

Trabajo y enfermedad: relaciones en litigio (España, siglo XX)

Arón Cohen
Universidad de Granada
Agustín Fleta
Universidad de Sevilla

WORK AND ILLNESS: A DISPUTED RELATIONSHIP (20TH-CENTURY SPAIN)

Resumen

El concepto de *accidente de trabajo*, y aún más el de *enfermedad profesional*, no designan realidades que se impongan invariablemente por su sola denominación. El reconocimiento de un “nexo” entre trabajo y *enfermedades* ha sido en todas partes mucho más tímido y dificultoso que el de los accidentes propiamente dichos.

Con el objetivo puesto en los riesgos de *enfermar* “con ocasión o por consecuencia del trabajo”, una muestra de un millar de sentencias judiciales, repartidas entre 1936 y 1983, comprueba el peso de inercias *estructurales* y se detiene en los signos de inflexión, en función de la evolución de la legislación de referencia, pero también de sus interpretaciones por los tribunales y de *su contexto*.

Como expresión *normalizada* de hechos sociales (los riesgos del trabajo para la salud de quienes lo realizan), el “riesgo profesional” es un objeto *en construcción*, en un proceso más contradictorio que lineal.

Palabras clave

trabajo; enfermedades; (re-)conocimiento; tribunales; dinámica

Códigos JEL: J28, J53, J83, K31

Abstract

The concepts of *occupational accident*, and especially of *professional illness*, do not express concrete realities that are self-evident by name alone. The recognition of a “link” between work and *illnesses* has always been a much more gradual, more problematic process than that linking work and *accidents* in the strict sense of the word.

In this article, we focus on the risks of *becoming ill* “on the occasion of or as a consequence of work”. In a review of a sample group of around 1,000 court sentences between 1936 and 1983, we analyse the influence of *structural inertias*, highlighting in particular the signs of change, in line with the evolution of legislation and the way it was interpreted by the courts. The changing *social context* is also taken into account. As a *normalized* expression of social facts (the occupational health risks to which workers are exposed), the concept of “occupational hazard” is still very much *under construction*, in a process that is contradictory and far from linear.

Keywords

work; illnesses; reporting; recognition; courts; dynamics

JEL codes: J28, J53, J83, K31

Fecha de recepción del original: 13 de enero de 2022; versión definitiva: 7 de abril de 2022.

Arón Cohen, Catedrático de Geografía Humana (jubilado), Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, 18071 Granada
Tel.: + 34 958244262; E-mail: acohen@ugr.es; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4830-7955>.
Agustín Fleta, Profesor Contratado Doctor de Sociología, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Sevilla,
Tel.: + 34 954551338; E-mail: agfleta@us.es; ORCID ID: 0000-0003-3204-7906

AREAS

Revista Internacional de Ciencias Sociales, 43/2022
Social and environmental effects of mining in Southern Europe (pp. 15-34)
DOI: <https://doi.org/10.6018/areas.511741>

Trabajo y enfermedad: relaciones en litigio (España, siglo XX)

Arón Cohen
Universidad de Granada
Agustín Fleta
Universidad de Sevilla

1. Una problemática para el análisis histórico: la enfermedad como “riesgo del trabajo”. Una “normalización” dificultosa y *estructuralmente* reductora

Este estudio aborda el concepto de *enfermedad profesional* como construcción histórica. A partir del momento en que las relaciones entre trabajo y enfermedad se convierten en materia de controversia en los tribunales, las decisiones judiciales forman una de las fuentes interrogables con ese objeto¹.

2 de febrero de 2021. El Consejo de Ministros reconoce como *enfermedad profesional* la infección por covid-19 de los trabajadores del personal sanitario². La declaración llega un año después de que se confirmara el primer caso de covid-19 en España y había sido insistentemente reclamada por el sector. La medida alcanzaría a “todos los profesionales que desarrollan su labor en el ámbito sanitario”, aunque la misma noticia añade después que no están incluidos los empleados de subcontratas, como las de personal de limpieza que presta servicios en centros sanitarios.

28 de mayo de 2021. Otra información periodística³ da

cuenta de la primera sentencia de un Juzgado de lo Social reconociendo como enfermedad profesional el contagio por covid-19 de un trabajador de un centro sanitario. De los más de 120.000 profesionales del sector que se estimaba se habían contagiado hasta entonces, solo a un 10% de ellos se les habría reconocido la baja por *accidente de trabajo*. Los casos fatales oficialmente registrados superaban ya el centenar⁴.

Partir de estas referencias *de actualidad* para introducir un análisis *histórico* que se pregunta por las relaciones entre trabajo y enfermedad a lo largo de un amplio tramo del siglo XX y por la problemática que plantea su investigación (confrontación entre *hechos sociales* y *su conocimiento*), puede comportar equívocos.

1º) El más desencaminado sería el que entendiera estos anuncios como *culminación* natural de un proceso, si no exhaustivo, tendente hacia esa meta de manera clara y constante: el del reconocimiento, legal y de hecho, de los riesgos para la salud de los trabajadores que derivan de su actividad y de las condiciones en que la realizan, con todos los derechos que ello conlleve para los afectados, e incluyendo *contingencias* de todo tipo (accidentes laborales y enfermedades, “profesionales” o “comunes”). La realidad, como se sabe, es otra, sin perjuicio del camino andado desde que los principios jurídicos designados por las expresiones “riesgo profesional” y “responsabilidad patronal” se incorporaron a la legislación española con la Ley de Accidentes de Trabajo (LAT) de 1900. Esta definió su objeto

¹ Los autores agradecen las sugerencias y recomendaciones formuladas en las evaluaciones anónimas. Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España a través del Proyecto PGC2018-097817-B-C32.

² *Redacción Médica*, <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/covid-medicos-pueden-compatibilizar-pension-labor-7214>.

³ https://cadenaser.com/ser/2021/05/28/sociedad/1622179689_506881.html.

⁴ *ConSalud.es*, https://www.consalud.es/profesionales/homenaje-122-sanitarios-cruz-merito-civil-nombres_99706_102.html.

como “*toda lesión corporal que el operario sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena*”, un enunciado que sobrevivió a las reformas del texto normativo y que se reproducirán, a partir de 1963, en la Ley General de Seguridad Social (LSS, arts. 84.1 del Texto Articulado de 1966 y 156.1 de su actualización de 2015).

Recordemos solo dos características fundamentales de la llamada “doctrina objetiva” en derecho: 1) “riesgo profesional” (categoría jurídica) y riesgos *del trabajo* (fenómeno social) no son sinónimos. 2) La “responsabilidad patronal” proclamada por la ley excluye dolo o culpa, salvo circunstancias especiales concurrentes: “los daños sufridos por los obreros deben integrarse en los gastos generales de la producción, de igual modo que el desgaste y la destrucción de material”⁵. Responsabilidad doblemente acotada: por los riesgos (reales), masivos, que no cubre; por los baremos que determinan la cuantía de las *compensaciones* atribuibles a las víctimas, en función de la duración y alcance de la *incapacidad o invalidez* resultante (o a sus deudos en caso de muerte). *Riesgo y responsabilidad* convencionales, de aplicación delimitada y concretados en una “aritmética de la reparación” (Mattei, 1976) que apela a los seguros⁶.

Los términos que hemos subrayado en la definición daban al concepto de “accidente de trabajo” unos contornos menos precisos que los de legislaciones homólogas de otros países europeos. Influyentes círculos patronales pugnarán por una redacción de su artículo 1º que limitara expresamente el alcance de la ley a lesiones provocadas por “una causa exterior, fortuita, súbita, violenta e involuntaria” (Montero 1988: 153). En la práctica, esta restricción no dejó de imponerse.

El reconocimiento de un “nexo” entre el trabajo y *enfermedades*, ya sea como causa directa o como componente determinante de su etiología y factor agravante, ha sido en todas partes mucho más tímido y dificultoso. La legislación española tardó más que otras europeas en empezar a adoptar normas protectoras específicas sobre unas concretas patologías reconocidas como *profesionales*. La Ley de Bases del Frente Popular (13 de julio de 1936) no pudo aplicarse y la normativa de los años 1940 se ciñó a la silicosis, de hecho asimilada casi en exclusiva a la “enfermedad profesional” reconocida hasta entrados los años 60... por lo menos⁷. Tampoco afecciones de etiología laboral bien conocida de antiguo, como el hidrargirismo de los mineros de Almadén (Parés y Franqués, 1778 y 1785; Menéndez Navarro, 1996) o la intoxicación saturnina de mineros y fundidores de plomo (Bagés, 1851), merecieron, de entrada, disposiciones especiales. Un decreto de 1926 sobre “Medidas profilácticas contra la anquilostomiasis o anemia de los mineros” apenas rompe el largo silencio normativo. Algunas de sus disposiciones figuraban ya en sendas órdenes de 1912 y 1916⁸.

⁵ J. L. Gendre (1926: 9), ingeniero francés que se doctoró en derecho con una tesis sobre la LAT española de 1922.

⁶ En España, la suscripción por los patronos de un seguro de accidente de los trabajadores se hizo obligatoria con el texto refundido sobre AT de 1932. Antes había sido opcional.

⁷ Véase más adelante cuadro-resumen de la normativa española de referencia.

⁸ Atendiendo a mineros linarenses en el Hospital General de Madrid, el Dr. Codina precisó su diagnóstico y propuso el tratamiento y la profilaxis indicados (Codina y Castellví, 1905). Testimonios de la alta incidencia de esta infección en

Sin respaldo legal explícito, primero, y después muy parsimoniosamente admitida y con severísimas limitaciones, hacer valer una relación de causa a efecto entre trabajo y enfermedad pasaba (necesariamente hasta los años 40 y la mayoría de las veces hasta hoy mismo) por su encaje como “accidente de trabajo”. Una muy citada sentencia del Tribunal Supremo, de 1903, le abrió un resquicio al dar esta consideración a la intoxicación saturnina de un obrero de una fábrica de baterías zaragozana, “porque [la LAT] no define el accidente con referencia a un suceso repentino, más o menos imprevisto, sino al hecho mismo constitutivo en sí de la lesión...” En la práctica, una vía estrecha, sinuosa y de alcance siempre incierto y limitado.

Estos antecedentes ponen en perspectiva las noticias recientes con las que abrimos estas páginas. El recurso a la cobertura legal como “accidente de trabajo” de una enfermedad “común” (de incidencia *general*), como es la infección por el SARS-CoV-2, cuando afecta a determinados sectores laborales *de riesgo*, no es ninguna novedad. Tampoco lo es su escaso éxito. Remontándonos *en el tiempo y comparada con otras patologías*, lo que de verdad diferencia *legalmente* a ésta es la *rapidez* de su inclusión como “enfermedad profesional” para ciertos colectivos laborales, en rotundo y permanente contraste con muchas otras.

En efecto, el problema *general* radica en la *singularidad* de las enfermedades legalmente declaradas como “profesionales”, en un momento u otro, con respecto al *conjunto* de las enfermedades o *complejos patógenos* en cuya manifestación, o curso y secuelas, *puede* influir decisivamente el trabajo, por las características que le sean inherentes, su medio y/o su organización y condiciones. Esta diferenciación operada desde el derecho convirtió a una categoría *médica* (según la inspiración del célebre tratado fundacional de patología ocupacional de Ramazzini) en otra específica de carácter *médico-legal* (Rosental 2009: 84). En España, prolongadamente obviada en la legislación, la enfermedad “profesional” se redujo después a poco más que un tipo de afección (seguros “de silicosis” y de “enfermedades profesionales”, creados por decretos de 3/09/1941 y 10/01/1947); a partir, sobre todo, de la década de 1960 se fue concretando su extensión, dentro de un “Cuadro de enfermedades y lista de actividades con riesgo de producirlas” -*cuadro y lista* cerrados - (decretos de 13/04/1961 y 12/05/1978). La más reciente revisión de este cuadro (RD de 10/11/2006) añadió una “Lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro”: un avance... y un reflejo del océano de indefinición e *invisibilidad* subsistente.

La posibilidad de reconocimiento de una etiología *laboral* de las enfermedades que afectan a los trabajadores sigue pasando mayoritariamente en España por la normativa de los accidentes de trabajo⁹. Con los condicionamientos que ello implica: la relación causal debe ser exclusiva o manifiestamente determinante; no cabe, en principio,

trabajadores de las minas en: Corral y Mairá (1901), León y Castro (1904), Dir. Gral. de Agr., Minas y Montes (1911), Hauser (1913), González Castro (1922), Luengo (1928)... Véase también Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro (2006).

⁹ La distinción entre *enfermedades profesionales* y enfermedades “del trabajo” es habitual en tratados jurídicos españoles (por ejemplo: Martínez Barroso, 2002; Cavas Martínez dir., s.f.).

presumirla y la carga de la prueba corresponde a los trabajadores afectados o a sus derechohabientes; la multicausalidad tiene difícil encaje; el margen de encubrimiento como enfermedades “comunes” o “ajenas al trabajo” es muy amplio: estas condiciones pesan en el procedimiento administrativo de “valoración” y son fuente de controversia... y de *litigios judiciales*.

