

LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE LOS TRABAJADORES EN LA SEGUNDA REPÚBLICA Y EN LA DICTADURA

Sonia Isabel Pedrosa Alquézar
Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Zaragoza¹

Abstract

El estudio de los antecedentes legislativos, doctrinales y jurisprudenciales de forma diacrónica y contextualizada es una condición de partida para adentrarse en el conocimiento de cualquier materia. Este artículo tiene como objetivo conocer esos antecedentes en relación con la práctica de reconocimientos médicos, como actuación diagnóstica aplicada personalmente al trabajador para evaluar su estado de salud en relación con los riesgos laborales, en la Segunda República y en la Dictadura.

The study of the legislative, doctrinal and jurisprudential background in a diachronic and contextualised way is a starting condition for gaining knowledge of any subject. The aim of this article is to learn about these antecedents in relation to the practice of medical examinations, as a diagnostic action applied personally to workers to assess their state of health in relation to occupational hazards, during the Second Republic and the Dictatorship.

Title: Medical examinations in the Second Republic and in the Dictatorship

Palabras clave: vigilancia de la salud, reconocimientos médicos, protección de los trabajadores, prevención de riesgos, Segunda República, Dictadura

Keywords: health surveillance, medical examinations, workers' protection, risk prevention, Second Republic, Dictatorship

IUSLabor 3/2023, ISSN 1699-2938, p. 162-191

DOI. 10.31009/IUSLabor.2023.i03.07

Fecha envío: 1.5.2023 | Fecha aceptación: 10.11.2023 | Fecha publicación: 5.12.2023

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. Los reconocimientos médicos en la Segunda República
 - 2.1. La “constitucionalización” del derecho a la salud
 - 2.2. La regulación en las normas de accidente de trabajo
 - 2.3. La incipiente preocupación por la formación en Medicina del Trabajo
 - 2.4. La atención a la silicosis y los reconocimientos médicos en la normativa de enfermedades profesionales
3. Dictadura y desarrollo tuitivo de la vigilancia de la salud
 - 3.1. La década de los cuarenta: vigilancia de la salud y seguros de enfermedad
 - 3.2. La década de los cincuenta: los servicios médicos de empresa
 - 3.3. La década de los 60: la nueva Ley de Enfermedades Profesionales
 - 3.4. Transición Democrática y proliferación de normativa específica
4. A modo de conclusión

1. Introducción

En este estudio se pone de manifiesto qué características ha reunido y cómo ha sido entendida la obligación de realizar reconocimientos médicos a las personas trabajadoras como instrumento de protección de su salud en la Segunda República y en la Dictadura instaurada tras la Guerra Civil.

En la actualidad esta obligación se recoge en el artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y es entendida como el conjunto de actuaciones diagnósticas aplicadas personalmente al trabajador para evaluar su estado de salud en relación con los riesgos laborales. Si bien, no siempre se ha articulado de esta manera.

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 niños² 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. Esta Ley se elaboró en el marco de un incipiente intervencionismo estatal planificado y coordinado que había dado lugar a la Ley de 30 de enero de 1900 sobre Accidentes de Trabajo³, norma de referencia en cuanto que, además de ser la primera en esta materia, introduce la teoría del riesgo profesional. Esta teoría 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 riesgo⁴. Con ella, la tutela de la persona del trabajador tendrá una doble vertiente, preventiva y reparadora⁵, 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.

Esta Ley sobre Accidentes de Trabajo regula también la obligación de vigilancia de la salud (artículo 4) pero desde una óptica reparadora, exigiendo a la parte empleadora que

² Gaceta de 14 de marzo.

³ Gaceta de 31 de enero.

⁴ 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.

⁵ GONZÁLEZ LABRADA, Manuel, *Seguridad y Salud en el trabajo y responsabilidad contractual del empresario*, Barcelona, Cedecs, 1996, p. 268.

facilite al obrero accidentado asistencia médica o farmacéutica hasta que se halle en condiciones de volver al trabajo.

A partir de ahí y hasta la Segunda República, la evolución de la vigilancia siguió dos derroteros:

Por un lado, una vigilancia aneja a la prevención de accidentes como garantía del empresario para intentar aminorar la responsabilidad derivada de los mismos, como se refleja en el Real Decreto de 13 de enero, de 1916, sobre reconocimiento médico de obreros⁶, o en la Ley de 10 de enero de 1922 sobre accidentes de trabajo⁷ y su Reglamento, aprobado por Real Decreto de 29 de diciembre de 1922⁸, 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 (artículo 93.4).

Por otro, una vigilancia unida al desarrollo de la normativa sobre Enfermedades Profesionales en la que se enfatiza el carácter preventivo de la misma y que culminó, ya en la República, con la institucionalización del reconocimiento médico como técnica de vigilancia en función del riesgo en la Ley de 13 de Julio de 1936 por la que se aprueban las Bases para la regulación general de las enfermedades profesionales⁹.

2. Los reconocimientos médicos en la Segunda República

2.1. La “constitucionalización” del derecho a la salud

La Ley de 9 de diciembre de 1931, por la que se aprueba la Constitución de la Segunda República¹⁰ no contiene ningún artículo referido específicamente a la salud laboral pero puede entenderse “constitucionalizada”¹¹ en la literalidad de su artículo 46, donde se

⁶ Gaceta de 16 de enero.

⁷ Gaceta de 11 de enero.

⁸ Gaceta de 31 de diciembre.

⁹ Gaceta de 15 de julio.

¹⁰ Gaceta de 10 de diciembre.

¹¹ Ya se intentó constitucionalizar la salud en el Anteproyecto de Constitución de la Dictadura de Primo de Rivera firmado el 17 de mayo de 1929. Su artículo 28 señalaba que el Estado debía proveer, “*con el concurso de las clases interesadas, por el seguro o por otros medios, a la conservación de la salud y capacidad de trabajo del obrero manual o intelectual...*”. (Cfr. MONTROYA MELGAR, Alfredo, *Ideología y lenguaje en las primeras leyes laborales de España (1873-1978)*, Madrid, Cívitas, 1992, p. 195).

establece que “*la República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna*”.

Basta recordar el sentido de la dignidad¹² para comprobar esa constitucionalización del derecho a la salud mencionada. La dignidad puede identificarse con aquella característica propia e inseparable de toda persona en virtud de su racionalidad, independientemente del momento y por encima de las circunstancias en que se desenvuelva su vida, que se materializa en la realización, desarrollo y perfección de la propia personalidad a través del ejercicio de los derechos inviolables e irrenunciables que le son inherentes. El libre desarrollo de la personalidad se convierte en el elemento intangible e inherente de la dignidad en cualquier momento histórico que, sin unas adecuadas condiciones de salubridad, pierde su valor.

En la Segunda República, el trabajo debe ser protegido en la medida en que compromete la persona del trabajador e influye en su autorrealización¹³ -manifestación de la dignidad- y debe realizarse con garantías de desarrollo y protección de los derechos fundamentales que inciden directamente en la perfección de la propia personalidad. Entre ellos se encuentra, ocupando un lugar preferente como manifestación del derecho a la vida, la salud. De este modo, puede decirse que el legislador, al hablar de existencia digna, quería decir, entre otras cosas, condiciones de trabajo saludables.

Esta Constitución, al igual que la mexicana de 1917, la rusa de 1918 y la alemana de Weimar de 1919, no sólo incorporó en su articulado protección de derechos individuales¹⁴ sino también de derechos sociales¹⁵ y de la vida familiar y económica. Se pretendía que los derechos incluidos en ella no fueran declamaciones sino verdaderas declaraciones, por ello, se les asignaban una serie de garantías: de una parte, la regulación concreta y normativa; de otra, los recursos de amparo y las jurisdicciones propias para poderlos hacer eficaces¹⁶. En este sentido, el artículo 46 garantiza el derecho del trabajador a una

¹² Aunque su significado se haya articulado a partir de la Constitución de 1978, la esencia de lo que supone la dignidad sirve también para comprender el alcance de la misma y su proyección en la salud durante la Segunda República.

¹³ Cfr. MARTIN VALVERDE, Antonio et. alt., *La Legislación Social en la Historia de España: De la Revolución Liberal a 1936*, Madrid, Congreso de los Diputados, 1987, p. XCVIII.

¹⁴ Título III, Capítulo I.

¹⁵ Título III, Capítulo II.

¹⁶ Vid. Discurso del Presidente de la Comisión Redactora del Proyecto de Constitución de 1931 en SOLÉ TURÁ, Jordi, AJA, Eliseo, *Constituciones y períodos constituyentes en España (1808 - 1936)*, Madrid, 16ª ed. Siglo XXI, 1992, p. 171.

existencia digna mediante mecanismos como el seguro de enfermedad y accidente, paro forzoso, salario mínimo y familiar, protección a la maternidad, jornada de trabajo, etc.

Así, puede decirse que, desde esa obligación de proteger el trabajo como medio de autorrealización de la persona, la Constitución de la Segunda República supone también un empuje al desarrollo de la legislación sobre salud en el trabajo, no sólo desde un punto de vista reparador sino también preventivo.

2.2. *La regulación en las normas de accidente de trabajo*

El artículo 34 del Texto Refundido sobre accidentes de trabajo, aprobado por Decreto de 8 de octubre de 1932¹⁷ remite, al igual que el artículo 66 de la Ley de Contrato de Trabajo de 1931¹⁸, a la regulación de la seguridad y salud en el trabajo por Reglamento. Se encomendaba al Ministerio de Trabajo la aprobación de Reglamentos que hicieran efectiva la aplicación de medidas preventivas. Además, su artículo 35 preveía la creación de un Museo para conservar los modelos de los mecanismos ideados para prevenir los accidentes del trabajo y ensayar mecanismos nuevos.

