

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL DERECHO DEL TRABAJO ESPAÑOL: ORIGEN Y SITUACIÓN HASTA LA SEGUNDA REPÚBLICA

Sonia Isabel Pedrosa Alquézar

Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en la Universidad de Zaragoza¹

Abstract

En este estudio se pone de manifiesto cómo se ha regulado y aplicado la vigilancia del estado de salud de los trabajadores a lo largo de la historia del Derecho del Trabajo español, concretamente en este caso, hasta la Segunda República. Análisis de especial interés para conocer en profundidad esta obligación jurídica y entender su regulación actual.

This study shows how the health surveillance of workers has been regulated and applied throughout the history of Spanish labour law, specifically in this case up to the Second Republic. This is a particularly interesting analysis in order to gain an in-depth knowledge of this legal obligation and to understand its current regulation.

Title: Historical evolution of health surveillance in Spanish Labor Law: Origin and Situation up to Second Republic

Palabras clave: vigilancia de la salud, protección de los trabajadores, prevención de riesgos

Keywords: health surveillance, workers' protection, risk prevention

IUSLabor 1/2023, ISSN 1699-2938, p. 184-214

DOI. 10.31009/IUSLabor.2023.i01.08

Fecha envío: 10.2.2023 | Fecha aceptación: 21.2.2023 | Fecha publicación: 17.3.2023

¹ Miembro del Instituto Universitario de Investigación en Empleo, Sociedad Digital y Sostenibilidad (IEDIS) con el Grupo de Investigación Derecho del Trabajo-Universidad de Zaragoza reconocido por la Dirección General de Investigación en Innovación del Gobierno de Aragón (S18- 20R).

Sumario

1. Introducción
2. Revolución Industrial y ausencia reguladora
3. Del intervencionismo urgente al intervencionismo coordinado. Los lentos avances en vigilancia de la salud.
4. El período 1917-1923.: la internacionalización del Derecho del Trabajo y su influencia en la vigilancia de la salud
5. Primo de Rivera: avances en vigilancia de la salud.
6. A modo de conclusión: hitos del período analizado
7. Bibliografía

1. Introducción

El estudio de los antecedentes legislativos y doctrinales de forma diacrónica y contextualizada es una condición de partida para adentrarse en el conocimiento de cualquier materia. En el caso de la vigilancia de la salud de los trabajadores, obligación preventiva recogida en el artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (LPRL) y que puede definirse como el conjunto de actuaciones diagnósticas aplicadas personalmente al trabajador para evaluar su estado de salud en relación con los riesgos laborales, resulta especialmente importante en la medida en que la preocupación por la salud laboral nace con la Revolución Industrial como primera manifestación de lo que hoy se entiende por Derecho del Trabajo.

Sobre la base de la importancia que dio a este instrumento Ramazzini, considerado el padre de la Medicina del Trabajo² -especialidad preventiva en la que se integra la actividad de vigilancia-, que puso en relación el desempeño de las distintas actividades laborales con el desarrollo de determinadas enfermedades y dio pautas para que pudieran prevenirse, considerando esencial que el médico no se limitara simplemente a examinar al enfermo sino que le preguntara cuál era su profesión para llegar a un diagnóstico adecuado y a una efectiva curación³, en este estudio se pone de manifiesto cómo se ha regulado y aplicado la vigilancia del estado de salud de los trabajadores desde la Revolución Industrial hasta el comienzo de la Segunda República, análisis de especial interés para entender su regulación posterior y actual y proponer posibles mejoras en la misma.

2. Revolución Industrial y ausencia reguladora

Aunque pueden encontrarse cuerpos legales con contenido de salud laboral, como las Actas Catedralicias de León del siglo XI en las que se prescriben medidas para evitar los accidentes en la construcción de templos y catedrales o, en el Antiguo Régimen, la protección dada por los gremios, puede decirse que la preocupación por la salud en el trabajo nace con la Revolución Industrial como primera manifestación de lo que hoy se entiende por Derecho del Trabajo. Así, puede afirmarse que las normas que hoy conforman esta disciplina jurídica tienen su origen, fundamentalmente, en disposiciones de seguridad y salud en el trabajo o relacionadas estrechamente con ellas -como

2 PENDÁS GARCÍA, Benigno, “Datos y datas sobre la historia de la Seguridad e Higiene en el trabajo (II)”, *Documentación Laboral* nº 24, 1988, p. 79.

3 Vid. en general, su obra: RAMAZZINI, Bernardino, *Tratado de las enfermedades de los artesanos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.

reducciones de jornada o regulación de descanso⁴- creadas para mitigar los problemas que trajeron la Revolución Industrial y la ideología capitalista que le sirvió de base para una nueva clase social, la proletaria. Clase obrera afectada por duras condiciones de trabajo manifestadas en horarios extremadamente largos -en ocasiones hasta 18 horas diarias con breve espacio de tiempo para comer-; disciplina férrea; salarios de miseria, oscilantes- no se cobraban los días perdidos y podía resolverse la relación laboral sin derecho alguno- y abusivos, en la medida en que se acudía a mano de obra femenina e infantil por un salario inferior; o fábricas insalubres y antihigiénicas por la idea equivocada de que reducir la insalubridad iba a repercutir, a su vez, en una reducción de beneficios y en un aumento de gastos⁵. Además, la clase trabajadora estaba sometida a penosas formas de vida como consecuencia de la concentración de población en los suburbios de las ciudades industriales.

El primer Capitalismo, basado en la competitividad, otorga una libertad absoluta para la empresa en todos los aspectos, incluida la contratación y la obtención de rápidos y máximos beneficios. La producción de mercancías no se lleva a cabo en virtud de un plan que no sea el de la ganancia esperada por quien asume la misma. Lo importante es el lucro, no la satisfacción de la necesidad ⁶ y, así, prima la inversión sobre el consumo, es decir, el capital sobre el trabajo. Con estas premisas, la intervención del Estado en la economía es prácticamente nula («laissez - faire»)⁷.

En este Capitalismo así configurado, la relación de trabajo se regula a través del contrato civil de arrendamiento de servicios. En consecuencia, la delimitación de los aspectos esenciales de la relación laboral, incluidas las condiciones de seguridad e higiene, los determina la autonomía de la voluntad que, en esta coyuntura económica, venía a ser igual a voluntad y libertad empresarial. Aprovechándose de esta situación, algunos empresarios

4 Incluso en algunas ocasiones se ha considerado la regulación de la jornada materia integrada en la seguridad y salud en el trabajo. (Vid. argumentos en favor y en contra en ALONSO OLEA, Manuel.: “¿Es de seguridad y salud del medio de trabajo la regulación de la jornada?” *Revista Española de Derecho del Trabajo* nº 93, 1999, p. 5-18).

5 Vid., por todos, COLÁS LEBLANC, José Antonio, “Apuntes sobre la panorámica social española del siglo XIX”, *Revista de Trabajo* nº 25, 1969, p. 107-150.

6 TORRES LÓPEZ, Juan, *Introducción a la Economía Política*, Madrid, Cívitas, 1995, p. 62-64.

7 Vid. SMITH, Adam, *Investigación sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones*, (1776), Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1979, p. 45: “Según el sistema de la libertad negociante, al soberano sólo le quedan tres obligaciones principales a que atender: la primera, proteger a la sociedad de la violencia e invasión de otras sociedades independientes; la segunda, en poner en lo posible a cubierto de la injusticia y opresión de un miembro de la república a otro que lo sea también de la misma; o la obligación de establecer una exacta justicia entre sus pueblos; y la tercera, la de mantener y erigir ciertas obras y establecimientos públicos, a que nunca puedan alcanzar, ni acomodarse los intereses de los particulares”.

causaban maltratos físicos y psíquicos a las personas trabajadoras cuando no rendían lo suficiente.

Ante estas situaciones degradantes comenzaron a alzarse algunas voces que, posteriormente, darán lugar al Movimiento Obrero cuyas reivindicaciones fueron plasmándose en diversas normas que atendían a una doble finalidad⁸: por un lado, aliviar la situación de todos aquellos que, por haber sufrido una agresión asociada a su actividad laboral, perdían parte o toda su capacidad laboral y con ella un posible medio de subsistencia, o en caso de muerte dejaban a una familia en situación de indigencia. Se trata de las primeras normas sobre accidentes de trabajo (vertiente reparacionista). Por otro, los Estados trataron de limitar la enorme potencialidad lesiva de la actividad laboral a través de normas prohibitivas, como las de limitación de la jornada o relativas al trabajo de mujeres y menores⁹ (vertiente prevencionista).

En España, las primeras leyes que intentan hacer frente a los graves problemas del proletariado surgen en la transición de la Revolución Liberal al período de Restauración y derivan de un intervencionismo de carácter tuitivo y de urgencia¹⁰ realizado sin un estudio previo y profundo de los problemas obreros y sin una adecuada coordinación. Son normas de carácter benefactor o caritativo¹¹ que consideran a los trabajadores como seres desvalidos y necesitados de tutela por la sociedad y el Estado¹² y que, a falta de medios adecuados de exigencia de su cumplimiento, fueron ignoradas en los talleres y fábricas a los que iban destinadas.¹³

8 SEMPERE NAVARRO, Antonio; GARCÍA BLASCO, Juan; GONZÁLEZ LABRADA, Manuel y CARDENAL CARRO, Miguel, *Derecho de la Seguridad y la Salud en el trabajo*, Madrid, Cívitas, p. 31.

9 Así, por ejemplo, en Inglaterra, existía desde 1802 una Ley de Protección moral y sanitaria de los aprendices y en Francia, en 1841, se exigió que los niños tuvieran “*al menos 8 años*” y se prohibió que trabajaran de noche.

10 LÓPEZ PENA, Isidoro, “Los orígenes del intervencionismo laboral en España: el Instituto de Reformas Sociales” en *Revista de Trabajo* nº 25, 1969, p. 12.

11 Como puso de relieve TOMÁS Y VALIENTE, Francisco, “*Gran parte de la burguesía bienpensante de la Restauración cree, o afirma creer, que, ‘la cuestión social es una cuestión intrínsecamente moral y religiosa’. De tal creencia derivan dos consecuencias. Por una parte, la necesidad de adoctrinar y moralizar al obrero y de otorgar un trato piadoso a estas ‘clases bajas’; por otra, la convicción de que siendo bien tratado, el obrero, que no es del todo malo, aprenderá a cumplir pacíficamente sus obligaciones*” (*Manual de Historia de Derecho Español*, Madrid, Tecnos, 1985, p. 606).

12 MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Ideología y lenguaje en las primeras leyes laborales de España (1873-1978)*, Madrid, Cívitas, 1992, p. 30. (Vid. también, desarrollando esta idea, p. 19-81).