2º) Los límites del reconocimiento legal de los riesgos del trabajo marcan la producción de *datos* sobre su incidencia. Una contabilidad medianamente completa es poco imaginable. Constatarlo no es renunciar a análisis sociodemográficos integrados en una historia *del trabajo*. La complejidad del objeto ahonda retos habituales del estudio demográfico de la morbi-mortalidad (identificación de *causas principales*) y de su evolución en el tiempo (nuevos conocimientos médicos, cambios de clasificación, “modas diagnósticas”) (Vallin y Meslé, 1988: 76-81). Como en todo análisis estadístico, hay que prestar atención a la *definición de sus variables* y, si se trata de series cronológicas, a sus discontinuidades. También a cuantos elementos nos ayuden a *reflexionar* más allá de lo que estrictamente podemos *medir*.

El concepto de *accidente de trabajo*, y aún más el de *enfermedad profesional*, no designan realidades que se impongan (invariablemente, de una vez por todas y en cualquier lugar) por su sola denominación. La *objetivación* (desigual) de ambas categorías es inseparable del desarrollo del capitalismo, con la extensión de relaciones sociales de producción entre capital y trabajo y de la contradicción fundamental que encierran. Como recalca el maestro Pierre Vilar (1983: 132), “la historia *hace* el derecho; también lo *deshace*”. Alain Desrosières (2008: 7-20), un estadístico que *pensaba históricamente* su materia, nos avisó de la confusión, frecuente, entre “cuantificación” y “medición”, cuando se pasan por alto las convenciones en las que la segunda se apoya. “Cuantificar es convenir y después medir”. En los procesos de lo que él llamaba “*mise en nombre*”, las etapas más reveladoras son las de “la negociación de las convenciones que hacen conmensurables las cosas”. Constituyen un “momento privilegiado para explicitar el vínculo entre la constitución del hecho estadístico y la invención de una nueva manera de pensar el mundo social”. Un seguidor de Le Play, el ingeniero Émile Cheysson, desempeñó un importante papel en la reglamentación sobre accidentes de trabajo en Francia. Católico y conservador, no hacía ningún secreto del propósito perseguido con el proyecto: “reducir al máximo las tensiones sociales resultantes de los accidentes”, favorecer la “paz social”.

El *riesgo profesional* y sus derivadas (*accidente de trabajo* y *enfermedad profesional*), igual que la *responsabilidad patronal* que conllevan, son categorías *en construcción* (permanente). Pensarlas históricamente exige no perder de vista ninguno de los factores de ese proceso: médicos y legales, desde luego; pero también económico-sociales (sistemas y técnicas de producción, clases de trabajos y sus modos de organización: Ortega y Galán, 2016; Boal, 2018) y sociopolíticos (antagonismos, correlaciones de fuerzas). Integrando factores estructurales y dinámicas

coyunturales y diversificando escalas geográficas: desde los ámbitos nacionales e internacionales a los locales o de centros de producción. Y combinando fuentes, pistas y metodologías de análisis.

Todos los factores juegan y los márgenes de la *prevención* no son fijos: volviendo a una analogía antes citada, cuidados de *mantenimiento* del “material” y sus *costes*, en comparación con los de su *reparación* y/o sustitución. Después de 1991, a más de uno podrá sorprender la revelación que había sido, en los años 50, para una misión técnica francesa, el conocimiento de algunas experiencias de seguridad minera en la antigua Unión Soviética (Loison, 1959). Tranquilicémosles añadiendo que las mediciones del “coste”, expresado en calorías de la dieta de los mineros, de la tonelada de carbón arrancada, realizadas en plena guerra en el Kaiser-Wilhelm Institut für Arbeitsphysiologie, tampoco pasaron inadvertidas a la revista insignia de los ingenieros de minas franceses, a su vez documentada por una nota de los servicios de inteligencia británicos (Danloux-Dumesnils, 1946: 676). *Fechas, lugares y contextos* importan.

Imaginar, por ejemplo, la pandemia de gripe (mal llamada “española” de 1918-1920 acompañada, en algún lugar o ramo laboral, del calificativo de “profesional” u otro más o menos sinónimo, sería un flagrante anacronismo, sabiendo que la problemática de la enfermedad profesional apenas se hallaba entonces en sus albores. Lo que no nos impide observar una sobremortalidad *minera* durante la pandemia en lugares tan distantes como la localidad granadina de Alquife y las cuencas carboníferas de Virginia Occidental y Pensilvania. En estas últimas no tardó en llamar la atención de los servicios estadísticos de las aseguradoras (Dublin, 1920). En la primera, estudios médicos posteriores del personal obrero de las minas de hierro registraron prevalencias (*normales*) de morbilidad (afecciones respiratorias) que en su momento debieron de agravar los estragos de la epidemia, acentuando su letalidad (Cohen, 1987: 317-320 y 399-400; Cohen, 2021).

Leyes y reglamentos, recuentos oficiales de accidentes y enfermos, registros de empresas y otras entidades patronales... Cada una de estas fuentes proporciona puntos de apoyo *parciales* a una problemática de análisis que bien puede calificarse como *global*. La normativa legal constituye una referencia imprescindible; conviene confrontarla con las costumbres sociales “*efectivamente vivas*” y preguntarse por su aplicación (Vilar, 1983: 118-119). Las estadísticas oficiales ofrecen panorámicas amplias, desde luego condicionadas por las “convenciones” generadoras de sus categorías, además de por los medios puestos al servicio de la recolección de datos y la presentación de sus resultados. Los registros personales de grandes empresas son instrumentos de su *gestión* y están orientados por ella (focos de interés limitados, criterios propios). La medicina de empresa forma parte de los dispositivos de esa gestión: sus observaciones no pueden entenderse al margen de ella ni de la normativa a la que responden (aunque a veces también *la anticipan*). Pero en sus rutinas también afloran los filtros que se interponen entre determinados problemas de salud de los trabajadores y los asumibles por

la empresa como causados por el trabajo¹⁰. La masa de las pequeñas empresas no ofrece estas posibilidades.

Desde hace algunos años hemos centrado nuestra atención en los litigios judiciales en torno a las consecuencias de los riesgos del trabajo¹¹. Los repertorios de sentencias a los que hemos acudido (de la Sala Social del Tribunal Supremo -TS- y del extinto Tribunal Central de Trabajo -TCT-) contienen mucha información de indudable utilidad para el análisis histórico, sobre las realidades de los riesgos del trabajo y de quienes se exponen a ellos, y sobre la *práctica* del principio jurídico llamado a *objetivarlos*: criterios para admitir o rechazar una causa laboral y casuísticas concretas. Un seguimiento de los contenciosos en diferentes momentos comprueba el peso de inercias *estructurales* y puede revelar también signos de inflexiones, en función de la evolución de la legislación de referencia, pero también de sus interpretaciones por los tribunales y de *su contexto*.

Nos fijamos especialmente en los riesgos de *enfermar* “con ocasión o por consecuencia del trabajo”, en todas las formas que recoge la fuente (no solo la caracterizada como “profesional”): de lejos, la clase de riesgo menos reconocida y, por ello mismo, la más discreta, incluso en trabajos particularmente expuestos como el de la mina, aunque seguramente no la menos grave (Chastagnaret, 2000: 832; Rainhorn, 2014: 26-27). Debido a la peculiaridad de la legislación española sobre la materia, el concepto legal de “accidente de trabajo” ha orientado en gran medida la selección de sentencias de la muestra estudiada, sin perjuicio de que la accidentalidad propiamente dicha quede aquí en un segundo plano de nuestro objetivo. Los casos de concatenación o acumulación de percances, interconurrencia de patologías (y de “contingencias” de uno u otro tipo) y secuelas diferidas en las que se dirime posible origen laboral han recibido especial atención. El sector minero es un foco destacado de nuestro estudio, aunque no el único. Su presencia en la muestra analizada disminuye a medida que nos acercamos al término del siglo pasado, en correspondencia con los cierres de centros de extracción y la reducción del número de empleos.

Por último, el enfoque metodológico aplicado es de carácter cualitativo. La muestra en la que nos basamos alcanza el millar de sentencias, repartidas aproximadamente en dos mitades, entre las del TS y las del TCT, y fechadas en una selección de siete años entre 1936 y 1983¹². Tratándose

de una muestra formada a partir de un criterio sobre todo temático (además del cronológico), más que la realización de una estadística de los asuntos dirimidos y de los propios fallos judiciales según su signo, nos interesaban los *hechos* a los que atienden y los *razonamientos* que exponen: normativa aplicada y especialmente sus *considerandos*. Los repertorios omiten algunas precisiones que habrían sido de ayuda (pocas veces dan localizaciones y nombres o iniciales de empresas; el empleo de los trabajadores y el tipo de actividad suelen indicarse, aunque a veces falta; los vacíos sobre las edades de los afectados son más frecuentes...). Con todo, hay un buen número de extractos de sentencias ricos en detalles y consideraciones relevantes para nuestros propósitos, y el conjunto aporta mucho material a un cuestionamiento *histórico* sobre *derecho y realidades sociales*, en relación con los riesgos del trabajo: el nuestro no es un estudio de juristas, aunque descansa en el de ellos. Algunos casos sonados de *judicialización* han dado, por su gran impacto mediático, *visibilidad* internacional a determinados problemas de salud laboral (y de salud *pública*) (Markowitz y Rosner, 2002; 2009). Nuestro acercamiento rescata la palabra de los tribunales en su práctica cotidiana y *discreta*, observada en el tiempo¹³.

Antes de darle paso, un breve recorrido por algunas cifras será una ilustración concreta de las incertidumbres inseparables del conocimiento de los riesgos del trabajo: diferencias muy pronunciadas en el *número* de casos según la *fuerza de información* en la que nos basemos apuntan, en parte, a la importancia de las barreras y los filtros que se interponen entre ellas, y también a la correspondencia muy incompleta del *objeto* que cada una registra. Poner de manifiesto estas disparidades puede ayudar a entender la conveniencia de *pensar históricamente* los riesgos del trabajo: como un objeto *en construcción*, en un proceso mucho más contradictorio que lineal.

2. Riesgos del trabajo en registros y en números: ¿quién y con qué finalidad registra?, ¿cuántos y qué se cuenta? A modo de ejemplo

¹⁰ Nos basamos en la experiencia de una larga investigación colectiva sobre la mano de obra del complejo minero-industrial de la *Société Minière et Métallurgique de Peñarroya* en la cuenca carbonífera del Alto Guadiato (Córdoba) durante la primera mitad del siglo XX. Los riesgos del trabajo y su gestión médico-patronal constituyeron su objetivo central, y la documentación de sus servicios médicos su fuente principal (véase: Cohen, 2004; Cohen, Fleta, Ramírez y Reyes, 2006; Cohen y Fleta, 2011, 2012 y 2013; Fleta, 2017).

¹¹ En el marco de los proyectos de investigación HAR2014-56428-C3-1-P y PGC2018-097817-B-C32.

¹² *Repertorio de Jurisprudencia*, Aranzadi: compendio anual de extractos de las sentencias del TS desde 1945, aunque la serie se inicia retrospectivamente en 1930-31. *Repertorio de sentencias del Tribunal Central de Trabajo*, Aranzadi (1973-1989). El TCT actuó desde su creación en 1940 hasta mayo de 1989, cuando sus funciones pasaron a las Salas de lo Social de los Tribunales Superiores de Justicia de las CC.AA. Funcionó como corte de apelación, separadamente de la Sala Social del Supremo, en el ámbito de la jurisdicción laboral. Esta última atendía los recursos “de casación” y el TCT los recursos llamados “de duplicación”. La instancia única de base fueron las Magistraturas del Trabajo (MT) desde su creación en mayo de 1938, en zona bajo control rebelde; sustituyeron a los tri-

bunales industriales y jurados mixtos que las precedieron y, a su vez, pasaron a ser Tribunales de lo Social en 1989.

¹³ El periodo de observación se prolonga aquí hasta 1983. En una publicación anterior lo habíamos interrumpido provisionalmente en los años 70 (Fleta y Cohen, 2020). Para facilitar una visión integral de la evolución estudiada, resumiremos lo más destacado de lo allí tratado y daremos mayor extensión a la etapa más reciente de la cronología abarcada (años 70 y 80 del siglo XX).

nados “desgracias” hasta 1956 y “accidentes” después) pueden seguirse durante más de un siglo (1869¹⁴ a 1973-74). Referidos a minas, canteras y (hasta 1956) fábricas de “beneficio” de minerales, clasificaban separadamente la información llegada a las Jefaturas de los distritos mineros por provincias, de un lado, y por minerales y causas de los siniestros, de otro. El número de obreros siniestrados aparece desagregado en “muertos”, “graves” y “leves”. Los últimos (la inmensa mayoría) dejaron de figurar a partir de 1920. La repetición de esta clase de percances podía acabar produciendo consecuencias más graves. La reconstrucción de *historias clínicas* de los obreros de Peñarroya y su análisis longitudinal corroboraron la incidencia de estos percances recurrentes en el *desgaste* de la fuerza de trabajo (Cohen y Fleta, 2012).