Siguiendo el mandato legislativo de delegación reglamentaria se aprueba, el 31 de enero de 1933, el Reglamento para la aplicación de la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria¹⁹ con la obligación para el empresario de prevenir los accidentes de trabajo empleando todos los medios posibles de seguridad e higiene en beneficio de los obreros (artículo 44). Además, se establece la obligatoriedad de cumplir las normas específicas que para cada una de las industrias se dicten en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Por lo que respecta a la vigilancia de la salud, el artículo 20 del Reglamento regula la facultad de los empresarios para practicar los reconocimientos médicos oportunos desde el punto de vista especial de la predisposición a padecer cualquier tipo de hernia. La regulación se inserta en la línea iniciada por el Reglamento de Accidentes de 1922, si bien, recoge específicamente los síntomas que pueden llegar a calificar la predisposición

¹⁷ En cuanto a la reparación, lo más relevante es la obligatoriedad del seguro de accidentes de trabajo por muerte e incapacidad permanente. Su falta daba lugar a una responsabilidad administrativa con multa pecuniaria y a una responsabilidad directa frente al trabajador de todas las obligaciones impuestas por la ley. En cualquier caso, si el empresario no aseguraba al trabajador, éste no quedaba desprotegido en la medida en que este aseguramiento se creaba por ministerio de la ley existiendo un fondo de garantía para hacerse cargo de la correspondiente indemnización (Cfr. GONZÁLEZ LABRADA, Manuel, *Seguridad y Salud en el trabajo y responsabilidad contractual del empresario*, Barcelona, Cedecs, 1996, p. 289).

¹⁸ Gaceta de 22 de noviembre.

¹⁹ Gaceta de 2 de febrero.

a padecer cualquier clase de hernia²⁰ elevando a categoría jurídica conclusiones médicas sobre síntomas de posible hernia, logrando, de este modo, una mayor seguridad en el diagnóstico y cortando el paso a posibles arbitrariedades. No obstante, sigue siendo un reconocimiento con finalidades indemnizatorias y no tanto de protección a la salud. El Decreto de 25 de agosto de 1931 que aprueba el Reglamento de la Ley de Accidentes de trabajo en la Agricultura entiende este reconocimiento de forma similar.²¹

A propósito de esta normativa empiezan a surgir algunas sentencias sobre reconocimientos médicos relacionados con las hernias en las que se ve claramente la función perital de los mismos al servicio de finalidades indemnizatorias²².

Por otro lado, la Orden de 24 de abril de 1934 fija para todas las empresas y mutualidades aseguradoras del riesgo de accidentes de trabajo las tarifas mínimas de los servicios médicos²³, con un articulado que ordena las tarifas por estos servicios derivadas de accidentes -por quemaduras, por luxaciones, por operaciones quirúrgicas...-. También se hace una referencia a la tarifa por reconocimientos médicos que se practiquen por cuenta de la empresa distinguiendo dos tipos, el reconocimiento con certificado simplemente de hernia, previo ingreso al trabajo, con una tarifa de 5 pesetas y reconocimiento completo al precio de 20 pesetas²⁴. La literalidad de los términos pone de manifiesto que los únicos reconocimientos específicos eran los dirigidos a comprobar hernias o su predisposición. Los demás parece ser que eran generales, sin tener en cuenta, en principio, los riesgos

²⁰ “Se considerarán síntomas preferentes para calificar una predisposición a la hernia inguinal la gran dilatación del anillo inguinal externo, el choque visceral contra los dedos introducidos en el canal y la desaparición del canal inguinal; para la hernia umbilical, la debilidad de los músculos de la pared abdominal y la ptosis visceral” (artículo 20).

²¹ Vid. artículos 58-61. No recoge, sin embargo, los síntomas. (Gaceta 30 de agosto).

²² Vid., entre otras, STS, Sala de lo Social, de 12.03.1932: “Así el reconocimiento previo de los obreros respecto a la predisposición a padecer cualquier clase de hernia como la información precisa para la declaración de incapacidad por tal lesión, no tienen, por su propia naturaleza, otro carácter ni alcance que el de medios de prueba...”.

²³ Gaceta del 29.

²⁴ Título IV. Capítulo XIII.

determinados del puesto de trabajo²⁵. La prevención todavía no incorpora la función de vigilancia de la salud articulada sobre el riesgo del trabajo.

2.3. *La incipiente preocupación por la formación en Medicina del Trabajo*

Ese mismo año se crea la Inspección Médica de Trabajo (Decreto de 23 de agosto de 1934)²⁶ que tiene como función observar el cumplimiento de las medidas preventivas en las empresas y estudiar los problemas médico-sanitarios derivados de convenios internacionales ratificados por España y de la legislación nacional, proponiendo, en su caso, las posibles modificaciones y ampliaciones²⁷. Supuso un avance para la vigilancia de la salud, no en cuanto a la técnica en sí, sino respecto de la importancia dada a la Medicina del Trabajo en la medida que era condición preferente para desempeñar cargos técnicos en esta Inspección haber seguido cursos especiales de esta especialidad médica, impartidos por la Escuela Nacional de Sanidad, con la cooperación del Instituto Nacional de Previsión, y estar en posesión del certificado correspondiente (artículo 8). Se trata de la primera vez en la que se hace referencia, desde el punto de vista normativo, a una formación, más o menos regular, en Medicina del Trabajo²⁸. Su importancia radica, a su vez, en que ofrece un avance de lo que actualmente es el Sistema de Información Sanitaria al establecer que “*será misión principalísima del nuevo servicio la formación de un archivo central en el que se vayan reuniendo lo que pudiera denominarse historia patológica del trabajo del obrero, que al mismo tiempo constituya un elemento de información y de estudio, cuyas consecuencias resulten aplicables al orden práctico*”.

2.4. *Atención a la silicosis y los reconocimientos médicos en la normativa de las enfermedades profesionales*

También es importante señalar la importancia que empieza a adquirir en este período histórico la prevención y tratamiento de la silicosis, prevención en la que la vigilancia de la salud ocupará un lugar importante años posteriores. Así, por Decreto de 19 de agosto de 1935²⁹ se crea un Patronato para sufragar los gastos de asistencia médica y permanencia en sanatorios de los obreros de minas de plomo que hayan contraído

²⁵ Debía de haber unas pruebas típicas para cualquier clase de trabajo, para comprobar si una persona estaba sana, en general, no en relación al concreto puesto de trabajo o bien, se dejaban a elección del médico encargado de practicar el reconocimiento con las posibles arbitrariedades a que esto, como ya se ha señalado, pudiera dar lugar. De esto se deduce que aunque existieran algunas normas que recogieran una vigilancia de la salud específica en función del riesgo, como las referidas a la anquilostomiasis, los avances como medida preventiva eran todavía muy lentos.

²⁶ Gaceta de 25 de agosto.

²⁷ Vid. Exposición de Motivos y artículos 1 a 4.

²⁸ BACHILLER BAEZA, Angel, *La medicina social en España*, Valladolid, Universidad, 1985, p. 67.

²⁹ Gaceta de 20 de agosto.

enfermedad del pecho por silicosis, derivada de los trabajos de perforación (artículo 13). Posteriormente, la Orden de 16 de septiembre de 1935³⁰ aprueba el Reglamento para el funcionamiento y atribuciones del citado Patronato que debe relacionarse con diferentes organismos, entre ellos el Consejo de Sanidad para conocer, divulgar e implantar los distintos adelantos que se realicen tanto en la prevención como en la curación de esta enfermedad.

Clave para este estudio es la Ley de 13 de Julio de 1936 por la que se aprueban las Bases para la regulación general de las enfermedades profesionales. Recoge una serie de enfermedades que reciben la calificación de profesionales siempre que se originen por el trabajo en alguna de las empresas dedicadas a las actividades que enumera, si bien esta doble lista no obstará para que los Tribunales puedan “*aplicar a manifestaciones de otras enfermedades derivadas directa, indubitada y principalmente del ejercicio de una profesión, la protección legal establecida para los accidentes de trabajo*” (base XII). Tiene una función reparadora en la medida en que las enfermedades profesionales sólo se consideran a los efectos de indemnización del obrero víctima de ellas o de sus causahabientes en caso de defunción de aquél³¹. Si bien, su base VI permite observar, a su vez, una función prevencionista en cuanto exige la práctica de un reconocimiento médico periódico, con el fin de lograr un diagnóstico precoz de la enfermedad profesional, remitiendo a las disposiciones reglamentarias la determinación de esa periodicidad, que no podrá exceder de seis meses, y la introducción de nuevas orientaciones profesionales para que el obrero pueda preservar su salud. Función que también se percibe en la base VIII en la medida en que remite la regulación del “*reconocimiento previo del obrero en trabajos que puedan motivar enfermedades profesionales*” a disposiciones reglamentarias.

Con esta ley se institucionaliza por primera vez el reconocimiento médico en función de los riesgos de cada trabajo, como se deduce de la afirmación literal sobre la periodicidad del reconocimiento de la base VI: “*según tiempos que para cada riesgo especificarán las disposiciones reglamentarias*”. Si el intervalo entre un reconocimiento y otro es diferente según el riesgo al que se haga referencia, es indudable que las pruebas de las que conste aquél variarán en función de los riesgos que conlleve el propio trabajo, si bien se trata de una materia que ya no entra en el ámbito material de la Ley, de ahí que las distintas

³⁰ Gaceta de 24 de septiembre.