13 Vid. MARTÍN VALVERDE, Antonio; RODRÍGUEZ SAÑUDO, Fermín y GARCÍA MURCIA, Joaquín, *Derecho del Trabajo*, Madrid, Tecnos, 2001, p. 68. También, MARVAUD, Angel.: *La cuestión social en España*, Madrid, Ediciones de la Revista de Trabajo, 1975 (puso de relieve el sistemático incumplimiento de las leyes obreras).

Las normas que contenían disposiciones de salud hacían referencia a la necesidad de unas condiciones mínimas de salubridad en las fábricas, prohibición de ciertos trabajos¹⁴ y trabajo nocturno para mujeres y niños¹⁵, protección de la salud de la mujer embarazada, e incluso protección de la salud social de carácter colectivo del trabajador, manifestada en obligaciones sobre educación, como la prescripción de que ciertas empresas sostuvieran establecimientos de instrucción primaria¹⁶.

Entre esas normas, y como una de las más importantes de la época, se encuentra la Ley de 24 de Julio de 1873 sobre condiciones de trabajo en las fábricas, talleres y minas (Ley Benot)¹⁷, considerada el primer texto normativo del Derecho del Trabajo¹⁸ por la incorporación de algunos elementos que habían de quedar de manera permanente en el ordenamiento con unos y otros contenidos o valores numéricos: edad mínima de admisión al trabajo¹⁹, fijación de las jornadas máximas de trabajo y prohibición del trabajo nocturno para los niños²⁰. Obligó a que los planos de construcción de esos establecimientos fueran revisados por un Jurado Mixto para ver si cumplían las precauciones indispensables de higiene y seguridad para los obreros.

La concepción de la vigilancia de la salud en esta Ley y en otras de esta época, dista mucho de la idea actual de la misma. No existe una idea de prevención integral, sino,

14 Entre otras, Ley de 26 de julio de 1878 de trabajos peligrosos de los niños (Gaceta de 28 de julio), que prohíbe éstos a los niños, con especial referencia a los de «equilibrio, fuerza o dislocación» en circos u otros espectáculos (artículo 1º) e impone penas para los inductores a esos trabajos.

15 Por “*la advertencia de que la explotación masiva de mujeres y niños acarrearía a la sociedad a medio y largo plazos una grave depauperación de la salud de la población*” y “*por la condición de víctimas indefensas del grupo de los trabajadores menores, cuyo sacrificio en aras del libre funcionamiento del mercado no sólo resultaba psicológicamente difícil de aceptar, sino que desmentía de forma concluyente el propio axioma liberal de la armonía preestablecida del orden social*” (Cfr. MARTÍN VALVERDE, Antonio, *La Legislación Social en la Historia de España: de la Revolución Liberal a 1936*, Madrid, Congreso de los Diputados, 1987, p. LI y LII). Puede afirmarse, así, que las razones de la protección de la salud en el trabajo de estos colectivos eran la moralidad y la salud pública en general. No se tenía todavía una concepción de salud laboral.

16 Sobre los orígenes y fundamentos de la Prevención de Riesgos Laborales en España, vid: GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, *Orígenes y Fundamentos de la Prevención de Riesgos Laborales en España (1873-1907)*, Albacete, Bomarzo, 2008.

17 Gaceta de 28 de julio. Sobre la “Ley Dato” y su proyección vid. ESPUNY I TOMÁS, María Jesús “Eduardo Dato y la legislación obrera”, *Historia Social* nº 43, p. 3-14 y MARTINEZ PEÑAS, Leandro, *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, nº1, 2011, p. 25-70.

18 MARTÍN VALVERDE, Antonio; RODRÍGUEZ SAÑUDO, Fermín y GARCÍA MURCIA, Joaquín, *Derecho del Trabajo*, op. cit., p. 69. Advierten también que, en una visión retrospectiva, tiene interés la deficiente aplicación de la misma en la medida en que “*puso de relieve la necesidad de mecanismos de exigencia ad hoc en el ordenamiento laboral*”.

19 “*Los niños y las niñas menores de 10 años no serán admitidos al trabajo...*” (artículo 1º).

20 Artículos 2º a 4º.

como se ha afirmado, una concepción benefactora del Estado que, por razones de moralidad o presión social, adopta medidas de salud en el ámbito laboral. Esto supone una regulación muy genérica, sin un conjunto de normas con conciencia de estar ofreciendo unas garantías adecuadas de seguridad y salud en el trabajo que da lugar a que apenas se legisle sobre aspectos que tienen que ver con la vigilancia de la salud. No se tiene en cuenta la necesidad de articular actuaciones sanitarias diagnósticas para evaluar el estado de salud que, además, se encuentren en relación con los riesgos laborales - salvo en el caso, como se verá, de la mujer embarazada-, y sirvan para orientar actividades y estrategias en salud. Hará falta tiempo para que esto sea realmente así. Si alguna norma incorpora algún artículo de vigilancia de la salud, poco tiene que ver con el punto de vista preventivo desde donde debe entenderse esa vigilancia, o se hace, más bien, como medida de salud pública.

El artículo 6 de la Ley Benot podría considerarse disposición relativa a la vigilancia de la salud en la medida en que establece la obligatoriedad de un botiquín en los centros fabriles y la exigencia de la contratación con un médico-cirujano para atención de primeros auxilios quirúrgicos en accidentes de trabajo, cuyo punto de residencia no exceda de diez kilómetros. Este médico podría constituirse en primer precedente de los llamados Servicios de Empresa o, en la actualidad, Servicios de Prevención como órganos encargados de llevar a cabo la vigilancia de la salud, pero poco tiene que ver con unas pruebas diagnósticas para detectar el estado de la salud del trabajador. Más que de vigilancia de la salud puede hablarse de previsión contra el daño a la salud o de asistencia sanitaria.

Otra regulación de similares características se encuentra en el Real Decreto de 15 de julio de 1897 que regula el Reglamento de policía minera²¹, centrado, como su nombre indica, en controlar, en general, la seguridad de las explotaciones mineras. Su artículo 28 establece que cada mina o grupo de minas deberá contar para su servicio sanitario con un Médico, por lo menos, que tenga su residencia dentro del radio de 10 kilómetros. A diferencia de la Ley Benot este reglamento no dice específicamente que ese médico tenga exclusivamente la función de curación tras un accidente, si bien, su ubicación en el Capítulo III que lleva por título “Remedios para los accidentes ocurridos en las minas” pone de manifiesto que no van a requerirse sus servicios para una vigilancia de la salud a priori y, por tanto, se está, nuevamente, en el ámbito de asistencia sanitaria del obrero como consecuencia de su trabajo.

21 Gaceta de 18 de julio. Sobre el Reglamento de policía minera vid. GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, “El Reglamento de policía minera de 1897: sus principales aportaciones en materia de prevención de riesgos laborales”, *Iuslabor*, nº1, 2008, p. 1-8

De esta época, cuando se empieza a tomar conciencia de la urgencia de un intervencionismo estatal más coordinado en materia de seguridad y salud en el trabajo es también la Ley de 13 de marzo de 1900 sobre condiciones de trabajo de las mujeres y de los niños²² en la que sí aparece específicamente una referencia a la vigilancia de la salud, si bien, como mecanismo al que deben someterse niños, jóvenes o mujeres para poder acceder a un empleo. Sería una medida de salud pública en la que prima el derecho de los otros trabajadores a realizar su trabajo en condiciones de salud adecuadas, pues no podrán ser admitidos al trabajo si el certificado médico no acredita que están vacunados y que no padecen enfermedad contagiosa (artículo 10).

Esta Ley se desarrolla por Real Decreto de 13 de noviembre de 1900 que regula el Reglamento para la aplicación de la misma²³. En él hay dos disposiciones concretas que hacen referencia a la vigilancia de la salud. En primer lugar, se amplía el contenido que debe tener el certificado requerido por la Ley para el acceso al empleo de los menores debiendo acreditarse en el mismo, además de los extremos anteriores, que la clase de trabajo a la que va a dedicarse no es superior a sus fuerzas. Los encargados de expedir este certificado gratuito en papel de oficio serán los médicos forenses o de la Beneficiencia municipal (artículo 16), poniéndose de nuevo de manifiesto ese carácter tuitivo y caritativo del Estado. Por otro lado, las mujeres que hubieran entrado en el octavo mes de embarazo tienen derecho a que se les reserve el puesto que ocupaban hasta tres semanas después del alumbramiento, período ampliable a una semana más si de una certificación facultativa resultase que la mujer no puede dedicarse al trabajo que realizaba anteriormente sin perjuicio para su salud. Hay aquí ya un tímido avance en la necesidad de vigilar la salud y, además, hacerlo en relación con los riesgos del trabajo.

De este mismo año y ya como manifestación de un incipiente intervencionismo planificado y coordinado, del que luego se hablará, es la Ley de 30 de enero de 1900 sobre Accidentes de Trabajo²⁴. Introduce la teoría del riesgo profesional; teoría que supone un cambio de rumbo en el terreno de la responsabilidad del empresario, puesto que progresa desde la responsabilidad por culpa a la responsabilidad objetiva y significa el encuentro con los fundamentos del deber de prevención del empresario, al ser considerado éste el causante originario del riesgo²⁵. Con ella, la tutela de la persona del trabajador tendrá una

22 Gaceta 14 de marzo.

23 Gaceta de 15 y 16 de noviembre.

24. Gaceta de 31 de enero.

25 Por todos, GONZÁLEZ SÁNCHEZ, José Juan, *Seguridad e Higiene en el Trabajo: formación histórica y fundamentos*, Madrid, CES p. 88-92 y GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, “La recepción de la doctrina del riesgo profesional en el ordenamiento jurídico español: la ley de accidentes de trabajo de 1900 y su aplicación por la primera jurisprudencia”, en RAMOS VÁZQUEZ, Isabel (coordinadora): *Derecho y Trabajo en el Siglo XIX*, Dykinson, Madrid, 2017, p. 189-220.

doble vertiente, preventiva y reparadora²⁶, y en estas dos vertientes está la actual diferenciación entre la legislación de Seguridad y Salud en el Trabajo y la legislación de Seguridad Social. La vigilancia de la salud recogida en el artículo 4 de esta Ley es, al igual que en la Ley Benot y en el Reglamento de policía minera una vigilancia que tiene que ver con aspectos de asistencia sanitaria y, por tanto, con lo que luego se conocerá como protección sanitaria de la Seguridad Social, en la medida en que su alcance es reparador o asistencial, pues se exige al patrono que facilite al obrero accidentado asistencia médica o farmacéutica hasta que se halle en condiciones de volver al trabajo. Es una vigilancia “a posteriori”, no “a priori” o mecanismo preventivo que es lo que actualmente se denomina vigilancia de la salud, mecanismo que tampoco recoge el Reglamento para la aplicación de la Ley de accidentes del trabajo, del mismo año²⁷, que sólo establece la necesidad general de adoptar medidas de precaución habituales y aquéllas que racionalmente y en relación con las que se estaban usando en ese momento, correspondan a nuevos trabajos o procedimientos, aplicando al efecto las prevenciones posibles con arreglo al adelanto de las ciencias y de la tecnología²⁸ haciendo referencia, de este modo, a medidas que deben adoptarse en máquinas y lugares de trabajo y no a medidas preventivas relacionadas con cualquier anomalía en la salud del trabajador.