A partir de 1957, la EM adaptó su clasificación de los siniestros a los tipos de incapacidad que produjeran: “heridos con incapacidad temporal”, “con incapacidad permanente” (para la profesión habitual), “con incapacidad absoluta” (para todo trabajo) y “muertos”.

Sobre todo en las primeras décadas de la estadística, los responsables de los distritos mineros no se hacían ilusiones sobre la veracidad de las cifras¹⁵. Muy escasas de efectivos para cumplir las funciones de “policía minera” que tenían encomendadas, las Jefaturas dependían de las declaraciones de los propietarios de minas. Todavía a comienzos del siglo pasado, los “datos no son completos ni verdaderos á pesar de ser verdad oficial”: lo decía el Dr. Eladio León y Castro (1904: 12), médico ejerciente en la cuenca del Guadiato donde más tarde dirigiría el departamento sanitario de la Sociedad de Peñarroya.

La clasificación por causas no deja lugar a dudas sobre la clase de “desgracias” de que se trata: “hundimientos”, “explosión de hidrógeno carbonado”, “disparo de barrenos”, “asfixia”, “inundación”, “rotura de máquinas, aparatos o cables, caída de piedras, etc.”, “caídas por pozos” y “varias causas”. Desde 1910 se añade “transportes”. *Ni rastro de enfermedad* antes de que aparezca por primera vez en 1957, como rúbrica separada de los “accidentes”, sin más precisión que su clasificación en tres grados: genéricamente nombrada hasta el año siguiente, en el que figuran “silicosis” (subdividida en 1º, 2º y 3er grado) y “otras enfermedades profesionales”. Hay referencias previas a la silicosis en varias de las memorias anuales de las Jefaturas provinciales de Minas, integradas en los mismos volúmenes de la EM: en las asturianas, desde el correspondiente al año 1943; en las jiennenses, desde 1946.

Durante las tres primeras décadas del siglo pasado las víctimas mortales contabilizadas por la EM en el conjunto de España oscilaban generalmente entre 200 y 300 al año y los heridos graves entre 200 y 500, lo que supone una incidencia máxima de 50 a 60 víctimas de percances graves

por 10.000 trabajadores. *Accidentados* en sentido estricto. Las cifras de los años treinta son algo más bajas, para volver a los niveles anteriores o más elevados durante las dos décadas siguientes. En el primer tercio del siglo XX, cinco provincias concentran 3 de cada 5 casos: Jaén, Murcia, Asturias, Vizcaya y Huelva. En el decenio 1940-1949, Asturias sola casi alcanza esa misma proporción, con promedios anuales que superan los 80 fallecidos y se acercan a dos centenares de heridos graves. Estos cambios geográficos están ligados a los de los efectivos obreros, pero también a la situación de la minería del carbón, especialmente exigida en plena degradación de las condiciones de producción y de trabajo de la larga posguerra. El número de accidentes “leves” computados por la estadística (con seguridad, su flanco más débil) supera, a partir de 1906, los 10.000 anuales, entre 18.000 y más de 25.000 de 1916 a 1919. Desde 1957, el recuento de lesionados del sector con incapacidad temporal (no todos “leves”) pasa de 70.000. Entre ambos periodos, los datos son poco comparables.

Para valorar el significado de las cifras, cabe recordar que, en la cuenca del Guadiato, los partes de lesiones atendidas en el hospital de la Sociedad de Peñarroya (minas de carbón y fábricas)¹⁶ suelen ser, cada año, de dos a tres veces más numerosos que los accidentes contabilizados por la EM para todo el distrito minero de Córdoba; en ocasiones mucho más. Es evidente que la información publicada por la estadística oficial no reproducía sin más la de los registros internos del más importante (pero no único) centro minero de la provincia. Entre estos y aquella mediaban potentes filtros.

Una anterior revisión de la jurisprudencia relativa a accidentes de trabajo durante el periodo 1901-1930 (Cohen y Ferrer, 1992: 224-228) nos permitió analizar más de 300 fallos referidos a trabajadores mineros, fundidores y canteiros: el 55% correspondía a traumatismos; el resto se repartía en proporciones parecidas entre hernias y otros daños (casi siempre intoxicaciones saturninas y en sentencias de los años 20). Dos de cada tres recursos ante el TS fueron presentados por trabajadores o sus familiares, pero solo una décima parte de ellos obtuvo respuesta favorable, al igual que casi el 60% del tercio restante, de iniciativa patronal. Estos números dan idea del modesto efecto de la LAT para dar cobertura a enfermedades “del trabajo”, por vía judicial, a lo largo de esos años.

De las hernias nos hemos ocupado en trabajos previos (principalmente: Cohen y Fleta, 2011). Un hecho circunstancial -su inclusión en el Reglamento de 1903 sobre Incapacidades derivadas de accidentes laborales- propició su estudio como caso *revelador*: el análisis demográfico longitudinal de carácter local pudo apoyarse en una base de datos excepcionalmente robusta. Activamente movilizadas contra su consideración como lesiones laborales, las principales empresas extractivas instruyeron a sus departamentos médicos para que en sus reconocimientos del personal obrero (previos a la admisión y sucesivas revisiones) no dejaran de anotar cualquier signo de hernia inguinal o crural o de *propensión* a padecerlas. Como otras mineras, Peñarroya no esperó al decreto que, en 1917, “autorizó” la

¹⁴ Los datos anteriores a este año son muy escuetos.

¹⁵ También discípulo de Le Play, Federico Botella se esforzó en mejorar la estadística española del ramo a raíz de su nombramiento al frente de la Comisión Ejecutiva de Estadística Minera, creada en 1887. Botella reconocía las insuficiencias de los recuentos de accidentes, una de sus preocupaciones (Chastagnaret, 2020: 188-189). Moneda corriente en los distritos mineros con mayor y más persistente presencia de las pequeñas explotaciones, ni la más importante empresa estaba libre de ejemplos escandalosos de ocultación (Chastagnaret, 2017: 211-213).

¹⁶ Años documentados de una serie bastante incompleta que suma 39.000 registros repartidos entre 1902 y 1950.

realización por parte de las empresas de reconocimientos médicos con esta específica finalidad principal. Entre 1904 y 1950, un tercio largo de los más de 65.000 practicados en sus dependencias de la localidad del mismo nombre mencionan signos herniarios (en su mayoría “predisposición” o “propensión”). En torno a la mitad de los integrantes de las cohortes de obreros jóvenes (menores de 18 años) reclutados por la empresa a lo largo de las dos primeras décadas del siglo XX llevan esta marca en los registros médicos de la Sociedad: una proporción llamativa, aunque no llegara al “75 por 100 de los individuos de la clase obrera” que, según anticipaban los responsables patronales, “presentan predisposición natural á herniarse”.

El decreto de 1917 (y los sucesivos textos refundidos de la LAT con sus Reglamentos¹⁷) circunscribió la posibilidad de declaración de incapacidad laboral permanente a la “verdadera hernia de fuerza o por accidente”: sobrevenida “bruscamente a raíz de un traumatismo violento sufrido en el trabajo y que ocasione roturas ó desgarras de la pared abdominal ó diafragma”; o bien “en obreros no predispuestos como consecuencia de un traumatismo ó esfuerzo, siempre que éste sea violento, imprevisto y anormal en relación al trabajo que habitualmente ejecuta el obrero”. Las condiciones eludidas en la definición general del concepto de accidente de trabajo, en 1900, se hacían explícitas... en una norma para su desarrollo.

En contraste con la “epidemia” de “predisposiciones” que reflejan los registros de *Peñarroya*, las hernias tienen una presencia insignificante en los partes de accidente de la empresa (un 0,5% de los incluidos en el estudio), y solo como motivo que descartaba el accidente laboral. Como si la *natural propensión* de los obreros les *immunizara* frente ese riesgo. Poco importaba que el intervalo *medio* de tiempo transcurrido entre el examen médico inicial en la empresa y el primer apunte referido a hernias fuera de varios años; los informes constataban su formación “progresiva” o “lentamente y sin esfuerzo”, ajena a toda *responsabilidad patronal*.

El promedio de sentencias del TS a propósito de hernias inguinales en mineros es de dos por año durante los primeros veinte del siglo pasado y de cuatro en el decenio siguiente. Después, los años de la nueva muestra que estudiamos de la jurisprudencia (trabajadores de cualquier ramo) dan, con la salvedad de 1936 (16 casos en su primer semestre, la mitad “indemnizables”), frecuencias muy cercanas a cero (nula en 1963). La dificultad de hacer valer una causa laboral opuso un muro a potenciales reclamaciones. La práctica patronal había prefigurado la redefinición a la baja de los límites de la norma.

La incorporación de datos sobre enfermedad profesional (entiéndase única o esencialmente silicosis) a la *EM* muestra algunos contrastes. Reportan una incidencia elevadísima en la minería lucense de hierro (más de 400 casos en 1957 para unos efectivos de alrededor de 750 trabajadores, la mitad de ellos clasificados como de interior) o en las salinas gaditanas (300 casos en 1957 con 1.200 trabajadores; 130 casos y cerca de 3.000 obreros en 1958). Estas cifras superan con creces a las del plomo jiennense y murciano (medio centenar de casos en el primero y poco

menos en el segundo, tanto en 1957 como en 1958, entre cerca de 4.000 trabajadores en cada provincia, casi en su totalidad de interior) y a las del carbón: menos de 200 casos anuales en las minas de Ciudad Real que empleaban entonces a unos 5.000 obreros (más de 3.000 en labores de interior) y cifras parecidas en los carbones leoneses, entre unos 24.000 trabajadores (alrededor de 17.000 en faenas de fondo). Asturias figura con algo más de 400 casos en 1958 (incluido un centenar clasificado como “otras enfermedades profesionales”), para unos efectivos de 55.000 trabajadores (unos 40.000 de interior)...

De la familia de las neumoconiosis¹⁸, la silicosis es la “más mortal” de las patologías del trabajo del siglo XX (Rosental, 2009: 83). Sin ser ni mucho menos exclusiva de mineros, los cuenta entre sus principales víctimas, y la minería polarizó en gran medida la atención médica, técnica, política, empresarial y actuarial que está en el origen de esta enfermedad como problema médico-legal. Disimulada mucho tiempo bajo denominaciones vagas, y mal diferenciada de otras afecciones pulmonares, la silicosis se identifica (no sin contestación) como entidad morbosa desde los años 70 del siglo XIX, aunque será a partir de comienzos del siguiente, con la llegada y difusión (lenta) de la exploración radiológica, cuando se empiecen a poner claramente de manifiesto sus efectos y se adopten las primeras medidas en las minas de oro del Witwatersrand (África del Sur), verdaderas impulsoras de un mejor conocimiento de la enfermedad y precursoras de su reconocimiento como patología del trabajo. La Conferencia de Johannesburgo de la OIT (1930) fue un momento decisivo en el reconocimiento de la silicosis como enfermedad profesional, “un estado patológico de los pulmones debido a la inhalación de dióxido de silicio” o sílice cristalina libre: definición refrendada en la Conferencia de 1938 (Ginebra), tras la adopción, en 1934, del Convenio 42 de la OIT sobre enfermedades profesionales¹⁹.

En labores mineras, el nivel de exposición depende de factores variables de una mina a otra y según los momentos, condiciones y etapas de cada explotación. El tamaño de las partículas de sílice, su edad y su solubilidad influyen en la concentración de polvo silicoso. Las labores preparatorias, si implican grandes exigencias de perforación de roca, son las más peligrosas, y todas las categorías de trabajadores de interior están expuestas, especialmente barrenderos y picadores. La mecanización (martillos neumáticos, grandes perforadoras, trituradoras) dispara, en principio, la producción de polvo; la ventilación (natural y mecánica), las jornadas y la intensidad del trabajo, la disponibilidad o inexistencia de medidas de protección (mascarillas, riego

¹⁸ Conjunto de alteraciones fibrosas broncopulmonares producidas por la inhalación de polvos. Entre los estudios “clásicos” de la silicosis: Davis, Salmonsén y Earlywine (1934); Rosen (1943); Jansens y Gandibleux (1946)... Desde la historia, una breve síntesis de la identificación de la enfermedad en Trempé (1971: 579-580). Una monografía de referencia: Rosner y Markowitz (2005, 1ª ed. 1991). De su historiografía reciente: Rosental, ed. (2017); Rainhorn, dir. (2014), y sendos monográficos (Rosental y Omnès, coord., 2009; Ehrlich, Rosental, Rosner y Blanc, ed., 2015). Sobre el caso español: Menéndez Navarro (2008).