³¹ Vid. Base I: “*Se considerarán específicamente enfermedades profesionales a los efectos de la reglamentación especial para indemnización del obrero víctima de ellas o de sus derechohabientes en caso de defunción, las siguientes siempre que se originen por el trabajo en Empresa que ejerza una de las industrias que se enumeran a continuación...*”.

pruebas, según los distintos riesgos, tengan que venir reguladas en Reglamentos específicos.

Se trata de una ley básica en el estudio de la vigilancia de la salud, aunque su proximidad con la Guerra Civil desvirtuara su fuerza jurídica³², pues, por primera vez, el reconocimiento no es sólo “un instrumento indemnizatorio”, sino también un instrumento preventivo orientado a proteger la salud del trabajador, una salud que le va a suponer una mejor autorrealización personal.

3. Dictadura y desarrollo tuitivo de la vigilancia de la salud

3.1. La década de los cuarenta: vigilancia de la salud y seguros de enfermedad

El período de tiempo transcurrido entre el final de la Guerra Civil y el comienzo de la Democracia en España supone un amplio desarrollo de normativa sobre salud en el trabajo, no sólo por ser un período histórico mucho más largo que los anteriores sino por la voluntad del Estado, ya desde el Decreto de 9 de marzo de 1938 por el que se aprueba el Fuero del Trabajo³³, de querer convertirse en excesivo protector del trabajador -no siempre con éxito, perjudicando, incluso, algunos de sus derechos y libertades-, sobre la base de que el trabajo no puede reducirse a un concepto material de mercancía que sería incompatible con la dignidad personal de quien lo presta³⁴.

Con esta idea de intervención pública protectora, se aprobó, por Orden de 31 de enero de 1940, el Reglamento general de seguridad e higiene en el trabajo³⁵ en el que se hace patente la importancia de una intensa labor preventiva para evitar los accidentes de trabajo o, al menos, disminuir su número y gravedad. A lo largo de sus 11 capítulos y 104 artículos establecía las condiciones generales y mínimas que debían tener las máquinas, motores, locales, andamios, servicios de higiene, etc., para garantizar una adecuada seguridad en el trabajo. Además, establece obligaciones tanto para el empresario como

³² Pendas afirma que tuvo un carácter programático, mientras que González Sánchez afirma que no llegó a aplicarse (PENDAS DÍAZ, Benigno, “Datos y datas sobre la historia de la Seguridad e Higiene en el trabajo”, *Documentación Laboral*, nº 24, 1988, p. 66; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, José Juan, *Seguridad e Higiene en el Trabajo: formación histórica y fundamentos*, Madrid, CES p. 111).

³³ BOE de 10 de marzo. Puede decirse que fue la expresión de la ideología socioeconómica del nuevo régimen que iba a surgir. (MONTROYA MELGAR, Antonio, *Ideología y lenguaje...*, *op. cit.*, p. 299). Para un análisis en profundidad de la Seguridad y Salud en el trabajo durante el primer franquismo vid: GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, “Seguridad e Higiene en el trabajo durante el primer franquismo: estructuras jurídicas e institucionales”, *Lex Social. Revista de Derechos Sociales*, nº 77, p. 83-104.

³⁴ Vid. Declaración I del Fuero del Trabajo.

³⁵ BOE de 3 de febrero.

para los trabajadores que deben utilizar los aparatos y dispositivos de protección facilitados por el empresario.

Si bien esta norma puede considerarse esencial en este período, referencia obligada en las empresas para adoptar medidas preventivas, nada dice sobre la vigilancia de la salud, obligación exigible, empero, en la prevención de enfermedades como la neumoconiosis. Así, la Orden de 7 de marzo de 1941³⁶, sobre normas para la prevención e indemnización de la silicosis y otras formas de neumoconiosis, incorpora el deber de la empresa de realizar reconocimientos médicos para detectar si se es sensible a padecer estas enfermedades, así como el deber del trabajador de someterse a ellos.

Esta Orden recoge la obligación de reconocimientos previos al ingreso en empresas con riesgo de neumoconiosis, y también de los periódicos -anuales-, tanto para las personas trabajadoras ocupadas en las mismas como para las que ya no trabajan en ellas (artículo 6). Su realización se encomienda a un servicio médico contratado por la empresa o concertado para varias empresas³⁷. Las pruebas diagnósticas deben incluir necesariamente exploración nasofaríngea, respiratoria y cardiovascular, pruebas relacionadas específicamente con el riesgo del trabajo, esto es, la posibilidad de desarrollar algún tipo de neumoconiosis. Si bien, llama la atención que la norma deje la puerta abierta a otro tipo de pruebas, extensión que podía dar lugar a interpretaciones al arbitrio del médico que practicara el reconocimiento y que podían perjudicar al trabajador, sobre todo teniendo en cuenta que los encargados de practicarlo pertenecían a servicios dependientes de las empresas.

Esta Orden introduce, además, la necesidad de abrir una historia clínica del obrero con datos de anamnesis³⁸ en cuanto que en su artículo 7 establece que de los reconocimientos previos o periódicos “*deberá desprenderse lo referente al estado anterior del individuo, así como el historial clínico y evolutivo de la patología propia del trabajo en lo que a las neumoconiosis y especialmente a la silicosis se refiere*”. A su vez, el artículo 9 prevé la confección de estadísticas correspondientes con los datos sobre reconocimientos médicos que periódicamente envíen las empresas a la Sección de previsión de accidentes e higiene del trabajo del Ministerio de acuerdo con una ficha anexada a la Orden en la que se

³⁶ BOE de 18 de marzo.

³⁷ “*Las empresas podrán organizar este servicio aisladamente o en forma mutua, previo informe de la Inspección de Trabajo y aprobación de la sección de prevención de accidentes e higiene del trabajo de este ministerio*”. (Artículo 5). La regulación de estos servicios médicos servirá de base para la posterior legislación específica de los mismos en la década de los 50 y en la actualidad.

³⁸ Entendiendo por tal parte de un examen médico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo anteriores a la enfermedad o, en este caso, posible enfermedad.

solicitan datos sobre el servicio médico existente; elementos de los que dispone ese servicio y bajas registradas durante el semestre³⁹.

No obstante, puede afirmarse que lo más importante de esta norma es la articulación de medidas preventivas con fundamento en el resultado de esos reconocimientos. No preocupa tanto el interés de la empresa sino la salud del trabajador que empieza a ser relevante en sí misma y no sólo como objeto de posible indemnización. En estas medidas se incluye la posibilidad de traslado dentro de la misma empresa a otros puestos exentos de riesgo o el cese en la misma, *“pudiendo, en su caso, quedar inhabilitados para trabajar en las distintas industrias con riesgo de neumoconiosis, y en especial de silicosis”* (artículo 7 párrafo 2º).

Esta Orden se complementó con el Decreto de 3 de septiembre de 1941⁴⁰ que estableció el seguro de enfermedad profesional denominada silicosis, recoge, a su vez, algunos aspectos referidos a la vigilancia de la salud y profundiza en distintas medidas protectoras de la salud. Así, cuando del reconocimiento médico resulte que el trabajador padece silicosis en grado que, sin producir incapacidad, no pueda permanecer en su trabajo sin peligro para su salud, será trasladado dentro de la misma empresa a otro trabajo exento de riesgo de silicosis. Si esto no fuera posible y siempre que sea confirmado por el Inspector de Trabajo, será dado de baja y percibirá un subsidio del 50 por 100 de su sueldo durante el tiempo que dure esa baja. Este subsidio corría a cargo de la empresa durante el primer año y de la Sección de seguro de la silicosis durante el resto del tiempo, que no podía exceder de seis meses (artículo 4). Además, se exigía la práctica de reconocimiento a todos los trabajadores de las empresas a las que se aplica esta norma en el plazo de dos meses desde su publicación con la obligación de consignar sus resultados en una ficha médica aprobada por Orden de 17 de enero de 1942⁴¹. En esta ficha se debe expresar si el obrero no padece silicosis, si padece silicosis en grado que, sin producir incapacidad, implique peligro su permanencia en el trabajo o si padece silicosis en grado que haga presumir la incapacidad permanente.

La Orden de 14 de noviembre de 1942 aprueba el Reglamento del seguro de silicosis⁴² del que hay que resaltar las cinco circunstancias en las que es necesario realizar reconocimiento médico: cuando el trabajador ingrese en la empresa; anualmente, en el mes que fije la Sección de previsión de accidentes e higiene del trabajo para cada

³⁹ En esa ficha también se solicita la forma en que se efectúan los trabajos, máquinas fundamentales que se emplean, medidas higiénico-sanitarias empleadas tanto en el local o ambiente de trabajo como en máquinas y para el trabajador y si existen instalaciones higiénico-sanitarias especificando su clase.

⁴⁰ BOE de 7 de enero.

⁴¹ BOE de 24 de enero.

⁴²BOE de 20 de noviembre y rectificación en el de 6 de diciembre.

industria, haciéndose constar los resultados en una ficha nominal; a petición del trabajador o de sus representantes legales; cuando la empresa lo considere conveniente y cuando la Sección citada lo disponga.