Ni siquiera aparece una mínima referencia en una norma de especial importancia en cuanto a la prevención se refiere: el catálogo de mecanismos preventivos de los accidentes de trabajo regulado por Real Orden de 2 de agosto de 1900²⁹, pues, aun con los defectos propios del profundo desconocimiento sobre los riesgos existentes y medidas preventivas oportunas, fue la primera disposición de naturaleza exclusivamente preventiva y durante varias décadas la única de tal índole. Recogía con exhaustividad, aunque, como se ha afirmado, sin un estudio profundo sobre la relación riesgos-medidas de prevención oportunas, diversos mecanismos preventivos para talleres, fábricas y canteras, construcción en general, construcción de edificios, minería, producción y transporte de la electricidad y almacenes y depósitos.

3. Del intervencionismo urgente al intervencionismo coordinado. Los lentos avances en vigilancia de la salud.

Ese intervencionismo urgente estatal que caracterizó a las normas de salud laboral de la transición a la época de la Restauración se va convirtiendo en este periodo, coincidente con el comienzo del siglo XX, en un intervencionismo caracterizado por la creación de

26 GONZÁLEZ LABRADA, Manuel., *Seguridad y Salud en el trabajo y responsabilidad contractual del empresario.*, Barcelona, Cedecs, 1996., p. 268.

27 Gaceta 30 y 31 de julio.

28 Cfr. artículos 54 a 58.

29 Gaceta de 4 de agosto.

organismos administrativos, verdaderos laboratorios de investigación social surgidos ante la necesidad de estudiar, planificar y coordinar la intervención administrativa y que constituyen el fermento de la Administración Laboral³⁰. En España, los más importantes fueron la Comisión de Reformas Sociales y su conversión en Instituto del mismo nombre. La primera fue creada por Real Decreto de 5 de diciembre de 1883³¹ con el objeto de estudiar “*todas las cuestiones que directamente interesan a la mejora o bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales, y que afectan a las relaciones entre el capital y el trabajo*” (artículo 1) y especialmente se ocupará, entre otros asuntos, de la “*higiene y salubridad de los talleres*” (artículo 4), y “*de la higiene de los barrios habitados por las clases trabajadoras*” (artículo 8)³².

Esta Comisión acordó por Real Orden de 28 de mayo de 1884³³ constituir comisiones provinciales y locales de reformas sociales para obtener una amplia información sobre el estado y las necesidades de los trabajadores. Esta información debían obtenerla a partir de un cuestionario. En él se preguntaba sobre la higiene y salubridad de los talleres; garantías de seguridad en las minas y precauciones que se toman para evitar accidentes en ellas; enfermedades más frecuentes entre los maquinistas y fogoneros de los ferrocarriles y los buques de vapor; si en algún caso se hace efectiva la responsabilidad que pueda haber por el siniestro ocurrido a los dueños o encargados de la maquinaria, artefactos, obras y, entre otras muchas cuestiones, sobre el bienestar psíquico y social de los trabajadores en la medida en que se pide la condición económica, moral, social, política y familiar de la clase obrera³⁴, si bien más como una cuestión de orden público, entendido como salvaguarda de la moralidad pública, y paternalismo que con conciencia de una protección efectiva de la salud.

No existe tampoco en esta normativa de la Comisión referencias explícitas a una vigilancia de la salud tal y como se entiende actualmente, si bien, empieza a latir ya una cierta preocupación por este mecanismo, sobre todo con una utilidad epidemiológica, en la medida en que se pregunta por las enfermedades que suelen padecer los maquinistas u otros grupos de trabajadores e incluso sobre los efectos de algunos trabajos en el desarrollo físico y espiritual de los obreros niños, para adoptar las posibles medidas preventivas frente a los mismos, entre las que está una vigilancia de la salud previa para su detección a tiempo. Si bien, como se verá, todavía tendrán que pasar algunos años para que se regule específicamente este mecanismo que tampoco se recoge en un cuestionario posterior sobre medidas de seguridad e higiene adoptadas voluntariamente por las

30 Vid. LÓPEZ PENA, Isidoro, “Los orígenes...”, op. cit., p. 14-18.

31 Gaceta de 10 de diciembre.

32 Se pone de manifiesto la preocupación por la calidad de vida del trabajador.

33 Gaceta de 3 a 5 de junio.

34 Cfr. puntos VI-X del cuestionario.

empresas, creado por Real Orden de 29 de enero de 1903³⁵, que, a pesar del propósito de intentar rodear al obrero de todas las precauciones y “*cuidados que puedan asegurar la integridad física de su organismo y la normalidad de sus funciones*”³⁶ tan sólo recoge lo que actualmente se denomina una evaluación de riesgos para comprobar si las medidas que se estaban adoptando en los locales y en la fabricación eran, en general, las más adecuadas.

El 23 de abril de 1903 se creó por Real Decreto el Instituto de Reformas Sociales³⁷, con lo que se cerraba oficialmente la vida de la Comisión que, en opinión de algunos, realizó una labor no tan eficiente como se esperaba³⁸. Este Instituto tenía como función “*preparar la legislación del trabajo en su más amplio sentido, cuidar de su ejecución organizando para ello los necesarios servicios de inspección y estadística, y favorecer la acción social y gubernativa en beneficio de la mejora o bienestar de las clases obreras*” (artículo 1). En materia de seguridad y salud en el trabajo, las primeras manifestaciones normativas del Instituto fueron la Ley de 3 de marzo de 1904, que establece el descanso dominical, la Ley de 8 de enero de 1907 sobre reforma del artículo 9 de la Ley de 13 de marzo de 1900 sobre el trabajo de las mujeres y niños que contiene normas para la protección de la mujer trabajadora antes y después del alumbramiento³⁹, el Real Decreto de 25 de Enero de 1908 sobre industrias y trabajos que se prohíben total o parcialmente a los niños y a las mujeres menores de edad⁴⁰ y el Real Decreto de 28 de enero de 1910 que regula el Reglamento de policía minera⁴¹.

Respecto a la vigilancia de la salud, la Ley de 1907 establece una vigilancia postparto para determinar si esa mujer puede reanudar su trabajo tras cuatro semanas de descanso o debe esperar una o dos semanas más si existe perjuicio para su salud. Además, cuando esté en el octavo mes de embarazo podrá solicitar el cese del trabajo, que se le concederá cuando el informe facultativo fuera favorable a ese cese, en función, se supone, del riesgo para su salud del puesto de trabajo que esté desempeñando, garantizándole la reserva de ese mismo puesto.

35 Gaceta de 6 de febrero.

36 Cfr. Exposición de motivos.

37 Gaceta de 30 de abril.

38 IGLESIAS, María del Carmen y ELORZA, Antonio, “La Fundación de la Comisión de Reformas Sociales”, en *Revista de Trabajo* nº 25, p. 105: “*No es este el lugar de establecer el balance de su actividad, pero no hay duda de que sus limitados medios y competencia incidieron desde un primer momento sobre su eficacia*” “*Las esperanzas puestas en 1884 en la Comisión se habían visto defraudadas y la posible reforma, desbordada por los movimientos obreros*”.

39 Gaceta de 8 de enero. Vid. sobre las manifestaciones del Instituto, por todos, Vid. LÓPEZ PENA, Isidoro, “Los orígenes...”, op., cit., p. 28.

40 Gaceta de 26 de enero.

41 Gaceta de 29 de enero.

El Real Decreto de 25 de enero de 1908 tiene en cuenta la menor destreza, aptitud, o resistencia fisiológica de los niños ante determinados trabajos, lo que le lleva a prohibir el desempeño por estos y por mujeres menores de edad, no sólo niñas, -en consonancia con la consideración de la mujer en aquella época como ser inferior y desvalido- de ciertos trabajos como aquellos que pueden desprender polvos nocivos para la salud, sin referencia alguna a la vigilancia de la misma.

Por lo que respecta al Reglamento de policía minera, debe señalarse que en materia de vigilancia de la salud no aporta nada nuevo en relación con el Reglamento de 1897. Sigue recogiendo una vigilancia de la salud reparadora, que nada tiene que ver con la medicina preventiva vinculada a la prevención de riesgos laborales⁴².

No obstante, aunque las referencias a la vigilancia de la salud seguían siendo de carácter asistencial o reparacionista, hubo algunos avances preventivos. Así, para un colectivo determinado, la Real Orden de 12 de julio de 1904 sobre la prevención de los accidentes en los arsenales, regula el certificado sanitario relativo a los operarios en la Maestranza y su reconocimiento facultativo⁴³. Por otro lado, el Real Decreto de 18 de octubre de 1913 sobre creación del cuerpo de inspectores de sanidad del campo⁴⁴, que debe prestar especial atención en sus tareas a la profilaxis del paludismo y demás enfermedades infecciosas de los campos⁴⁵, establece, en su artículo 43, que cuando las enfermedades sean frecuentes o afecten a parte de la colectividad rural, se deberá enviar un cuestionario a la Inspección General, en el cual deben detallarse los extremos y datos que se crean más convenientes para el esclarecimiento de las mismas, así como las medidas que sean más eficaces para evitarla, entre las que puede estar la vigilancia preventiva. Además, la necesidad de un enfoque preventivo de las normas de seguridad e higiene en general era demandado por la doctrina de la época como Marv que pone de manifiesto que *“si no es posible evitar todo el peligro en el trabajo industrial e higienizarlo en absoluto, es un deber estudiar las condiciones de seguridad e higiene más aceptables y realizar todas las mejoras que los adelantos de las ciencias hagan practicables”*⁴⁶.

Por otra parte, España participó en el I Congreso Médico Internacional de Accidentes de Trabajo celebrado en Lieja que, aunque no trat específicamente temas de vigilancia, se preocup por los aspectos organizativos de los servicios sanitarios de

42 Cfr. Artículos 20-25.

43 El término facultativo hace referencia a médico, no a voluntario. El reconocimiento médico es el un instrumento para llevar a cabo la vigilancia de la salud.

44 Gaceta de 22 de octubre.

45 Vid. artículo 1.

46 MARV Y MAYER, José, *Museos de Higiene y Seguridad del Trabajo: Descripción de los más importantes de Europa*, Madrid, Instituto de Reformas Sociales, 1907, p. 5.

empresa, cuestión especialmente importante para el avance de la vigilancia de la salud en la medida en que aunque esos servicios tenían un carácter esencialmente asistencial⁴⁷ posteriormente tendrán también una función preventiva y serán los encargados de realizar la actividad de vigilancia.