¹⁹ Sin perjuicio del hito que marcó en el reconocimiento de la enfermedad profesional, la Conferencia de Johannesburgo redujo a la silicosis los riesgos de la exposición a la sílice, dejando de lado sus otros efectos patógenos, lo que hoy día es cuestionado (Rosental, 2015). El reconocimiento de un efecto patógeno restringido a la sílice correspondía a una consideración muy reductora del riesgo pulvígeno.

¹⁷ 1922, 1933, 1956.

de los frentes o perforación húmeda, rotación de puestos para limitar el tiempo de los trabajos en piedra) influyen en los niveles de exposición.

El decreto de 1941 que creó el Seguro de Silicosis español (fábricas de cerámica y minas de plomo y de oro) y la orden de 1944 que lo hizo extensivo a la minería de carbón²⁰ fijaron plazos de dos y tres meses, respectivamente, para el reconocimiento inicial de *la totalidad* del personal de las empresas obligadas. Ambas disposiciones establecieron, para reclamaciones de obreros que hubieran trabajado *antes* en esta clase de empresas y de sus derechohabientes, otro plazo de tres meses, que hubo de prorrogarse varias veces ante las dificultades prácticas suscitadas. El nuevo Seguro de Enfermedades Profesionales de 1947 estableció reconocimientos médicos obligatorios, previos al ingreso, periódicos y al cesar en el trabajo de todos los obreros de las ramas comprendidas en el seguro. A su vez, el Reglamento de 1949 delimitó los plazos para la realización de primeros reconocimientos en industrias de riesgo pulvígeno no incluidas todavía en el régimen obligatorio del seguro, así como de las sucesivas revisiones periódicas, ambos de un año. Del examen médico derivaba la clasificación médico-legal de los obreros y, en su caso, la indemnización procedente: "normal", "en observación" (con síntomas aunque "sin incapacidad"), primer grado (silicosis definida sin merma de capacidad funcional), segundo grado (incapacidad que impide continuar "en cualquiera de los trabajos de la industria pulvígena") y tercer grado y "sílico-tuberculosis" ("al menor esfuerzo físico, incompatible con todo trabajo": incapacidad permanente y absoluta).

Las complicaciones inherentes a la puesta en marcha de unos procedimientos lentos y de por sí engorrosos podrían hacer explicable el retraso con que la *EM* incluyó cifras de la silicosis en sus tablas. En cambio, no se habían hecho esperar las quejas del ingeniero responsable de la Jefatura de Minas asturiana por los efectos perversos que imputaba a la nueva protección de la enfermedad profesional: "errores de diagnóstico" médico, sentencias "equivocadas" de la Magistratura de Trabajo, "tráfico de radiografías [y] sustitución de personas en los reconocimientos", así como "el hecho deplorablemente lúgubre de la frecuente práctica de autopsias de obreros que nunca trabajaron con riesgo de sílice" (Memoria de 1945). De ahí que de los cerca de 21.000 mineros reconocidos en Asturias "hasta el momento presente", unos 1.200 fueran clasificados como silicóticos de primer grado, otros 600 de segundo y casi 400 de tercero, más 1.100 "en observación (...) que casi con seguridad darán resultados silicóticos positivos". En total, algo más de 3.300 afectados (confirmados o probables), casi un 16% de los obreros reconocidos, una tasa bastante más elevada que las que, doce años después, inician la serie de la *EM* y que el responsable asturiano oponía a las comprendidas entre 1 y 5% de los carbones ingleses y galeses. Consecuencias: desorganización de los trabajos por los traslados a superficie de silicóticos "incipientes", "pérdida de producción", "coste previsible en pensiones"... Urgía "poner orden en esta cuestión tan compleja y complicada de la silicosis",

defendiendo "también los [derechos] de las Empresas (...) de los ataques de desaprensivos, para quienes la silicosis, más que enfermedad profesional, es un medio de vivir sin trabajar" (*sic*).

La reflexión no puede perder de vista las urgencias de la coyuntura, económicas y *sociales*, generales y locales: oportunidades para la minería marginal; militarización de centros productivos; colonias penitenciarias de obreros mineros; larga y durísima represión; deterioro de la alimentación obrera... Las dificultades no terminaron en los años cincuenta y rompieron en "la polarización conflictiva" de los sesenta (García Piñeiro, 1990: 49-50, 67-75, 88-106).

El Ingeniero-Jefe de Jaén también se quejaba de la pérdida de mano de obra en las minas pero su objeto de énfasis era otro: "hay que evitar que el Distrito minero de Jaén sea llamado 'vivero de silicóticos', como se ha dicho en un reciente Congreso internacional de enfermedades profesionales. O se lucha contra el terrible mal (...) o se acaban las minas del Distrito"; las "bajas que produce aumentan de día en día y, como consecuencia, los obreros huyen, y *con razón*, de los trabajos de interior" (Memorias de 1951 y 1952; subrayado de los autores). Hay *razones y razones*.

3. Entre "accidente de trabajo" y "enfermedad profesional": un reconocimiento que avanza lenta y muy limitadamente (sentencias judiciales de 1936 a 1973)

Como ya expusimos, la muestra de sentencias judiciales en la que nos basamos se ha formado con unos criterios de partida muy concretos, acordes con nuestro objeto de análisis: las enfermedades y sus posibilidades reales de reconocimiento como *riesgos del trabajo*. Nos apoyamos en el "Índice alfabético por materias" de los volúmenes del *Repertorio de Jurisprudencia de Aranzad*²¹: principalmente, rúbricas "concepto de accidente de trabajo" y "enfermedad(es) profesional(es)", "incapacidades" de cualquier tipo y referencias a trabajadores de determinados ramos, incluyendo todas las resoluciones que tratan de mineros. La selección de años buscó incluir al menos uno por decenio y tuvo en cuenta algunos hitos cronológicos de la normativa legal sobre "riesgo profesional" (véase cuadro): 1936²², 1945, 1949, 1953 y 1963. A estos hay que añadir otras sentencias del TS fechadas entre 1930 y 1959, detectadas a partir del índice refundido del período (Sección Social-Laboral)²³. De igual forma procedimos para revisar las sentencias del TCT de los años 1973 y 1983. En total,

²¹ La edición digital, dotada de motor de búsqueda, arranca de 1981.

²² Se interrumpe el 15 de julio hasta 1939.

²³ *Índice progresivo de Jurisprudencia 1930-1959. Refundición definitiva*, Aranzadi, 1960.

²⁰ A propósito del retraso de la inclusión de la minería del carbón en el seguro español y la visión sesgada que prevaleció sobre las causas de neumoconiosis de los mineros del ramo, véase Menéndez Navarro (2014).

de cada una de estas fuentes, fueron alrededor de 700 entradas seleccionadas a partir de sus índices temáticos (mínimo de 99 en los meses documentados de 1936 y máximo de 370 en 1983), correspondientes a un número algo menor de sentencias, debido a las indexaciones múltiples de parte de ellas: en torno a medio millar de cada tribunal, sumadas las de los años respectivamente indicados.

Recogemos seguidamente las principales conclusiones del análisis de los primeros seis años de nuestra muestra, que desarrollamos en un trabajo anterior (Cohen y Fleta, 2020: 6-21):

3.1. La enfermedad como "accidente de trabajo": más barrera que filtro

Los términos de una sentencia pronunciada por el Supremo a comienzos de 1936 resumen la estrechez de la normativa sobre *accidentes del trabajo* como cauce para el reconocimiento de una componente laboral en la etiología de procesos patológicos: "las enfermedades sufridas por los obreros con ocasión o por consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena pueden catalogarse o bien como accidentes de trabajo en sentido estricto (...), o bien como enfermedades profesionales (...), o bien como meras enfermedades del trabajador cuando la falta de salud proceda del desgaste natural del organismo del obrero verificado con mayor o menor lentitud según su peculiar idiosincrasia y predisposición..." (TS, 24/01/1936). En la práctica, como hemos visto, entre *predisposiciones* y desarrollo *progresivo*, la enfermedad es, en principio, "del trabajador" y no "del trabajo", y el "desgaste" de la salud del trabajador que produce es "natural"; en otras palabras, no es "riesgo profesional" ni implica "responsabilidad patronal". A menos que se trate de afección oficialmente catalogada como "profesional" (en las condiciones establecidas por la normativa) o que quede fehacientemente demostrado un *nexo causal* (trabajo-lesión) que apenas se reconoce si no es *evidente, inmediato* y *exclusivo*, es decir... si no hay accidente de trabajo en sentido estricto. Para el trabajador mermado o para los familiares de los fallecidos, emprender la vía judicial si no han obtenido reconocimiento por la administrativa es aventurarse por un camino que puede ser muy largo (en caso de recurso de casación contra sentencia desfavorable en instancia, 8, 10, 14 años... entre los hechos que motivan su reclamación y la decisión del TS) y de éxito muy improbable fuera de los límites señalados.

3.2. Enfermedad y accidente de trabajo

La jurisprudencia de los primeros años 60 del siglo pasado deja signos de una tímida apertura a una apreciación algo menos rígida y simple de la relación entre trabajo y enfermedad. Ganan presencia fallos que asumen un *nexo* laboral, sobre todo en trastornos músculo-esqueléticos y más infrecuentemente en otras patologías (oftálmicas, cardiocirculatorias...), unas veces confirmando y otras revocando decisiones en instancia. Téngase en cuenta que tales fallos *preceden* a veces a la LSS (1963) y desde luego a la publicación en el *BOE* de su Texto Articulado (22/04/1966) que dio "consideración de accidentes de trabajo" a las enfermedades "comunes" contraídas por el trabajador "con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo" (art. 84.5,e). En todas estas sentencias la enfermedad comparte presencia con un traumatismo causado por accidente laboral propiamente dicho. Este último es el que determina que el cuadro de lesiones sea reconocido como constitutivo de accidente del trabajo, con los derechos derivados de la incapacidad correspondiente. Las sentencias referidas a mineros no son parcas en consideraciones sobre la dureza del oficio y las capacidades físicas que requiere de los trabajadores. Sin hacer de ello excepción, puesto que las características de la "profesión habitual" influían en la clase de incapacidad reconocida, llaman la atención por su énfasis, reiteración y relativo detalle²⁴. Son años de grandes movilizaciones obreras en la minería, muy especialmente en las cuencas asturianas.

3.3. "Enfermedad profesional": silicosis

Con carácter general, y particularmente en España, "enfermedad profesional" y "silicosis" han sido, *de hecho* y prolongadamente, denominaciones casi sinónimas. Puede decirse que el reconocimiento legal de este concreto riesgo coniótico supone tanto un *hito* como una *excepción*... antes que el *inicio* anunciado en 1947 y el "*modelo*" (invocado casi cuatro décadas después en alguna de las sentencias consultadas) para la admisión (controvertida) como "profesionales" de otras patologías. Para la misma silicosis, dificulta el reconocimiento su "carácter oculto, lento y progresivo (...), que no permite determinar a simple vista y con precisión cuándo comienza, cuándo y cómo se desarrolla y en qué momento adquiere un determinado grado que afecte a la capacidad laboral del que la sufre" (TS, 4/12/1962). La lentitud del procedimiento refleja y refuerza

²⁴ Entre otras, sentencias del TS de 9 y 25/01, 7/02, 23/05 y 9/10/1963...