El Decreto de 23 de diciembre de 1944⁴³ sobre el nuevo régimen a seguir en el Seguro de la Silicosis⁴⁴ introdujo cambios en la organización del mismo que culminaron con un nuevo Reglamento en 1946⁴⁵, que derogó el anterior profundizando más en distintos aspectos de los reconocimientos médicos. Se resuelve la problemática relativa a la negativa del trabajador a someterse a reconocimiento médico con una nueva advertencia sobre la necesidad de someterse al mismo y, en última instancia, se le podía imponer la sanción de despido.

El Decreto de 10 de enero de 1947 sobre el seguro de enfermedades profesionales⁴⁶ extiende su ámbito de aplicación al catálogo de enfermedades consideradas profesionales en la época, si bien, en un principio, sólo se aplicó con carácter especial a la reparación de la silicosis pulmonar y en las industrias que ya venían incluidas obligatoriamente en este régimen de seguro. No obstante, se establece una cláusula de apertura para la inclusión sucesiva de las demás, previo el oportuno estudio científico de las mismas y el informe de los Ministerios interesados, la Organización Sindical y el Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.⁴⁷ Respecto de la vigilancia de la salud, este Decreto supone una limitación a eventuales perjuicios para los trabajadores sometidos a reconocimientos médicos que pudieran haberse generado por la elección por la empresa del servicio encargado de practicarlos y, de este modo, priorizar sus intereses sobre los del obrero. Esta garantía se contrae a la realización de los reconocimientos directamente por los servicios médicos del Seguro que es, a su vez, quien puede realizar todos los reconocimientos debidos con equipos médicos especializados en patología respiratoria y

⁴³ En este año se publicaron otras tres normas que tienen que ver con la vigilancia de la salud: la Orden de 26 de enero de 1944 implantando el Seguro de Silicosis en las minas de carbón, que establece la necesidad de realizar reconocimientos médicos iniciales y periódicos cuyo gasto correrá a cargo de las empresas aseguradas (BOE de 2 de febrero); la Orden de 19 de octubre de 1944 organizando el estudio de la enfermedad denominada cannabinosis a consecuencia del cáñamo para la que se exige, igualmente, la práctica de reconocimiento médico sin especificar nada más salvo que los gastos correrán a cargo del empresario que incluso deberá remunerar a sus trabajadores los días perdidos por someterse al reconocimiento (BOE de 22 de octubre); y, por último, la Orden de 27 de octubre de 1944 disponiendo el reconocimiento médico de los obreros que prestan servicio en las explotaciones de tierras arcillosas, a los efectos del Seguro de Silicosis (BOE de 4 de noviembre).

⁴⁴ BOE de 10 de enero.

⁴⁵ BOE de 9 de abril.

⁴⁶ BOE de 21 de enero.

⁴⁷ Vid. artículos 3º y 4º.

dotados de todo el material necesario para garantizar su efectividad.⁴⁸ Algunas empresas, no obstante, podían realizarlos por sí mismas cuando la Caja Nacional de Seguro de Accidentes de Trabajo delegara esta facultad y bajo su dirección y vigilancia (artículo 15.1).

Este Decreto se complementa con el Reglamento del Seguro de Enfermedades Profesionales de 19 de julio de 1949⁴⁹ que matiza la delegación del Seguro a las empresas para la realización de los reconocimientos médicos especificando que aquella no podrá ser nunca de carácter general y permanente, sino especial y para cada caso concreto (artículo 44). Profundiza en aspectos de vigilancia epidemiológica e insiste en la importancia de la cartilla sanitaria del obrero en la que debe figurar si es o no “*útil para el trabajo en industria pulvígena*”, certificado imprescindible si quiere entrar a trabajar en alguna de las empresas con riesgo de neumoconiosis (artículos 45, 46 y 50).

Los reconocimientos médicos en este marco de seguros de enfermedades profesionales generan también conflictos que dan lugar a un cuerpo de Jurisprudencia y que versan, principalmente, sobre la exigencia del requisito de previo reconocimiento médico a efectos de cobertura por el Seguro del riesgo en caso de que no se hayan realizado⁵⁰ considerando responsables a las Empresas que no lo realizasen.

Puede observarse en estas normas un avance considerable en lo que a vigilancia de la salud se refiere. Sin embargo, de todo lo argumentado puede deducirse que la perspectiva desde la que se observa esta vigilancia está todavía a mitad de camino entre una vertiente reparadora y una vertiente preventiva. No es un genuino instrumento preventivo encaminado a la protección de la salud, sino un instrumento para evitar la reparación.

También es importante mencionar en este período el desarrollo de los reconocimientos médicos introducido por las Reglamentaciones de Trabajo, instrumentos normativos del Derecho del Trabajo intervencionista adoptados, generalmente, mediante Orden

⁴⁸ Cfr. BORDONA, José María, *Comentarios médicos sobre el seguro de enfermedades profesionales*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1947, p. 11.

⁴⁹ BOE de 19 de agosto.

⁵⁰ Vid., por ejemplo, STS, Sala de lo Social, nº 274/1955, de 7 de marzo, insistiendo en que la obtención del volante o cartilla de “útil para el trabajo” a que se refiere el artículo 50 del Reglamento del seguro de enfermedades Profesionales de 19 de julio de 1949, no es deber del obrero, sino obligación de las empresas. O STS, Sala de lo Social, nº 700/1955, de 16 de junio, “*es indudable que la enfermedad fue adquirida estando al servicio de dicha Empresa, y si ésta no se cuidó de hacerlo o de exigir la cartilla correspondiente de esa aptitud, no sólo por sanción del incumplimiento, sino por la propia presunción que se establece o se deriva del artículo 11 de la expresada Orden [de 7 de marzo de 1941], debe estimársela responsable, sin perjuicio de su derecho a reclamar la parte que corresponda de la indemnización de las anteriores Empresas en las que trabajó el obrero silicótico*”.

Ministerial, que venían a ser más que ejercicio de una potestad reglamentaria, «ejercicio de una potestad legislativa delegada de carácter general»⁵¹.

En relación con la vigilancia de la salud estas Reglamentaciones pueden dividirse en dos grandes grupos. Por un lado, aquellas que sólo hacen referencia a la actualización del certificado médico para la aptitud de los menores en los trabajos que regulan, además de incorporar un examen psicotécnico -más como instrumento de selección de trabajadores que como medida de vigilancia-, y, por otro, aquellas que recogen un reconocimiento general para todos los trabajadores. Entre las primeras pueden citarse las Reglamentaciones para el sector lanero⁵², el sector algodonero⁵³ y el sector sedero⁵⁴ de la industria textil y la Reglamentación en la industria papelera⁵⁵. Entre las segundas, la Reglamentación para la industria de artes gráficas⁵⁶ y la Reglamentación del trabajo en prensa⁵⁷.

Se recogen tanto reconocimientos previos como periódicos. Del tenor literal se deduce que se harán en relación con los riesgos del trabajo al que se refiere la concreta reglamentación. Los costes correrán a cargo del empresario. Es, así, una regulación escueta, concisa, pero en la que ya se observa una vigilancia de la salud que empieza a ser valorada como instrumento preventivo, a pesar de que algunas reglamentaciones

⁵¹ ALONSO OLEA, Manuel, SERRANO CARVAJAL, José, MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Lecciones de Derecho del Trabajo. Curso de Médicos de Empresa*, Madrid, Universidad de Madrid, 1967, p. 66. Eran más bien normas que respondían al perfil de una deslegalización caracterizadas por contener regulaciones mínimas y por aplicarse a determinadas ramas de actividad económica, eran elaboradas para cada una de estas ramas. Tenían una norma marco: Ley de Reglamentaciones de Trabajo de 16 de octubre de 1942 (BOE de 23 de octubre). Su artículo 11 determinaba que este tipo de reglamentaciones debía regular condiciones de trabajo, entre ellas, medidas de prevención de accidentes e higiene en los talleres. Su artículo 16 venía a decir lo mismo para los Reglamentos de Régimen Interior. Estos son normas destinadas a detallar, especificar y concretar las disposiciones incluidas en las reglamentaciones de trabajo a las circunstancias de cada empresa (ALONSO OLEA, Manuel, SERRANO CARVAJAL, José, MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Lecciones de Derecho del Trabajo... op. cit.*, p. 88).

⁵² Orden de 28 de marzo de 1943 (BOE de 13 de abril).

⁵³ Orden de 1 de abril de 1943 (BOE de 1 de mayo).

⁵⁴ Orden de 31 de enero de 1946 (BOE de 10 de febrero).

⁵⁵ Orden de 3 de abril de 1946 (BOE de 7 de abril).

⁵⁶ Orden de 23 de febrero de 1944 (BOE de 27 de febrero).

⁵⁷ Orden de 22 de diciembre de 1944 (BOE de 29 de diciembre).

tomaban en cuenta la vigilancia de la salud como medida de salud pública y no como medida preventiva laboral⁵⁸.

Mención especial hay que hacer al Congreso de Medicina del Trabajo celebrado en Barcelona en 1942, con la finalidad de crear un organismo que cumpliera las funciones de investigación y docencia en relación con la traumatología y enfermedades profesionales. Posteriormente, y tras la propuesta realizada en el Congreso de 1943 en Bilbao, se creó, por Decreto de 7 de julio de 1944⁵⁹, el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo. Su Reglamento, -Orden de 23 de diciembre de 1944⁶⁰- establece que sus fines serán, entre otros, la investigación y estudio de los problemas de medicina, higiene y seguridad del trabajo, así como el estudio e información sobre procedimientos y medios preventivos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, entre los que está la vigilancia de la salud⁶¹. Su creación, junto a la de los Comités de Seguridad e Higiene⁶² - que deben cuidar de cuanto se relacione con los reconocimientos médicos del personal en las empresas- constituye otro avance en la consideración de la vigilancia como medida preventiva necesaria en una adecuada protección de la salud.

