la historia” (Devinck, 2009). Incluso sin pretenderlo, corroboraría el discurso patronal que ha presentado esos avances como imposiciones de un reformismo caprichoso, que atenta contra el orden *natural* de la producción. No son precisamente ejemplos los que faltan en el caso de España, algunos muy precoces, de protestas y movimientos reivindicativos que *incluían* los riesgos de trabajo entre sus motivaciones. Movilizaciones, sobre todo, por las compensaciones, sí, pero también contra formas de organización del trabajo vividas por los obreros como condiciones nocivas para su seguridad y su salud.

¿Contra quién? Históricamente, para los poderes establecidos, la normalización de los riesgos del trabajo debía ser uno de los antídotos frente a la lucha de clases. La negociación, los equilibrios (y desequilibrios) de los consensos sociales debían ceñirse a una “responsabilidad” de los patronos a su vez *normalizada*, y que podía eludir de hecho buena parte de sus responsabilidades reales. Pero el antagonismo y el conflicto, latente o manifiesto, que son un vector implícito de la normalización, también pueden tomar a ésta como base. Aunque sus términos queden totalmente desdibujados en ciertas prácticas y expresiones *consensuales*. Recuerdo que hace pocos años, “sindicatos, instituciones, partidos políticos, representantes de los empresarios y de la Administración central y autonómica” convocaron “a la ciudadanía de Granada” a una manifestación contra esta “lacra de la sociedad” que son los accidentes de trabajo: “todos juntos”, dando “ejemplo”, en palabras de un responsable sindical, bajo el lema “Granada contra la siniestralidad laboral”¹¹. Parece que no todas las voces secundaron este *unanimismo* dentro de una concurrencia no especialmente numerosa. Éstos también son *signos*: en medio de un flujo incesante de víctimas en el sector de la construcción en la provincia, con el *boom* entonces en pleno apogeo, signos de intensificación de ritmos de trabajo, de

¹¹ ABC de Sevilla, 13/4/2005, http://www.abcdesevilla.es/hemeroteca/historico-13-04-2005/sevilla/Andalucia/empresarios-y-sindicatos-llaman-a-manifestarse-en-granada-contra-la-siniestralidad_201809172022.html.

subcontrataciones en cascada, de fragmentación de las relaciones laborales, de *externalización* de los riesgos del trabajo. Después, con el pinchazo de la “burbuja”, la extensión de la *crisis* y la profundización (de derecho y de hecho) de la desregulación de los mercados de trabajo; con el crecimiento exponencial del desempleo (¡no exento de potencialidades patógenas!) y la precariedad laboral (incluida la búsqueda de alternativas en la economía sumergida y el trabajo informal), ¿es descabellado temer un efecto reforzado de invisibilización de los riesgos del trabajo? Porque el agravamiento de las urgencias sociales lleva a aceptarlos como fatalidades y porque la pendiente de retroceso social (que no se inició con “la crisis” actual) conlleva algo más que probabilidades de que aumente su negación y mengüe su reconocimiento.

Sobre todo en el contexto de una tendencia al trasvase cada vez más completo e inmune al control público de la gestión de la Seguridad Social desde el Estado a unas mutuas¹² dirigidas y controladas por los empresarios. Esta tendencia no ha cesado de reforzarse *desde 1995* (FADSP, 2009): modificación de la composición de sus consejos de administración que asegura la mayoría patronal (RD 1993/1995); pérdida del carácter de prestación del sistema de Seguridad Social de la asistencia sanitaria, que pasa a considerarse “Servicio Público” (1997), englobado en las transferencias a las Comunidades Autónomas; aumento de las competencias de las mutuas en el control y la gestión de las bajas médicas (y de los recursos públicos correspondientes), incluida ahora la incapacidad temporal motivada por enfermedad común, con atribuciones para imponer “exploraciones médicas paralelas” a los trabajadores en situación de baja laboral e “instar y dar altas incluso en contra del criterio del médico del Servicio Público y de la propia Inspección Médica” (FADSP, 2009: 2). Y todo ello, a pesar de los fuertes indicios que el Tribunal de Cuentas ha apreciado reiteradamente y de manera muy generalizada en su gestión económico-financiera, “de distintos tipos de responsabilidades posiblemente exigibles: contables, disciplinarias, administrativas, del orden social, e incluso penales” (Tribunal de Cuentas, 2009: 26). Abarcan desde la “adjudicación sistemática de contratos en beneficio de empresas en las que a su vez (responsables de las mutuas) tenían intereses directos e indirectos”, pasando por la “externalización del control y seguimiento de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes” —incluido el recurso frecuente a empresas de detectives privados para la vigilancia de las bajas laborales—, hasta las

¹² Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

más que generosas remuneraciones e indemnizaciones de directivos y la distribución de “beneficios económicos entre los asociados” en entidades legalmente *sin ánimo de lucro*. En suma, una “privatización indirecta del ejercicio de potestades públicas”, “una gestión de la contratación en la que los intereses privados se han solapado con el interés público generando un beneficio económico antijurídico” (Tribunal de Cuentas, 2009: 32-36). Y sin embargo... no parece que sea precisamente éste uno de los motivos principales de la alarma que suena insistentemente desde la Administración y la dirigencia patronal por el “fraude a la Seguridad Social”. Aunque algún análisis eleve el calibre estimado de la sangría de las mutuas hasta un montante equivalente a *todo* el coste de las incapacidades temporales¹³.

La omnipresencia de las mutuas patronales en la gestión del Seguro de Accidentes de Trabajo se remonta a los orígenes de éste, y ha sido consustancial a su desarrollo, incluso después de su integración en la Seguridad Social, a raíz de la Ley de 1963, que las mantuvo como “entidades colaboradoras”. Un capítulo de este libro (J. Pons) se ocupa de esta importante vertiente de la gestión económica de los riesgos del trabajo, desde los primeros tiempos de un seguro que fue de suscripción voluntaria por parte de los patronos de 1900 a 1932 (leyes de 30/1/1900 y 4/7/1932), hasta que se hizo efectiva su integración en la Seguridad Social (1967). Por otra parte, una faceta particular del proceso de *actuarialización* de la previsión social es la gestación de un seguro de maternidad (1929), que en España se vinculó al del *retiro obrero*: otra contribución a este volumen (J. Cuesta) explora algunas propuestas sobre la cobertura de este *nuevo* “riesgo” en las respuestas recogidas por las encuestas oficiales que precedieron a su implantación.

Además del papel que juegan empresarios, trabajadores y Estado, el análisis de la *construcción* del “riesgo profesional” exige tomar en cuenta la intervención de distintos *expertos*. A la medicina le corresponde una posición estratégica: de un lado, por su función, ya aludida aquí, como proveedora de conocimiento e información sobre los procesos patógenos ligados al trabajo y sobre su incidencia; de otro, por su doble función terapéutica y de peritaje forense que deriva de la Ley de 1900. Era muy difícil que esta última faceta del ejercicio

¹³ Estudio del Observatorio Laboral de la Universidad Pompeu Fabra citado en *Público*, 25/4/2009 (<http://www.publico.es/espana/221333/un-estudio-acusa-a-las-mutuas-de-danar-la-sanidad-publica>), y en FADSP, 2009: 10.