Cuadro 1. Enfermedades “del trabajo” y “enfermedad profesional” en la legislación española (1936-1978): principales hitos

| Norma y fecha | Objeto | Aplicación/Contenidos |
|--------------------------------------|---|--|
| Ley 13/07/1936 | Bases de las enfermedades profesionales | Abortada por la guerra de 1936-1939 |
| Decreto 3/09/1941 | Creación del Seguro de Silicosis | Obreros de minas de plomo y de oro, industrias cerámicas y derivadas |
| Orden 26/01/1944 | Seguro de Silicosis | Extensión a los mineros del carbón |
| Decreto 10/01/1947 | Creación del Seguro de Enfermedades Profesionales | Lista de enfermedades a cubrir "progresivamente". En un principio, solo silicosis y los mismos ramos que su predecesor |
| Orden 19/07/1949 | Reglamento del Seguro de Enfermedades Profesionales | En un principio, solo silicosis y los mismos ramos; extensión al "nistagmus de los mineros" (orden del 6/10/1951) |
| Decreto 13/04/1961 | Reorganización del Seguro de Enfermedades Profesionales | Lista de enfermedades, condicionada a la existencia de determinadas manifestaciones y limitada a unos concretos riesgos y actividades. Desarrollo reglamentario (órdenes del 9/05/1962, 12/01/1963, 8/04/1964, 15/12/1965 y 29/09/1966; la última incorporó algunas enfermedades susceptibles de "intercurrencia" con la silicosis, con repercusión en la clasificación de los enfermos) |
| Ley 28/12/1963 Decreto 21/04/1966 | Bases de la Seguridad Social y su Texto Articulado I | Conceptos de "accidente de trabajo" (artº 84) y de "enfermedad profesional" (artº 85) |
| Orden 15/04/1969 | Normas sobre prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social (artº 45: Normas particulares para la silicosis) | Adaptación a la clasificación de los afectados, teniendo en cuenta posibles enfermedades intercurrentes de acuerdo con los criterios del Reglamento de Enfermedades Profesionales |
| Decreto 17/03/1969 | Regula el Régimen Especial de la Seguridad Social para la Minería del Carbón | Actualizado por decreto 298/1973 de 8 de febrero y orden del 3/04/1973 para su aplicación y desarrollo |
| Decreto 30/05/1974 | Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social | Conceptos de "accidente de trabajo" (artº 84) y de "enfermedad profesional" (artº 85) |
| Decreto 12/05/1978 | Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de la Seguridad Social | Nuevo listado de enfermedades profesionales y actividades capaces de producirlas |

Fuente: elaboración propia.

su falta de automatismo y es a la vez efecto y factor de la *invisibilización* del mal. Las trabas se agrandan fuera de los pocos ramos de actividad comprendidos en el régimen de seguro obligatorio de enfermedades profesionales, incluidos mineros (en explotaciones que no fueran de plomo, oro o carbón): en estos casos no hay más vía de cobertura que a través de la LAT... Las dificultades para determinar labores y tiempos de exposición, los cambios de titularidad de las explotaciones y la volatilidad de muchas empresas, la subcontratación de tareas y la movilidad (laboral y geográfica) de los trabajadores condicionan la imputación de “responsabilidad patronal” y conspiran muchas veces contra un reconocimiento efectivo. Las primeras menciones a la silicosis en la jurisprudencia datan de 1945 y las frecuencias más altas llegan a partir de mediados del siguiente decenio y se mantienen hasta los años 1970, declinando muy claramente después.

3.4. Silicosis y enfermedades “intercurrentes”

Un avance muy parcial (doblemente acotado) hacia la apreciación de *multicausalidad* en cuadros patológicos imputables al trabajo se produce con la modificación, en 1966 (orden de 29/09), del Reglamento de Enfermedades Profesionales, a su vez trasladada a las normas sobre prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social (orden de 15/04/1969). La silicosis clasificada de primer grado, no constitutiva de invalidez, se equiparaba a la de segundo grado si concurría “bronconeumonía crónica”, “cardiopatía orgánica” o cuadro de tuberculosis “sospechoso de actividad” o “lesiones residuales de esta etiología”, y a la de tercer grado su interurrencia con tuberculosis confirmada. La equiparación daba acceso a una invalidez permanente: total para la profesión habitual si era al 2º grado o absoluta para todo trabajo si era al 3º. Ambas conllevan pensión vitalicia: del 55% de la base re-

guladora en el primer supuesto y del 100% en el segundo. En nuestra muestra de sentencias, las pronunciadas por el TCT en 1973 confirman la novedad... y su carácter no automático. La "doctrina y regulación de las enfermedades intercurrentes ha nacido ante la realidad y nexo de la enfermedad silicótica con la función cardio-respiratoria" (TCT, 3/01/1973). La silicosis y las correspondencias establecidas (debidamente probadas por vía administrativa o judicial) marcan los límites. Las incapacidades son revisables y su declaración revocable. Cabe destacar algunos pronunciamientos del TCT juzgando más "convincentes" dictámenes médicos aportados por los trabajadores en apoyo de sus demandas que los oficiales de las Comisiones Técnicas evaluadoras (sentencias 30/01 y 16/02/1973).

3.5. Enfermedades "comunes" y trabajo

Además de la posibilidad de enfermedad "común" causada por el trabajo, más arriba evocada (art. 84.5,e del texto de 1966), la LSS incorporó (bastante confusamente) otro resquicio para el reconocimiento de complejos causales que incluyeran enfermedades, al englobar bajo el concepto de "accidente de trabajo" sus "consecuencias", "aunque (...) resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación por enfermedades intercurrentes que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo..." (art. 84.7). Algunas sentencias del TS se habían adentrado antes (muy modestamente) por esta vía. Las interpretaciones del TCT en 1973 divergen y dan sentencias de uno u otro signo. Rechazo: "posibilidad", por ejemplo, de que un traumatismo por accidente de trabajo avivara los dolores de una espondiloartrosis dorsal considerada degenerativa, "no es probabilidad"; aceptación: "si el trabajo habitual exterioriza una bronquitis (...) latente, es indudable una relación directa y causal entre aquél y el grado de intensidad de la enfermedad, aunque ésta no tenga causa exclusiva en la ejecución del trabajo" (27/06 y 20/02/1973). Los apoyos legales, al menos *para litigar*, se han ensanchado un poco, sin desactivar ningún freno.

4. Nuevos pasos y límites persistentes: una instantánea desde el "observatorio" del TCT en 1983

Una cuarta parte de la muestra estudiada se nutre de sentencias pronunciadas por el TCT en 1983 (258). Tratan,

por lo tanto, de expedientes que, en la mayor parte de los casos, accedieron a la vía judicial a comienzos de esa década o últimos años de la precedente, aunque a veces tengan su origen en hechos que se remontan a los primeros años 70 o incluso antes.

No podemos extendernos aquí sobre la coyuntura española de aquellos años. Advertidos contra cualquier atajo en nuestro análisis, conviene recordar las extensas movilizaciones obreras de los primeros tiempos de *la Transición*, especialmente durante el cuatrienio 1976-1979, con incrementos casi ininterrumpidos de un año a otro, tanto del número de asalariados huelguistas como de la duración de las huelgas, en un contexto general de nuevos aires sociopolíticos. Las cifras se redujeron después, sin dejar de ser considerables. Cambió sobre todo el cariz de las movilizaciones. A las *conquistas* sucedieron frecuentemente los movimientos defensivos, de *resistencia*, frente a drásticos procesos de *reestructuración* que se prolongaron durante la década de los 80 y el principio de la siguiente y más allá. Entonces, en el sector minero, los pasos agigantados hacia los cierres fueron generalizados, con impactos sociales localmente devastadores y, si atendemos a su significación regional, particularmente graves en el carbón y sus bastiones asturiano y leonés. En los primeros años 80 esta tendencia todavía tomaba fuerza, pero el desenlace estaba por llegar. Puede decirse que, en lo que respecta a los trabajadores de la industria (y de una parte de la minería), 1983 forma parte de un momento-bisagra entre una fase de notables mejoras de su condición y otra de repliegue.

Las sentencias dictadas por el TCT muestran avances en la dirección de un más amplio reconocimiento de la enfermedad como riesgo del trabajo: claros... y *medidos*, sin alejarse en el fondo de la delimitación que conocemos. Es de subrayar: 1º) que las novedades con respecto a nuestro año de referencia anterior (1973) radican más en los *contenidos de las sentencias* que en la legislación que les da apoyo; y 2º) que los pasos dados se circunscriben a la esfera del reconocimiento de enfermedades como *accidentes de trabajo*; los signos de una acepción efectivamente expansiva de las *enfermedades profesionales* (al margen del nuevo "cuadro" publicado en 1978) son, en todo caso, mínimos. Como ya advertimos, los mineros pierden peso relativo en las sentencias. Los ejemplos que citamos se refieren a otros trabajadores salvo mención expresa. El objeto central del análisis es el concepto de riesgo laboral y las *realidades* de su *dinámica*, sin limitación a un único sector económico.

4.1. Lesiones en lugar y tiempo de trabajo

El art. 84.3 del Texto Refundido de la LSS, de 1974, señala que "se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidentes de trabajo las lesiones que su-

fra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo". Aunque esta disposición se encontraba ya en el Texto Articulado de 1966 (art. 84.6), no dejó huella que nos llamara la atención en las sentencias anteriores de nuestra muestra. Al contrario, en las de 1983 del TCT, exceden de docenas los fallos que aplican este principio a enfermedades normalmente consideradas "comunes". La jurisprudencia del TS que citan en su apoyo no es nunca anterior a diciembre de 1975 (TCT, 21/06 y 15/07 de 1983). *Locus et tempus laboris* son las dos condiciones que deben concurrir para que quepa presunción *iuris tantum* del nexo laboral, que supone *inversión de la carga de la prueba*: un cambio en la aplicación de la cobertura del "accidente de trabajo" que, a esta altura del análisis, no por limitada puede menospreciarse, precisamente por excepcional. La "presunción" dista de englobar cualquier patología: predominan claramente infartos de miocardio (mayoritarios) y accidentes vascular-cerebrales, casi siempre con desenlace fatal. Por ejemplo, la posibilidad de interferencia laboral se excluye por completo en una pancreatitis aguda (TCT, 2/11/1983, revocando reconocimiento por la MT de invalidez laboral transitoria como accidente laboral).

Hecho reseñable, la "acreditada predisposición" de un trabajador al infarto de miocardio no anula la presunción de nexo laboral (TCT, 28/06/1983), que "solo quedará desvirtuada cuando hayan concurrido hechos de tal relieve que sea evidente a todas luces la absoluta carencia de relación de causalidad entre el trabajo y la contingencia" (10/05/1983). No "se desvirtúa por las condiciones patológicas predisponentes que presentara la víctima" (15/06/1983). Aun admitiéndose predisposición "evidente", señala otra de las sentencias del TCT, resulta decisiva "la aparición del infarto mientras [el trabajador] picaba piedra con un mazo de grandes proporciones y que [su] desencadenamiento pudo tener lugar por el esfuerzo realizado" (16/11/1983²⁵). Más generalmente, "es sabido que este tipo de enfermedades, en el estado actual de la ciencia, tiene una vinculación notable con las situaciones vitales de esfuerzo, tensión, responsabilidad, etc. (...) que acompañan al trabajo de modo habitual" (30/05/1983). Como en el caso de muerte por edema pulmonar, "aun siendo abstractamente (...) enfermedad común", la posibilidad de causa laboral se impone de entrada si se manifiesta en lugar y horario de trabajo (24/05/1983).

Conocemos el celo mostrado por la medicina de empresa, desde el inicio de la vigencia de la primera LAT, en la detección de antecedentes y signos de predisposición patológicos de los trabajadores, considerados evidencias del carácter "ajeno al trabajo" de enfermedades; es decir, excluyentes de riesgo profesional y responsabilidad patronal y, por ello, de los derechos derivados para los afectados. Siguió siendo el principal argumento de las mutuas patronales, asumido a veces por los magistrados de instancia en sentencias que revocó el TCT (2/03, 25/05, 7/06 de 1983). No siempre ni en el mismo sentido, por cierto (23/11/1983: derrame cerebral en trabajador con hepatomegalia, "persona bastante bebedora". 28/06/1983: trabajador fallecido en abril de 1981 después de sufrir dos infartos consecutivos con un intervalo de ocho días, el primero en su centro

de trabajo, el segundo en su casa, "con lo que este [último] nada tiene que ver con el trabajo"; en este caso el TCT estimó el recurso patronal contra la sentencia en instancia que había reconocido accidente de trabajo).

En realidad, la denegación de influencia causal del trabajo en la enfermedad no dejó de ser normal. La doble condición para admitirla es, a la vez, el principal caballo de batalla: se le niega, por ejemplo, a la viuda de un fallecido por infarto sobrevenido al bajar del autobús de su empresa, dentro del recinto de la fábrica, "a unos 250 metros del lugar donde la víctima realizaba su tarea" habitual, pero *instantes antes del inicio de su jornada laboral* (TCT, 14/02/1983). También en deceso por hemorragia cerebral "cuando el [trabajador] se encontraba en las duchas [del centro de trabajo] una vez finalizada su jornada laboral" (9/06/1983). Con carácter más general, "la presunción *iuris tantum* no alcanza a los accidentes *in itinere*" (18/04/1983); en estos casos (lesiones o afecciones ocurridas en los desplazamientos de ida o vuelta entre domicilio y trabajo) "no está autorizada por la letra ni por la finalidad" del art. 84.3 de la LSS de 1974 (3/03/1983). Los ejemplos son numerosos entre los fallos de 1983 y expresan una "doctrina" (del TS y el TCT) que establece "unos precisos límites de interpretación del referido supuesto" (TCT, 20/09/1983). La aceptación por los tribunales del accidente de trabajo *in itinere* pasa por "prueba más sensible que el accidente de trabajo normal, ya que la ficción de considerar [a efectos de protección de la integridad física y la vida de los trabajadores] el tiempo de ida y vuelta al trabajo como dentro de la jornada laboral exige para poder establecer la referida causalidad la concurrencia de un agente externo y súbito que tenga relación con el trabajo" (7/11/1983)²⁶.

La "ficción" legal del accidente *in itinere* no era precisamente la única dentro de la *normalización* de los riesgos del trabajo... Su origen se remonta a una sentencia del TS del 25/10/1930 (TCT, 10/11/1983²⁷).