3.2. *La década de los cincuenta: los servicios médicos de empresa*

La vigilancia de la salud en el período dictatorial de los años 50 se caracteriza por una regulación concreta y específica de los órganos que la van a llevar a cabo. Así, en 1956, el Decreto de 21 de agosto creó los Servicios Médicos de Empresa. Posteriormente, estos Servicios fueron reorganizados por Decreto de 10 de junio de 1959⁶³, desarrollado por su Reglamento aprobado por Orden de 21 de noviembre de 1959 (RSM)⁶⁴.

Se les atribuye como funciones propias *“la conservación y mejora de la salud de los trabajadores dentro del ámbito de actividades de su Empresa, protegiéndoles contra los*

⁵⁸ Vid. artículo 136 de la Reglamentación nacional del trabajo en las industrias de la construcción y obras públicas aprobada por Orden de 11 de abril de 1946 (BOE de 14 de abril), *“las empresas vigilarán expresamente la convivencia con los productores de aquellos que padezcan enfermedad que por la índole y características puedan producir contagio o sea calificadas como repugnantes” “Las empresas cuidarán de localizar estos casos y adoptarán las medidas de sanidad precisas para prohibir el trabajo de aquel que se encuentre en estas circunstancias...”*.

⁵⁹ BOE de 26 de julio.

⁶⁰ BOE de 7 de enero.

⁶¹ Vid. Capítulo V. Sección Segunda.

⁶² Orden de 21 de septiembre de 1944 sobre creación de Comités de Seguridad e Higiene del Trabajo en las Industrias. (BOE de 30 de septiembre).

⁶³ BOE de 26 de junio.

⁶⁴ BOE de 27 de noviembre.

riesgos genéricos y específicos del trabajo y contra la patología común previsible” (artículo 1 RSM). Además, orientarán a las empresas sobre la distribución del personal “*en atención a sus condiciones psicofisiológicas para las distintas tareas y puestos de trabajo*” (artículo 1 RSM).

La organización de estos servicios viene regulada en la norma de una forma, en mi opinión, excesivamente puntillosa, con criterios generales y excepciones a esos criterios generales que requiere una doble lectura para comprender, adecuadamente, como queda configurada esa organización. De forma resumida puede decirse que estos servicios son de dos tipos, por un lado, autónomos, de cada empresa -se refiere también a centro de trabajo- con plantillas superiores a mil trabajadores o menos de mil si ya tenían servicios con anterioridad⁶⁵. Esta modalidad se organiza independientemente por cada empresa, aunque con la intervención de la Organización de Servicios Médicos de Empresa⁶⁶, encargada de la dirección e inspección técnica de los mismos ⁶⁷.

Por otro lado, están los denominados servicios comunes para empresas que tengan más de cien y menos de mil trabajadores de plantilla, siempre que se encuentren en proximidad topográfica, similitud de producción, condiciones y riesgos laborales y, además, facilidad de comunicaciones. Estos tres criterios no es necesario entenderlos de forma conjunta. Es conveniente, conforme al artículo 19 RSM, que los servicios comunes se organicen teniendo en cuenta los tres, pero si no pueden darse, se intentará tomar en consideración, al menos, uno de los criterios, no otra cosa parece deducirse de la expresión: “*siguiendo, en lo posible, los siguientes criterios*”.

Tanto una como otra modalidad está formada por médicos, auxiliares del médico - practicantes, ayudantes técnicos sanitarios y enfermeras con una remuneración inferior, demostrando la desvaloración de la época por trabajos realizados por mujeres que desempeñaban las mismas funciones que otros realizados por hombres-, administrativos

⁶⁵ A estas últimas se les da también la posibilidad de integrarse en un servicio de prevención mancomunado. Están obligadas a constituir servicio autónomo empresas que tengan centros de trabajo con más de mil trabajadores o varios centros de trabajo en una misma localidad o población o no separados entre sí más de cien kilómetros, si el conjunto de estos centros da una cifra de más de mil trabajadores. Si los centros de trabajo están a distancia mayor, cada uno de ellos se considera como empresa independiente (artículos 5 y 7 RSM).

⁶⁶ El Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo fue reorganizado por el Decreto de 6 de febrero de 1959 (BOE de 23 de febrero), que derogó el anterior y modificó su título, que pasó a ser Instituto de Medicina y Seguridad del Trabajo, encuadrándolo en el antiguo Instituto Nacional de Previsión (INP); en su artículo 27 creó la Organización de Servicios Médicos de Empresa regulada por Orden Ministerial de 8 de abril de 1959 (BOE de 18 de abril) que la configura como un servicio central encuadrado entre los órganos sanitario-sociales del Instituto Nacional de Previsión.

⁶⁷ Vid para estas funciones artículos 14 a 17.

y subalternos. Los médicos deben poseer un diploma de aptitud para desempeñar la especialidad de Medicina del Trabajo que se expide por la Escuela de Medicina del Trabajo una vez se hayan realizado los cursos de aptitud⁶⁸.

Se regulan también de forma muy exhaustiva todas sus funciones y deja de lado las posibles responsabilidades y competencias de la empresa en materia preventiva relacionada con estos servicios médicos. Se exige incluso documentación y archivo de la vigilancia de la salud a éstos (artículos 84 a 88), exigencia que pasará a ser compartida con la empresa.

La aportación fundamental de la organización de estos servicios es su propia estructura que ha servido de base para crear los sistemas de organización de la prevención actuales superando las deficiencias que podía tener aquella organización.

En primer lugar, se ha superado el límite tan elevado de trabajadores imprescindible para constituir un servicio médico de empresa que equivale a lo que actualmente se denomina servicio de prevención propio. Así, el umbral de 1000 se ha bajado a 500 o 250-500 para empresas con actividades peligrosas, con lo que se consigue, a su vez, un mejor desarrollo de funciones preventivas. Para lo que actualmente se denominan servicios de prevención mancomunados se ha prescindido del requisito numérico.

En segundo lugar, estos servicios han pasado de ser simplemente médicos, centrándose sobre todo en tareas de vigilancia de la salud o de higiene, a ser preventivos, integradores de varias especialidades necesarias para la prevención, no sólo la de Medicina del Trabajo.

En tercer lugar, se ha creado una tercera modalidad, la de los servicios de prevención ajenos que evita a la empresa el trabajo de organizar sus propios medios materiales y humanos⁶⁹.

Respecto de la articulación de la función de vigilancia de la salud en relación con esos servicios médicos es relevante señalar que, por un lado, su normativa se aparta de los logros conseguidos en normas de años anteriores en la medida en que establece un reconocimiento médico inespecífico con unas pruebas generales para todo tipo de empresa. No tiene en cuenta los riesgos concretos de la empresa, y el reconocimiento es para todas igual con las siguientes pruebas: radioscopias de tórax, investigaciones de

⁶⁸ Artículo 8 del Decreto 1036/1959, de 10 de junio por el que se reorganizan los servicios médicos de empresa (BOE 26 de junio).

⁶⁹ Vid. artículos 30 y 31 de la LPRL y el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Servicios de Prevención.

componentes anormales y de sedimento en la orina; recuento de hematíes y leucocitos, fórmula leucocitaria y velocidad de eritrosedimentación. En definitiva, análisis de orina y sangre y exploración radiológica de tórax⁷⁰, pruebas que podrían ser adecuadas en algún tipo de empresas, pero no en otras. Además, los reconocimientos son obligatorios y se realizan una vez al año (artículo 44 RSM).

Por otro lado, incorpora el reconocimiento psicológico como instrumento de selección del candidato más adecuado para desempeñar el puesto de trabajo y que debe tomarse en la actualidad con prudencia en la medida en que la vigilancia de la salud no debe ser una técnica de recursos humanos, sino al servicio de la prevención y respeto a la salud de los otros. Es así que la vigilancia de la salud de tipo psicológico debería articularse desde los riesgos del concreto puesto de trabajo y una vez se está desempeñando el mismo.

Se recogen reconocimientos previos -incluidos los psicológicos- en principio obligatorios, salvo que los trabajadores sean contratados por un período inferior a 30 días, con los siguientes objetivos: diagnosticar la existencia de enfermedades contagiosas, valorar la capacidad del aspirante para el trabajo en general, determinar su aptitud para la tarea específica, precisar si el reconocido presenta predisposición a enfermedades que pudieran producirse o agravarse en la tarea a la que va a ser destinado y recoger los datos necesarios para rellenar la ficha médica ordinaria (artículo 45). Como medida protectora del trabajador se dispone que, si se encuentra algún defecto físico o enfermedad no contagiosa, se intentará por los miembros del Servicio Médico destinarlo a un puesto en el que estas circunstancias no se vean agravadas, aunque la solicitud fuera para otro puesto (artículo 45). Se apuesta, de este modo, por la admisión, en general, al trabajo, salvo en los casos de enfermedad contagiosa.

También se realizará un reconocimiento médico previo en los casos en los que el obrero haya faltado al trabajo durante más de treinta días consecutivos, si el motivo de la falta es la enfermedad y vuelve a reincorporarse al trabajo (artículo 49 RSM).