También participó España en el II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales celebrado en Bruselas en 1910⁴⁸. En este Congreso se trataron seis temas fundamentales. En primer lugar la diferencia entre enfermedades profesionales y accidentes de trabajo a efectos de las posibles prestaciones; en segundo lugar, la situación de los equipos médicos de la época en las minas, fábricas y talleres; en tercer lugar el estado de la lucha contra la anquilostomiasis⁴⁹ como enfermedad que afectaba fundamentalmente a mineros; en cuarto lugar, el ojo y la visión en sus relaciones con las enfermedades profesionales; en quinto lugar el trabajo en el aire comprimido y, por último, las intoxicaciones profesionales. Algunas comunicaciones a estas ponencias generales pusieron de manifiesto la importancia de una adecuada vigilancia preventiva para evitar daños en la salud de los trabajadores. Resaltan, la realizada por el profesor Martin Hahn, de Munich, al segundo tema, que llevaba por título “Investigaciones acerca del certificado de aptitud y la visita médica periódica en las fábricas y explotaciones industriales” con la que pone en evidencia el insignificante valor de los certificados de aptitud física para el trabajo si no han sido expedidos con un previo examen concienzudo - se entiende de los riesgos que afectan realmente a ese trabajo- y si el médico no conoce bien el oficio para el que concede o rehusa el certificado. Además, puso de manifiesto la necesidad de una adecuada

47 Se analizaron los dispositivos asistenciales, tanto los destinados a la prestación de los primeros auxilios como a las clínicas donde se pretendía la “curación definitiva” de los siniestrados. Además, se sometieron a crítica los servicios sanitarios existentes atendiendo a los distintos tipos de industrias y profesiones, a la dimensión de los establecimientos industriales y la ubicación de éstos. En este sentido, uno de los intervinientes, Querton, presentó una ponencia con el título: “¿Las organizaciones médicas actuales (hospitales y clínicas) responden a las necesidades del tratamiento de los accidentes de trabajo?”. Hubo otras cuatro ponencias más que abordaron, preferentemente la prestación de los primeros auxilios a los accidentados, así como las condiciones en que se realizaba el traslado y hospitalización en los casos graves, existiendo en general acuerdo sobre la deficiente organización de tales servicios. (Vid, MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo y RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, “Aproximación al estudio de los recursos asistenciales sanitarios en los establecimientos minero-metalúrgicos españoles a comienzos del siglo XX”, en ÁLVAREZ URÍA, Fernando; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael y CAMPOS MARÍN, Ricardo (coordinadores), *Medicina Social y clase obrera en España. (Siglos XIX y XX). Tomo I*, Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid, 1992, p. 273, 274 y 290).

48 Vid., para todo lo relacionado con este Congreso: ÚBEDA Y CORREAL, José, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales (Bruselas, 10-14 de Septiembre de 1910)*, Madrid, Instituto de Refomas Sociales, 1914.

49 Enfermedad producida por un tipo de gusano que se adquiere por penetración de éste a través de la piel, en personas que están en prolongado contacto con tierra contaminada. Se caracteriza por anemia progresiva debida a continuas hemorragias que provocan dichos gusanos en las paredes del duodeno. (Por todos, Diccionario de la Real Academia de la Lengua).

coordinación entre determinados órganos -médico de la fábrica, médico inspector de trabajo etc...- para una minuciosa vigilancia de la salud, sobre todo, cuando se refiere a menores⁵⁰. En mi opinión, la importancia de esta comunicación radica, sobre todo, en esa toma de conciencia sobre la necesidad de una vigilancia en relación con los riesgos del concreto puesto de trabajo, pues de otra forma no tiene valor real, a la vez que ofrece un modelo de historia clínica para la vigilancia de los menores en la que tiene igual importancia los datos anamnésticos que los datos clínicos concretos⁵¹.

Otras comunicaciones inciden en la certificación de aptitud y en determinados exámenes de salud⁵². Se apuesta, así, en mi opinión, por la protocolización de ciertas pruebas para determinadas enfermedades. Protocolización que los países tardaron en adoptar. No se trataba sólo de exigir reconocimientos médicos en función de los riesgos existentes en el puesto de trabajo sino de seleccionar el tipo de pruebas que deben contener esos reconocimientos en relación, a su vez, con los riesgos existentes.

50 Vid. ÚBEDA Y CORREAL, José, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales...* op. cit. p. 191-193.

51 Datos anamnésticos: escuela; nombre; pueblo; trabaja en; edad; profesión de los padres; si viven los padres, y si han fallecido, dónde; estado de salud de los hermanos; enfermedades de la juventud, incluyendo la escalatina, la difteria, el sarampión, el reumatismo articular y la influenza; ¿cuándo dejó la escuela?; ¿en qué se ocupó en la escuela?; ¿en qué se ocupó después?; horas de trabajo; horas de descanso; sueño desde las... a las...; ¿consume alcohólicos?; otras dolencias. Datos clínicos: escuela; nombre; aspecto; talla; peso; perímetro torácico; respiración; ¿tiene pies planos?; estado de la piel; estado de los pulmones; estado del corazón; otras observaciones. (Vid. ÚBEDA Y CORREAL, José, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales...* op. cit., p. 192-193).

52 Llama la atención la comunicación al segundo tema de Glen Park, de South Bolton -Inglaterra- sobre “Certificados médicos en la industria algodonera” en relación con los niños, en la que se pone de manifiesto el papel esencialmente preventivo que deben cumplir esos certificados (Vid. ÚBEDA Y CORREAL, José, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales...* op. cit., p. 22). Importante es también la de Agasse-Lafont y Heim, de París, al tema sexto, sobre el “Interés de los exámenes hematológicos para el descubrimiento de ciertas intoxicaciones profesionales”, como el saturnismo -enfermedad crónica producida por la intoxicación ocasionada por las sales de plomo-y el hidrargirismo -intoxicación crónica generada por la absorción de mercurio; es enfermedad frecuente en los obreros de las minas de este metal-. Ponen de relieve que todos los caracteres hematológicos no tienen el mismo valor diagnóstico y que no todos las pruebas hematológicas tienen utilidad en el diagnóstico de ciertas enfermedades (Vid. ÚBEDA Y CORREAL, José, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales...* op. cit., p. 277-278). Se apuesta, así, en mi opinión, por la protocolización de ciertas pruebas para determinadas enfermedades. Protocolización que los países tardaron en adoptar. No se trataba sólo de exigir reconocimientos médicos en función de los riesgos existentes en el puesto de trabajo sino de seleccionar el tipo de pruebas que deben contener esos reconocimientos en relación, a su vez, con los riesgos existentes.

Por último, otras comunicaciones hicieron referencia al diagnóstico precoz del saturnismo poniendo de manifiesto los distintos síntomas que pueden dar lugar a esta enfermedad⁵³, síntomas que servirían de base para los médicos encargados de realizar la vigilancia.

Aunque en España no hubo una norma específica sobre vigilancia de la salud hasta 1916, el Real Decreto de 13 de enero, de 1916, sobre reconocimiento médico de obreros⁵⁴, con la única finalidad de discernir a quien correspondía pagar esos reconocimientos, parece que esos reconocimientos ya se venían haciendo⁵⁵, si bien como garantía exclusivamente del empresario, sobre todo tras la Ley de 30 de enero de 1900 sobre accidentes de trabajo para intentar minorar la responsabilidad derivada de los mismos. Por eso, este Real Decreto de 1916 establecía simplemente que, como es al empresario a quien interesan y benefician para evitar posibles responsabilidades derivadas de accidentes de trabajo, el coste de los reconocimientos, previos o posteriores al acceso al empleo, correrá a cargo del mismo. El reconocimiento se consideraba más un instrumento a disposición del empresario, que podía optar por realizarlos o no - no era una imposición de ley- que una garantía de salud del obrero. No se sabe si estos eran más bien genéricos o si se practicaban en función del riesgo. Parece ser que las pruebas se dejaban al arbitrio del médico que los iba a realizar, que era el correspondiente a la empresa concreta para la que se realizaban, con lo que unido al escaso desarrollo de la Medicina del Trabajo como especialidad, pudo dar lugar a extralimitaciones en los intereses empresariales en particular en aquellos casos en los que los médicos no estaban capacitados para saber exactamente que tipo de pruebas debían practicarse en función de la concreta profesión de los obreros reconocidos- que llegarían a vulnerar los derechos de los trabajadores.

4. El período 1917-1923.: la internacionalización del Derecho del Trabajo y su influencia en la vigilancia de la salud

El período comprendido entre los años 1917 y 1923, que abre el camino al golpe de Estado de Primo de Rivera, se caracteriza por un fortalecimiento del proletariado más organizado y reivindicativo ante el hundimiento económico español tras la Primera Guerra Mundial⁵⁶. Además, por un intervencionismo mucho más profundo, ajustado de forma más pragmática a las realidades económicas y sociales -pero con una finalidad de preservación

53 Así, la comunicación de Crisafulli, de Bolonia, sobre “Diagnóstico precoz del saturnismo” o la “Importancia profiláctica del diagnóstico y del tratamiento precoz del saturnismo profesional” del Doctor Meillère, de París. (Vid. ÚBEDA Y CORREAL, José, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales...* op. cit., p. 284 y 291 respectivamente).

54 Gaceta de 16 de enero.

55 De hecho, como se ha afirmado, alguna norma sectorial - Real Orden de 12 de julio de 1904 sobre la prevención de los accidentes en los Arsenales- recogía referencias a este reconocimiento.

56 MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Ideología y lenguaje...*, op. cit., p. 86-87.

del orden burgués y de los intereses del “establecimiento dominante”⁵⁷- que se traduce, entre otras consecuencias, en la fijación de condiciones mínimas de trabajo que constituyen Derecho necesario absoluto y, por tanto, son inderogables in peius, y de imposible transacción inter-partes⁵⁸.

Respecto a la seguridad y salud en el trabajo y, aunque no contiene disposiciones sobre vigilancia de la salud, resulta interesante citar el Real Decreto de 15 de marzo de 1919 sobre jornada máxima de ocho horas para los oficios del ramo de la Construcción⁵⁹ que establece en 8 horas el límite de tiempo idealmente reconocido como justo por razones de higiene y de moral social. Con él puede observarse otra manifestación de la íntima relación entre jornada, descanso y salud en el trabajo.