Sobre el alcance de la presunción del nexo laboral, en 1983 ya era patente que "va imponiéndose lentamente un criterio restrictivo respecto a esta clase de fallecimientos, [aunque] los casos en los que así se ha resuelto (...) se circunscriben a supuestos de hecho en los que falta alguno de los requisitos señalados: lugar o tiempo, cual ocurre con el sufrido *in itinere*". Este comentario, en una de las sentencias del TCT (25/05/1983), nos recuerda que los conceptos no son invariables y que su dinámica no es lineal. Junto a la fecha de la sentencia, el tiempo verbal de su redacción deja alguna pregunta. Las consideraciones de otro de los magistrados ponentes del mismo Tribunal se parecen mucho a un cuestionamiento que va más allá de las incidencias *in itinere*: "en multitud de supuestos, el hecho de que haya surgido el infarto en el centro de trabajo carece de toda conexión con éste y es consecuencia lógica de que más de la tercera parte de la existencia de cualquier per-

²⁵ En lo sucesivo, todos los subrayados en citas son de los autores.

²⁶ Repárese en la permanencia de unos requisitos y del vocabulario para expresarlos.

²⁷ Esta sentencia del TCT revocó otra de la MT que había rechazado la declaración de accidente de trabajo *in itinere* solicitada en nombre de los dos hijos menores de una administrativa del Insalud, fallecida por apuñalamiento por parte de su marido, de quien se hallaba separada por maltrato y abandono de hogar. El TCT se basó en que el homicida "se aprovechó de que su víctima salía (...) del trabajo a una hora aproximada y hacia el mismo recorrido hasta su domicilio".

sona se invierte en su respectiva profesión, [lo que] hace que deba aplicarse con mucho tacto el criterio sostenido en reiterada jurisprudencia de este tribunal" (16/06/1983). Pasos medidos y sin dejar de mirar atrás.

4.2. Entre convención y realidad: "consideración conjunta de las contingencias"

El Texto Refundido de 1974 de la LSS incluyó como accidentes de trabajo las "enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que *se agraven* como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente" (art. 84.2,f), además de aquellas "que *contraiga* con motivo de la realización de su trabajo", bajo condición de prueba de causa exclusiva (art. 84.2,e), que, como vimos, ya figuraban en el Texto Articulado de 1966. De hecho, el principio de "conjunta consideración de las situaciones o contingencias protegidas" (lesiones causadas por accidentes laborales propiamente dichos y enfermedades, ya fueran "profesionales" o "comunes") se había recogido en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28/12/1963 (Base I-2ª). Desde un poco antes, lo hemos visto insinuado en sentencias del TS de 1962 y 1963. De entonces (13/02/1962) data también la más antigua de ellas citada a este propósito en alguna de las del TCT de 1983, mientras que las primeras mencionadas del propio TCT están fechadas en 1976-1977 (sentencia TCT, 15/02/1983). La "valoración conjunta de todas las lesiones" se incorporó, igualmente, al Régimen Especial de la Seguridad Social para la Minería del Carbón (orden de 3/04/1973), que estableció que "en el caso de lesiones de distinta etiología, para señalar la contingencia de la que deriva la invalidez (común o laboral), hay que partir de la que haya motivado la última reducción anatómica o funcional, y si no pudiera precisarse, atenerse a la de mayor envergadura" (TCT, 4/05/1983).

La cosecha de esta clase de sentencias es numerosa en nuestra muestra de 1983 (alrededor de medio centenar). Las decisiones judiciales vuelven a dividirse (más o menos dos mitades): de un lado, pronunciamientos decididamente incluyentes; de otro, énfasis en las *condiciones* más restrictivas y amparo a valoraciones rigurosas. Más que el reconocimiento de la existencia de accidente de trabajo, lo que está en juego casi siempre en estos casos es la apreciación de su alcance (y el carácter e importe de las prestaciones económicas que de ella dependen).

Las patologías músculo-esqueléticas, frecuentemente de columna, son las más frecuentes en los cuadros complejos descritos en las sentencias del TCT, pero también se encuentra cardiopatías, afecciones respiratorias crónicas y otras, como diabetes y hasta úlcera gastroduodenal, cuya agravación se relaciona con el tratamiento de lesiones

traumáticas causadas por accidentes de trabajo (sentencias TCT, 13/10, 20/10 y 19/12/1983, la primera revocando y las otras confirmando decisiones en instancia y desestimando recursos patronales). Aunque el traumatismo no sea "la única causa en la producción de la patología [pleuropericarditis infecciosa consecutiva], actúa como causa" (TCT, 12/04/1983): decide "la existencia de relación entre el traumatismo y el estado patológico". Independientemente del orden de los factores: si "la causa remota de su estado [del trabajador] fue una enfermedad degenerativa de la columna vertebral preexistente (...), el efecto de impedirle para el trabajo se desencadenó (...) en la ejecución de éste" (TCT, 30/03/1983). El TCT avala la invalidez absoluta de otro trabajador accidentado en 1975, reconocida por la MT en sentencia que "*hace historia* de [todas] las dolencias [y establece que] se hallan conexionadas con las secuelas sufridas en aquel accidente de trabajo, con la excepción del neo[plasma] de pulmón sometido a cobaltoterapia (...), adquiriendo en conjunto tal relieve (...) que priman sobre las derivadas de la enfermedad común [unas y otras en pierna derecha]" (21/03/1983). El argumentario de las mutuas patronales insiste en "separar" todo lo que no sea efecto inmediato y directo del accidente laboral. La apreciación conjunta, por el contrario, debe atender al "equilibrio funcional" del trabajador: "si antes del accidente podía realizar su trabajo [de minero picador] no obstante sus dolencias en la columna vertebral, después [sus facultades] han quedado disminuidas hasta tal punto que no pueden suplir las deficiencias de [su] espalda" (TCT, 15/04/1983; en el mismo sentido, entre otras, 4/05/1983, referida a un barrenero, y 1/06/1983, a un ayudante minero, en ambas concediendo la invalidez total para la profesión que les fue denegada en primera instancia). Explícitamente, estas decisiones judiciales ponen el punto de mira en la "situación real del trabajador" (TCT, 27/01/1983), teniendo en cuenta el alcance global del cuadro clínico que presenta y las características de su actividad habitual. Debe valorarse si una nueva lesión produce "degradación importante, clara, trascendente [del equilibrio funcional anterior]": por ejemplo, la pérdida de los "movimientos esenciales de pinza y puño" de la mano izquierda sufrida por un albañil como consecuencia de dos accidentes sucesivos, el segundo de los cuales "ha roto, ha quebrado, ha descompuesto [una] situación precaria e inestable (...) al quedar seriamente afectados los cuatro dedos finales" (26/05/1983). Del mismo modo que "se tienen en cuenta [las secuelas de un anterior accidente] para medir el alcance de las nuevas, (...) se hubieran tenido en cuenta limitaciones congénitas o de cualquier otra índole" (TCT, 26/01/1983).

El TCT estimó el recurso de suplicación de otro trabajador de la construcción y le reconoció la invalidez parcial que pedía por una pérdida de 2/3 de la visión de su ojo derecho en accidente laboral: cierto que el antiguo Reglamento de Accidentes de Trabajo, de 1956, exigía que la pérdida fuera completa para declarar esa incapacidad, pero esa disposición "tiene en la actualidad un exclusivo valor de orientación, y *ni ahora ni cuando estaba vigente* impide [que se acepten] mermas *que se aproximen* a las recogidas en el texto" (TCT, 30/03/1983). Similar decisión adoptó el Tribunal (24/02/1983) sobre otro obrero (encontrador) que había sufrido extirpación de un riñón a raíz

de un accidente de trabajo, a pesar de que la normativa (anexo de la orden de 15/04/1969) incluyera este supuesto entre los indemnizables como "lesión permanente y no invalidante" (indemnizable según baremo, sin derecho a pensión). En otra sentencia, el TCT admite el (controvertido) accidente laboral *in itinere* como determinante de la invalidez absoluta de una auxiliar de clínica cuyo vehículo había sido golpeado en su parte trasera un día de julio de 1977. El magistrado de instancia había imputado sus dolencias cervicales (acompañadas, entre otras secuelas, de síndrome vascular que ocasionaba mareos y pérdidas de conocimiento) a enfermedad común (congénita) preexistente. En el TCT prevaleció la existencia de "un traumatismo de importancia que ha incidido en una columna insuficiente" (7/06/1983). El mismo Tribunal desestimó el recurso de una mutua patronal contra sentencia de MT que reconoció accidente de trabajo en la muerte por suicidio de otro trabajador: en 1974, había sufrido traumatismo craneal en un accidente laboral *in itinere* (probado), "y aunque volvió a trabajar, fue posteriormente declarado (...) incapaz permanente total, lo que provocó en él alteraciones psíquicas (...) llevándole hasta el suicidio" (16/11/1983).

Es indudable que la jurisdicción social impulsó en estos años una flexibilización de los criterios para realzar el papel de la enfermedad como riesgo del trabajo. La apertura a la consideración de multicausalidad gana terreno. Con los límites inherentes a su encaje con (y como) accidentes, incluidos años de pleitos...

Con resultado, a priori, incierto. Situaciones similares, al menos aparentemente, se traducen en decisiones judiciales de distinto signo. Parece contradictorio con el "principio de consideración conjunta" y con la cobertura como accidentes de trabajo de las enfermedades "agravadas" por éste que se motive la desestimación (por la MT y por el TCT) de nexos laborales en una lesión de columna por el hecho de que "no puede deducirse" de los dictámenes médicos que el trabajador no hubiera sentido molestias "antes del accidente", ocurrido en 1980 (TCT, 1/06/1983). Debe constar ese nexo "con la debida certeza" (TCT, 20/10/1983). El TCT estimó un recurso del INSS contra la admisión como "exacerbada" por accidente (caída con fractura de costillas) la enfermedad "común" de columna de otro trabajador (artrosis dorso-lumbar, cifoescoliosis juvenil esencial y enfermedad de Scheuermann), porque la MT había decidido sin "ni siquiera [haber] intentado probar" un nexo que debió establecerse "nítidamente" (TCT, 3/10/1983). Siempre es más difícil si se trata de (posibles) secuelas diferidas en el tiempo: que un infarto temporoparietal se presente un día después de reincorporarse un obrero al trabajo, tras un largo periodo de baja después de haber sido operado de hernia discal provocada por accidente de trabajo, no basta, desde luego, para que se admita incidencia laboral en esa dolencia, a falta de "prueba pericial del suficiente vigor convincente" (TCT, 5/07/1983). La "valoración conjunta de las secuelas, lo es para el caso en que las propias del accidente determinen *por sí* alguna limitación en orden a la capacidad laboral del accidentado" (TCT, 4/02/1983). Por otra parte, es "reiterada jurisprudencia de este Tribunal (...) que el esfuerzo anejo al trabajo habitual no puede calificarse como accidente laboral mientras no *se acredite una lesión traumática o un esfuerzo notoriamente extraordinario* que

opere como causa desencadenante de una enfermedad (...) anterior cuya agravación produzca" (TCT, 6/12/1983).

Interpretar estos argumentos de rechazo como señales de un estricto *retorno* al punto de partida sería no conceder valor a las numerosas otras que esta jurisprudencia *menor* nos deja de lo contrario. Pero determinados *frentes de controversia* son difíciles de mover, aunque el perfil preciso y el calado de los puntos en disputa no sean en todo momento los mismos. En aquellos ejes se dirimen los límites entre lo "habitual" y lo "extraordinario" o "excesivo", y también entre lesiones "accidentales" y "laborales" y patologías "congénitas" y "degenerativas", así como las interacciones entre unas y otras.

Hemos citado sentencias que se referían a cierta "ficción" en la respuesta legal y judicial al "riesgo profesional". Aludían solo a los accidentes *in itinere*, pero la *abstracción* es, en realidad, consustancial a la normalización de los riesgos del trabajo. Dos de las sentencias del TS de 1953 que consultamos (del 5 y el 18 de junio), constataron la "anomalía" de sendos diagnósticos de silicosis de tercer grado no comunicados a los afectados, pero declarando que la "incapacidad real (*sic*) y, por tanto, indemnizable" data del momento en que consta que los trabajadores fueron informados, dos y cinco años después, respectivamente, de haber sido diagnosticados: la redacción evacuaba completamente la realidad social de las relaciones de producción y de las correlaciones de fuerzas que la garantizan.