Se recogen igualmente reconocimientos periódicos cada seis meses en trabajos penosos, tóxicos y peligrosos (artículo 50.a))⁷¹ y cada mes en trabajos sometidos a la acción del aire

⁷⁰ Por Orden Ministerial de 18 de octubre de 1989 (BOE de 20 de octubre) se suprimieron las exploraciones radiológicas sistemáticas en los exámenes de salud de carácter preventivo.

⁷¹ Esos trabajos se encuentran recogidos en el mismo artículo 50 (los expuestos a trabajos pulvígenos, los que manipulan con disolventes o estén sometidos a su acción, etc...) Además, hay que tener en cuenta que trabajos se consideran peligrosos tomando en consideración las Reglamentaciones reguladoras de cada actividad.

comprimido y en esos trabajos penosos, tóxicos y peligrosos cuando la exposición estuviera cercana a los límites considerados de seguridad (artículo 50.b) RSM).

No se hace referencia a la confidencialidad de los datos de los reconocimientos ni al secreto médico. Aunque sí que se regula un secreto profesional general respecto a los datos conocidos en el cumplimiento de las misiones que le son confiadas, que abarca, por supuesto, la vigilancia de la salud. Sin embargo, hay una excepción muy genérica que puede justificar la falta de confidencialidad en determinados casos. Así se dice que se exceptuarán de este secreto médico los “*datos relacionados con la salud del personal o con los riesgos hallados, siempre que de ello se derive un bien social o individual evidente*”. Un bien social evidente puede ser comunicar el resultado de los reconocimientos médicos a la empresa para que esta tome las medidas adecuadas, comunicación que podía dar lugar a discriminaciones en el acceso al empleo y una vez se esté en el mismo.

El proteccionismo estatal característico de la época se centraba en unos reconocimientos obligatorios hechos con unas pruebas genéricas para todas las empresas -con la creencia de que podían servir para todas ellas y que tampoco eran imprescindibles otras salvo que las Reglamentaciones de trabajo dispusieran alguna más- cuya finalidad, sin duda, era la de proteger la salud de los distintos trabajadores -aunque sin permitirles la libertad de disposición sobre la misma- pero con dos grandes carencias, la relación de las pruebas con los riesgos y, por otro lado, la regulación de unas garantías adecuadas de protección de los derechos de los trabajadores en la realización de esos reconocimientos, garantías que sobre la base del escaso tratamiento por la Jurisprudencia de los reconocimientos médicos apenas se echaban de menos. Estas carencias han intentado superarse con la nueva regulación de la vigilancia de la salud.

De esta década es también la Ley de Convenios Sindicales de 1958⁷² que incluye como contenido posible de negociación “*el régimen de seguridad, agrado, comodidad, alegría e higiene en el trabajo*” (artículo 11). Es, así, también, materia negociable la salud desde un punto de vista social.

Esta posibilidad de incorporar en convenios colectivos aspectos de salud laboral apenas se aprovechó. Los convenios elaborados con base en esta Ley se caracterizan por escasez de contenido en seguridad e higiene, escasez que también alcanzó a la regulación de los reconocimientos médicos, recogidos de forma muy genérica⁷³. Quizá esta escasez de regulación pudo deberse a la propia articulación de la negociación colectiva que estaba

⁷² Ley de 24 de abril de 1958 sobre Convenios Colectivos Sindicales.

⁷³ Sobre este particular, PURCALLA BONILLA, Miguel Angel, *Autonomía colectiva y prevención de riesgos profesionales*, Madrid, IBIDEM, 1998, p. 57.

muy lejos de constituirse en “*expresión preclara de negociación e intereses contrapuestos*”⁷⁴ y era, al fin y al cabo, una negociación dominada por el Estado que prefería recoger los aspectos de salud laboral en las Reglamentaciones de Trabajo cuya normativa debía ser respetada por esos convenios.

3.3. *La década de los 60: la nueva Ley de Enfermedades Profesionales*

La reparación del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, a través de la asistencia sanitaria y prestación económica, se complementa también con una eficaz acción preventiva de ese accidente o de esa enfermedad profesional en 1961 mediante el establecimiento de una nueva normativa de Enfermedades Profesionales⁷⁵. En ella se refleja la preocupación del Estado por proteger al trabajador en la medida en que se observa el propósito de controlar las implicaciones que las enfermedades profesionales pueden conllevar⁷⁶ para la salud del trabajador.

Respecto de la vigilancia de la salud, el Decreto de 1961 establece que las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgos de enfermedad profesional están obligadas a practicar un reconocimiento médico a los obreros, previamente a su admisión. Además, también recoge la necesidad de realizar reconocimientos médicos periódicos. Tanto unos como otros serán obligatorios y gratuitos para el trabajador (artículo 20).

Resulta relevante señalar que, en comparación con la actual normativa de salud laboral, se hace referencia expresa a la posibilidad de realizar reconocimientos médicos de carácter psicológico si el riesgo lo requiriera⁷⁷, reconocimientos éstos, al igual que los físicos, que se desarrollan en las Órdenes Ministeriales de 1963 y 1965 en las que se pone de manifiesto que este tipo de reconocimientos ya no tienen sólo una función de selección de personal sino de protección directa de la salud en el sentido de que se vinculan a los

⁷⁴ GARCÍA-PERROTE ESCARTÍN, Ignacio, *Ley y autonomía colectiva. Un estudio sobre las relaciones entre norma estatal y el convenio colectivo*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1987, p. 78.

⁷⁵ Decreto 792/61 de 13 de abril, sobre aseguramiento de enfermedades profesionales. (BOE de 30 de mayo) Vid. Preámbulo.

⁷⁶ Así por ejemplo, se regulan minuciosamente las competencias individuales y conjuntas atribuidas a los órganos intervinientes en la prevención, diagnóstico y recuperación de la enfermedad profesional (artículos 17-29). Por otro lado, se prevé, incluso, la instalación de servicios psicológicos, de orientación, selección y readaptación de postaccidentados y de enfermos profesionales (artículo 27). Esa preocupación estatal por la protección viene también reflejada en las órdenes complementarias de este Decreto, principalmente, su Reglamento, aprobado por Orden de 9 de mayo de 1962 (BOE de 29 de mayo) y las Órdenes Ministeriales de 12 de enero de 1963 (BOE de 13 de marzo) y Orden Ministerial de 15 de diciembre de 1965 (BOE de 17 de enero de 1966) por la que se regulan las normas médicas para reconocimiento, diagnóstico y calificación de enfermedades profesionales.

⁷⁷ Reconocimientos psicológicos no regulados expresamente en la actual LPRL aunque se acepte su realización si los riesgos a los que está sometido el trabajador lo hacen necesario.

puestos que por su peligrosidad puedan vulnerar la salud de segundas personas o grupos de población y, además, en puestos de trabajo con repetición de accidentes o en los que se detecte capacidad disminuida.

Ese reconocimiento debe estar adaptado a los riesgos de la concreta empresa y serán realizados por personal con competencia para ello como son los integrantes de las delegaciones provinciales del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia, o Diplomados en Psicología Industrial. Esta regulación de los reconocimientos psicológicos supone un avance en el desarrollo de una vertiente de la vigilancia de la salud psicológica, cual es acreditar capacidad para desempeñar ese puesto de trabajo en aras del respeto a la salud de otros.

También los reconocimientos médicos de tipo físico deben hacerse en función del riesgo, para lo cual se establece una regulación exhaustiva de las pruebas a realizar según éste - plomo, cadmio, benceno...- y, además, se recogen los criterios de diagnóstico y los síntomas que puede presentar una persona para determinar si ha sido o no afectado por un determinado riesgo y comprobar si esa persona es o no apta para el concreto trabajo. De este modo, al trabajador se le garantiza que el criterio de aptitud no va a quedar al arbitrio de la complicidad entre empresario y servicio médico. Se empieza a tomar conciencia, por fin, de que para una efectiva protección de la salud no es necesario tan sólo la adopción de medidas sino, a su vez, la garantía de respeto de los derechos de los trabajadores en aplicación de esas medidas.

Aunque no tenga relación directa con la vigilancia de la salud, por su incidencia en el tratamiento de la salud laboral en general, es importante señalar que el 23 de diciembre de 1963 se aprueba la Ley de Bases de Seguridad Social, que procede a su integración como servicio social dentro de las prestaciones sociales y así continuará en las posteriores normas de Seguridad Social de este período: el Texto Articulado de la Ley de Bases de Seguridad Social de 21 de abril de 1966⁷⁸ y el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social aprobado por Decreto 2065/1974 de 30 de mayo⁷⁹. No obstante, seguían diferenciándose la tutela reparadora y la tutela preventiva de la salud.

En consonancia con la legislación que recogía aspectos sobre vigilancia de la salud vigente en los años cincuenta y sesenta, la Jurisprudencia sobre reconocimientos médicos que surgió en esta década no dictamina sobre su realización, si las pruebas han sido las adecuadas, o si se han respetado ciertas garantías. Los Jueces resuelven, generalmente,

⁷⁸ BBOOE de 22 y 23 de abril

⁷⁹ BBOOE de 20 y 22 de julio.

sobre imputación de responsabilidad por no realizar reconocimientos previos⁸⁰ o sobre si ha existido un posible error en el diagnóstico de una enfermedad o en su grado⁸¹. Además, también se resuelven conflictos sobre servicios médicos de empresa respecto a la retribución de sus integrantes, su constitución, la naturaleza de la relación jurídica que se establece con sus componentes, sobre incompatibilidades⁸², pero no específicamente sobre conflictos trabajador-servicio médico.

