

## LA SALUD LABORAL EN LA NUEVA EUROPA O LA APUESTA POR LA CIUDADANÍA O EL CLIENTELISMO

Escribir sobre la salud laboral y las condiciones de trabajo en esta nueva Europa formada por 25 países y 450 millones de personas, puede ser una oportunidad para reflexionar sobre los problemas de fondo desde los que necesariamente se engarzan y resuelven los modelos de manejo y materialización de las posibles estrategias de prevención y cobertura de los riesgos en el trabajo en esta nueva, y a la vez viejísima, Europa de nuestros días.

En un tiempo neoliberal de globalización de mercados y beneficios, en donde se viene privando al trabajo y a los trabajadores, de los viejos asideros emocionales y materiales de la solidaridad y la seguridad, que aunque extraños y añorados por los españoles, constituyeron

realidades inconfundibles para los “otros europeos”, durante casi cuatro décadas.

Probablemente, sea ya una tarea imposible y seguramente enfermiza, volver a momentos pasados de la historia europea, y por supuesto suponer, que ese tiempo del denominado Estado del Bienestar, fuese un tiempo angélico en donde trabajadores y empleados gozaron de umbrales de bienestar y coberturas de riesgo inmejorables. En el fondo, el Estado del Bienestar no fue más que el resultado de una inteligente estrategia social enmarcada, en la política global de la “guerra fría”. Un poco, como la versión moderna a escala europea de la política doméstica de Bismarck en 1883.

Sin embargo, constituyó una etapa histórica en la que de alguna manera, se consiguieron y consolidaron en parte, las viejas aspiraciones que desde finales del ochocientos habían empapado el discurso reivindicativo-funcional de los trabajadores de la vieja Europa. Por

supuesto, no sería un tiempo lineal. En él existieron recorridos repletos de ilusiones y descontentos notables, que comenzaron, con las esperanzas y compromisos derivados de la presión de los miles de trabajadores<sup>1</sup> y profesionales militantes de la “Resistencia” en Francia, Holanda, Bélgica e Italia; para terminar en el movimiento de mayo del 68, que para nosotros supuso sobre todo, el intento fallido por reconstruir desde la nueva condición obrera-profesional<sup>2</sup>, el modelo del Estado de bienestar, como dispositivo disciplinario de guante blanco del capital, hasta entonces intocable. El problema estuvo en que, a los pocos años, el modelo económico sobre el que se sustentaba quebró.

La crisis del petróleo y la caída del “muro”, supusieron el hundimiento de los dos significantes más relevantes del modelo. De alguna manera, a partir de aquí, el poder económico se podría liberar de las sujeciones y limitaciones tanto de los mercados-nación, como de los compromisos sociales. La economía, el capital, y lo “social”, se harían “virtuales”.

El suelo, aunque en ocasiones empavesado, sobre el que reposaban las viejas seguridades laborales, también se fisuraba. La precariedad, comenzaría a ser el significante basal de la nueva condición obrera-profesional de nuestros días.

Precariedad que, para nosotros, es una característica estructural que iría más allá de lo laboral para incrustarse en la propia condición ciudadana, a pesar de todos los espejismos de democratización con que se retroalimenta la vida política en la actualidad.

La salud laboral, como la salud de todos los ciudadanos en general, se verá a su vez contaminada por este proceso de precariedades, con

el agravante paradójico, que en el mismo se dan de la mano, la existencia de dispositivos y recursos tecnocientíficos y profesionales avanzadísimos, con cutrerías operativas y posibilidades de acceso a esos recursos distorsionadas y desiguales, que estarían en la actualidad dando pie a la proliferación del mercado privado de la salud. Dibujándose un intranquilizador horizonte para los servicios públicos sobre los que planearía el riesgo de convertirse como en el pasado, en una medicina para indigentes, extranjeros y marginados.

La salud laboral, como ya hemos señalado en diversas comunicaciones y escritos, se vería a su vez, condicionada, por el contexto de precariedades que presiden las condiciones de trabajo. Supondría una oferta de “diferentes velocidades/calidades”, dependiendo del marco contractual, del sector industrial, e incluso del tamaño y vulnerabilidad económica de la empresa.

Por ejemplo, la tradicional medicina del trabajo, en su versión actual de “vigilancia de la salud”, desgajada de la oferta amparada anteriormente por la póliza de accidentes y enfermedades profesionales cubierta por las Mutuas, queda ahora sometida totalmente al mercado. A que el empresario contrate un concierto con una empresa privada (los SPA), que en general, estaría desprotegiendo a los sectores laborales más frágiles y marginados. Trabajadores de subcontratas, trabajo temporal, extranjeros, construcción, agricultura y pesca.

Por si esto no fuese poco, un posible y cercano Decreto ministerial, pretendería la absoluta privatización de todas las actividades de prevención de los riesgos en el trabajo, haciendo que los que en la actualidad mantienen todavía una cierta dependencia orgáni-

1 Muchos de ellos republicanos españoles.

2 La nueva “condición salarial”, que señalaría Robert Castel en *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1995.

ca con las Mutuas, se constituyan como “sociedades privadas” y entren totalmente, en la dinámica del mercado. Las razones para ello, se limitarían fundamentalmente a la necesidad de amparar y salvaguardar la sagrada lógica neoliberal de la “libertad de la competencia”. Para nosotros y a título absolutamente personal, con estas medidas podríamos estar retrocediendo al siglo XIX; recordándonos en parte, las discusiones que tuvieron lugar durante el desarrollo del I Congreso sociológico de Valencia –antesala de la Comisión de Reformas Sociales–, en el verano de 1883, y en el que ante la petición de la por otra parte “disciplinada” representación obrera de instar al Gobierno su apoyo en la creación de Cajas de Pensiones de vejez e invalidez, uno de los congresistas, Balaciart<sup>3</sup>, afirmaría con rotundidad que:

*“...las pensiones fomentaban la holgazanería y la inmoralidad y debían desaparecer; que del aborro y la cooperación debían todos esperar el medio de vivir en la vejez y que aun el auxilio a los inválidos debía proceder de la acción individual y nunca del Estado...”*<sup>4</sup>.

Aunque esta cita nos pueda parecer excesivamente forzada, en el fondo, y bajo bambalinas diferentes, el escenario es idéntico. En aquella época se trataba de la defensa a ultranza del doctrinarismo liberal, y dejar la suerte del trabajador en manos de la “mano invisible” del mercado, o visible y manifiesta de la caridad. Ahora, por supuesto con otras palabras, se trataría de integrar la prevención de riesgos y la salud laboral dentro de la cultura, la productividad y la competitividad de las empresas. Con tan deslumbrante y racional eufemismo,



Extraído del libro ACCIDENTES Y PREVENCIÓN.  
Autor: desconocido. Bilbao (España). 1930.  
“Tu no puedes quedarte como yo,  
si no tienes el cinturón de seguridad”.

muchísimas empresas de la nueva Unión Europea, y entre ellas, bastantes españolas, en las que todavía no se ha conocido ni siquiera de lejos, lo realmente aprovechable de la racionalidad “taylor/fordista”, lo único que desgraciadamente se puede conseguir será que, precisamente, en aras de esa “productividad y competitividad”, las inversiones en prevención y vigilancia de la salud se limiten a los mínimos legales o lo que es peor, sean inexistentes; simplemente por la constatación

3 Daniel Balaciart fue uno de los promotores del conservador Ateneo Casino - Obrero de Valencia; institución patrocinadora del Congreso sociológico, y más tarde, secretario de la Comisión de Reformas Sociales.

4 I Congreso sociológico de Valencia, Madrid, Imprenta de Ramón Moreno y R. Rojas, 1883,19.

Anotado también en el trabajo sin publicar coordinado por José Babiano, “La accidentalidad laboral y las enfermedades profesionales...”; Fundación 1º de Mayo, 2002, pág.124.

de las enormes limitaciones de recursos de los dispositivos públicos de inspección, y contar además, con plantillas de empleados y trabajadores precarizados para quienes la salud laboral no existe, ni entra en sus inmediatas expectativas reivindicativas.

Todo ello, nos debería obligar a preguntarnos una vez más, por el significado de los recorridos socioeconómicos, políticos y culturales desde los que se ha construido la salud laboral en Europa, y sus cercanías con las luchas por la conquista de los derechos ciudadanos. Caminos en los que la salud laboral posiblemente haya supuesto un término y una operativa enormemente ambigua, cuyo significado estuvo y seguramente sigue siendo dependiente de quien detente el poder para crearla, como cuando la Alicia de “A través del espejo” de Lewis Carroll, le pregunta al astuto personaje mítico por el significado de las palabras, y Humpty Dumpty, le contesta:

*“...Cuando yo uso una palabra, esa palabra significa exactamente lo que yo decidí que signifique...ni más ni menos.*

*El asunto es –continuó Alicia– si se puede hacer que las palabras signifiquen cosas distintas.*

*El asunto, contestó Humpty Dumpty, es el saber quien manda... Eso es todo...”<sup>5</sup>*

Desde la Paz de Westfalia (1648), como significante de referencia en la construcción de la Europa moderna, pasando por los tiempos de las ilusiones sedimentadas o fallidas de 1789 y 1848, para continuar con la Europa mezquina de las políticas de “cañonera”, y terminar después de las “Tempestades de acero” de 1914 y del ilusionado espejismo de 1945 con la parcial victoria contra los fascis-

mos; las claves que nos pueden servir para entender la salud de las gentes han estado –y estarán–, claramente supeditadas a las necesidades económicas y políticas. Sometidas a potentes tensionamientos como expresión, por una parte de los intereses que han intentado –y en una gran parte conseguido– su adscripción como “mercancía” o como derecho ciudadano.

