

## *Presentación. Reflexiones previas*

---

**S**iguiendo con la estrategia editorial anunciada en el número precedente de “La Mutua” de hacer números monográficos, hemos dedicado el actual a la Incapacidad Laboral derivada de la accidentalidad y enfermedades no relacionables directamente con el trabajo.

La ITCC se nos presentaba, en principio, como algo dotado de una cierta opacidad y sobre todo, como una práctica médico-asistencial paradójica, y en la mayoría de las ocasiones posiblemente interpretada desde criterios excesivamente economicistas y actuariales, cuando no, sujeto de “sospecha” y, por lo tanto, necesitada de estrictos dispositivos de control que estarían enmascarando el significado integral de la salud y de ello, una lectura más afinada de la enfermedad y sus repercusiones desde lo laboral y socio/vital, en el bienestar y, algunas veces, supervivencia de millones de ciudadanos.

Probablemente, el presente número de nuestra Revista no suponga más que una primera aproximación al desvelamiento de la complejidad de la ITCC, y se necesite seguir abundando en una problemática que puede constituir una de las claves para entender qué está ocurriendo en la actualidad con el manejo de la salud de trabajadores y trabajadoras en nuestro país, más allá, de las limitadas lecturas monotemáticas alrededor de los sempiternos fantasmas del despilfarro, el absentismo, el fraude o la nueva panacea posmoderna de la racionalización.

La inestimable aportación de un elenco interdisciplinar de profesionales e instituciones que tocan el tema desde diferentes cometidos y responsabilidades, como son los colaboradores de este número a los que reconocemos, no solo su aportación intelectual y experiencial sino, además, su sinceridad para expresar abiertamente lo que piensan sobre el particular, nos confirma la oportunidad y actualidad de la materia tratada, y al mismo tiempo la necesidad de comenzar a considerar la ITCC, a pesar de su posible e inicial estatus fronterizo, como un constructo privilegiado y esclarecedor de la salud integral de las personas como ciudadanos y trabajadores.

Por otra parte, cualquier ejercicio de reflexión que se mueva en los territorios de la salud laboral, aunque sea lateral, como puede ser el caso de las contingencias comunes, puede ser de una considerable utilidad para entender las relaciones entre la vida cotidiana y el trabajo, y como consecuencia, la posibilidad y la urgencia de plantear la salud de los trabajadores como un todo, en donde se superen las limitaciones marcadas por los dispositivos y escenarios de trabajo acuñados en el industrialismo; for-

zada y excesivamente centrados en el accidente laboral y la enfermedad profesional de carácter maquínico.

La construcción de los modelos públicos de cobertura de la enfermedad estuvo retenida y a la vez, catalizada, por necesidades y expectativas económicas, sociopolíticas y tecno/científicas que en España, se verían sometidas a una enorme precariedad hasta las primeras décadas del pasado siglo en que se van superando las sensibilidades “pietistas” sobre las condiciones de trabajo y comienzan los diseños técnico/políticos de manejo del cuerpo de los trabajadores, como sujeto preferente del progreso y la paz social. Tiempo que en España estaría comprendido entre 1917 y 1931 y que a pesar de sus diferencias formales en lo político admitiría una homogeneidad sociológica, cuyo hilo conductor estaría en el asentamiento definitivo del intervencionismo estatal en el tratamiento de lo social, mezclando ensoñaciones regeneracionistas, retazos de taylorismo bien intencionado, con premoniciones de corporativismo autoritario con la mirada continuamente puesta en la taumaturgia de los conflictos sociales.

De cualquier manera, constituyó una época que hizo posible el nacimiento de instituciones básicas para la consolidación del tratamiento y la cobertura “laica” y “científica” del accidente y las enfermedades profesionales como fueron, el Derecho del Trabajo, la Clínica y la Medicina del Trabajo, la modernización y potenciación del INP y la introducción de la cultura de la OCT., de la mano de la prolífica saga de los psicotécnicos españoles, o la propia creación en 1920 del Ministerio de Trabajo, que liberaría la protección de la vida y la salud laboral, de sus lecturas “defensivas” desde el “Orden público” para ir inscribiéndola aunque fuese a tropezones, en la de la “justicia social” .