En la muestra analizada no hemos encontrado después otros testimonios como aquellos. Sin embargo, el rasgo típico que señalamos no deja de suscitarse en sentencias del TCT de 1983, concretamente al motivar reconocimientos de incapacidad laboral en grado inferior al pretendido por afectados. Algunos ejemplos seleccionados entre los referidos a mineros (para abreviar): barrenista con "osteoporosis postraumática afectando a la estática y dinámica del pie y la normal deambulación (...); goza de capacidad residual para trabajos de carácter sedentario", lo que excluye la invalidez absoluta que pide (TCT, 11/04/1983). Ayudante minero de 63 años en 1983, cuadro de "artrosis vertebral avanzada con osteoporosis grave y escoliosis lumbar (...), junto con bronquitis en tratamiento (...); solo le impide para aquellas actividades que exijan grandes esfuerzos físicos y ya fue bastante favorable para él la sentencia" de la MT concediéndole invalidez total para su profesión (TCT, 10/05/1983). Lo mismo en relación con otro minero que une a silicosis de primer grado broncopatía crónica: "y bastante benevolente fue la Magistratura de Trabajo al concederle la total cuando las Comisiones Técnicas Calificadoras no otorgaron invalidez alguna" (TCT, 8/02/1983). El TCT (2/02/1983) rebajó a total, a instancias de la mutua demandada, la incapacidad absoluta que un picador había obtenido en primera instancia, "ponderando [su] edad [nacido en 1927], su preparación profesional y las dificultades para encontrar nuevo empleo (...), con lo que claramente vulnera el art. 135.5 de la LSS y la jurisprudencia del TS que sostiene en S. de 3 marzo 1980 que *no cabe objetivar las circunstancias* personales que concurran en el accidentado". De ahí la remisión reiterada al "amplio campo" de trabajos o profesiones "más sedentarias y cómodas" (TCT, 2/03/1983, obrero agrícola), "compatibles", de "menor esfuerzo físico"... ¡en 1983! e independientemente de la

edad de los afectados, “y sin que pueda influir en el grado de incapacidad sus problemas culturales u otros análogos” (TCT, 4/05/1983, peón agrícola).

El art. 136.2 de la LSS de 1974 había incluido un incremento de la pensión de incapacidad permanente “en el porcentaje que reglamentariamente se determine, cuando [los beneficiarios] por su edad, falta de preparación (...) y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual anterior”. Esta disposición figuraba ya en el decreto de 23/06/1972 sobre prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social, que había fijado el aumento en un 20% y en 55 años la edad mínima exigida. El TCT estimó el recurso de un picador a quien le había sido denegado en instancia por faltarle unos meses para cumplirlos cuando se le reconoció invalidez total para la profesión por parte de la Comisión Calificadora Central. La sentencia (22/03/1983) traza un interesante recorrido *histórico* de la aplicación de este requisito por el Tribunal: primero, exigencia de haber cumplido los 55 años “en el momento del hecho causante” (sentencias de 23/02/1978 y 24/11 y 10/12/1980); “pero esta tesis fue en cierto modo paliada” por otras sentencias (10/06/1981, 9/03/1982) que reconocieron el derecho desde que el afectado cumpliera los 55 años, si había solicitado incapacidad absoluta y se concedió la total, y aunque no hubiera pedido el incremento de la pensión. “Y siguiendo en esta tendencia y ante una nueva reconsideración de este problema, esta Sala estima (...) aconsejable modificar el criterio” y extender el reconocimiento del derecho a partir del momento en que el trabajador cumpla la edad de 55 años (descontadas las bonificaciones que le correspondieran). Reajustes de la normativa buscando reducir la brecha con las realidades sociales a través de la acción judicial.

A propósito de *transiciones*, recordemos que algunos artículos periodísticos del “joven” Marx de 1842-43 dejaron planteado “el principio de una crítica histórica del derecho racional” (Vilar, 1983: 110)...

4.3. “Enfermedad profesional”: la silicosis o la prolongada discreción de un “modelo”

La “Lista de Enfermedades Profesionales” contenida en el decreto de 1978 las clasificaba en seis grupos: producidas por *agentes químicos* (hasta un total de 43 “agentes”, entre ellos el plomo y el mercurio, viejos conocidos en medios mineros); *de la piel* causadas por otros agentes; provocadas por la *inhalación* de otras sustancias (subdivididas en 6 subgrupos, entre ellos el de las neumoconiosis); *infecciosas y parasitarias* (4 subgrupos que incluyen, entre otras, la anquilostomiasis y el paludismo en zonas pantanosas); producidas por *agentes físicos* (otros seis subgrupos, uno consagrado al nistagmus de los mineros, y en otro

figuran las originadas por fatiga de las vainas tendinosas, con mención explícita, entre otros, de los trabajadores de las minas); enfermedades *sistémicas* (9 en total, entre ellas la asbestosis).

La jurisprudencia *menor* del TCT en 1983 no revela ningún cambio significativo a este respecto, cuantitativo o cualitativo, en comparación con la de 1973. Las enfermedades profesionales tienen muy modesta presencia en el *Repertorio*. Claro que podría verse en ello el reflejo de un avance de la *normalización* que tendería a concentrar la conclusión de los expedientes en la vía administrativa. Esa interpretación chocaría con la larga experiencia de la categoría mucho más asentada del accidente de trabajo y, también, con lo que nos dicen las sentencias de 1983 sobre enfermedades profesionales. Entre las poquísimas encontradas, las mencionadas, además de la silicosis (residual), no van más allá de dermatosis, sorderas y una posible epicondilitis. El TCT (9/12/1983) desestimó parcialmente un recurso del INSS que negaba la etiología “profesional” en un caso de dermatosis y pitiriasis versicolor (infección cutánea causada por un tipo de levadura), apoyándose en un informe del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo. La sentencia de MT le opuso la “multitud de dictámenes médicos que afirman lo contrario” e hizo valer que aquel informe solo descartara la enfermedad profesional por contacto cutáneo, sin excluir posible alergia por sensibilidad respiratoria. El TCT solo accedió a rebajar a parcial la incapacidad total concedida en instancia al trabajador. En un caso de “sordera de percepción bilateral con sensación vertiginosa”, las Comisiones Técnicas Calificadoras dictaron “resoluciones tan dispares como reconocer una invalidez absoluta [la Provincial] y no apreciar invalidez de ningún tipo [la Central] (...) [lo que] basta (...) para *comprender el carácter ambiguo del problema*”: el TCT (11/07/1983) desestimó el recurso interpuesto por el INP y confirmó la sentencia del magistrado de instancia que, después de un tercer examen pericial, había reconocido incapacidad absoluta causada por traumatismo sonoro en el puesto de trabajo. La “ambigüedad” se repite a propósito de la lesión que aqueja a un mecánico en su brazo derecho: el inspector médico del Fondo de Compensación del Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y el facultativo de la mutua patronal coincidieron en apreciar “inflamación de las inserciones tendinosas [que] fijan los músculos de la cara posterior del antebrazo en el epicóndilo, [con] dolor irradiado hacia el brazo e impotencia muscular muy manifiesta para realizar esfuerzos, [todo lo cual] deriva del manejo de utensilios pesados en el trabajo”. Las Comisiones Técnicas admitieron el origen “profesional” de la afección pero la consideraron no invalidante. Por su parte, la MT convino en la gravedad de la situación pero la consideró no incluida en el cuadro de enfermedades profesionales. Finalmente, el TCT revocó la sentencia y reconoció invalidez total para la profesión habitual (19/10/1983). Los tratamientos fisioterapéuticos y las tres intervenciones quirúrgicas a las que había sido sometido el obrero, sin éxito, probaban la irreversibilidad de su estado.

En otro orden de cosas, es revelador el recurso interpuesto por el INEM contra una sentencia de MT que había reconocido el derecho de un trabajador aquejado de alergia al cemento en ambas manos a la prestación económica

prevista (modificación de 1964 del Reglamento de EP) en caso de desempleo por no disponer la empresa de puesto de trabajo no expuesto al riesgo (12 mensualidades del salario íntegro con cargo a la empresa, 6 con cargo al Fondo Compensador y 6 más, prorrogables por otros tantos, a cargo del INEM). El magistrado de instancia, de acuerdo con la Comisión Técnica Provincial, había procedido *por analogía* con lo establecido en caso de silicosis... y el INEM basó su recurso en la inexistencia de "padecimiento silicótico". Pero, como recordó el TCT (10/10/1983), la sentencia recurrida se refería exclusivamente a "enfermedad profesional *distinta* de la *típica* de silicosis". El TCT desestimó el recurso, "pues a entender del INEM [las medidas protectoras] se establecieron [únicamente] en favor de los enfermos de silicosis y no para proteger a todos los afectos de cualquier otra enfermedad profesional, [cuando el legislador solo entendió] la protección de aquellos enfermos como *más perentoria* (...), quedando sin desarrollo las protecciones imaginables de las demás enfermedades profesionales". Además, el INEM "no concede [el subsidio] sino que únicamente lo abona...". En 1983, seguía siendo necesaria esta aclaración del Tribunal sobre las enfermedades profesionales a un organismo de la propia Administración.

Pocos días antes, la misma Sala había confirmado que era "procedente" el despido de otro trabajador incurrido en la situación del ejemplo anterior, ya que el cese "no se produce por voluntad de la empresa, sino en cumplimiento de norma legal vigente (...), medida dispuesta fundamentalmente para proteger la salud del trabajador". Trabajo y salud, derechos y realidades: la contradicción asoma por más de una grieta.

5. En lugar de conclusión

Huelga decirlo, la problemática (parcial) que abordamos tampoco admite "fin de la historia". Hacer parada en las sentencias del TCT de 1983 no es más que una opción del análisis: como las fechas precedentes de nuestra cata en la construcción de un concepto -el de la salud (y la enfermedad) del trabajo-, podría decirse, parafraseando a Josep Fontana, "tan válida, o tan inadecuada, como cualquier otra".

Ni 1983 tiene nada de estación término ni la reciente declaración como enfermedad profesional del covid del personal sanitario representa el remedio a un *último* cabo suelto o una puesta *al día* más o menos puntual del reconocimiento legal de las realidades de los riesgos asociados al trabajo, a sus condiciones y organización. A través de un recorrido por la jurisprudencia -pequeña porción de la materia emergida de unas relaciones poco visibles u ocultas-, hemos observado los límites persistentes en la consideración, con todos sus efectos, de los factores patógenos ligados al trabajo. Silicosis, enfermedades "intercurrentes" de la silicosis, enfermedades "contraídas" y enfermedades "agravadas": puentes entre derecho y realidad; a veces, desde

los primeros años 60 y sobre todo desde mediados de los 70 del siglo pasado, *anticipados* por pronunciamientos judiciales, en coyunturas sociopolíticas señaladas; avances innegables, pero siempre parciales y a menudo *ambiguos* o frágiles.

Hace tiempo que oímos hablar de "nuevos" fenómenos como el estrés laboral, el *mobbing* o acoso moral, el síndrome de *burn-out* y hasta de suicidios *laborales* (hemos visto antes un caso reconocido en 1983). La configuración tardía de una psicopatología del trabajo (Billiard, 2001) y el interés jurídico y público por los "nuevos riesgos psicosociales" no han dejado huella, hasta ahora, en el catálogo de enfermedades profesionales, ni siquiera entre las "sospechosas" de serlo y que pudieran llegar a considerarse legalmente como tales en un futuro indefinido. Pero sería equivocado pensar que vacíos e insuficiencias afectan sólo a estos "nuevos riesgos". Los factores que influyen en la *construcción de los riesgos del trabajo* son múltiples. Ni las direcciones que se imponen en cada momento ni sus ritmos son necesariamente lineales.

Fontana recordaba, en una conferencia pronunciada en 2016, que "debemos" al miedo de las clases dominantes y los gobiernos occidentales al comunismo y a las luchas sociales que ha inspirado "las tres décadas felices de después de la segunda guerra mundial, con el desarrollo del estado del bienestar y con el logro de niveles de igualdad en el reparto de los beneficios de la producción entre empresarios y trabajadores como nunca se habían alcanzado antes". La interrupción de la pesadilla "les ha animado a recuperar gradualmente, no sólo las concesiones que habían hecho en los años de la guerra fría, sino incluso buena parte de las que se habían ganado antes, en un siglo y medio de luchas obreras". Con la resultante de una "desigualdad [que] crece de manera imparable".

Desregulación, subcontratación, atomización de las relaciones laborales, proliferación de autónomos (verdaderos o falsos), economía sumergida en elevadas proporciones, irregularidad... son tendencias que han marcado la dinámica de las economías capitalistas desde mediados de los pasados años 70, y con más fuerza desde los 90. ¿Con qué *coste* en riesgos del trabajo, empezando por su *conocimiento* y su reconocimiento (sin olvidar su *desconocimiento* organizado²⁸)? ¿Qué impacto en la "responsabilidad patronal" y la protección de los trabajadores frente a los riesgos? El mismo TCT nos deja bastantes ejemplos en 1983 de una protección disminuida para los trabajadores por cuenta propia. También mencionaremos otra de sus sentencias apoyando la protección frente a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de un trabajador extranjero sin permiso de trabajo: contra la alegación de "nulidad de contrato" formulada por la empresa, el Tribunal dejó claro que tal protección "comprende al [trabajador] extranjero *sin condicionamiento alguno*" (TCT, 26/10/1983). Ni el más imaginativo de los analistas podía vislumbrar todavía las dimensiones masivas que años después iba a alcanzar la inmigración en España. En sociedades europeas donde el fenómeno se dio mucho antes, algunos estudiosos han señalado una exposición diferencial

²⁸ Que la salud en general, y la laboral en particular, sean campos muy activos de cierta *agnotología* no constituye una novedad de los tiempos más recientes.

con efecto más general, particularmente en los sectores que más trabajadores inmigrados emplean, presionando a la baja sobre las remuneraciones, a la vez que sobre la calidad de la prevención (Bruno, 2004; Rosental y Devinck, 2007, Rosental, 2009).