De tal manera, que probablemente, y a pesar de su indudable sesgo retórico hablar aquí y ahora sobre salud de los trabajadores en Europa, suponga también, y además, preguntarse y hablar, sobre la condición ciudadana. Sobre la reconstrucción de la consideración del trabajador como ciudadano, a partir de principios que aunque hayan sido repetidas veces olvidados continúan estando emocionalmente presentes, en la memoria colectiva de los europeos. Plasmados, en esos textos difícilmente mejorables de las grandes Constituciones europeas. Entre otras<sup>6</sup>, las francesas de 1905 y 1958; las españolas de 1931 y 1978; la italiana de 1947; la portuguesa de 1976, o la sueca de 1974. Herederas todas ellas, del “Habeas Corpus Amendment Act” inglés de 1679, del “Bill of Rights” norteamericano de 1789 o de la “Declaración de Derechos” francesa de 26 de agosto de 1789.

Por eso, si intentásemos recordar los momentos más sobresalientes en que se produjeron los grandes impulsos teóricos y normativos que marcaron hitos irreversibles en la construcción de la salud laboral en Europa, forzosamente, nos encontraríamos con que éstos se solapan y coinciden con fechas y acontecimientos emblemáticos de su historia política. Con momentos en los que de alguna manera, se pusieron en

5 Esta referencia al texto de Carroll, está anotada también por Gilles Deleuze a propósito de “las relaciones de la proposición” en su obra *La lógica del sentido*, Barcelona, Barral Editores, 1971, pág. 30.

6 Incluso, y aunque sea políticamente incorrecto recordarlo, la Constitución bolchevique de 1918, verdadera pieza maestra en los intentos de conseguir el estatus pleno de ciudadano para los trabajadores.

juego tensionamientos y esperanzas en los que la conquista o el fracaso de los derechos ciudadanos ocuparían un lugar preferente.

La obra de Fourcroy, Foderé y Cabanis durante la Revolución Francesa, seguida de la de otros autores británicos o alemanes como Bucham, o Hufeland, actores representativos en la construcción de las higienes públicas de la burguesía.<sup>7</sup>

Los madrugadores escritos de denuncia del británico Thomas Percival sobre el trabajo de los niños en Manchester (1789), continuados por los informes de Philips Kay<sup>8</sup>, Southwood Smith, y Neil Arnott, propiciadores estos últimos, de las famosas Leyes de Fábricas de 1834, y alimentadores del informe de Edwin Chadwick (1800-1890) en 1842, junto con la descriptiva obra recopiladora de Engels en 1845 sobre la situación del proletariado inglés. Posteriormente, aparecerían los pergeñadores de la sociodemografía fabril y de la higiene industrial francesa, al hilo de los sucesos de 1830, Philibert Pâtissier, Benoiston de Chateaneuf, Parent-Duchatelet o Luis-René Villermé, que seguramente influenciaron en la promulgación de la reglamentación sobre el trabajo infantil y los establecimientos fabriles, entre 1841 y 1850.

En los Estados alemanes, el mensaje sociomédico del joven Virchow, de Salomon Neu-

mann, y de Rudolf Leubuscher, al calor de las barricadas berlinesas de 1848, reconstruyeron y superaron el discurso higiénico/cameralista de Johann Peter Frank, centrado en la miseria y la servidumbre del campesinado, con la reivindicación de una democracia plena e ilimitada, junto a la obligación del Estado de proteger la vida, la salud y el bienestar de todos los ciudadanos.

Desde las “Mitteilungen”<sup>9</sup> de 1847, el discurso de Virchow y el de sus colegas de la revista “Die Medizinische Reform” (1848-49), la salud, es un derecho de los ciudadanos cuya cobertura corresponde al Estado, y la medicina, una ciencia social.

En este sentido la higiene pública, dejaría atrás las sumisiones humorales y telúricas del hipocratismo para centrarse en las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales y muy especialmente, en las del nuevo proletariado fabril, para el que Virchow propondría en 1848, una “Ley de Higiene Industrial” y la prohibición del trabajo para los menores de 14 años.<sup>10</sup>

En nuestro país, los herederos del utopismo protosocialista francés y del utilitarismo británico como Joaquín Abreu (1782-1851), intentarían añadir al titubeante discurso liberal/progresista de los revolucionarios de 1834, llamadas de atención y consideración

---

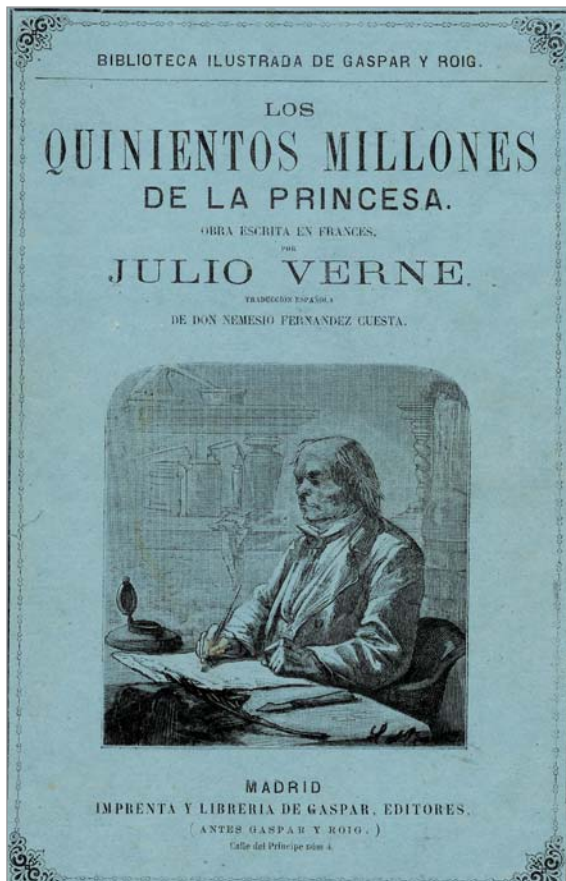
7 Autores, que posiblemente no hicieron otra cosa que adecuar el discurso higienista de la ilustración; sometido al orden estamental, a otro nuevo sometimiento presidido, por el orden y la productividad de la nueva sociedad burguesa. Adecuación no obstante que contenía un profundo contenido revolucionario en la medida en que iniciaba recorridos en los que por primera vez, la perfectibilidad del cuerpo, junto con el de la sociedad en su conjunto, se presentaban como algo posible; quebrando, la esquemática feudal de la inamovilidad de la sangre. En este sentido, la Higiene se convertiría junto a las ciencias naturales y la filosofía en un dispositivo más, en la recuperación del “Espíritu de Demócrito” (recordando el magnífico libro del profesor Pedro de la Llosa).

8 Autor por otra parte enormemente conservador que aunque realizase una realista fotografía de las condiciones de trabajo, proponía soluciones liberal/fundamentalistas oponiéndose a la intervención del Estado en la cobertura de la salud de los trabajadores.

9 Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie (1847), o Comunicaciones sobre la epidemia de tifus en la Alta Silesia.

10 Referencias y anotaciones en castellano sobre Virchow y los médicos del 48, se pueden encontrar en:

Erna Lesky, Medicina Social, Estudios y testimonios históricos. Madrid, M° Sanidad y Consumo, 1984; George Rosen, De la policía médica a la medicina social, Siglo XXI, 1985; y Rafael de Francisco, La salud del maestro durante el Sexenio; Revista Educación; números 330 y 331 (2003).



“Los quinientos millones de la princesa” de Julio Verne.

sobre el derecho de los trabajadores a las condiciones de “felicidad y bien-estar”, predicadas por y para la burguesía.

El ya ferviente militante del moderantismo Pedro Felipe Monlau, publicaría entre 1846 y

1856, sus Elementos de Higiene Privada, Higiene Pública, e Higiene Industrial, boceteando, el diseño canónico de la mentalidad moralista y defensiva de la burguesía española ante las condiciones de trabajo y la salud de las clases populares, e iniciando probablemente un camino, que no se cegará a pesar del Sexenio, hasta 1931, y que frente a la consideración del trabajador y de su salud, desde la filosofía política de los derechos del ciudadano, se construye como un imaginario tutelar/defensivo, que a la larga no será más que un travestimiento laico/burgués, del viejo diseño de las economías medievales de la salvación, el sometimiento y la caridad.

El tiempo europeo del último cuarto de siglo del ochocientos estuvo presidido por el optimismo positivista y las ilusiones de progreso surgidas de la consolidación de la primera fase del industrialismo y a la vez, atormentado por los fantasmas de la Revolución parisiense de 1871.

Fueron cerca de 25 años de frenesí higienista en toda Europa. Tal es así, que autores como Julio Verne, ubicarían el inicio de la trama argumental de una de sus novelas “Los quinientos millones de la princesa”, en un hipotético Congreso Internacional de Higiene celebrado en las afueras de Londres alrededor de 1870.<sup>11</sup>

En la tensionada España del Sexenio y de la exigua Iª República, a lo más que se llega es a dis-

<sup>11</sup> El protagonista de la novela es un reputado médico francés, el Dr. Sarrarin, nombrado presidente del citado Congreso. Al hilo de la ceremonia de inauguración del mismo se entera de que es el beneficiario indirecto de la fortuna de la princesa india decidiendo donarla “para contribuir al desarrollo mundial de la higiene”, y señalando en su intervención ante el plenario que:

“...las causas de la enfermedad y la muerte (...) estarían en las deplorables condiciones higiénicas de las que la mayor parte de los hombres se ven rodeados...” (op.c. Madrid, Gaspar Editores, 1870,15).