No obstante, si echásemos una ojeada al contenido de los logros normativos y legislativos que durante estos 14 años llenan la historia social española desde los primeros seguros obligatorios de retiro obrero y maternidad, hasta la jornada de 8 horas o el seguro de paro en 1919, veríamos como las coberturas sobre los quebrantos corporales de las gentes se organizarían a partir de una clara segmentación de la población según la relación entre productividad social y conflicto de clase.

Así para los trabajadores fabriles, se aseguran –no obligatoriamente hasta 1932– las lesiones estrictamente laborales –aunque el Tribunal Supremo vaya a golpe de jurisprudencia contemplando las “tecnopatías” o Enfermedades Profesionales– y se facilita la supervivencia en situaciones especiales como la jubilación o el paro. En definitiva, el objetivo se mueve en posiciones más acá de la salud o el bienestar, intentando simplemente la sujeción y fijación “productiva” del cuerpo del trabajador al tiempo, la disciplina y la permanencia en el espacio/tiempo del trabajo, e impedir su caída en los precipicios incontrolables del pauperismo.

Para las “clases medias” y el mundo “no problemático” del empleado, se mantendrían las prestaciones médicas y sanitarias de carácter privado.

Los pobres y la mayoría de los jornaleros del campo tendrían como único agarradero la caridad y la beneficencia.

La enfermedad común, generada por un entorno de deficiencias económicas, alimentarias e higiénicas todavía inquietante, presentaba solamente dos caminos, la beneficencia o el mercado; escapándose a las presiones del obrerismo organizado y a las urgencias concretas y tácticas de progreso y armonía social.

Los que trabajamos en ámbitos relacionados con los riesgos y enfermedades laborales, olvidamos algunas veces que las indefensiones y agresiones que amenazaban la salud de las clases populares, desde situaciones “en principio” ajenas al trabajo, fueron durante siglos mucho más potentes y destructivas que las derivadas directamente de accidentes y morbilidades estrictamente relacionables con los oficios o con las condiciones de trabajo.

Recordando como telón de fondo, el discurso de los “sociomédicos” desde Johan Peter Frank, hasta Virchow o Solomón Neumann, pasando por Villermé, asociando enfermedad y miseria, y recorriendo la crónica negra de las condiciones de vida en la España del XIX (Font, Monlau, Salarich o Cerdá) la salud para la familia obrera, no sería más que un lujo inalcanzable que aunque claramente condicionada y relacionada con el trabajo (salarios, jornada, salubridad y paro), trascendía y superaba el entorno estricto del accidente o las enfermedades laborales.

La desamortización de la medicina de la caridad y la beneficencia, junto con la introducción de mecanismos de mercado en la práctica médica y farmacéutica; reforzados por las miserables condiciones de habitabilidad, alimentación e instrucción, se acoplaron perfectamente con la otra desamortización del trabajo al convertirlo, en mercancía ruinmente pagada y penosamente alargada en su jornada.

A partir de la mediana del ochocientos, la máquina y las tecnologías del hierro y el acero, acompañadas con la toxicidad de la naciente industria química, ayudaron a la miseria y al hambre en su acción devastadora sobre la vida. Sin embargo, probablemente, era esta vida la que mataba más que el trabajo o la máquina, que en último lugar, suponían la única oportunidad para sobrevivir sin caer en la mendicidad.

Aunque las tristemente famosas máquinas “Diablo” utilizadas en el “limpiado y batido” del algodón, destrozasen con sus afiladas púas brazos y manos de numerosos niños en los talleres textiles de la Barcelona de mediados del XIX, serían cientos los que anualmente morían por las enfermedades del hambre y la miseria. Todavía entre 1894 y 1896, según anotaba el Dr. Coll y Bofill en 1900, fallecieron en Barcelona 6.915 niños nacidos vivos y menores de 13 años; de los cuales, únicamente 34 (menos del 0,5%) lo fueron por accidentes de diverso género. Entre 1901 y 1917 la incipiente estadística oficial española reflejaría tasas medias de mortalidad para los nacidos vivos menores de 15 años –sólo en el territorio peninsular– de un 43,60%.