Contra la siniestralidad laboral, esa "lacra de la sociedad". La unanimidad de los "agentes sociales" en manifestaciones de hace unos años puede parecer un homenaje, en parte póstumo, al espíritu de reforma y apaciguamiento social que alumbró, más de un siglo antes, las legislaciones europeas sobre los riesgos de trabajo. Si nos convencemos de que no se trata solo de cacofonía.

Bibliografía

- BAGÉS, Francisco José (1851): *De la intoxicación saturnina observada en los mineros de Sierra de Gádor comparada con la de los fabricantes de varios preparados de plomo. Tesis que leerá en la solemne investidura del grado de doctor en Medicina el licenciado...*, Madrid.
- BILLIARD, Isabelle (2001): *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, París, La Dispute.
- BOAL, William M. (2018): "Work intensity and worker safety in early twentieth-century coal mining", *Explorations in Economic History*, 70: 132-149. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eeh.2018.08.001>
- BRUNO, Anne-Sophie (2004): "Inaptitude et immigration en France au XXe siècle", in Catherine OMNÈS y Anne-Sophie BRUNO (eds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, París, Belin: 125-145.
- CAVAS MARTÍNEZ, Faustino (dir.) (n.d.): *Las enfermedades profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social*. Investigación subvencionada de acuerdo con la Orden TAS/940/2007 (Informe) [on line], Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/cc901b09-e9fd-4565-87d4-6c8f117a6e99/F70_07N.pdf?MOD=AJPERES.
- CHASTAGNARET, Gérard (2000): *L'Espagne, puissance minière dans l'Europe du XIXesiècle*, Madrid, Casa de Velázquez.
- CHASTAGNARET, Gérard (2017): *De fumées et de sang. Pollution minière et massacre de masse, Andalousie - XIXe siècle*, Madrid, Casa de Velázquez [in Spanish: Alicante, Publicacions de la Universitat d'Alacant, 2018].
- CHASTAGNARET, Gérard (2020): *Una vida por el Estado: Federico Botella y Hornos, ingeniero de minas (1823-1899)*, Madrid, Instituto Geológico y Minero de España.
- CODINA I CASTELLVÍ, José (1905): *La anquilostomiasis (anemia de los mineros) en España. Comunicaciones a la Real Academia de Medicina*, Madrid, Est. Tip. Viuda e Hijos de M. Tello.
- COHEN, Arón (1987): *El marquesado del Zenete, tierra de minas. Transición al capitalismo y dinámica demográfica (1870-1925)*, Prologue by Pierre Vilar, Granada, Diputación Provincial.
- COHEN, Arón (2004): "Gestion patronale des risques professionnels et médecine d'entreprise: Peñarroya (1902-1950)", in Catherine Omnès y Anne-Sophie Bruno (eds.), *Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe*, París, Belin, p. 329-347.
- COHEN, Arón (2021): "Minería, 'riesgos del trabajo' y 'cuestión ambiental': pensar históricamente", in Luis Sánchez Vázquez, Chiara Olivieri, Helios Escalante Moreno y Mariela Velázquez Pérez (eds.), *Minería y extractivismos. Diálogo entre la Academia y los Movimientos Sociales*, Granada, EUG, p. 23-57.
- COHEN, Arón y FERRER, A. (1992): "Accidentes y enfermedades profesionales de los mineros: realidad y derecho", in Rafael Huertas y Ricardo Campos (coords.), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, vol. 2, p. 215-244.
- COHEN, Arón y FLETA, Agustín (2011): "Un exemple de restriction des contours du 'risque' au travail dans la pratique d'entreprise: la gestion patronale des hernies (Peñarroya, 1900-1950)", in Anne-Sophie Bruno, Éric Geerkens, Nicolas Hatzfeld y Catherine Omnès (dirs.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e - 20e siècles)*, Rennes, PUR, p. 123-143.
- COHEN, Arón y FLETA, Agustín (2012), "El 'desgaste' en el trabajo entre normalización y 'gestión': Peñarroya, 1900-1950", in Arón Cohen (ed.), *El trabajo y sus riesgos en la época contemporánea. Conocimiento, codificación, intervención y gestión*, Barcelona, Icaria-UB, p. 145-181.
- COHEN, Arón y FLETA, Agustín (2013): "'Sin más defecto que su escaso desarrollo'. Trabajo de los menores y gestión médico-patronal: Peñarroya (primera mitad del siglo XX)", in José María Borrás Llop (ed.), *El trabajo infantil en España (1700-1950)*, Barcelona, Icaria-UB, p. 193-231.
- COHEN, Arón; FLETA, Agustín; RAMÍREZ, Francisco y REYES, Eduardo de los (2006): "La siniestralidad laboral en la minería y la industria de Peñarroya durante la primera mitad del siglo XX", *Ería. Revista cuatrimestral de Geografía*, 69: 75-95. DOI: <https://doi.org/10.17811/er.0.2006.75-95>.
- CORRAL Y MAIRÁ, Manuel (1901): *La anemia. Concepto etiológico de esta afección en los trabajadores de las minas de plomo de Linares; estudio de su proceso evolutivo y medios para combatir su propagación*, manuscrito, Linares.
- DANLOUX-DUMESNILS (1946): "L'Institut Empereur-Guillaume pour la physiologie du travail. Les études sur la physiologie du travail en Allemagne et leur application à l'industrie, en particulier minière", *Annales des Mines*, "Documentation", 1: 676-678.
- DAVIS, G.G.; SALMONSEN, E.M. y EARLYWINE, J.L. (1934): *The Pneumoknoses (silicosis): Bibliography and Laws*, Chicago, Industrial Medicine.
- DESROSÉRES, A. (2008): *Pour une sociologie historique de la quantification: L'argument statistique*, 2 vols. [on line], París, Presses des Mines, <http://books.openedition.org/pressesmines/901>.
- DIRECCIÓN GENERAL DE AGRICULTURA, MINAS Y MONTES (1911): *Informe relativo al estado económico y situación de los obreros de las Minas y Fábricas metalúrgicas de España y organismos de protección instituidos en beneficio de los mismos*, Madrid, Est. Tip. El Liberal.
- DUBLIN, L.I. (1920): "The mortality of bituminous coal miners from influenza-pneumonia, October to December 1918", *The Journal of Industrial Hygiene*, 1, p. 483.
- EHRlich, R; ROSENtal, P.-A.; ROSNER, D. y BLANC, P.D. (eds.) (2015): special issue "From Silicosis to Silica Hazards: An Experiment in Medicine, History and the Social Sciences", *American Journal of Industrial Medicine*, 58, November.
- FLETA, Agustín (2017): *Los riesgos del trabajo en las minas e industrias de Peñarroya: análisis sociodemográfico longitudinal*, tesis doctoral, Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias del Trabajo, Sevilla.
- FLETA, Agustín y COHEN, Arón (2020): "Los riesgos del trabajo en la España del siglo XX: del accidente a la enfermedad", *Biblio3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, XXV (1), 20 april 2020 <https://revistes.ub.edu/index.php/b3w/article/view/30109/31346>.
- FONTANA, Josep (2016): "La revolución rusa y nosotros", *SinPermiso*, <https://www.sinpermiso.info/textos/la-revolucion-rusa-y-nosotros>.
- GARCÍA PIÑEIRO, R. (1990): *Los mineros asturianos bajo el franquismo (1937-1962)*, Madrid, Fundación 1º de Mayo.
- GENDRE, J.L. (1926): *Études sur la Législation Espagnole des Accidents du Travail*, Thèse pour le Doctorat, Montpellier, Université de Montpellier, Faculté de Droit.
- GONZÁLEZ CASTRO, J. (1922): *Higiene del obrero minero*, Madrid, Est. Tip. Editorial Ibérica.
- HAUSER, Ph. (1913): *La geografía médica de la península ibérica*, Madrid, Imp. Eduardo Arias.
- JANSENS, P. G. y GANDIBLEUX, M. (1946): *Contribution à la connaissance de la silicose et de sa prévention*. Extrait du *Recueil de Travaux de Sciences Médicales au Congo Belge*, nº 5.
- LOISON, R. (1959): "Recherches de sécurité minière en URSS", *Annales des Mines*, IV: 41-54.
- LUENGO, Emilio (1928): *La anquilostomiasis en las minas españolas*, Madrid.
- MARKOWITZ, Gerald y ROSNER, David (2002): *Deceit and Denial: The Deadly Politics of Industrial Pollution*, Berkeley, University of California Press Berkeley.
- MARKOWITZ, Gerald y ROSNER, David (2009): "L'histoire au prétoire. Deux historiens dans le procès des maladies professionnelles et environnementales", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56 (1): 227-252.
- MARTÍNEZ BARROSO, María de los Reyes (2002): *Las enfermedades del trabajo*, Valencia, Tirant lo Blanch.

- MATTEI, B. (1976): "La normalisation des accidents du travail: l'invention du risque professionnel", *Les Temps Modernes*, 354: 988-1.006.
- MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo (1996): *Un mundo sin sol. La salud de los trabajadores de las minas de Almadén, 1750-1900*, Granada, Universidad de Granada-Universidad de Castilla-La Mancha.
- MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo (2008): "The politics of silicosis in interwar Spain: Republican and Francoist approaches to occupational health", *Dynamis*, 28: 77-102.
- MONTERO, F. (1988): *Los seguros sociales en la España del siglo XX. Orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- ORTEGA, M. y GALÁN, A. (2016): "Análisis univariante de la serie de accidentes de trabajo en España, 1900-2000", *Revista de Historia Industrial*, 62: 47-74.
- PARÉS Y FRANQUÉS, J. (1778): *Catástrofe morboso de las Minas Mercuriales de la Villa de Almadén del Azogue. Historia de lo perjudicial de dichas reales Minas a la Salud de sus Operarios: exposición de las Enfermedades corporales, y médico-Morales de sus Fossores, con la Curación respectiva de ellas*, manuscrito, Biblioteca del Ministerio de Hacienda, nº 489.
- PARÉS Y FRANQUÉS, J. (1785): *Descripción histórico-físico-médico-mineralógico-mercurial de las Reales Minas de Azogue de la Villa de Almadén*, manuscrito, Biblioteca del Ministerio de Hacienda, nº 488.
- RAINHORN, Judith (2014): "Les maux de la mine. Revisiter l'histoire minière au prisme des enjeux de santé au travail", in RAINHORN, J. (dir.): *Santé et travail à la mine XIXe-XXIe siècle*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion: 19-29. DOI: <https://doi.org/10.4000/travailemloi.6777>.
- RAINHORN, Judith (dir.) (2014): *Santé et travail à la mine XIXe-XXIe siècle*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion. DOI: <https://doi.org/10.4000/travailemloi.6777>.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban y MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo (2006): "Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936)", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LVIII (1): 219-248. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2006.v58.i1.7>.
- ROSEN, G. (1943): *The History of Miners' Diseases: A Medical and Social Interpretation*, Nueva York, Schuman's.
- ROSENTAL, Paul-André (2009): "De la silicose et des ambiguïtés de la notion de 'maladie professionnelle'", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56 (1): 83-98. DOI: <https://doi.org/10.3917/rhmc.561.0083>.
- ROSENTAL, Paul-André (ed.) (2017): *Silicosis: A World History*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.
- ROSENTAL, Paul-André y DEVINCK, J.-C. (2007): "Statistique et mort industrielle: la fabrication du nombre des victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours", *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 95: 75-91.
- ROSENTAL, Paul-André y OMNÈS, Catherine (coord.) (2009): monográfico "Les maladies professionnelles: genèse d'une question sociale", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56 (1).
- ROSENER, David y MARKOWITZ, Gerald (2005): *Deadly Dust: Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth Century America*, Ann Arbor, University of Michigan Press [1ª ed. 1991].
- TREMPÉ, Rolande (1971): *Les mineurs de Carmaux, 1848-1914*, París, Éditions Ouvrières.
- VALLIN, J. y MESLÉ, F. (1988): *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, París, INED-PUF, col. "Travaux et Documents", Cahier, 115.
- VILAR, Pierre (1983): "Historia del derecho, historia 'total'", in VILAR, P.: *Economía, derecho, historia. Conceptos y realidades*, Barcelona, Ariel: 106-137.

Contradicción y conflicto en el núcleo de la "enfermedad profesional" (protesta de los trabajadores de Silestone, 2019)



Fuente: eldiario.es

Anexo. Distritos (provincias) y localidades mineras a que se refiere este artículo