3.4. *Transición Democrática y proliferación de normativa específica*

La Orden Ministerial de 9 de marzo de 1971⁸³ aprueba la Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo -norma principal de Seguridad e Higiene en el trabajo hasta la entrada en vigor de la LPRL- con un título II exhaustivo sobre las condiciones generales de los centros de trabajo y de los mecanismos y medidas de protección, que no aporta nada a la vigilancia de la salud. Con ella, y a lo largo de la década de los setenta puede decirse que el concepto de salud laboral evoluciona. No sólo se trata de prevenir sino de adecuar al trabajador al puesto de trabajo y conseguir las mejores condiciones de higiene y bienestar⁸⁴.

En esta década se elabora normativa específica para distintos sectores de actividad en la que aparecen referencias a la vigilancia de la salud con más o menos profundidad, primando este último carácter.

Llama la atención la regulación exhaustiva que realiza la Resolución de 15 de febrero de 1977 sobre empleo de disolventes y otros compuestos que contengan benceno⁸⁵, ya en la etapa de transición democrática, pero sobre la base del Convenio de la OIT sobre la misma materia de 1971⁸⁶. Recoge tres tipos de reconocimiento médico: previos, de adaptación al trabajo y periódicos, e incluye un catálogo con síntomas y diagnóstico para la protección. Igualmente se protege a las mujeres menores de 23 años y los menores de 20

⁸⁰ Entre otras, STS, Sala de lo Social, de 29.12.1961 (RJ 772); STS, Sala de lo Social, de 03.04.1962 (RJ 2284); STS, Sala de lo Social, de 25.01.1964 (RJ 899).

⁸¹ Entre otras, STS, Sala de lo Social, de 15.10.1964 (RJ 5326); STS, Sala de lo Social, de 08.05.1967 (RJ 1963).

⁸² Vid un recopilatorio de estas sentencias en ALONSO OLEA, Manuel, SERRANO CARVAJAL, José; MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Lecciones de Derecho del Trabajo... op. cit.*, p. 243-254.

⁸³ BOE de 16 y 17 de marzo.

⁸⁴ Vid. en GONZÁLEZ SÁNCHEZ, Jose Juan, *Seguridad...*, *op. cit.*, p. 158-160.

⁸⁵ BOE de 11 de marzo de 1977.

⁸⁶ Convenio OIT nº 136, de 23 de junio de 1971. (BOE de 5 de febrero de 1975).

años en la medida en que no se les permite trabajar en tareas que entrañen una exposición directa al benceno, sin necesidad de practicar esos reconocimientos.

Por el contrario, otras disposiciones apenas se preocupan por la vigilancia de la salud, como la Orden Ministerial de 28 de agosto de 1970 que aprueba la Ordenanza sobre construcción, vidrio y cerámica⁸⁷, en la que sólo se regula, al igual que en normas anteriores sobre la materia, una vigilancia para detectar si existe alguna enfermedad contagiosa entre los trabajadores (artículo 339), o la Orden Ministerial de 1 de julio de 1975, por la que se aprueba la Ordenanza General del Trabajo en el Campo, que establece normas de higiene pero nada menciona sobre vigilancia de la salud (artículos 113-118).

En general, casi todas las Ordenanzas y Reglamentaciones de Trabajo que surgen en los años setenta, aunque se preocupan por la prevención de riesgos⁸⁸ -algunas remitiendo a la Ordenanza de 1971⁸⁹ y a Reglamentos de Régimen Interior⁹⁰- lo hacen de una forma que podría calificarse de defensiva en la medida en que se trata de una prevención basada en mecanismos de respuesta ante los riesgos inmediatos y conocidos y no de una prevención que genere una mejora global de las condiciones de seguridad e higiene⁹¹. Omiten una regulación en profundidad de la vigilancia de la salud⁹², quizá por la existencia de una exhaustiva regulación de esta vigilancia en la Ley de Enfermedades Profesionales de 1961. Estas afirmaciones son trasladables a la regulación de la vigilancia de la salud en los convenios colectivos sindicales que surgieron tras su nueva Ley de 1973

⁸⁷ BOE del 5 al 9 de septiembre de 1970.

⁸⁸ Vid., por ejm., regulación minuciosa en los artículos 60 a 69 de la Ordenanza para las empresas dedicadas a la limpieza de edificios y locales (O.M. de 15 de febrero de 1975 -BOE de 20 de febrero-) y en los artículos 93 a 104 de la Ordenanza de Trabajo en Prensa (O.M. de 9 de diciembre de 1976 -BB.OO.E de 10, 11, 13 y 15 de diciembre).

⁸⁹ Así, el artículo 53 de la Ordenanza de Trabajo para las empresas de centros, centrales y locutorios telefónicos (O.M. de 23 de diciembre de 1973 -BOE de 5 de enero de 1974-) o el artículo 76 de la Ordenanza para Estaciones de Servicio (O.M. de 27 de noviembre de 1976 -BOE de 17 de diciembre-).

⁹⁰ Vid., por ejm., artículos 66-70 de la Ordenanza para las Industrias Fotográficas (O.M. de 24 de enero de 1972 -BOE de 29 de febrero-).

⁹¹ PURCALLA BONILLA, Miguel Angel, *Autonomía colectiva y prevención de riesgos profesionales*, op. cit., p. 62-63.

⁹² Vid, por ejemplo, artículo 41 de la Ordenanza para la Industria Azucarera (O.M. de 19 de noviembre de 1975 -BOE de 1 de diciembre-), que recoge el reconocimiento médico no como una medida preventiva, sino como un requisito de ingreso; de forma similar, el artículo 17 de la ya citada Ordenanza para las empresas dedicadas a la limpieza de edificios y locales. Esta última establece que tanto estos reconocimientos como los periódicos son una obligación de los empresarios y presta especial atención a la vigilancia de la salud de mujeres y niños (artículo 61). Vid. también, artículos 134 y 135 de la Ordenanza para la Minería del Carbón (O.M. de 29 de enero de 1973 -BOE de 20 y 21 de febrero-); artículo 103 de la Ordenanza para las Industrias de la Piel (O.M. de 22 de abril de 1977 -BOE de 6 de mayo-), de forma casi imperceptible dentro de las medidas de seguridad e higiene.

que autorizaba, en su artículo 11, la regulación de aspectos de seguridad e higiene, mejora de condiciones de trabajo y bienestar social.

La realización de reconocimientos médicos, físicos y psicológicos, no con una finalidad de protección de la salud sino con una finalidad selectiva es regulada por la Orden Ministerial de 6 de febrero de 1971 que aprueba el Reglamento de seguridad, higiene y bienestar de estibadores portuarios⁹³. En él se establece que se realizarán exámenes médicos rigurosos teniendo en cuenta la fisiología y el aspecto psíquico y caracteriológico de la persona, no contratando a aquéllos que “*en las pruebas psicotécnicas den evidentes muestras de agresividad y coléricos*”. Además, tampoco podían ingresar quienes padecieran sordera, epilepsia, vértigos o defectos graves de la vista⁹⁴.

El 30 de mayo de 1974 se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social⁹⁵ que incorpora la exigencia de reconocimientos médicos previos y periódicos cuando existan riesgos que puedan producir enfermedades profesionales; enfermedades cuyo cuadro es actualizado -recogiendo de forma más minuciosa y amplia las mismas, así como las actividades que lo producen- por el Real Decreto de 12 de mayo de 1978⁹⁶, que deroga el de 13 de abril de 1961. En materia de vigilancia de la salud no supone cambio, puesto que los reconocimientos médicos siguen regulándose por las Órdenes Ministeriales de 1963 y 1965.

Por otra parte, la Ley sobre Especialidades Médicas de 15 de julio de 1978⁹⁷ supuso un avance en cuanto a la formación de los profesionales que realizaban esos reconocimientos médicos. Se produce un desplazamiento con la creación de las Escuelas de Medicina del Trabajo de tal modo que, si anteriormente la especialidad dependía de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y de algunas cátedras de Medicina Legal, a partir de ese año la especialidad podrán impartirla las Escuelas de Medicina del Trabajo que se integran en las distintas Facultades de Medicina, dependientes del área de conocimiento de Medicina

⁹³ BOE de 24 de febrero.

⁹⁴ Algunas Ordenanzas también recogieron reconocimientos selectivos de tipo psicológico. Así, entre otras, vid, artículo 39 de la Ordenanza para limpieza pública, riego, recogida de basuras y limpieza y conservación de alcantarillado en el que se establece que “*todos los trabajadores comprendidos en la presente Ordenanza serán sometidos a reconocimiento médico, antes de su ingreso en la empresa, en el que se determinará su aptitud o ineptitud psicosomática para desarrollar el cometido propio y que deberá desempeñar el optante al puesto*” (O.M. de 1 de diciembre de 1972 -BOE de 29 de diciembre-).

⁹⁵ BOE de 20 de julio y BOE de 22 de julio.

⁹⁶ BOE de 25 de agosto.

⁹⁷ Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio (BOE de 29 de agosto).

Legal y Forense⁹⁸. Sin embargo, la carencia, en muchas ocasiones, de profesorado y de medios, así como su dedicación tan sólo a formar médicos especialistas, supuso la ausencia de una formación regular y de calidad para los profesionales encargados de desarrollar y aplicar sus contenidos⁹⁹.