Con la población adulta ocurriría otro tanto. Aunque los engranajes, andamios, fatigas acumuladas y emanaciones tóxicas, quebraban y enfermaban los cuerpos de la población obrera, al final, lo que más mataba no era sino la suma del hambre, las condiciones de salubridad pública, la miseria y el esfuerzo; y sobre todas las cosas, la ausencia de trabajo por la edad, la enfermedad o el accidente. Todavía en 1922 con motivo de la Conferencia Nacional de Seguros Sociales de Barcelona, Pedro García

Faria -un eminente ingeniero e higienista- titulaba su intervención con el rótulo “El primer problema social de España es el de su saneamiento”, señalando las elevadas tasas de mortalidad de las ciudades españolas; algunas superiores al 40 por mil, cuando en capitales tan complejas como Berlín o París la mortalidad no subía del 15.

Tal es así, que las primeras coberturas sociales de carácter público español, se centrarían únicamente en contenidos de salud preferentes encaminados al exclusivo desarrollo industrial como el accidente fabril, la jubilación (el retiro obrero) y la maternidad, siendo sobre todo coberturas económicas y de marketing político, más que sanitarias. Reflexionar sobre este aspecto nos parece importante en la medida que nos puede ayudar a comprender bajo qué supuestos el endeble Estado Liberal español, diseñaría la protección ante la enfermedad de las clases populares.

Pues bien, con el paréntesis truncado de 1932, hasta 1942-44 con la aparición del oportunista Seguro de Enfermedad, no comenzaría a existir en nuestro país una parcial cobertura pública de la salud de los trabajadores en sentido general, que aunque sostenida ideológicamente por el tradicional social/populismo de los fascismos, supuso un primer paso en la mejora de las condiciones de salud de la población española de la posguerra.

En este proceso nos encontramos con dos escenarios: el laboral y el de la vida cotidiana. En el primero, la cobertura de los riesgos sobre el cuerpo de los trabajadores girará y se moverá obligatoriamente sobre un constructo actuarial e indemnizatorio, que inunda y preside toda la arquitectura administrativa y sanitaria de la salud laboral hasta nuestros días a pesar del diseño preventivista e integral de la LPRL de 1995.

En este sentido la salud de los trabajadores en la medida que “está asegurada” y además es productiva, tendría un carácter preferencial frente al del resto de la población amparada por la beneficencia o la medicina privada. Serían tiempos a los que no habría llegado el mensaje del “Beveridge Report”, y sobre todo, la concepción de la salud como uno de los derechos civiles básicos.

A pesar de todo, la cobertura de la enfermedad y la accidentalidad extraña a la actividad laboral se iría perfeccionando; ampliándose, el cicatero e interesado diseño de la Ley Girón (nuestro voluntarista Lord Beveridge con correaes), en las sucesivas versiones de 1954 y 1963, para concluir ya con la Democracia, en la Ley General de Sanidad de 1986, en la que por primera vez en España, la cobertura ante la enfermedad se concibe como un derecho civil y universal de todos los ciudadanos.

Aparcando, por ahora la frágil, e interrelacional frontera existente entre el trabajo y la vida cotidiana, que se hará, todavía más sensible, en los malestares y enfermedades de origen psicosocial, queremos hacer hincapié en el sentido que presenta en la actualidad el tratamiento y cobertura de las enfermedades desde la doble condición de la persona, como ciudadano y trabajador, por si nos puede servir para entender parte de lo que está pasando con la ITCC.

En primer lugar, habría que comenzar por hacer alguna puntualización de carácter semántico y utilizar el término “salud de los trabajadores”, como expresión de algo

que supera el espacio/tiempo enclavado en los dominios y control “contractual-administrativo” de la empresa e incluso del Derecho del Trabajo.