La trama de la intriga, se desencadenará a partir del rapto del Dr. Sarrarin por una banda de delincuentes.

Lo significativo para nosotros está en que el asunto de la Higiene, entrase dentro del imaginario tecnológico y de anticipación contenido en la obra de Verne, de la mano de la exploración submarina o los viajes a la Luna; denotando el papel central que la misma estaba ocupando en las percepciones y fascinaciones populares.

El genio prospectivo de Julio Verne también acertó en este caso, pues el 2º Congreso Internacional de Higiene se celebraría en Londres en 1878.

posiciones gubernamentales bienintencionadas pero inoperativas en la práctica; y casi exclusivamente orientadas a la población infantil<sup>12</sup>.

Los higienistas del momento, como Giné, Rodríguez Méndez, Alcina, Santero, Laborde o Santos Fernández, parece que van superando —algunos como Giné y sobre todo Benito Alcina, con grandes dificultades—, el tufillo moralista del higienismo del moderantismo; intentando, manejar recursos metodológicos de carácter exclusivamente experimental al hilo de los nuevos adelantos científicos, y dedicando todos ellos, en sus manuales o compendios de higiene, una extensión mayor

a la “higiene de las profesiones”, que de cualquier manera, seguirá reproduciendo contenidos de autores extranjeros, al no existir salvo en algunos hospitales mineros como Triano, Almadén o Rio Tinto, una verdadera clínica del trabajo hasta finales de los años veinte del novecientos.

Algunos de ellos, desvinculados del mundo académico e institucional como Gaspar Sentiñón y Cerdaña (1835-1902), o incluso otros encumbrados en él, como el crítico José de Letamendi<sup>13</sup> (1828-1897), puede que tuvieran alguna participación en el intento de crear o desarrollar una cultura higiénica indus-

---

12 La conocida Ley Benot de 24 de julio de 1873, sobre Condiciones de trabajo en manufacturas, talleres y minas, dedicará de sus 11 artículos cinco, al trabajo infantil. De los restantes, sólo uno, el artículo 6º, se referirá de manera concreta y explícita a contenidos relacionables con la salud de los trabajadores.

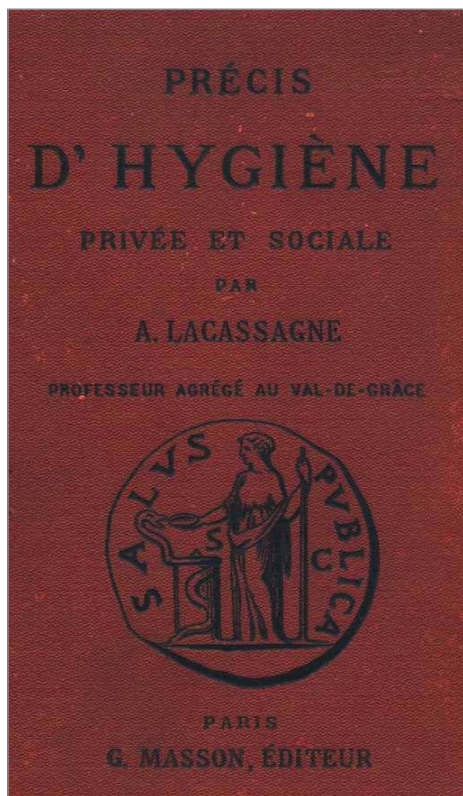
En el escenario estrictamente educativo, un Decreto del Gobierno Provisional de 25 de octubre de 1868, introducía en el currículum de la enseñanza secundaria como asignatura la “Fisiología e Higiene”. El Decreto de 18 de enero de 1869, señalaría una serie de disposiciones mínimas sobre la higienización del espacio escolar y las condiciones de habitabilidad de la vivienda de los maestros; y el Decreto de 22 de abril, de 1869, dictaba las disposiciones mínimas de higiene que deberían contener los proyectos de edificaciones escolares.

13 El Dr. José de Letamendi, un personaje peculiar cuyo ferviente catolicismo no le impediría promover publicaciones y actividades médicas en las que acogería a médicos y columnistas militantes del socialismo y anarquismo más radical, podría ser considerado cercano, —a pesar de su terminología hiperbólica— al higienismo social europeo. Para nosotros su escrito más representativo en esta dirección sería el Discurso inaugural de la Academia de Medicina barcelonesa en 1874, titulado: “El pro y el contra de la vida moderna bajo el punto de vista médico-social”.

En esta conferencia en la que desarrolla el concepto de lo “superorgánico”, como metáfora de lo “social” y que sería tan caro para seguidores suyos tan dispares como Rafael Forns o Enrique Lluria, se puede —si así se desea— rastrear claramente lo social como elemento causal/estructural de la enfermedad y sobre todo, el tono emocional y a la vez, realista con que Letamendi relata la discriminación de la clase trabajadora ante la enfermedad y la muerte, que por otra parte parece dibujar la sintomatología de la fatiga y del agotamiento psicofísico, (apuntado ya por Marx en 1867) que algunos psicólogos y sociólogos como Lewin, Müstenberg o Waber, o nuestro Dr. Simarro, llamarían la atención por la misma fecha.

*“...qué no habremos de temer que sufran (antes Letamendi había comentado los males de los profesionales liberales) las infelices víctimas de la trituración del trabajo, esos miserable proletarios de todo sexo y toda edad, que se levantan á las cuatro de la madrugada y hacen dos leguas de camino para ir al taller, unos á limar tachuelas, y no más, otros á echar nudos, y no más, otros á conducir mechas, y no más, otros á remachar rosetas de abanicos, y no más, otros á vigilar batanes de vapor, y no más, en medio del aturdidor estruendo y la sempiterna trepidación de la fábrica, sin otro descanso que el suficiente para la comida, y luego vuelta á lo mismo hasta el cerrar de la noche, para de allí volver á echar sus dos contra leguas de regreso, llegar a las nueve, cenar en seguida y luego al punto acostarse, con el cuidado de volver á despertar á las cuatro para repetir la historia del día anterior? ¡Oh! La enorme desproporción que aún existe entre la mortalidad de los pobres y la de las gentes acomodadas, débese en gran parte á esa lima sorda que desgasta la existencia en los primeros, desequilibrando su naturaleza hasta un extremo que causa compasión á quien de cerca la observa. ¡Oh gentes cultas, dadas á liberales oficios, en medio de vuestra activa y laborante vida, acosados por el malestar, sujetos á mil formas de padecimientos, debidos al exceso de vuestro trabajo, y á lo deleznable del sutil órgano de la inteligencia, que de continuo ejercitáis, no envi-diéis al proletariado, no exclaméis: <<cuán dichosos mortales, que en medio de su fatigada vida se mantienen sanos y fuertes!>> No lo digáis por misericordia; antes que tal exclaméis, visitadles, observarles, estudiad de cerca sus infinitas dolencias, ora en los hospitales, ora en los antros de sus desmanteladas é insalubres viviendas, quebrantados, desvalidos; agotados; no confundáis la fuerza muscular con la verdadera fortaleza armónica; ellos levantan ó arrastran más quintales que vosotros, sí; por sus entrañas están, más aún que las vuestras, heridas de muerte; y en las entrañas, no en la musculatura ni la osamenta, es donde naturaleza marca las probabilidades de vida de cada hombre. Ved si no las estadísticas comparadas de los barrios pobres y los acomodados, y aun reflexionad que la comparación por barrios dista mucho de dar toda la verdad...”*

J. de Letamendi, Obras completas, volumen segundo, 2ª ed. Madrid, Tip-Lit. de F. Rodríguez Ojeda, 1907, 26-27.



“Précis d’hygiène privée et sociale”  
de Alexandre Lacassagne (1843-1924).

trial autónoma, en determinados colectivos de trabajadores vinculados a los círculos republicanos u obreristas catalanes. Nuestra opinión es que no pasaron de ser aportaciones voluntaristas y episódicas. La higiene del momento,

sería por muchos años un producto construido y diseñado exclusivamente desde las clases dirigentes y sus elites profesionales<sup>14</sup>. Las organizaciones obreras concentrarían todas sus energías en otras regiones reivindicativas, como las del asociacionismo, los salarios y la jornada de trabajo, que se percibían en último lugar, cómo los verdaderos condicionantes de los problemas de higiene o de salud.

A partir de los primeros años de la Restauración, se irían recepcionando los diseños europeos de la nueva Higiene Social, que de alguna manera pudo haber sido el formato que la higiene pública española necesitaba para dar el salto hacia la modernidad. Finalmente, lo que realmente se dio, no pasaría de consistir en un nuevo modelo sociopatológico y experimentalista, seguramente mejor que el moralista/defensivo de las burguesías isabelinas, y que admitiendo diversos matices, se sustentó mayoritariamente en objetivos de productividad económica/eugenésica, bajo el lustre añadido de contribuir, a la panacea balsámica del “armonicismo social”.