Fue también en ese año cuando se creó la OIT, que supuso un impulso al desarrollo internacional de distintas normas sobre seguridad e higiene en el trabajo que afectaron también a España por la ratificación de algunos Convenios sobre salud laboral. Así, el Convenio sobre la protección a la maternidad de 1919, ratificado en 1922,⁶⁰ en la línea asistencialista de las primeras normas sobre protección a la maternidad, o el Convenio sobre la cerusa de 1921 -ratificado ya en el período dictatorial de Primo de Rivera, en 1924⁶¹- donde se establece que todo miembro de la OIT que lo ratifique viene obligado a reglamentar el empleo de cerusa, de sulfato de plomo y de cualquier otro producto que contenga estos pigmentos en los trabajos en los que no esté prohibido su empleo; en esa reglamentación se incluye la exigencia de realizar exámenes médicos a los trabajadores (artículo 5.III), aunque no se pronuncia sobre la periodicidad de los mismos ni si se deben realizar también antes de la incorporación al trabajo, decisión sobre este particular que se remite a los distintos países conforme a las normas que reglamenten la utilización de esas sustancias.

El primer Convenio que trata de la vigilancia de la salud desde un punto de vista preventivo: el Convenio sobre el examen médico de los menores (trabajo marítimo) de 1921, es ratificado en 1924⁶². Se aplica en las embarcaciones, buques o barcos, cualquiera que sea su clase, de propiedad pública o privada, que se dediquen a la navegación marítima, excepción hecha de los buques de guerra (artículo 1). Los menores de 18 años que vayan a trabajar a bordo de estos medios marítimos citados, para los que la OIT utiliza

57 *Ibidem*, p. 103.

58 *Ibidem*, p. 122.

59 Gaceta de 16 de marzo.

60 Gaceta de 15 de julio de 1922. Es el Convenio nº 3 de la OIT. Este Convenio fue revisado en 1952 incorporando los derechos básicos de las mujeres trabajadoras en torno a la maternidad y posteriormente éste se revisó en el año 2000.

61 Gaceta de 13 de mayo de 1924. Convenio nº 13.

62 Gaceta de 13 de mayo. Convenio nº 16.

el término genérico de buques (artículo 1), necesitan un certificado médico de aptitud para dicho trabajo, firmado por un médico reconocido como tal por la autoridad competente del Estado (artículo 2)⁶³. El convenio no realiza ninguna otra referencia a estos exámenes, con lo cual resulta demasiado escaso y deja, en mi opinión, una libertad de acción extrema para que los Estados regulen aspectos como el contenido de ese examen que lleva a certificar o no la aptitud del menor trabajador o qué deba entenderse por casos urgentes para poder enrolarse sin certificado. Es cierto que las diferencias de los países que forman y formaban parte de la OIT ha hecho y hace difícil, en muchas ocasiones, elaborar unos efectivos mínimos comunes denominadores, dificultad que lleva a cierta flexibilidad de los Convenios y a preferir, a veces, el instrumento de la Recomendación que no crea obligaciones de forzoso cumplimiento, sino que señala pautas para orientar las medidas nacionales que se tomen⁶⁴.

Además de estos Convenios, es interesante citar la Recomendación sobre el saturnismo (mujeres y niños) de 1919, que no sólo prohíbe ciertos trabajos a mujeres y niños relacionados con esta enfermedad, sino que exige un examen médico periódico de las personas empleadas en los trabajos en los que puede haber riesgo de contraer saturnismo como los trabajos en los que se utilicen sales de plomo.

Volviendo a las normas que surgieron en España durante esta época, es preciso señalar el avance que supuso la Ley de accidentes de trabajo de 1922⁶⁵ y su Reglamento del mismo año⁶⁶ en la regulación de la vigilancia de la salud. Aunque no faltan medidas de protección a la salud de carácter reparacionista, ya que los servicios sanitarios están todavía al servicio de esa reparación y no de la prevención, el artículo 93.4 del Reglamento autoriza a los patronos a practicar por el correspondiente facultativo reconocimientos médicos previos a la incorporación al trabajo sólo para detectar la predisposición a padecer cualquier tipo de hernia, al ser considerada incapacidad permanente de la que debía hacerse cargo el patrono salvo que concierte un seguro de accidentes. Ese reconocimiento constaba en un libro con la firma del médico que lo practicaba y la identificación del

63 Se excluyen los buques en los que sólo estén empleados los miembros de una misma familia, excepción que no se entiende pues la aptitud o inaptitud para el trabajo va a ser la misma esté el menor en un barco con su familia o con otras personas ajenas al círculo familiar. Este examen debe repetirse en intervalos que no pasen de un año (artículo 3). En caso de urgencia, el menor puede embarcar sin el certificado, pero éste deberá realizarse en el primer puerto donde toque el buque (artículo 4).

64 OIT, *Las normas internacionales de trabajo. Manual de educación obrera*. Ginebra, OIT, 1998, p. 42. Si bien, en el caso concreto analizado, la OIT podía haber regulado con mayor exactitud esos extremos criticados para evitar regulaciones que difirieran de unos a otros países; en este caso no existe una dificultad para encontrar mínimos comunes denominadores.

65 Ley de 10 de enero de 1922. Gaceta de 11 de enero.

66 Real Decreto de 29 de diciembre de 1922. Gaceta de 31 de diciembre.

obrero reconocido, así como su puesta a disposición como documento de información en todos los casos de reclamación por ese concepto.

Por su parte, el artículo 94 establecía que todo obrero estará obligado « a sufrir» el reconocimiento médico prescrito en el artículo 93, poniendo de manifiesto con esos términos que el reconocimiento es, de nuevo, una garantía para el empresario y no tanto un instrumento de protección de la salud del trabajador.

El Reglamento “autoriza” la realización del reconocimiento y parece implicar que la decisión última sobre el mismo debe quedar en manos del empresario que, una vez tomada, será obligatoria para el obrero que podrá negarse siempre que deje constancia de su negativa en el libro citado, cuando así lo solicite el empresario en presencia de dos testigos. En tal caso, si el trabajador llega a padecer hernia por su trabajo se presume iuris tantum que ésta se padecía con anterioridad al hecho causante o “*que reunía condiciones orgánicas constituyentes de una predisposición a la misma*” (artículo 94 in fine). Esta regulación pone de relieve el criterio de garantista para el empresario ya expresado, pero la libertad de realización o no del reconocimiento por el empresario, se contrabalancea con otra presunción: cuando un obrero no sea sometido al reconocimiento previo que autoriza ese artículo 93 se presumirá iuris tantum la sanidad del mismo⁶⁷.

Si el obrero sometido a reconocimiento médico no está conforme con la opinión facultativa emitida del médico nombrado por el empresario, podrá designar otro para un segundo reconocimiento, ateniéndose a este resultado cuando coincida con el anterior. En cambio, si los resultados no son coincidentes había que estar a lo que determinara un tercer médico nombrado, a instancia de una de las partes, por el Juez de primera instancia del término donde el reconocimiento se verifique.

Puede afirmarse, así, que la vigilancia de la salud que recogen la Ley y el Reglamento de 1922 está encaminada a proteger al empresario para delimitar la cuantía de indemnización que debe pagar en caso de accidente de trabajo.

Otra norma de este período histórico referida a la vigilancia de la salud es el Real Decreto de 10 de octubre de 1919 sobre Reglamento de trabajo a bordo en los buques de carga y descarga⁶⁸, que, en su artículo 14, recoge la necesidad de certificado médico acreditativo la aptitud física expedido por las Direcciones locales de Navegación o un facultativo -se entiende que a elección del obrero o del patrono-, para los mayores de cincuenta y cinco años que quieran embarcarse para trabajar en el mar. Parece deducirse que el

67 Real Orden de 4 de marzo de 1926 sobre disposiciones complementarias sobre hernias del Reglamento de Accidentes. (Gaceta de 23 de marzo).

68 Gaceta de 12 de octubre.

reconocimiento se contrae al concreto puesto de trabajo que va a desempeñar y no para trabajar en general en el mar puesto que el tenor literal de la ley dice “*aptitud física para la profesión a que se dedica*”. No señala la norma que condiciones debe reunir el trabajador para acreditar su aptitud, lo que podía dar lugar a cierta arbitrariedad en la expedición del certificado. Este reconocimiento para acreditar la aptitud física se recoge, a su vez, en el Real Decreto de 31 de mayo de 1922⁶⁹, sobre la Reglamentación del trabajo a bordo en los buques de carga y pasaje, sin que se relacione directamente con la profesión del trabajador, por lo que cabe pensar que se tratan de reconocimientos genéricos, tan sólo debía acreditarse que el trabajador tenía aptitud física para el trabajo en el mar a bordo de buques de carga y pasaje en general.

También se inscribe en este período el Real Decreto de 21 de agosto de 1923 de reforma del artículo 9 de la Ley de 13 de marzo de 1900, sobre el trabajo de las mujeres y los niños⁷⁰ en orden a la protección de la maternidad. El empresario debía reservar el puesto de trabajo a la trabajadora por el tiempo en el que esté ausentada debido al descanso obligatorio -seis semanas posteriores al parto- y, en su caso, durante el octavo mes si presentaba certificado médico en el que se declarase que el alumbramiento sobrevendría, probablemente, en el término de seis semanas. Este tiempo de reserva podía ampliarse a veinte semanas con motivo de una enfermedad que, según certificado médico, fuera consecuencia del embarazo o parto y la incapacitase para trabajar.

Como puede observarse, en este último supuesto tampoco existe una vigilancia de la salud preventiva, sino asistencial, a posteriori, encaminada a proteger la maternidad y no tanto el hecho biológico del embarazo. Se tomaban en consideración las circunstancias que podían dar lugar a la percepción de un subsidio de maternidad, pero todavía no se tenía conciencia de que este estado podía aumentar el riesgo de sufrir un accidente o enfermedad en el puesto de trabajo y de la necesidad de adoptar medidas para evitarlos.

5. Primo de Rivera: avances en vigilancia de la salud.

En el ámbito laboral, puede decirse que la Dictadura de Primo de Rivera tiende, sobre todo, a reforzar la disciplina en el trabajo y a reducir los conflictos que surjan en el mismo⁷¹. Además, opta por sistematizar cuatro grandes temas del Derecho del Trabajo en

69 Gaceta de 15 de junio.

70 Gaceta de 23 de agosto.

71 MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Ideología y lenguaje...* op. cit., p. 134. Vid para el alcance de solución de conflictos el Real Decreto-Ley de 26 de noviembre de 1926 sobre Organización Corporativa Nacional y el Real Decreto de 8 de marzo de 1929 sobre Organización Corporativa Nacional (Gacetas de 27 de noviembre y 10 de marzo respectivamente).

una sólo norma: el Código de Trabajo de 1926 ⁷²; contrato de trabajo, contrato de aprendizaje, accidentes de trabajo y los Tribunales Industriales son objeto de esta codificación.

