

ARÓN COHEN Y AGUSTÍN FLETA
Departamento de Geografía Humana. Universidad de Granada

Trabajadores rechazados: «riesgo profesional» y gestión patronal del trabajo. Peñarroya, 1904-1950

RESUMEN

Una muestra de 3.000 reconocimientos practicados a los candidatos al trabajo por los servicios médicos de la *Société Minière et Métallurgique de Peñarroya* (Peñarroya-Pueblonuevo), entre 1904 y 1950, da pie al análisis de los factores de exclusión y abre interrogaciones sobre los mecanismos de la gestión por esta gran compañía francesa de los efectos de las nuevas categorías jurídicas sentadas a partir de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900.

RÉSUMÉ

Travailleurs rejetés: «risque professionnel» et gestion patronale du travail. Peñarroya, 1904-1950.- Un échantillon de 3.000 bulletins d'examen de candidats au travail accomplis par les services médicaux de la *Société Minière et Métallurgique de Peñarroya* (Peñarroya-Pueblonuevo), de 1904 à 1950, ouvre la voie à l'analyse des facteurs d'exclusion et à certaines interrogations au sujet des mécanismes de la gestion par cette grande compagnie française des nouvelles catégories juridiques établies à partir de la Loi des Accidents du Travail de 1900.

ABSTRACT

Rejected workers: «professional risk» and employers' management of work. Peñarroya, 1904-1950.- A sample of 3.000 survey bulletins to job candidates fulfilled by the *Société Minière et Métallurgique de Peñarroya* medical department (Peñarroya-Pueblonuevo), from 1904 to 1950, gives matter to analyse the factors of exclusion and rise interrogations about management mechanisms of new juridical categories effects since the Work Accident Act of 1900, used by this French leading concern.

Palabras clave / Mots clé / Key words

Reclutamiento y gestión del trabajo. Accidentes de trabajo. Medicina patronal.

Recrutement et gestion du travail. Accidents du travail. Médecine patronale.

Work recruiting and management. Work accidents. Employers'-medicine.

I OBJETIVOS Y FUENTES

SE HA dicho que el proceso de normalización de los accidentes de trabajo, que conduce a las legislaciones europeas de finales del siglo XIX y comienzos del XX, consagró la subordinación de la seguridad a la productividad y la de la prevención de los riesgos para el obrero a la reparación (MATTEI, 1976). Desviando el punto de mira de las causas de los siniestros, se impuso la opción de «hacer soportables sus consecuencias»,

apostando por que la «aritmética de la reparación» apagara los elementos de conflicto.

Nada más lejos, sin embargo, de un logro sencillo o una concesión ilimitada y gratuita a exigencias obreras. No sorprende que la respuesta de un experto vinculado a la *Société Minière et Métallurgique de Peñarroya* (GENDRE, 1926) no refleje indiferencia: el nuevo principio legal era un «juguete» en manos del obrero, «capaz de desorganizar la industria». Para las grandes compañías extranjeras, los bajos costes de la mano de obra

eran uno de los ingredientes del atractivo del subsuelo ibérico. Aún teórica y muy recortada, la nueva *responsabilidad patronal* era contemplada, en éstas y otras esferas empresariales, como una distorsión de los criterios paternalistas que regían el orden interno de la empresa, basado en medidas graciosas (HERNANDO LUNA, 1989), según las circunstancias y *méritos* discrecionalmente apreciados por los agentes patronales en el trabajador.

A la vez, grandes concentraciones del empleo, dureza de las condiciones de trabajo, hostilidad del medio y extensión y cotidianeidad de los riesgos concurrían para hacer de la minería uno de los terrenos mejor abonados para inducir tanto a la «normalización», como a las adaptaciones que van a abrirse curso. Las grandes explotaciones mineras fueron pioneras de los servicios médicos patronales y en la adopción de prácticas como el reconocimiento médico sistemático al personal, integradas en los procedimientos de admisión y evaluación de los trabajadores. En la cuenca hullera de Peñarroya la norma se estableció en 1904. Hasta 1950 la colección en la que trabajamos suma cerca de 65.000 boletines individuales, al margen de los partes de accidente, que procesamos aparte.