En el camino de este intento fallido, en 1876, el mismo año de su edición francesa, se traduce al castellano el “Précis d’hygiène privée et sociale” de Alexandre Lacassagne (1843-1924), en donde se hablaría por primera vez<sup>15</sup>

14 Posteriormente otros médicos como el salmantino Jaime Vera López (1858-1918) o el hispano-cubano Enrique LLuria y Despau (1862-1925), tendrían un importante papel en la conformación de un discurso médico progresista en la línea de los higienistas sociales vinculados al socialismo alemán y austriaco.

En su libro, editado en 1905 (Madrid, Fernando Fe), “Evolución superorgánica -La naturaleza y el problema social-”, Enrique LLuria manifestaba con toda rotundidad que “El Estado que consiente una mortalidad superior a la media alcanzada hoy, incurre en un delito de lesa Patria... señalando a continuación que “las enfermedades no son mas que productos de la lucha de clases...” (págs., 145-146). Frente al discurso regeneracionista de la sociopatología obrera, para este médico de carné socialista y alma de anarquista, las causas más frecuentes de la enfermedad en los trabajadores no serían otras que la mala y escasa nutrición junto con el desgaste de energías producido por trabajos agotadores, abundando en el mensaje que desde 1848, habrían acuñado los sociomédicos alemanes: “...El problema de la salud está intimamente ligado al problema social...” (En El medio social y la perfectibilidad de la salud, 1898,27; anotado también por Ángel González de Pablo, 1997, 446).

15 Aunque de manera un tanto confusa, sería Louis-J. Désiré Fleury (1814-1872), el introductor de lo sociológico en el diseño higienista siguiendo a su vez, los planteamientos sobre las ciencias expuesto por Auguste Comte en su Cours de philosophie positive (1830); de manera que la higiene constituiría una ciencia situada entre la biología y la sociología.

De cualquier forma, el planteamiento de Fleury, será como hemos apuntado antes confuso y además, variable a lo largo de toda su obra condensada en los voluminosos tres tomos de su Cours d’hygiène, publicados entre 1852 y el mismo año de su fallecimiento. En el primer tomo de su obra (1852), clasificaría los “modificadores” higiénicos en cósmicos e (sigue)

de “modificadores sociológicos”, para continuar posteriormente con algún otro autor francés como Achille Adrien Proust (1834-1903), y el contacto más tardío con higienistas alemanes como Max Rubner (1854-1932) o Hugo Selter (1878-1952)<sup>16</sup>, más cercanos a

lo que pudo ser la corriente “ortodoxa” —si se puede llamar así—, de la Higiene o Medicina Social europea<sup>17</sup>.

Desde finales del XIX, las líneas de fuerza hegemónicas que contribuyeron en Europa a la constitución de una cultura moderna de la

---

individuales. Los cósmicos serían a su vez, astronómicos, físicos y químicos y los individuales, estáticos y dinámicos. Será en estos últimos, los dinámicos, en donde sitúe las profesiones, sin mencionar ni añadir expresamente el término social o sociológico. Por otra parte, en el tomo III, redactado entre 1861 y 1872, incorporará lo social como complemento y adjetivación de los modificadores dinámicos al señalar que:

“... (La) Santé qu'est, elle-même, statique et dynamique, individuelle et sociale...” (Op.c, Tome III, 1872,71).

Por el contrario Lacassagne, en su esquema clasificatorio de los diferentes modificadores será absolutamente claro dividiéndolos en:

Modificadores físicos: Calor, luz, electricidad...

Modificadores químicos: Aire, agua, alimentos...

Modificadores biológicos o individuales: sexo, edad, herencia...

Modificadores sociales: Profesión, familia, patria...

De todas maneras, el “Cours d'hygiène” de Fleury, constituye un documento valioso en la constitución de la higiene industrial europea comparable a la de Lévy, Tardieu o Vernois, y destacándose sus capítulos dedicados a la higiene y salud de las profesiones liberales y sus comentarios sobre la higiene en el ferrocarril y las enfermedades profesionales y riesgos de los obreros y empleados en los mismos.

16 La obra de Rubner conocida en España sería su Tratado de higiene en 2 volúmenes (Barcelona, Espasa, circa 1903), traducida por Ruiz Rodríguez, con prólogo de Rafael Rodríguez Méndez, que introduce numerosísimos y valiosos comentarios a lo largo de toda la traducción. Nuestra impresión es que Rubner, que se confiesa seguidor de Koch, del que por otra parte hereda su cátedra de Higiene en Berlín, se mantiene en una línea estrictamente experimental y práctica; distanciada, de las sensibilidades sociales de Reich, Grotjhan o Teleky. Esto sin embargo, no será un obstáculo para que a lo largo de su obra no aparezcan recomendaciones defendidas por los higienistas sociales, por ejemplo Fischer (1933) como la presencia de los médicos en la inspección de fábricas.

“... Actualmente, los empleados encargados de la vigilancia de la fábrica proceden casi exclusivamente del círculo de los ingenieros y de los químicos. Nosotros estimamos necesario que haya también empleados médicos para la instalación y transformación de los establecimientos industriales y para la vigilancia de los oficios, en más extenso campo de lo que se hace actualmente...” (T.II, pág.145).

Y por supuesto, una dedicación intensiva y extensiva a toda la problemática de la higiene profesional, que convierte una buena parte del 2º tomo (10 capítulos) en un pequeño manual de higiene industrial.

El Compendio de Higiene de Selter, (2 Vols., Calpe y Espasa Calpe, 1925-26) podría considerarse por el contrario (sobre todo en su tomo 1º), como una obra dentro de la tradición germana de la higiene social. Defiende la distinción entre Higiene social y Medicina social; relacionando esta última con los Seguros sociales y los accidentes y enfermedades profesionales, mientras que la higiene social se ocuparía de la prevención y la clínica de estas enfermedades y accidentes en la línea de la medicina del trabajo acuñada por Ludwig Hirt (1844-1907), en su “Die Krankheiten der Arbeiter” (1872-1878).

Los capítulos dedicados a higiene de las profesiones y a comentar las leyes imperiales sobre seguros de 1911, están redactados por L. Kirchner, constituyendo una información sin duda relevante para los médicos españoles de la época.

En una especie de diccionario médico coordinado por los hermanos Klemperer y traducido como “Tratado completo de clínica médica” (Barcelona 2ª ed. Manuel Marín, 1935 —la 1ª es de 1933—) viene incluido un capítulo dedicado y etiquetado como “Higiene Social”. Está escrito por Alfons Fischer (1873-1936), director de la Sociedad de Higiene Social de Karlsruhe (la “Badische Gesellschaft für Soziale Higiene”) y podría ser la única versión condensada de la disciplina con la que contaron los profesionales españoles. Fischer recogerá las definiciones de diversos autores —entre ellos Reich y Grotjhan—, fabricando una especie de contenedor conceptual para la higiene social a la que llama “Higiene cultural”. Aparte estos vericuetos clasificatorios lo cierto es que enfoca de manera novedosa diversos aspectos de la salud laboral: Comenta la necesidad del trabajo conjunto de fisiólogos, psicólogos e higienistas; habla de la salud física y mental de los obreros (op.c.pág.42); separa claramente los riesgos y enfermedades de los obreros industriales y los empleados de comercio y funcionarios (pág.43). Dentro de los funcionarios —diferencia maestros de escuela, ferroviarios y servicio de correos (alrededor de 1925 estos tres colectivos de funcionarios alemanes sumarían en total, 890.741 empleados) desarrollando, un interesante estudio sobre el “Estado higiénico-social de los maestros”, cuyas conclusiones esquematizadas apuntarían a la prevalencia de neurastenias, enfermedades catarrales y tuberculosis. (págs. 44-45).

17 Realmente, la recepción de la Higiene social europea en España sería bastante lateral y limitada sobre todo en lo que se refiere a los autores más representativos que son a nuestro entender los alemanes y franceses. Así, al igual que hemos visto con los autores alemanes, mientras que se traducen obras de los franceses Armand B. Paulier (1881) y (sigue)

salud laboral, a pesar de los esfuerzos de los “higienistas sociales” franceses, belgas y sobre todo alemanes, estuvieron tatuadas desde la semántica de la “instrucción”, la “raza” y el “aseguramiento”. Combinaron dispositivos pedagógicos y eugenésicos –como nuevo formato mercantilista–, con la introducción posterior de un moderno dispositivo de cobertura contra las contingencias laborales basado en los seguros. Coherente, con el nuevo sistema económico/empresarial, que además de servir de placebo ante la conflictividad social, podría enterrar definitivamente otras formas de solidaridad obrera que, aunque no excesivamente eficaces encerraban connotaciones reivindicativas y de resistencia, percibidas siempre, desde las clases dirigidas con intranquilidad. En particular, el dispositivo “pedagógico/eugenésico/nacionalista”, tuvo un peso consi-

derable tanto en Francia primero<sup>18</sup>, como en España, a partir de la crisis del “71” y del “98” respectivamente, de tal forma, que la Higiene funcionó como una verdadera herramienta de apoyo en la consolidación económica y política de los Imperios europeos. Desde la fundación en 1882, de la Sociedad Española de Higiene, hasta la celebración en Madrid (1898) del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, este componente nacional/productivo, atravesó todo el discurso higienista español, enganchado al discurso regeneracionista y haciendo cómplices del mismo tanto a las burguesías republicano/progresistas como a las conservadoras, con la sola excepción de los sectores ultramontanos, opuestos incluso a la doctrina papal de la *Rerum Novarum* (1891). Para muchos de los higienistas de la Restauración, con la posible excepción del

---

Jules Arnould, (1883) que no son autores estrictamente representativos de Higiene social, se dejarían sin traducir los escritos específicamente rotulados como tales de Adolphe Coste (1882 y 1889), el “*Traité d’hygiène sociale*” (1888) de Jules Eugène Richard (1819-1896), o “*L’Hygiène sociale*” (1902) de Émile Duclaux (1840-1904). Autores que sin embargo serán conocidos por algunos de los próceres del higienismo hispano como Amalio Gimeno, que les cita en un memorable discurso universitario de 1903 titulado, “Importancia social y política de la Medicina”. (pág.14).