Respecto a la salud en el trabajo, este Código incorpora en su artículo 246 el principio general de la obligatoriedad patronal de adoptar medidas de seguridad e higiene cuyo incumplimiento genera responsabilidad (apdo.6º). Concretamente establece “*todas las medidas posibles...en beneficio de sus obreros*”, incluyendo un elenco de las mismas -de indispensable adopción- en sus apartados 2º a 5º.

Con el establecimiento de la obligación de adoptar medidas preventivas y la atribución de la potestad normativa de desarrollo al Ministerio de Trabajo “*para hacer efectiva la aplicación de los mecanismos y demás medios preventivos de los accidentes de trabajo, y las medidas de seguridad e higiene que considere necesarias*” (artículo 175), el Código considera que la protección de la salud del obrero sólo se consigue si se adoptan medidas preventivas que eviten accidentes. Si bien, esta toma de conciencia no supuso un gran avance en cuanto a la vigilancia de la salud ya que la única referencia expresa a la misma se encuentra contenida en los artículos 250 y 251 de forma muy similar a la recogida en el Reglamento de accidentes de trabajo de 1922 del que trae causa: sólo se limita a detectar la predisposición para desarrollar hernias. En este sentido, el reconocimiento va a ser facultativo para el patrono y obligatorio para el obrero, regulándose las mismas diligencias y consecuencias en caso de negativa y en caso de no estar conforme con el reconocimiento efectuado por el médico nombrado por el patrono. La única diferencia es que se incorpora la presunción iuris-tantum de sanidad del obrero si el empleador opta por no exigir reconocimiento -recogida por Real Orden 4 de marzo complementaria del Reglamento de 1922- y que, además de una garantía para el empresario, constituye también una medida específica de protección de la salud del obrero. No es un sufridor del reconocimiento sino un beneficiario del mismo.

No obstante, es lógico que no hubiera una dedicación excesiva a aspectos de vigilancia de la salud cuando ni siquiera se había incorporado la enfermedad profesional como hecho que podía dar lugar a una prestación o indemnización para el trabajador perjudicado. El obrero español estaba desamparado en lo que atañe a la protección de la morbilidad profesional y a la reparación de las enfermedades derivadas del trabajo y es, precisamente, en la prevención de esas enfermedades donde juega un papel fundamental la vigilancia de la salud. Conforme a la Ley de accidentes de trabajo de 1900 podían indemnizarse todas las lesiones corporales consecuencia del trabajo en las industrias y empresas que

72 R.D. Ley de 23 de agosto de 1926. Gaceta 1, 2 y 3 de septiembre.

manipulaban materias explosivas o inflamables, insalubres o tóxicas⁷³ quedando con estos términos incluidas las enfermedades dentro del concepto de accidente a efectos de ser indemnizables, como así lo puso de manifiesto la Jurisprudencia a propósito de un caso de pérdida completa de visión a propósito de intoxicación saturnina contraída por un obrero como consecuencia del desarrollo de su trabajo en unos talleres de fundición de plomo⁷⁴. Sin embargo, la Ley de accidentes de 1922 suprimió esa referencia a industrias en las que se manipulen materias insalubres o tóxicas⁷⁵, supresión que pasó al Código de Trabajo de 1926⁷⁶, con lo que la enfermedad profesional era más difícil de ser incluida en el concepto de accidente en aras de ser indemnizable⁷⁷. Esta falta de regulación específica de las enfermedades profesionales y las dudas respecto a si podían incluirse o no en el concepto de accidentes repercutió, sin duda, en un desarrollo prematuro de la vigilancia de la salud.

En relación con las enfermedades profesionales y de gran importancia para el avance de la regulación en vigilancia de la salud es el Convenio sobre enfermedades profesionales de 1925. Aunque ratificado por España en 1932⁷⁸, interesa su tratamiento en este apartado ya que, sobre su base, se dio un gran impulso a diversos aspectos de la vigilancia de la salud incluso antes de su ratificación que conduciría a la aprobación de la Ley de 13 de julio de 1936 sobre Enfermedades Profesionales, primera Ley sobre la materia.

Conforme al artículo 1 de este Convenio, todo miembro de la OIT que ratificara el Convenio se obligaba a asegurar a las víctimas de enfermedades profesionales una indemnización similar a la otorgada para accidentes de trabajo. Además, su artículo 2

73 Vid. artículo 2.5º de la Ley de Accidentes de Trabajo. Vid también el artículo 8.F) del Real Decreto de 8 de julio de 1903: Reglamento de Incapacidades derivadas de accidente de trabajo -Gaceta de 10 de julio- en el que las lesiones orgánicas o funcionales del cerebro y de los aparatos circulatorio y respiratorio, ocasionadas directa e inmediatamente por la acción mecánica o tóxica del accidente, y que se reputen incurables se consideran incapacidad absoluta.

74 Vid., fundamentalmente, STS, Sala de lo Civil, nº 99/1903, de 17.06.1903. Gaceta de 22 de agosto. En su considerando señala lo siguiente: “...*siempre que la lesión a que se refiere el artículo 1º de la Ley de 30 de enero de 1900 sobrevenga de una manera directa e inmediata por consecuencia indudable del manejo de sustancias tóxicas se encuentra de lleno comprendida en dicha ley, ya porque ésta no define el accidente con referencia a un suceso repentino más o menos imprevisto, sino al hecho mismo constitutivo en sí de la lesión, ya porque dada la naturaleza de esta clase de accidentes en los establecimientos en que se emplean materias tóxicas o insalubres, sería por demás insólito que acaecieran repentinamente...*”.

75 Vid. artículo 2.

76 Vid. artículo 146.

77 Además, y a diferencia del Reglamento de incapacidades de 1903, el Reglamento de accidentes de trabajo de 1922 considera incapacidad absoluta a efectos de indemnización “*las lesiones orgánicas o funcionales del cerebro y de los aparatos respiratorio y circulatorio, ocasionadas directa e inmediatamente por acción mecánica del accidente, y que se reputan incurables*”, sin referencia alguna a la acción tóxica del accidente.

78 Gaceta de 14 de abril de 1932.

exige a los Estados miembros la incorporación a sus legislaciones como enfermedades profesionales las derivadas de la intoxicación por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos; las derivadas del mercurio, sus amalgamas y sus compuestos y la infección carbuncosa. Saturnismo, mercurialismo o hidrargirismo y carbunco debían ser considerados por todos esos Estados miembros enfermedades profesionales cuando se generaran en las industrias señaladas en una segunda columna al lado de cada una de estas tres enfermedades. Las razones de su inclusión, además de su relación etiológica indiscutible con determinadas profesiones, fueron⁷⁹ la enorme extensión del riesgo en el saturnismo, la gravedad de las intoxicaciones y la terrible lista de consecuencias en el mercurialismo, la frecuencia del riesgo de contraer esa enfermedad así como la importancia de los padecimientos que produce en el carbunco.⁸⁰ La lista era reducida y no fue más que el primer paso en la legislación sobre reparación de enfermedades profesionales de carácter internacional. De hecho, consciente de esta escasez, la OIT aprobó una Recomendación en la que se instaba a los Estados a incluir otras enfermedades en dicha lista y se iniciaron los trámites para la ampliación y mejora del Convenio tomando también en consideración los problemas de prueba que podía plantear la segunda columna cuando la profesión del trabajador afectado por la enfermedad no estuviera incluida en la misma⁸¹.

Este Convenio se adopta con dos fines principales, por un lado, asegurar al obrero una compensación de los perjuicios que el trabajo causa en su salud; por otro, “*es un medio indirecto para conseguir la higienización del trabajo, aminorando en consecuencia los efectos en la morbilidad profesional*”⁸². Sobre su base, además, se profundizó en la necesidad de adoptar medidas preventivas que contribuyeran a evitar el riesgo de contraer la enfermedad, medidas en las que ocupa un lugar fundamental la vigilancia de la salud.

Los estudios realizados en torno y a partir de este Convenio ponen de manifiesto que si realmente se pretende conseguir una efectiva protección de la salud son necesarias pruebas específicas de diagnóstico en función de la enfermedad que pueda contraerse en

79 Argumentadas en SILVÁN, Leandro, *Estudio médico-social del Convenio sobre reparación de las enfermedades profesionales y Examen crítico de su posible aplicación a la economía española*, Madrid, Helénica, 1931, p. 17-21.

80 Enfermedad virulenta y contagiosa, frecuente y mortífera en el ganado lanar, vacuno, cabrío y a veces en el caballo; es transmisible al hombre y está causada por una bacteria específica. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua).

81 SILVÁN, Leandro, *Estudio médico-social del Convenio sobre reparación de las enfermedades profesionales...*, op. cit., p. 52 a 67. La ampliación y mejora del Convenio se materializó en el Convenio nº 42 sobre las enfermedades profesionales (revisado) de 1934 (BOE 22 de agosto de 1959). Entre las enfermedades que se incluyeron está la silicosis, intoxicación por el fósforo o sus compuestos, intoxicación por el arsénico e intoxicación por benceno.

82 *Ibidem*, p. 68.

un determinado puesto de trabajo⁸³. Viene a recordar la importancia de las pruebas en función del riesgo.

Además, este Convenio abre el debate sobre la selección de individuos en función de su estado de salud para trabajar en determinadas profesiones, selección que hoy en día es objeto de debate en relación con la aceptación y realización de pruebas genéticas en el trabajo. Indiscutiblemente, la selección redundaría en una mayor salud del trabajador. Resultaría absurdo contratar a un individuo o permitir que éste siguiera trabajando si es especialmente sensible, por ejemplo, a la acción tóxica del mercurio. Pero, como se planteó tras el Convenio, debían ponerse límites a esa selección en la medida en que si esta es excesivamente escrupulosa e interesada en eliminar todas las causas de predisposición al riesgo, puede llegarse, incluso, a perjudicar al obrero.⁸⁴

A propósito de la ratificación por España del Convenio de la OIT sobre la cerusa de 1921, se elabora el Real Decreto Ley de 19 de febrero de 1926 en el que se prohíbe el empleo de la cerusa, el sulfato de plomo y los demás productos con tales pigmentos⁸⁵. Respecto de la vigilancia de la salud, del artículo 6 se deduce que el Jefe provincial de Sanidad respectivo podrá exigir en las empresas de su ámbito de actuación un examen médico de los trabajadores cuando lo estime necesario, es decir, cuando por las actividades a las que se dedica la empresa y los productos que está utilizando pueda preverse el desarrollo de saturnismo. Además este Jefe provincial será el que designe a un médico para comprobar si, efectivamente, puede hablarse o no de saturnismo. Existe, así, una doble vigilancia: la de la detección y la de comprobación.