La serie comprende reconocimientos previos a la admisión y revisiones realizados en el hospital dispuestos por la compañía francesa en la cabecera de la comarca minera. Cada uno de los departamentos de la empresa en la zona (hullera, fundición, planta química, central eléctrica, ferrocarril y otros servicios anejos) remitía al hospital a sus candidatos al trabajo, provistos de las correspondientes *papelillas* de admisión. En principio, ningún obrero podía incorporarse a un puesto sin devolver al servicio proponente la papelilla convenientemente completada con el diagnóstico médico. El examen de la documentación encuentra resquicios en el sistema, aunque mínimos si se atiende a las magnitudes de la contratación¹ y al rigor aplicado por la compañía para limitarlos:

«...dice haber trabajado en Talleres desde hace años, pero debió entrar por la puerta falsa que a reconocimiento no vino» <1922>;

«...dice que ha trabajado 16 años sin reconocerse» <1928>².

¹ 6.000 a 7.000 obreros, entre minas e industrias, para 1905-1915, según la *Estadística Minera* (GARCÍA GARCÍA, 1979). Estas cifras son anteriores al *boom* coyuntural de los años que siguieron. En 1918 llegaban a 10.000 los obreros al servicio de Peñarroya (BARRAGÁN MORIANA, 1985).

² El año entre corchetes es el del reconocimiento médico que se cita.

Las revisiones intercaladas con los papeles de «primer reconocimiento» se suceden sin periodicidad. La iniciativa puede corresponder al médico («al cabo de 7 meses lo mandan a reconocer» <1913>; «tiene el tarso derecho abultado y si le molesta mándelo otra vez pues fue dado de alta un poco antes de lo debido» <1919>) o a los superiores en los centros de trabajo, generalmente a instancias del obrero. Aunque prodigarse comporta riesgos («no hace más que reconocerse...» <1914>). El candidato rechazado insiste tantas veces como le dejan, con resultado variable. Las protestas del director del hospital lo reflejan, sobre todo cuando el servicio está desbordado por un aluvión de incorporaciones:

«Admisible para evitar que le estén mandando sin que tenga desarrollo para el trabajo como tengo dicho» <1916>;

«Si hace 20 días se reconoció para ese servicio y se dijo que no tenía desarrollo físico ¿para qué le mandan? A otra no lo recibo o mando al Director la papeleta. Nos falta tiempo para el trabajo para que lo perdamos con éste» <1917>.

Se efectúan revisiones cuando el obrero es propuesto para un cambio de servicio y después de una suspensión temporal o «arresto» y, en general, de toda falta al trabajo prolongada varios días: cinco, según el reglamento de régimen interior vigente desde junio de 1942 (S.M.M.P., 1945), que plasmó, sin duda, muchas reglas anteriores.

El resultado del examen médico se traducía, generalmente, en un juicio sobre la *utilidad* del obrero para el cargo propuesto y «observaciones» en relación con posibles «incapacidades» (definidas legalmente a partir de 1903), rasgos constitucionales, antecedentes patológicos y diversas circunstancias concernientes al candidato.

En una anterior aproximación a la fuente reflexionamos sobre las funciones del reconocimiento y sus criterios (COHEN, 1993). La función de filtro del reclutamiento del personal no se ejerce sólo descartando a los candidatos, por uno u otro motivo, inadmisibles, sino, mucho más exhaustivamente, señalando, previniendo y persiguiendo limitar los *costes* que pueden acarrear a la empresa determinados elementos del diagnóstico, en función de la legislación de accidentes de trabajo. Los criterios legales y económicos y las circunstancias (del obrero y de la coyuntura) se integran con los más propiamente médicos como constituyentes plenos del acto de reconocimiento y de su balance.

Aquí se adopta un enfoque complementario. Una gama relativamente reducida de palabras-clave (unas 200) orientó la búsqueda en nuestro fichero principal de una

CUADRO I*. *Composición de la muestra seleccionada*

	1904-10		1911-20		1921-30		1931-36		1937-50		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Inadmisibles	160	25,3	367	58,1	76	12,0	6	0,9	23	3,6	632	100
Reservas	223	15,7	1.099	77,5	62	4,4	7	0,5	27	1,9	1.418	100
Admisibles con limitaciones ...	26	34,7	43	57,3	3	4,0	1	1,3	2	2,7	75	100

Viejos prematuros, agotados ...	121	30,0	267	66,1	11	2,7	0	0,0	5	1,2	404	100
Menciones disciplinarias	37	22,2	109	65,3	15	9,0	2	1,2	4	2,4	167	100
Otros	95	20,4	299	64,3	40	8,6	9	1,9	22	4,7	465	100