No obstante, las obras e estos autores traducidas al castellano, aunque no lleven el título de Higiene social, desarrollarán un diseño de la higiene pública totalmente diferente a los higienistas tradicionales franceses del IIº Imperio, haciendo más hincapié en los aspectos legislativos y las obligaciones institucionales de cobertura y prevención junto con un desarrollo considerable de las higienes profesionales e industrial, alejándose absolutamente del lenguaje y de la clasificatoria galénica-boerheaviana anterior para apoyarse en la disciplina experimental acuñada por Koch, Pasteur o Pettenkofer, aunque connotando, un claro alejamiento de cualquier tentación “reformadora” de carácter radical.

Así por ejemplo en la versión española del “*Tratado de Higiene*” de Proust de 1903, que se corresponde con la 3ª edición francesa (Masson et Cª, 1902), estará patente la sensibilidad social-experimental, de la higiene desde un nuevo lenguaje en que se manifiesta la necesidad de “acrecer el bienestar físico y moral” de las gentes utilizando los saberes del médico y del biólogo y “descartando la de los filósofos o reformadores sociales”.

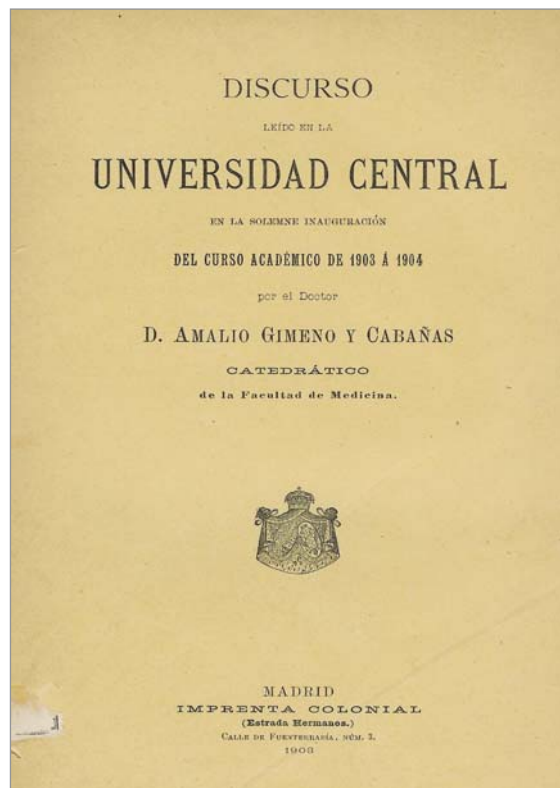
18 Francia vivirá su “98” a partir de la guerra franco-prusiana. La derrota de Sedan, fue para los franceses como para nosotros el hundimiento, de la flota española en la Bahía de Santiago de Cuba. La lectura “regeneracionista” parecida. La diferencia estuvo en que Francia tuvo más claro que la guerra no la había ganado el “máuser” alemán, sino el maestro de escuela y el sanitario germanos.

Según nuestros datos, durante la campaña franco-prusiana de 1870-71, la viruela fue responsable de la muerte de 23.000 soldados franceses frente a los tan solo 297 de las tropas prusianas; para las que la vacuna era obligatoria.

En nuestro caso, las guerras por la independencia cubana reflejaron con mayor intensidad las deplorables condiciones higiénicas en las que se desarrollaron las tropas españolas. Los numerosos testimonios documentales de autores como Nuria Sales (1974), Hernández Sandoica (1978), Fraguinals (1993) o Antonio Elorza (1998), nos ofrecen un panorama aterrador y vergonzoso (algunos informes oficiales hablaron de que las muertes por acciones de guerra se limitaron únicamente al 4%), que nos haría decir también que la Guerra de Cuba, no fue ganada por la Escudra yankee ni por la guerrilla mambise, sino por la fiebre amarilla y las condiciones higiénico/sanitarias; entre ellas, el hacinamiento en los que se hacían los transportes de las tropas tanto de ida como de tornaviaje. Solamente en los archivos del Museo Marítimo de Barcelona están recogidos expedientes de más de 4.000 soldados fallecidos en su travesía de repatriación entre 1898-1899, y cuyos cadáveres fueron arrojados al mar (Fraguinals y Moreno, 1993, 151).

círculo de Letamendi y Amalio Gimeno<sup>19</sup>, - y por supuesto, los cercanos a las organizaciones obreras como Sentiñón o Lluria, la lectura sociológica del enfermar de las clases populares, no era ni mucho menos la defendida por los médicos alemanes y franceses del círculo de influencia de Eduard Reich, Alfred Grotjhan o Jules Richard, en el que las condiciones sociales y sobre todo las desigualdades socioeconómicas, condicionaban una patente sobremorbimortalidad. Era exclusivamente una lectura sociopatológica, en donde la particular personalidad y situación psico-social de los trabajadores, teñida de vicios, ignorancias y miserabilismo serían sus causas principales.

Por otra parte, los nuevos escenarios mecanizados del trabajo fabril; el desarrollo de procesos químico-industriales complejos y la utilización de la electricidad, estaban modificando sensiblemente el panorama tradicional de riesgos y accidentes laborales. Al final, a partir de 1900, parece que se pudieron vencer –en parte–, más de veinte años de resistencias



"Discurso inaugural del curso 1903-1904, en la Universidad Central".  
Dr. Amalio Gimeno y Cabañas (1852-1936).

19 El Dr. Amalio Gimeno y Cabañas (1852-1936), estuvo de joven vinculado a la Institución Libre de Enseñanza y en su etapa valenciana a los círculos republicanos locales lo que no le impediría como a muchos otros institucionistas, mantener más tarde un acercamiento al "catolicismo social" español. A lo largo de su vida desempeñó una intensa actividad política con consecuencias muchas de ellas en la higiene escolar y laboral, como fueron la creación de la Inspección médica escolar y la limitación de la jornada laboral.

Su doctrina higienista se encuentra desperdigada en numerosos discursos y obras menores como por ejemplo, su "Programa razonado de un curso de Higiene Pública" (Madrid, 1890), y fundamentalmente el "Discurso inaugural del curso 1903-1904, en la Universidad Central". (53 págs., en 4º). En él, y bajo el título de Importancia social y política de la Medicina, desarrolla un programa higienista en el que aunque renuncie a utilizar el término de Medicina Social (pág.14), –usaría el de "Medicina Política" en su lugar–, se aparta claramente de cualquier sensibilidad sociopatológica, para hacer hincapié en las condiciones de vida y de trabajo, como causas de los elevados índices de mortalidad de las clases populares españolas. En su relato sobre las consecuencias del trabajo para la salud, insiste en las consecuencias de la fatiga y del agotamiento psicofísico, más que en el accidente, entendiéndolo perfectamente las claves explicativas de la salud laboral en un momento en que el maquinismo iniciaba su fase más dura y disciplinante sobre las condiciones de trabajo. Aspecto que nunca fue tratado por la Ley Dato, ni por la posterior de 1922, y que precisamente es el propio Amalio Gimeno el que intentará abordar parte del problema al sacar adelante siendo Ministro de Gobernación la jornada de 8 horas en 1919.

*"...Los efectos de un trabajo excesivo que agota los cuerpos de la raza por el abuso del músculo y la atención (...) La fatiga es un fenómeno fisiológico que está en los límites de la enfermedad (...) condiciones de trabajo forzadas que le obligan a una gimnasia perjudicial y le exponen a riesgos constantes (...) El hombre que se cansa es un hombre que se intoxica \* si mismo (...) además está probado por el laboratorio y en la clínica que no hay víctima más propicia que él a la infección microbiana (...) los accidentes de trabajo, según las estadísticas demuestran, se producen en número dos ó tres veces mayor desde la quinta hora después de empezado..."*

Amalio Gimeno y Cabañas. Discurso leído en la Universidad Central en la inauguración del curso académico de 1903 a 1904. Madrid, Imprenta Colonial de Estrada Hermanos, (1903, 36-37-38-39).

propiciados por los sectores más conservadores y doctrinarios, que no solamente estaban impidiendo lo que en el fondo no era más que una apuesta por la modernización y la adecuación de la cultura del trabajo española a la comunidad internacional, sino que contemplaba paralelamente una reestructuración de toda la política sanitaria del país. A este respecto, el discurso de defensa del proyecto de la futura Ley de Sanidad, que defendería ante el Senado el Dr. Ángel Pulido (sesión del 18 de julio de 1899), se movería totalmente dentro del ideario “intervencionista” defendido, por el grupo de higienistas gubernamentales más radicales, que intentaron implantar para la higiene pública estrategias de control y supervisión posiblemente más severas, eficientes y conocedoras de las inercias de la sociedad española, que las de la Ley Dato.<sup>20</sup>

El punto de inflexión más importante del periodo vendría dado por la Ley de accidentes del 30 de enero de 1900. Sin duda fue una ley de elevado contenido estratégico/político, que apareciendo en un momento en que la máquina y la fábrica, presentaban un dimensionamiento importante en determinadas áreas geográficas, y por lo tanto, se daba ya, una sobremorbimortalidad derivada del “accidente maquinico”, sus objetivos no fueron tanto el atajar esta accidentalidad en su sentido estricto, sino en intentar paliar de alguna manera las reivindicaciones de una clase obrera industrial cada vez más organizada y radicalizada.