Este Real Decreto recoge también una vigilancia de la salud de carácter epidemiológico en la medida en que se establece una estadística relativa al saturnismo de los obreros pintores, que comprenderá los casos de enfermedad y mortalidad, y que deberá ser elaborada a partir de las comunicaciones sobre los casos de saturnismo de los médicos a los Inspectores de Sanidad respectivos quienes, a su vez, serán los encargados de comunicarlos a la Dirección General de Trabajo y Acción Social del Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria, encargada de esa estadística (artículo 8).

Otra norma de la época que incluye medidas sobre vigilancia de la salud es el Real Decreto Ley de 12 de mayo de 1926 sobre medidas profilácticas contra la anquilostomiasis o anemia de los mineros⁸⁶ que establece la obligación de las empresas

83 *Ibidem*, p. 23, 24 y 29. Así, para determinar los casos de pre-saturnismo, es útil la detección de hematorfirina en las orinas o el análisis del líquido extraído por punción lumbar (*Ibidem*, p. 23 y 24).

84 *Ibidem*, p. 72-77.

85 Gaceta de 20 de febrero.

86 Gaceta de 13 de mayo.

de practicar un examen micrográfico de los excrementos para determinar si un determinado trabajador se encuentra o no infectado por el virus que produce esta enfermedad. Este examen se hará a los trabajadores que ya estén empleados y a los que vayan a emplearse (artículos 5 y 7) con una periodicidad anual (artículo 5).

Se trata de un avance importante en la materia objeto de estudio porque regula, concretamente, una prueba específica para determinar una enfermedad inherente al riesgo en el trabajo relacionado con la Minería, poniendo de manifiesto la necesidad de que los reconocimientos médicos se hagan en función del riesgo y, además, que no sean válidas todas las pruebas utilizadas, sino sólo las precisas para detectar la posible enfermedad. Además, avanza también en la organización de los servicios médicos como encargados de realizar la vigilancia. De este modo, sus artículos 1 y 2 recogen la obligación de disponer de un pequeño laboratorio para que en él se practique el diagnóstico de los casos de anquilostomiasis en las Compañías mineras que en una misma provincia cuenten con un número de obreros que no sea inferior a 1000 y en aquellas otras que cuenten con menor número pero que deberán agruparse con otras de la misma región para constituir núcleos de, al menos, 1000 obreros. Esta organización puede considerarse precedente de lo que, como se verá, fueron los servicios médicos de empresa que desembocaron en los actuales servicios de prevención propios y servicios de prevención mancomunados (el constituido para varias Compañías).

A su vez, la importancia de esta norma también radica en el pequeño empuje que recibe lo que luego será la especialidad de Medicina del Trabajo, que deben realizar los médicos que quieran desarrollar actividades que tengan que ver con la vigilancia de la salud, en la medida en que el médico encargado de practicar el diagnóstico micrográfico de la anquilostomiasis debe asistir a un curso breve de diagnóstico de esta enfermedad en el Instituto provincial de Higiene correspondiente, o en la Escuela Nacional de Sanidad. La Medicina del Trabajo se convierte así, en una exigencia de capacitación para la práctica de esta concreta vigilancia.

Este Real Decreto-Ley incluye otro núcleo de regulación que tiene por objeto la vigilancia de la salud de carácter epidemiológico en la medida en que las Compañías mineras debían remitir a la Inspección provincial de Sanidad un parte mensual en el que constara el número de obreros empleados, número a quienes se haya practicado el análisis micrográfico de las heces, especificando los resultados positivos y negativos que se hayan obtenido; número de los que están en tratamiento; número de los curados y número de obreros nuevos admitidos al trabajo, anotando el resultado del examen micrográfico de sus heces.

Esta norma se ve complementada por una Real Orden que aprobó su Reglamento provisional⁸⁷ desarrollando todos los aspectos citados. Se insistía en que esta enfermedad no debía ser causa de inadmisión para el trabajo en las minas pudiendo incluso el obrero negarse a la práctica de un reconocimiento de sus heces hasta que no conozca el resultado de su solicitud de trabajo⁸⁸. Además, se hacía hincapié en la necesaria independencia de los médicos que fueran a practicar la prueba de detección de la enfermedad y se establecían los requerimientos de cualificación. Así, en los laboratorios comunes a varias o a todas las minas de la localidad, el Médico encargado del laboratorio tendrá que tener aptitud reconocida para desempeñar el cargo⁸⁹; no pertenecer a ninguna de las minas dependientes del laboratorio; no pertenecer a Sociedades de seguros que tengan intervención directa en lo que se refiere a la anquilostomiasis sobre cualquiera de las minas dependientes del laboratorio y no ser propietario ni arrendatario de minas en la localidad donde resida el laboratorio (artículo 12). Por otro lado, es importante señalar que esta Real Orden extiende los beneficios de la indemnización por esta enfermedad exclusivamente a trabajadores mineros. Aquellos que haga más de tres meses que no trabajan en minas o aquellos que no hayan sido mineros, serán curados en las mismas condiciones que los mineros pero no tendrán derecho a indemnización.

En definitiva, todas estas normas analizadas ponen de manifiesto la toma de conciencia cada vez mayor sobre la necesidad de una vigilancia de la salud preventiva, concreta, en función de los riesgos específicos que afecten al trabajador en su trabajo y la urgencia de un desarrollo de la Medicina del Trabajo, desarrollo que también era demandado desde un punto de vista asistencial y de peritaje para determinar el grado de incapacidad de un determinado obrero en aras del correspondiente subsidio⁹⁰.

87 Real Orden de 4 de diciembre de 1926, aprobatoria del Reglamento provisional para la aplicación del Real Decreto de 12 de mayo relativo a la lucha contra la anquilostomiasis o anemia de los mineros. (Gaceta de 9 de diciembre).

88 Vid. artículo 18. No obstante, si el obrero no se niega a un reconocimiento antes de ingresar en la Compañía Minera y este da como resultado anquilostomiasis, deberá comprometerse a seguir el tratamiento específico para su curación. De otro modo, la compañía podrá no admitirlo al trabajo.

89 Acreditada con certificado de haber seguido el curso especial de anquilostomiasis. (artículo 12 in fine).

90 Vid, sobre ese particular, y en relación con las necesidades que desembocaron en el Texto Refundido sobre accidentes de trabajo, aprobado por Decreto de 8 de octubre de 1932 con base en la autorización de la Ley de 4 de julio de 1932 de modificación del artículo 168 del Código de Trabajo sobre Accidentes de Trabajo en la Industria para adaptarlo al Convenio de la OIT de 1925 (Gacetas de 12 de octubre y 7 de julio), 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”, ÁLVAREZ URÍA, Fernando; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael y CAMPOS MARÍN, Ricardo (coordinadores), *Medicina Social y clase obrera en España...* op. cit., p. 349-369. (El Convenio al que hacía referencia esa Ley es el núm 17 sobre la indemnización por accidentes de trabajo, ratificado por España en 1928 -Gaceta de 26 de mayo de 1928-, lo que viene a demostrar, de nuevo, el segundo lugar que todavía ocupaban las enfermedades profesionales cuyo Convenio fue ratificado en 1932).

Esa necesidad de que el personal médico que tratase con obreros se especializara en problemas médicos laborales hizo que en 1928 el Instituto de reeducación profesional de inválidos para el trabajo, creado por Real Decreto de 4 de marzo de 1922⁹¹, impartiera el primer curso médico de accidentes de trabajo. Dos años después, en 1930, el curso pasaba a denominarse de Medicina de Trabajo⁹². Además, en 1929, se creaba, en Barcelona, una Cátedra de Medicina del Trabajo en el Real Politécnico Hispano Americano⁹³.

Pero es, sin duda, la Escuela Nacional de Sanidad, creada en 1924⁹⁴ -donde, como se ha señalado, puede obtenerse la certificación del curso sobre anquilostomiasis necesaria para la vigilancia de esta enfermedad-, el lugar desde donde más se impulsa el desarrollo de la Medicina del Trabajo⁹⁵. Esta Escuela incorporó entre sus objetivos institucionales la puesta en marcha de fórmulas válidas de especialización en materia sanitaria⁹⁶, entre ellas la especialización en Medicina del Trabajo promoviendo la función preventiva que deben cumplir los médicos en el tratamiento de los accidentes y enfermedades del trabajo. Con su creación, la labor del médico del trabajo no debía limitarse a la traumatología laboral o al conocimiento de las intoxicaciones profesionales. Su labor debía ser también preventiva, valorando su papel para mejorar las condiciones de trabajo y conocer los riesgos que corre el trabajador, así como las condiciones y características de las diferentes actividades laborales⁹⁷.

De este período histórico primoriverista data también el Real Decreto Ley de 22 de marzo de 1929 sobre el seguro de maternidad⁹⁸ y su Reglamento, aprobado por Real Decreto de 29 de enero de 1930⁹⁹. Tienen su base en el Convenio de la OIT sobre maternidad de 1919

91 Gaceta de 5 de marzo. Este Real Decreto fue modificado por otro de 2 de junio de 1922 (Gaceta de 3 de junio).

92 BERNABÉU, Josep; PERDIGUERO, Enrique; ZARAGOZA, Paula, “Desarrollo histórico de la Salud Laboral” en BENAVIDES, Fernando; RUIZ-FRUTOS, Carlos; GARCÍA, Ana María (coordinadores), *Salud laboral. Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales*, 2ª. ed. Masson, Barcelona, p. 75.

93 *Ibidem*.

94 Real Decreto -Ley de 9 de diciembre de 1924 (Gaceta de 12 de diciembre).

95 Vid. ese impulso en Bernabéu Mestre, Josep, “El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 68, 1994, p. 65-89.

96 El artículo 1º establece como misión de la Escuela, entre otros extremos: «b) Dar la enseñanza y preparación convenientes a cada uno de los grupos auxiliares hoy reconocidos y a los que en lo sucesivo se constituyan...c) Establecer cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para arquitectos, ingenieros, médicos libres, farmacéuticos...».

97 BERNABÉU, Josep, PERDIGUERO, Enrique, ZARAGOZA, Paula, “Desarrollo histórico de la Salud Laboral” op. cit., p. 76 citando a BARTOLOMÉ PINEDA, Angel, “El Dr. Oller y la enseñanza de la medicina del trabajo”, *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 1988, nº. 131, p. 8-15.

98 Gaceta de 24 de marzo.

99 Gaceta de 1 de febrero.

y la finalidad de los mismos es la de «velar por la vida y la salud de la madre obrera y de sus hijos y, por consiguiente, aumentar el valor biológico de la raza»¹⁰⁰. Estas normas se apartan de la protección del riesgo durante el embarazo que, de forma muy sutil, se había recogido en alguna normativa precedente sobre la materia y se centran en aspectos claramente relacionados con la Seguridad Social. La asistencia sanitaria no está articulada a partir del riesgo sino a partir del hecho biológico del embarazo en sí.