Si somos consecuentes con el discurso institucional de la OMS-OIT, y nuestra Ley de Salud Laboral, el ideal de -bien-estar-sentirse- de los trabajadores superaría, este marco existencial acotado por la empresa y el derecho social, para situarse en terreno de los derechos civiles plenos.

En la actual sociedad de la globalización –y probablemente siempre– es por lo menos arriesgado establecer una parcelación y separación entre los quebrantos de la salud derivados exclusivamente del trabajo, y los ocasionados por la vida de todos los días. Incluso en la actual accidentalidad maquinaria y de andamio, que parece presentarse como un acontecimiento nítidamente visualizable, estarían actuando potentes operadores culturales, psicosociales y de salud global de la población trabajadora, que se complementan y refuerzan mutuamente, no sólo para generar accidentes sino para barrenar al mismo tiempo el derecho integral de los ciudadanos a desarrollar su actividad laboral con umbrales razonables de bienestar, a no ser, que sigamos considerando el cuerpo del trabajador poco cualificado, bajo el antiguo imaginario “esténico”, de manera que sea insensible ante el sufrimiento y las incomodidades del oficio.

El manejo de la dinámica de la incorporación al trabajo desde la contingencia común se nos presenta, por lo tanto, dotado de una gran complejidad en la medida en que puede repercutir sobre el bienestar y la salud de los trabajadores y, además, en determinadas ocasiones –cada vez más numerosas– relacionadas con trastornos psicosomáticos y músculo-esqueléticos, presentando, recuperaciones y solapamientos problemáticos de morbilidad y sufrimiento, difíciles de acotar desde las canónicas del “daño corporal” o la incapacidad.

Por si esto no fuera poco, el alta médica supone con frecuencia la incorporación a espacios de trabajo ergonómica o sociológicamente “perversos”, que reproducirán con mayor intensidad procesos morbosos que han sido contemplados inicialmente desde la medicina pública y que su crono/nosología, difícilmente se puede remitir a un único escenario desencadenante o proceso patológico.

Ajenos a cualquier tentación “arbitrista”, y con la convicción de que no hay salud laboral que no se integre en una filosofía global, integrada y total de los trabajadores como ciudadanos, se podrían establecer las siguientes consideraciones:

La primera, entender y generar el “alta médica” desde criterios estrictamente facultativos sin ingerencias externas, y con la mirada puesta en la remisión del proceso morbo desde criterios integrales de salud, y, por lo tanto, asegurando que la incorporación al trabajo no se verá acompañada de recidivas o sufrimientos y malestares innecesarios.

La segunda, confiar, apoyar y potenciar la actividad de la medicina pública de atención primaria, reconstruyendo por ejemplo, entre otras estrategias, las unidades de Medicina del Trabajo en ambulatorios y hospitales de referencia.

La tercera, reconsiderar las actuales y legítimas operaciones de control desde las Mutuas, potenciando la confianza y la colaboración con los profesionales del sistema público de salud; poniendo a disposición de los mismos, soportes diagnósticos y sobre todo, la rigurosa cultura técnica y profesional de las Mutuas, en Medicina del Trabajo y Prevención, para asegurar que la reincorporación a la actividad laboral se realiza desde condiciones de trabajo razonables.

Y como colofón, y pensando en la Europa de los 25, intentar la reconstrucción de la salud laboral desde una sensibilidad integral que la englobe y sujete a la sanidad y medicina pública, como expresión, de su carácter de bien universal y objeto preferencial, de los derechos civiles de los trabajadores y trabajadoras como ciudadanos.

Por último, no nos queda más que reiterar nuestro agradecimiento a las meritorias colaboraciones incluidas en el presente número y, muy especialmente, resaltar el magnífico estudio coordinado por Emili Castejón y editado por el Consell de Treball Econòmic i Social de Catalunya, que supone un inmerecido honor para nuestra Revista.

**Rafael de Francisco López.**