La legislación de accidentes de 1900, aparte de acotar, institucionalizar, y visualizar los riesgos laborales desde la canónica de la lesión –y de ahí lenta y lateralmente la enfer-

---

20 Este discurso de Pulido nos parece una pieza fundamental en la historia documental de la Higiene Pública española. Es, aparte del reflejo perfecto del diseño político/sanitario del segundo Regeneracionismo; principalmente, un alegato en contra de la descentralización administrativa de la sanidad nacional defendida por el senador Ruiz Martínez. Curiosamente, mientras que todos los políticos de la Restauración no veían ningún obstáculo en el carácter fuertemente centralizado de instituciones como la Guardia Civil, los sectores más conservadores defendieron con gran insistencia la autonomía absoluta de los Ayuntamientos en relación con la escuela pública y la sanidad. Bajo el falso progresismo populista de la descentralización, planeaba el poder y las ambiciones de los caciquismos locales, que proletarizaron, agobiaron e inutilizaron la productividad profesional de miles de médicos y maestros rurales durante décadas. El planteamiento del Dr. Pulido tendría párrafos memorables como éstos:

*“...Las leyes de Sanidad han de ser centralizadoras, porque se fundan en aquel principio de que –ningún ciudadano tiene derecho a hacer daño a otro ciudadano– (...) La Higiene pública, como la higiene individual, supone un triunfo de la colectividad y un triunfo del individuo en la lucha contra sus primitivas tendencias al abandono (...) La higiene va contra la ignorancia, va contra el descuido...y va contra la miseria administrativa (...) Hay, por tanto, una cuestión de mal entendida economía que pesa mucho en los pueblos, en los Municipios y en los particulares, cuando no viene á obligarlos al desprendimiento un imperio superior, la cual economía hace que se esterilicen toda la virtud de la higiene y toda la eficacia de la ley ante la codicia de aborraz gastos, evitarlos y combatirlos, cuando han de aplicarlos á fines puramente higiénicos. Y esto, señores senadores, no sólo se ha observado y se observa en España, en pueblos mucho más adelantados, como son el pueblo inglés, el mismo pueblo francés, el pueblo alemán, el pueblo belga; y esta es una de las razones por que las personas superiores y los Municipios verdaderamente informados en la importancia de estos preceptos sanitarios, piden en aquellas naciones que el Estado intervenga y lleve el imperio de su ley al cumplimiento de esas disposiciones, aun dentro de los pequeños organismos municipales (...) El Municipio puede permitirse todos los desarrollos... lo que no puede permitirse el Municipio y no se le debe consentir en modo alguno, es que abandone una porción de deberes...y esto no se debe consentir, porque con ello faltaría á las bases fundamentales de una sanidad nacional, y al principio de no dañar a la salud pública (...) El Estado por medio de sus leyes, puede decir al Municipio –Tienes forzosamente que hacer esto–; de aquí no puedes retroceder; esto no debes en modo alguno omitirlo; de aquí para adelante, sí, estás autorizado para hacer lo que tú quieras; y lo que en este sentido hagas y obedezca a una feliz espontaneidad tuya, será para gloria tuya, al mismo tiempo que para tu progreso... ”*

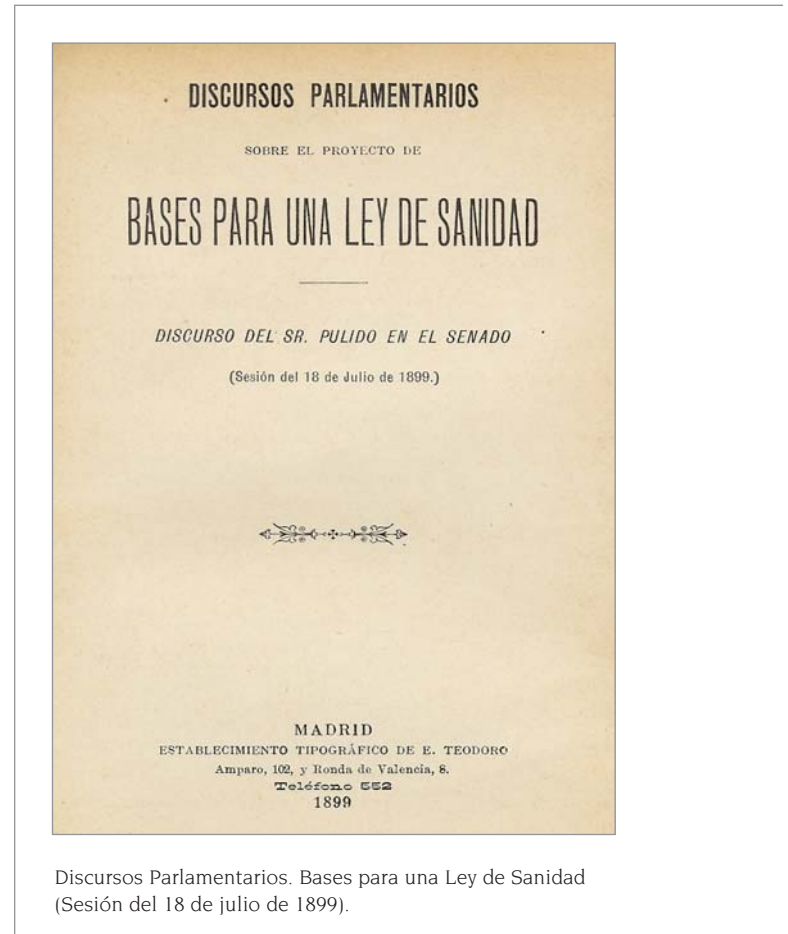
*(...) ¿Quiere ver S.S. cómo se portan los pueblos en materia de Sanidad ¿ Pues se lo voy a decir en muy pocas palabras; y para eso voy a llamar su atención sobre lo que sucede en Inglaterra...fundó un nuevo organismo, un Cuerpo consultivo que se llama Local Government Board, ó Consejo Central de Sanidad, al cual ha encomendado funciones consultivas y ejecutivas, y le ha investido de poderes, no solamente para proponer, sino también para ejecutar (...) En Agosto de 1871 se creó este Consejo, y en 1882, once años después, había autorizado impuestos a los Municipios por valor de 695 millones de francos, mientras que el Parlamento, por su parte, cooperando á la acción del Consejo, había también autorizado impuestos por valor de 903 millones. Es decir señores senadores, que en el transcurso de doce años Inglaterra había autorizado impuestos para la Sanidad por valor de 1598 millones de francos (...) ¿Que resultado ha dado esto? (sigue)*

medad profesional— despreciando cualquier deterioro psicológico o emocional, creaba un antecedente significativo para entender el diseño posterior de la salud laboral tanto en España como en los demás países europeos que con fechas cercanas, habrían legislado en la misma dirección.

Desde la Ley Dato, la arquitectura de la salud laboral española —al igual que la casi totalidad de las europeas— se sostiene desde un entramado basado en la responsabilidad del empresario/patrón y en un mecanismo indemnizatorio asegurado<sup>21</sup> que primero es optativo y, posteriormente, obligatorio. Al Estado le corresponderá exclusivamente la responsabilidad inspectora y sancionadora de esas obligaciones empresariales.

Podríamos decir que la salud laboral, incluso la Medicina del trabajo, se construye desde la semántica de la “póliza de accidentes”. Esto es desde una mecánica de compensación e intercambio —por otra parte pertinente desde la filosofía del capital— entre salud y trabajo mercancía<sup>22</sup>.

Los objetivos que pudieron estar detrás de estas medidas posiblemente fueron complejos, pero siempre estuvo presente un poten-



tentísimo principio tutelar y defensivo, como transparentemente quedaría manifestado en la propia declaración de principios redactada

*Que ha disminuido de tal modo la mortalidad en Inglaterra...que en el año 1894 llegó a ser...de 17,1 por 1.000...Compárese con la proporción que tenemos nosotros, que es la de 34 por 1.000 (...) Pero si os repetiré lo que decía un primer ministro de Inglaterra, Disraelí,...decía que la base, el fundamento de la felicidad de un pueblo y del poder de su Estado, es la salud pública...*

Discursos Parlamentarios. Bases para una Ley de Sanidad (Sesión del 18 de julio de 1899).

Madrid, Establecimiento Tipográfico de E. Teodoro, 1899 págs 15-27.

21 El modelo de aseguramiento técnico o moderno —interviniendo aseguradores externos—, de los accidentes laborales, —aunque con otro formato—, parece se iniciaría en Francia y Gran Bretaña a mediados del XVIII. Algunos autores como Georges Vigarello (2001,24), señalan a los sastres londinenses alrededor de 1770, como el primer colectivo profesional que organiza este sistema desde la mecánica de un seguro contratado, frente al sistema de colecta más artesanal, de las cofradías y gremios españoles. Este otro modelo que llamaríamos “gremial”, se puede rastrear para Castilla desde el siglo XIV, en las Actas Capitulares catedralicias (Martín Granizo, 1950), incorporando interesantes figuras encargadas de la prevención y protección ante los accidentes en la construcción de las catedrales, como la del “fabriero”, probablemente desde fechas tan lejanas como las del siglo XI.