Por último, debe hacerse referencia, en este período histórico, a la importancia en el estudio y desarrollo, con la cooperación de varias Instituciones, de medidas preventivas para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que tuvo la Real Orden de 31 de agosto de 1929¹⁰¹. Esas Instituciones cooperantes se concretaban en el Instituto de Reeducción Profesional¹⁰² y las filiales concertadas con carácter oficial, los Institutos y Oficinas de Orientación y Selección profesional¹⁰³, los Centros de Formación profesional sujetos al Estatuto de 23 de diciembre de 1928 y las Escuelas Sociales. Los fisiólogos de estas Instituciones eran los encargados de organizar anualmente cursos especiales sobre los diversos problemas de fisiología del trabajo.

6. A modo de conclusión: hitos del período analizado

La vigilancia de la salud no siempre se ha articulado como técnica preventiva encaminada a detectar los efectos que los riesgos del trabajo pueden producir en la salud del trabajador.

Las primeras normas de salud laboral en España surgen en la transición de la Revolución Liberal al período de Restauración y derivan de un intervencionismo de carácter tuitivo y de urgencia dentro de un Estado benefactor que adopta estas normas por razones de moralidad o presión social. En ellas no había propiamente medidas de vigilancia de la salud, sino medidas de lo que podríamos denominar protección o asistencia sanitaria, cuidados sanitarios reparadores en definitiva.

100 Se resalta, con esta afirmación, el orgullo nacional característico de esta etapa dictatorial. Vid. Exposición de motivos del Real Decreto Ley.

101 Gaceta de 11 de septiembre.

102 Debía encargarse fundamentalmente del estudio de las enfermedades profesionales, estando facultado para organizar preventorios -establecimientos destinados a prevenir el desarrollo o propagación de ciertas enfermedades- por sí mismo o de acuerdo con las corporaciones del trabajo directamente interesadas (Vid. artículo 2º).

103 Con ellos se impulsa el estudio de la salud psicológica en el trabajo, todavía muy incipiente, en la medida en que son los encargados del estudio de los fenómenos de fatiga industrial y de las causas individuales productoras de los accidentes del trabajo. (Vid. artículo 3).

La primera manifestación de vigilancia de la salud de cierto carácter preventivo se encuentra en la Ley de 13 de marzo de 1900 sobre condiciones de trabajo de las mujeres y niños, pero no anudada al trabajo en sí, sino como una medida de salud pública para evitar que trabajaran si no estaban vacunados y padecían enfermedad contagiosa, y en el marco de ese mismo Estado benefactor pero que adopta un intervencionismo más coordinado en materia de salud laboral.

A partir de ahí y hasta la segunda República, la evolución de la vigilancia ha seguido dos derroteros, por un lado una vigilancia aneja a la prevención de accidentes como garantía del empresario para intentar aminorar la responsabilidad derivada de esos accidentes, como se refleja en el Real Decreto de 13 de enero sobre reconocimiento médico de obreros de 1916, o en la Ley de accidentes de trabajo de 1922 y su Reglamento donde se autoriza a los patronos a poder practicar, recurriendo al correspondiente facultativo, reconocimientos médicos previos a la incorporación al trabajo sólo para detectar la predisposición a padecer cualquier tipo de hernia, al ser considerada incapacidad permanente de la que debía hacerse cargo el patrono salvo que concertara un seguro de accidentes. Esta función de la vigilancia de la salud es recogida de forma muy similar en el Reglamento para la aplicación de la Ley de accidentes de trabajo en la industria de 31 de enero de 1933, si bien dota de mayor seguridad el diagnóstico recogiendo específicamente los síntomas que pueden llevar a calificar la predisposición a padecer cualquier tipo de hernia.

En segundo lugar, una vigilancia unida al desarrollo de la normativa sobre Enfermedades Profesionales en la que se enfatiza el carácter preventivo que debe reunir esta.

Este carácter preventivo de la vigilancia y su objetivo empezaron a cobrar importancia tras la participación de España en el II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales celebrado en Bruselas en 1910 en el que ya se dejó ver la importancia de la relación de la práctica de la vigilancia con los riesgos y la necesidad de que fuera practicada por profesionales que conocieran claramente las características de los puestos de trabajo. Este Congreso llevó a la elaboración de algunos convenios sobre riesgos específicos, como el del empleo de la cerusa, en 1921, ratificado por España en 1924, que exige vigilar los efectos de esta pintura en la salud de los trabajadores a través del instrumento de los reconocimientos médicos. Además, también en 1924, España ratificó el primer Convenio de la OIT que trata específicamente de vigilancia de la salud desde un punto de vista preventivo: el Convenio sobre el examen médico de los menores (trabajo marítimo) de 1921. Pero es, sin duda, el Convenio sobre enfermedades profesionales de 1925, ratificado en 1932, el que sienta las bases sobre lo que debería ser la vigilancia de la salud, pues de él se deduce que si realmente se pretende conseguir una efectiva protección de la salud son necesarias pruebas específicas de diagnóstico en

función de la enfermedad que pueda contraerse en un determinado puesto de trabajo y, además, debe ponerse límite a la generalización de una vigilancia excesivamente escrupulosa e interesada en eliminar todas las causas de predisposición al riesgo.

7. Bibliografía

ALONSO OLEA, Manuel, “¿Es de seguridad y salud del medio de trabajo la regulación de la jornada?”, *Revista Española de Derecho del Trabajo* nº 93, 1999, p. 5-18.

BARTOLOMÉ PINEDA, Angel, “El Dr. Oller y la enseñanza de la medicina del trabajo”, *Medicina y Seguridad del Trabajo*, nº. 131, 1988, p. 8-15.

BERNABÉU MESTRE, Josep, “El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 68, 1994, p. 65-89.

BERNABÉU, Josep; PERDIGUERO, Enrique; ZARAGOZA, Paula, “Desarrollo histórico de la Salud Laboral”, en BENAVIDES, Fernando; RUIZ-FRUTOS, Carlos; GARCÍA, Ana María (coordinadores), *Salud laboral. Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales*, 2ª. ed. Masson, Barcelona, p. 71-81.

COLÁS LEBLANC, José Antonio, “Apuntes sobre la panorámica social española del siglo XIX” en *Revista de Trabajo* nº 25, 1969. p. 107-130.

ESPUNY I TOMÁS, María Jesús, “Eduardo Dato y la legislación obrera”, *Historia Social* nº 43, p.3-14 y MARTINEZ PEÑAS, Leandro, *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, nº1, 2011, p. 25-70.

GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, “La recepción de la doctrina del riesgo profesional en el ordenamiento jurídico español: la ley de accidentes de trabajo de 1900 y su aplicación por la primera jurisprudencia”, en RAMOS VÁZQUEZ, Isabel (coordinadora), *Derecho y Trabajo en el Siglo XIX*, Dykinson, Madrid, 2017, p. 189-220.

GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, *Orígenes y Fundamentos de la Prevención de Riesgos Laborales en España (1873-1907)*, Albacete, Bomarzo, 2008.

GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, “El Reglamento de policía minera de 1897: sus principales aportaciones en materia de prevención de riesgos laborales”, *IUSLabor*, nº 1, 2008, p. 1-8.

GONZÁLEZ LABRADA, Manuel, *Seguridad y Salud en el trabajo y responsabilidad contractual del empresario.*, Barcelona, Cedecs, 1996.

GONZÁLEZ SÁNCHEZ, José Juan, *Seguridad e Higiene en el Trabajo: formación histórica y fundamentos*, Madrid, CES, 1997.

IGLESIAS, María del Carmen y ELORZA, Antonio, “La Fundación de la Comisión de Reformas Sociales”, en *Revista de Trabajo* nº 25, 1969, p. 75-105.

LÓPEZ PENA, Isidoro, “Los orígenes del intervencionismo laboral en España: el Instituto de Reformas Sociales” en *Revista de Trabajo* nº 25, 1969, p. 9-44.

MARTÍN VALVERDE, Antonio, *La Legislación Social en la Historia de España: De la Revolución Liberal a 1936*, Madrid, Congreso de los Diputados, 1987.

MARTÍN VALVERDE, Antonio, RODRÍGUEZ SAÑUDO, Fermín y GARCÍA MURCIA, Joaquín, *Derecho del Trabajo*, Madrid, Tecnos, 2001.

MARTINEZ PEÑAS, Leandro, *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, nº 1, 2011, p. 25-70.

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”, en ÁLVAREZ URÍA, Fernando; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael y CAMPOS MARÍN, Ricardo (coordinadores), *Medicina Social y clase obrera en España. (Siglos XIX y XX). Tomo I*, Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid, 1992, p. 349-381.

MARVÁ Y MAYER, José, *Museos de Higiene y Seguridad del Trabajo: Descripción de los más importantes de Europa*, Madrid, Instituto de Reformas Sociales, 1907.

MARVAUD, Ángel, *La cuestión social en España*, Madrid, Ediciones de la Revista de Trabajo, 1975.

MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo y RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, “Aproximación al estudio de los recursos asistenciales sanitarios en los establecimientos minero-metalúrgicos españoles a comienzos del siglo XX”, en ÁLVAREZ URÍA, Fernando; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael y CAMPOS MARÍN, Ricardo (coordinadores), *Medicina Social y clase obrera en España. (Siglos XIX y XX). Tomo I*, Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid, 1992, p. 263-294.

MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Ideología y lenguaje en las primeras leyes laborales de España (1873-1978)*, Madrid, Cívitas, 1992.

OIT, *Las normas internacionales de trabajo. Manual de educación obrera*. Ginebra, OIT, 1998.

PENDÁS GARCÍA, Benigno, “Datos y datos sobre la historia de la Seguridad e Higiene en el trabajo (II)”, *Documentación Laboral* nº 24, 1988, p. 37-102.

RAMAZZINI, Bernardino, *Tratado de las enfermedades de los artesanos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.

SEMPERE Navarro, Antonio; GARCÍA BLASCO, Juan; GONZÁLEZ LABRADA, Manuel y CARDENAL CARRO, Miguel, *Derecho de la Seguridad y la Salud en el trabajo*, Madrid, Cívitas, 2001.

SILVÁN, Leandro, *Estudio médico-social del Convenio sobre reparación de las enfermedades profesionales y Examen crítico de su posible aplicación a la economía española*, Madrid, Helénica, 1931.

SMITH, Adam, *Investigación sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones (1776)*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1979.

TOMÁS Y VALIENTE, Francisco, *Manual de Historia de Derecho Español*, Madrid, Tecnos, 1985.

TORRES LÓPEZ, Juan, *Introducción a la Economía Política*, Madrid, Cívitas, 1995.

ÚBEDA Y CORREAL, José, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales (Bruselas, 10-14 de Septiembre de 1910)*, Madrid, Instituto de Refomas Sociales, 1914.