Resulta importante señalar también lo que supuso la Conferencia Mixta OIT-OMS de 1972 sobre la enseñanza de la medicina y de la seguridad del trabajo. En su informe, la Conferencia¹⁰⁰ pone de relieve la necesidad de tomar cada vez más en cuenta los aspectos de la salud social y psicológica en el trabajo¹⁰¹ de los que deben preocuparse los equipos de medicina del trabajo; para ello, a ser posible, deben contar con un psicólogo del trabajo quien debe desempeñar, entre otras funciones, la de analizar el grado de satisfacción dentro del empleo en cuanto a las actitudes, información y comunicación, en función del organigrama de la empresa, y medir la carga intelectual y afectiva del trabajo¹⁰². Se da, así, un impulso internacional al desarrollo de la vigilancia de la salud desde un punto de vista psíquico y social.

Además, los resultados de esta Conferencia suponen la adopción internacional de pautas a seguir en la enseñanza y formación en Medicina del Trabajo¹⁰³ que servirá para la adopción de normativa adecuada en cuanto a requisitos y capacidad que deben reunir los integrantes de un Servicio de Prevención encargados de realizar la vigilancia.

Por lo que se refiere a la litigiosidad sobre la aplicación de la normativa relativa a la vigilancia de la salud de esta época, la Jurisprudencia no es muy abundante y deriva, fundamentalmente, de la vulneración de las disposiciones sobre la misma recogidas en la normativa sobre enfermedades profesionales de la década anterior. Puede decirse que es una Jurisprudencia en la que ya se empieza a poner especial énfasis en dejar claro que la

⁹⁸ BERNABÉU, Josep, PERDIGUERO, Enrique, ZARAGOZA, Paula, “Desarrollo histórico de la Salud Laboral” en BENAVIDES, Fernando, RUIZ-FRUTOS, Carlos, GARCÍA, Ana María (coordinadoras), *Salud laboral. Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales*, 2ª. ed., Masson, Barcelona, p. 78.

⁹⁹ En sentido similar, incluso proyectando esa opinión a la formación actual, BERNABÉU, Josep, PERDIGUERO, Enrique, ZARAGOZA, Paula, “Desarrollo histórico de la Salud Laboral”, *op. cit.*, p. 75.

¹⁰⁰ OIT-OMS, *L'enseignement de la médecine et de la sécurité du travail. Rapport sur une Conférence réunie conjointement par l'Organisation Internationale du Travail et par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé*, Milan 26-30 juin 1972, Copenhague, OIT-OMS, 1975.

¹⁰¹ “Mais l'homme n'est pas seulement une machine psychomotrice: les facteurs psychosociaux qui s'exercent à l'intérieur ou à l'extérieur de son milieu de travail peuvent avoir une influence sur son comportement et sur ses actes. L'ambiance du travail revêt donc une importance de plus en plus considérable” (*Ibidem*, p. 4). “Le travailleur exigera non seulement la sécurité et la santé, mais également une réduction de la fatigue, plus de confort et une satisfaction dans le travail; il faudra donc améliorer l'ambiance de travail des points de vue matériel, physiologique, psychologique et social” (*Ibidem*, p. 5).

¹⁰² *Ibidem*, p. 19.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 23-33.

enfermedad profesional y el accidente de trabajo no sólo tienen un régimen reparador si se convierten en siniestros, sino que también están sometidos, en cuanto riesgos del trabajo, a un régimen jurídico preventivo, para evitar que se produzcan o atenuar sus consecuencias. Dentro de ese régimen jurídico preventivo, y como medida fundamental, se encuentra la obligatoriedad de practicar reconocimientos médicos previos o periódicos¹⁰⁴, cuyo incumplimiento puede llevar a distintas responsabilidades, entre ellas la de recargo en las prestaciones debidas por accidente¹⁰⁵. En definitiva, en esta Jurisprudencia se pone de relieve la importancia del reconocimiento médico como instrumento preventivo¹⁰⁶.

4. A modo de conclusión

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.

En España, la norma histórica clave que repercutió en el desarrollo de la vigilancia de la salud con un enfoque preventivo fue la Ley de 13 de julio de 1936 sobre Enfermedades Profesionales, en el marco de la II República -período histórico que consiguió la constitucionalización de la salud en cuanto a su íntima relación con la dignidad-. Esta Ley consigue institucionalizar por primera vez el reconocimiento médico como técnica de vigilancia en función del riesgo.

Posteriormente, la vigilancia de la salud empieza a tomar cuerpo en relación con la prevención de enfermedades como la silicosis y otras formas de neumoconiosis cuya normativa configura, además, la historia clínica laboral y desarrolla el aspecto colectivo o epidemiológico de la vigilancia. No obstante, todavía dista de configurarse como un genuino instrumento preventivo encaminado a la protección de la salud, pues, se utiliza, más bien, para evitar la reparación.

En 1961 se elabora nueva normativa de Enfermedades Profesionales que incorpora la posibilidad de una vigilancia de la salud psíquica en cuanto a los riesgos para la salud de otros, trabajadores o terceros, una regulación exhaustiva de pruebas en función del riesgo -plomo, cadmio, benceno etc.- y los criterios de diagnóstico, como avance de una

¹⁰⁴ Por todas, STS, Sala de lo Social, (RJ 2960).

¹⁰⁵ Vid. artículo 93 del Texto Refundido de Seguridad Social de 1974.

¹⁰⁶ Vid., sobre este particular, FERNÁNDEZ MARCOS, Leodegario, “Los reconocimientos médicos como medida de seguridad de carácter preventivo”, *Salud y Trabajo*, nº 2, 1976.

vigilancia de la salud protocolizada y con garantía de respeto de los derechos de los trabajadores en aplicación de esas medidas.

Posteriormente, la vigilancia específica para distintos sectores de actividad articulada a través de Ordenanzas, Reglamentaciones y Convenios Colectivos Sindicales recogía referencias a la vigilancia de la salud, aunque en general, con poca exhaustividad.

Por último, el desarrollo de la vigilancia de la salud se encuentra relacionado con la evolución de la organización encargada de ponerla en práctica.

La primera vez que se hace referencia a una formación, más o menos regular, en medicina del Trabajo es en el Decreto de 23 de agosto de 1934 por el que se crea la Inspección Médica de Trabajo, pues era condición preferente para desempeñar cargos técnicos en esta Inspección, haber seguido cursos especiales de medicina del trabajo impartidos por la Escuela nacional de Sanidad y estar en posesión del certificado correspondiente.

La normativa sobre el seguro de enfermedades profesionales también constituye un avance en la estructuración de los órganos que deben afrontar la vigilancia de la salud. Será practicada directamente por los servicios médicos del seguro.

El Decreto de 21 de agosto de 1956 por el que se crean los Servicios Médicos de Empresa, reorganizados por Decreto de 10 de junio de 1959, desarrollado por la Orden de 21 de noviembre de 1959, consigue articular una estructura básica para la creación posterior de los servicios de prevención, que tienen como una de sus funciones la práctica de vigilancia de la salud, integradores de varias especialidades. Sin embargo, la referencia que hace esta normativa al desarrollo de la práctica de la vigilancia tiene dos grandes carencias: la relación de las pruebas con los riesgos -se recogen reconocimientos generales- y, por otro lado, la regulación de unas garantías adecuadas de protección de los derechos de los trabajadores en la realización de esos reconocimientos.

Respecto a esta organización de recursos humanos para la vigilancia, debe señalarse que la Ley sobre Especialidades Médicas de 15 de julio de 1978 supuso un avance en cuanto a la formación de los profesionales que realizan la vigilancia: se crearon las Escuelas de Medicina de Trabajo integradas en las distintas Facultades de Medicina.

5. Bibliografía

ALONSO OLEA, Manuel, SERRANO CARVAJAL, José, MONTOYA MELGAR, Alfredo, *Lecciones de Derecho del Trabajo. Curso de Médicos de Empresa*, Madrid, Universidad de Madrid, 1967.

BACHILLER BAEZA, Angel, *La medicina social en España*, Valladolid, Universidad, 1985.

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.

BORDONA, José María, *Comentarios médicos sobre el seguro de enfermedades profesionales*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1947.

FERNÁNDEZ MARCOS, Leodegario, “Los reconocimientos médicos como medida de seguridad de carácter preventivo”, *Salud y Trabajo*, nº 2, 1976.

GARCÍA GONZÁLEZ, Guillermo, “Seguridad e Higiene en el trabajo durante el primer franquismo: estructuras jurídicas e institucionales”, *Lex Social. Revista de Derechos Sociales*, nº 77, p. 83-104.

GARCÍA-PERROTE ESCARTÍN, Ignacio, *Ley y autonomía colectiva. Un estudio sobre las relaciones entre norma estatal y el convenio colectivo*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1987.

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.

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

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

OIT-OMS, *L'enseignement de la médecine et de la securite du travail. Rapport sur une Conference réunie conjointement par l'Organisation Internationale du Travail et par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé*, Milan 26-30 juin 1972, Copenhague, OIT-OMS, 1975.

PENDAS DÍAZ, Benigno, “Datos y datas sobre la historia de la Seguridad e Higiene en el trabajo II”, *Documentación Laboral*, nº 24, 1988, p. 37-102.

PURCALLA BONILLA, Miguel Angel, *Autonomía colectiva y prevención de riesgos profesionales*, Madrid, IBIDEM, 1998.

SOLÉ TURÁ, Jordi, AJA, Eliseo, *Constituciones y períodos constituyentes en España (1808 - 1936)*, Madrid, 16ª ed. Siglo XXI, 1999.