Este modelo “familiar/gremial”, de seguridad social, le encontraríamos en numerosas cofradías medievales castellanas como queda reflejado en los Estatutos de la Cofradía de Pescadores de San Vicente de la Barquera (1330) o en la Regla de la Cofradía de San Eloy de Valladolid (1452).

22 Las únicas voces discrepantes vendrían de los líderes socialistas y anarquistas. Anselmo Lorenzo en una conferencia promovida por el Institut Medic-Social de Catalunya (21-4-1912) proclamaba el derecho a la salud como una reivindicación básica de los trabajadores como ciudadanos; oponiéndose radicalmente, a la monetarización de la sanidad. (referenciado también por Esteban R. Ocaña, 1987,35).

por Eduardo Dato ante el Congreso en la presentación del Proyecto de Ley (30 noviembre de 1899), pretendiendo erigirse en:

*“...el medio más eficaz para combatir ese socialismo y ese anarquismo es el ofrecer al elemento obrero algún alivio en su precaria situación (...) y se evita que los agitadores aprovechen la desesperación de aquellas clases para sus fines revolucionarios...”*

Desde un punto de vista menos político, la Ley de 1900, presentaría otras consecuencias que sin duda influyeron en su merma y lenta operatividad.

Con la Ley Dato, la salud laboral, como resultado del especial tratamiento indemnizatorio del accidente, se inscribiría de manera “precaria” y “subsidiaria”, en la cultura fabril o empresarial española. Aunque el mecanismo indemnizatorio fuese básicamente idéntico al de otros países del entorno europeo, le faltó participación obrera y civil, de manera que a diferencia de Inglaterra, Bélgica, Austria o Alemania, no se pudo edificar, un tejido institucional basado en el Seguro obligatorio, que integrara como deseaba Martín Salazar<sup>23</sup>, una amplia variedad de asociaciones obreras, patronales y ciu-

dadanas y que en el área específica del trabajo, estas Cajas del seguro y asociaciones mutualistas, se convirtiesen en verdaderas instituciones sociales en donde los aspectos preventivos, de investigación y de clínica laboral, fuesen su corolario obligado.

De tal manera, que si por una parte evitaba en principio, la pauperización del segmento industrial de la familia obrera, a la vez que controlaba el gradiente de desesperación y posible radicalidad de las clases populares, pudo al mismo tiempo inaugurar, una mentalidad, una cultura de pasividad funcional ante los riesgos en el trabajo en la clase empresarial, y probablemente también, en los propios trabajadores<sup>24</sup>. Dicho esto, no dejó de ser un acontecimiento memorable que madrugaba en la innegable mejora de las condiciones del trabajo fabril y que serviría de percha para desarrollar –con sus pros y sus contras– hasta nuestros días, la cultura española de la prevención y de la salud laboral.

No queremos abundar en este proceso extensamente tratado por numerosos autores, aunque si nos gustaría resaltar dos o tres aspectos, que consideramos relevantes y que, a menudo, suelen pasar desapercibidos.

---

23 El Dr. Manuel Martín Salazar (1854-1937), coetáneo de Pulido y Amalio Gimeno, fue otro de los impulsores de la Sanidad pública española, abogando continua e infructuosamente por la creación de un Ministerio para la misma, que según él debería llamarse de “Sanidad y del Trabajo” (1923:103).

La idea que Martín Salazar defendía sobre los seguros sociales de “accidentes”era totalmente dinámica, integrando en ella a todos los actores sociales, incluido el Estado, pero no solamente como “vigilante” sino también como contribuyente económico. En uno de sus escritos más interesantes comentaba:

*“...Hay quien estima que el seguro social debe no solamente garantizar los riesgos de enfermedad e invalidez de los obreros, sino además prevenir las causas mismas de estos riesgos (...) de modo que la ley de seguros fuera al mismo tiempo una Ley de Sanidad pública (...)El seguro debe ser sostenido por los obreros, los patronos y el Estado. Contribuyendo los obreros con una parte de su salario, se da a los trabajadores el sentimiento legítimo y necesario de que ellos deben a su esfuerzo su propia seguridad ...”*

En definitiva: “...Preservar a la población trabajadora contra todas las causas de sufrimiento y enfermedad...”

(Problemas sanitarios sociales, Madrid, Est Tipográfico Nieto y Compañía,1923:36-38).

24 Según comenta Justin Byrne (1997) al estudiar la sobremortalidad de los trabajadores de la construcción en el Madrid de comienzos del novecientos, de las 80 huelgas que se convocaron en este sector entre 1900 y 1916, solamente una de ellas (1907) estaría motivada por problemas de seguridad (Byrne, 1997,31).

A este propósito comentaría Pablo Iglesias en El Socialista del 12 de mayo de 1914:

*“...Entre declararse en huelga por ganar un real más o por asegurar su vida, es preferible lo último...”*

Referenciado también por Byrne (1997,45).

El primero, tendrá que ver precisamente con la responsabilidad patronal y con su aseguramiento. Aspecto que en principio se nos puede presentar como un mecanismo jurídico y socioeconómico intachable –aunque nos seguirá siempre trayendo a la memoria la inefable Ley Moyano (1857) haciendo responsables de la escuela pública a los Municipios–, pero que en el contexto del endeble y no excesivamente progresista tejido industrial y empresarial de la época, suponía institucionalizar una cultura exclusivamente indemnizatoria y sobre todo, de pasividad, ante las estrategias preventivas.

El segundo, responde a una constante en toda la historia de la Administración española que consiste en creer en el poder mágico de las leyes sin molestarse en disponer, de los recursos reglamentarios, económicos y humanos pertinentes. Así por ejemplo, la Ley Benot, de 1873, nunca tuvo Reglamento de aplicación. La Inspección de Trabajo se crea en 1906 y realmente, comienza a ser medianamente operativa a partir de 1922. El Reglamento de nuestra actual Ley de Salud Laboral de 1995, es de 1997 y en la práctica, el comienzo real de su aplicabilidad es del 2001; por no mencionar entre otras deficiencias, los magros recursos de la Inspección de Trabajo a pie de tajo, en muchas Comunidades Autónomas.

En último lugar, y puede que sea lo más importante, la Ley Dato, lo repetimos y lo mantendremos siempre, una ley posiblemente progresista para la época y ni mucho menos cicatera en lo indemnizatorio en comparación con otros países, cementará un antecedente que como poco, se nos presenta inquietante, y que consiste, en escamotear la salud de los trabajadores, de su significación y condición de derecho universal. Esto es, como un derecho ciudadano básico, y mantenerla todavía en la óptica tutelar, que aunque adornada o racionalizada desde criterios técnicos, no

lograría superar el estadio de una especie de beneficencia laico/empresarial.

Dentro de este proceso, los aspectos asistenciales y médico-legales, mantuvieron siempre un protagonismo sensiblemente superior a los preventivos, simplemente por el peso que el tratamiento quirúrgico del accidente y sus demandas de peritaje experto, requerían de la medicina especializada.

Paralelamente a la instauración de una incipiente clínica del trabajo a partir de la Ley de 1922, y dentro de la cobertura del INP, se iría implantando en nuestro país la Medicina del trabajo, con un diseño interdisciplinar, en el que a pesar de contar con la colaboración de una interesante generación de psicotécnicos, seguiría estando polarizada hacia la cirugía ortopédica y la rehabilitación fisiológica. Sería el momento en el que los ingenieros especializados españoles, bajo el magisterio de ilustres personajes como César de Madariaga y la recepción de la doctrina de la OCT, dieran paso a la participación de profesionales ajenos a la medicina en las estrategias de prevención de riesgos laborales, aunque repetimos, excesivamente polarizada y condicionada por el diseño contextual de la “readaptación” de la invalidez y la “formación profesional”.

Este último aspecto de la formación profesional, constituye para nosotros un dato significativo en nuestra historia de la prevención.

En su constitución convergieron el asidero institucional del Instituto de Reeducción de Inválidos en el Trabajo y la propia doctrina de la Organización Científica del Trabajo con la militante dedicación de personajes como Madariaga, Mallart, Germain, Mira, Mercedes Rodrigo, María Palancar, etc. Aunque muy limitado en sus recursos y capacidades por su exclusiva ubicación en Madrid y Barcelona, y posiblemente incapacitados para crear una cultura preventiva a nivel de todo el tejido industrial y fabril nacional, si funcionó

como germen y catalizante de un verdadero proceso de racionalización y modernización del trabajo en las empresas españolas más importantes del momento, como las ferroviarias y siderometalúrgicas, y desde el punto de vista de la prevención serviría para integrarla, en la propia estructura de racionalización y profesionalización de las empresas. Desgraciadamente —y aunque se mantuvo el rescoldo—, este interesante y fructífero empeño, se malograría a partir de 1939, y no sería retomado hasta bien entrada la década de los sesenta.

El panorama posterior es de todos conocido; sin renunciar a nuestra memoria colectiva, familiar y personal, no vamos a recordar un escenario laboral en el que las condiciones de trabajo y de vida cotidiana estuvieron presididas/presionadas por la militarización de sacristía que impusieron los vencedores durante los primeros “años triunfales” agravada, por una devastadora crisis de subsistencias.

Mientras que en estos años, los trabajadores de la Europa vencedora fueron consolidando su estatus de ciudadanos y las coberturas sociales se irían entendiendo enmarcadas en el conjunto de los derechos ciudadanos, en España, tendría lugar un proceso de regresión con relación a la salud y las condiciones de trabajo de la población laboral, que de alguna manera pudo haber calado en nuestra cultura del trabajo y de la prevención, con mucha mayor intensidad de lo que a primera vista podamos creer.

En primer lugar, la recreación del imaginario laico/tutelar de la Restauración, bajo las nuevas formas de la tutela místico/redentora sobre el proletariado del “Fuero de los Españoles” (1945), que manifiestamente contribuía a la consideración de las prestaciones sociales como algo otorgado desde la buena voluntad del nuevo Estado, y nunca, nunca, como derecho ciudadano.

Como correlato lógico, el empresario repro-

duciría idéntico mecanismo en lo que se refiere a sus responsabilidades concretas de prevención y salud laboral. Es más, los perfiles de racionalización productiva, que se habían ido incorporando en nuestro país desde la década de los veinte para entender las condiciones de trabajo, se verían ahora pervertidos por el énfasis en este nuevo paternalismo nacional/sindicalista, repleto de lugares comunes retomados de lo más rancio y ñoño del discurso conservador español, que por otra parte, nunca se atrevieron a utilizar en la Italia o Alemania fascistas.

El peligroso rescoldo que pudo quedar, lo podríamos resumir así:

La cobertura y medidas de prevención sobre los riesgos a los que trabajadores, empleados, funcionarios y profesionales, están expuestos, dependería fundamentalmente, de un conjunto de actitudes empresariales que irían desde la bonhomía laico/burguesa hasta la caridad cristiana, pasando en el mejor de los casos por la racionalidad productiva. Ni siquiera estaría presente, el viejo discurso preventivo ante la conflictividad social, que esgrimieron los higienistas del XIX, pues para eso estaba la “BPS” o la “brigadilla”, y en la actualidad, la disciplina del mercado.

Como posible consecuencia: la salud de los trabajadores y su prevención no es un derecho tan sagrado como el resto de derechos civiles y políticos... parece que es otra cosa... que depende de la buena voluntad de la Empresa, aunque sobre ésta exista una tutela y vigilancia administrativa.

Sobre lo anterior, podríamos añadir alguna reflexión más, como la que la salud laboral en España se ha construido, sobre todo, bajo el manto protector de la “póliza” de accidentes. Y además de una póliza “gestionada” y “pagada”, a diferencia de otros países comunitarios únicamente —o si se quiere básicamente— por el empresario.

El resultado de todo ello, y si se quiere obvian- do los flecos “pietistas”, ha sido la sedimentación de una cultura forzada tutelar/reparadora<sup>25</sup>, en detrimento de las estrategias preventivas.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995, novedosa ya, en cuanto a su semántica, pudo suponer en principio casi un cambio revolucionario con relación a los diseños anteriores de corte defensivo de la seguridad y la higiene, al resaltar y puntear, los conceptos de prevención y salud, y por lo tanto apostar por estrategias activas.

Y sobre todo, permitió la integración y articulación con la Medicina del Trabajo<sup>26</sup>, constituyendo una arquitectura de actuación integral que escapaba del enmaquetamiento “reparador” y desarticulado de toda la legislación anterior.

Como quizá no podía ser de otra manera, todo el andamiaje de la Ley se hizo reposar sobre la responsabilidad del empresario. Hasta ahí, podríamos estar en principio de acuerdo. El problema de fondo, nos vendría dado desde la propia Comunidad Europea, a partir de su propia ideología fundacional, asentada sobre la racionalidad del “mercado”. Nuestra flamante LPRL tendría que ajustarse obligatoriamente a las justas leyes del merca-

do y de la competencia comunitaria, sin dar lugar a agravios comparativos y por lo tanto, sus costes de aplicación, esto es, la actividad preventiva, deberán ser considerados como un coste más de producción<sup>27</sup>.

Bajo este planteamiento, que puede ser correcto desde criterios estrictamente “internos”, o de la propia lógica del discurso –un poco lo que ocurre con la psicología de laboratorio–, planea la tozuda realidad de los hechos.

Indiscutiblemente, la nueva Europa de las desigualdades reales, como la España actual, con una urdimbre empresarial desigual, se verá obligada, precisamente por la misma racionalidad del mercado, a generar operativas preventivas desiguales; que, lo repetimos, seguramente se limitarán a cubrir y atender, las necesidades mínimas de seguridad e higiene en muchas empresas y establecimientos públicos, sin una estricta y clara cultura de prevención, que podríamos atrevernos a situarlas en los escenarios laborales del trabajo agrícola, la construcción, el pequeño y mediano establecimiento industrial, comercial o de servicios, y numerosas áreas de las Administraciones públicas, sobre todo locales.

A lo largo de las interesantes aportaciones de los colaboradores de este número y de los

---

25 No obstante, tanto la Ley de 1900 como la posterior de 1922, servirían para crear una aceptable cultura asistencial y terapéutica relacionada con el tratamiento de la accidentalidad y las enfermedades profesionales a partir de fechas tan primeras como 1902, en la que se editan de la mano de médicos españoles divesas obras con el rótulo de “Higiene Industrial” y se forman y especializan en la clínica del trabajo una serie de profesionales como Alejandro San Martín o Antonio Oller; y en donde incluso políticos como Canalejas, reivindican y comentan en sus intervenciones públicas la importancia y necesidad de estos nuevos saberes médicos especializados:

*“...Injusto parecería olvidar los estudios meritorios de ilustres profesores médicos que en el libro, la cátedra y en la clínica organizan una nueva especialidad médica operatoria aplicable a los accidentes, auxiliándose de la radiografía y de la antropometría industrial y ortopédica. Sobre lo que el llama la avaricia quirúrgica conservadora que previsoriamente cuida de la defensa de la utilidad y productividad del obrero, anticipó hace dos años en esta docta Academia el sabio catedrático San Martín orientaciones que muy pronto hubo de transformar en métodos prácticos, visitando en Austria y Alemania las primeras clínicas quirúrgicas consagradas á esta provechósima especialidad...”*

José Canalejas y Méndez, Discurso inaugural en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación el 28 marzo de 1905. Madrid, Imprenta de los Hijos de M.G. Hernández, 1905, pág 37.

26 Desgajada lentamente desde los años 40 del ámbito de la prevención y de la clínica del trabajo, para convertirla poco a poco en un dispositivo de control empresarial, que no obstante supuso, gracias a la bonhomía y profesionalidad de sus integrantes, una cierta y bastantes veces razonable, salvaguarda y cobertura médica para miles de trabajadores en las grandes factorías y empresas españolas durante casi 40 años.

27 Por supuesto, con su IVA correspondiente.

documentos institucionales incluidos, podemos observar la importancia y el interés que tanto las organizaciones sindicales comunitarias como la Agencia Europea, están llevando a cabo en evidenciar la urgencia en considerar seriamente, los riesgos ergonómicos y psicosociales, junto con los de la exposición a nuevos y peligrosísimos riesgos tóxicos, como operadores preferentes en las nuevas estrategias de prevención de la Unión.

Nuestra opinión es la que si por algo ha destacado la Administración de la Unión Europea desde la promulgación de la Directiva Marco, hace ya 15 años, ha sido por la producción entre acertada y compulsiva, de una cantidad ingente de disposiciones y protocolos preventivos que han inundado los departamentos de prevención de Administraciones, empresas, organismos mutuales, sindicatos, etc.

De alguna manera desde el plano conceptual, teórico y legislativo, posiblemente esté todo no solamente dicho, sino mil veces repetido. Con toda seguridad, la nueva Europa ampliada dará pié a que esta fábrica de papel, continúe con su infinita polución documental que aparte ironías personales, no deja de encerrar aportaciones valiosísimas y necesarias, como son las llamadas de atención a los nuevos riesgos laborales expuestas en el documento que adjuntamos, al lado, de la rigurosa aportación profesional de numerosos expertos de la Agencia Europea y de las Instituciones Técnicas (como nuestro INSHT) de los países miembros.

El asunto reside en que en los escenarios de las ciencias sociales –incluida la salud pública y

laboral– con la salvedad de operaciones de desbroce sincrónico o funcional, está ya todo dicho, o forma parte de un discurso exclusivamente condicionado por el tiempo o los recursos económicos. El problema se asienta sobre los modelos de gestión y de aplicabilidad de ese discurso técnico. Muchas veces la bulimia documental o cuantitativa –la inflación de expertos, protocolos e informes– está promoviendo anorexias en el significado de las cosas y los acontecimientos, como no hace mucho nos hizo ver en el Congreso, a propósito del 11 de marzo, una humilde ciudadana.

Si la salud laboral continuamos planteándola en la nueva Europa como un elemento más, o como un resultado de la política productiva de la empresa, en definitiva de su cuenta de resultados, y el Estado, las Administraciones y los Agentes Sociales, se convierten en meras instancias reguladoras o de control, estamos avocados a tener una salud laboral de diferentes velocidades, según el gradiente de competitividad empresarial de los diversos países de la Unión, por muchas, acertadas y rigurosas disposiciones técnicas que se emitan.

El mercado puede erigirse en regulador de relaciones clientelares en el marco de la oferta y demanda de bienes y servicios, que salvo en lo fundamental, puede admitir asimetrías y desigualdades.

Pero la salud laboral está más allá del mercado y de la condición clientelar. Constituye un derecho de las gentes como trabajadores y como ciudadanos.

Habrà que continuar hablando mucho más sobre todo esto...