* Todas los cuadros se han elaborado a partir de los boletines de reconocimiento médico del personal, servicio de Hospital de la «S.M.M.P.» (Peñarroya-Pueblonuevo).

muestra de reconocimientos que incluyera a los soldados con los pronunciamientos más desfavorables para los candidatos al trabajo. Resultaron cerca de 4.000 boletines, de los que un millar se descartó por ajustarse peor a las categorías delimitadas (véase el Cuadro I): evaluaciones que prescribieron *inadmisibilidad* y otras que, sin hacerlo, tampoco preconizaron la admisión o lo hicieron sólo *condicionalmente* y, en todos los casos, enunciando fuertes *reservas*. A estos dos tipos se ha añadido el de los admisibles con limitaciones (para el exterior o a determinados trabajos). Los tres son excluyentes entre sí. No lo son, en cambio los otros casos retenidos: 1) referencias al estado de las fuerzas de los obreros, para un acercamiento específico al *envejecimiento*; 2) menciones alusivas a criterios de organización de la empresa y disciplinarios y 3) otras de interés cualitativo.

Sobre todo para los años veinte, nos ha servido también la correspondencia entre hospital y dirección de la empresa, al margen de los reconocimientos (pero a propósito de ellos) y, en especial, la relativa a incapacida-

des indemnizadas, jubilaciones y despidos acordados por la dirección, que, salvo «perdón», llevaban aparejada la consideración de «inadmisible».

El objeto central de estas páginas es la gestión del trabajo en su faceta médico-patronal. La mejor virtud de la fuente (y, por otra parte, su limitación) es la de un observatorio integrado en el lugar de producción (COTTE-REAU, 1983) e *inscrito* en unas relaciones de producción determinadas. La participación del médico de empresa en la admisión-exclusión-evaluación de la mano de obra es parte de la gestión patronal del trabajo. Su evolución en el tiempo tiene que ver con los modos empleados por *Peñarroya* para resolver su *responsabilidad* jurídica por ciertos aspectos de la «salud» de sus obreros, en las condiciones económicosociales y políticas concretas de la Cuenca del Guadiato durante la primera mitad de este siglo³.

II DIAGNÓSTICO «INADMISIBLE». UN CASO INFRECUENTE EN UNA DOCUMENTACIÓN CADA VEZ MÁS ESCUETA

La unidad de análisis es aquí el reconocimiento médico, no el obrero. Los Cuadros I-III cuentan boletines de reconocimiento sin tener en cuenta la identidad del obrero. No hay descuento ni reagregación de los exámenes sucesivos a un mismo obrero.

Asimismo, la estructuración temporal de la serie se aproxima a una tosca clasificación decenal retocada.

CUADRO II. *Distribución de los reconocimientos médicos de la fuente origen de la muestra*

Años	Recon.	%	recon./año
1904-10	8.664	13,3	1.238
1911-20	19.869	30,6	1.987
1921-30**	11.808	18,2	1.476
1931-36	5.944	9,2	991
1937-50	18.631	28,7	1.331
TOTAL	64.916	100,0	1.443

** Falta 1921 y casi la totalidad de 1927: el promedio del decenio se ha calculado sobre los otros 8 años y el promedio total a partir de los 45 años documentados.

³ Conste nuestro agradecimiento a los responsables de «Encasur» por su comprensión y las facilidades concedidas para la consulta de la documentación antigua salvada.

CUADRO III. Significación relativa de los principales casos retenidos en la fuente origen (%)

	1904-10	1911-20	1921-30	1931-36	1937-50	TOTAL
Inadmisibles	1,8	1,8	0,6	0,1	0,1	0,97
Reservas	2,6	5,5	0,5	0,1	0,1	2,18
Admisibles con limitaciones	0,3	0,2	0,03	0,02	0,01	0,12

Viejos prematuros, agotados	1,4	1,3	0,09	0,0	0,03	0,62
Menciones disciplinarias	0,4	0,5	0,1	0,03	0,02	0,26

Nos ha condicionado el tamaño de la muestra. El auge del empleo durante la Primera Guerra Mundial aparece suavizado, pero no se oculta tomando en bloque la década 1911-20. La depresión de los años treinta profundiza dificultades anteriores: las liquidaciones de personal «sobrante» por «falta de trabajo» se suceden desde 1927 en la hullera. Los llamamientos a extremar el control de los gastos en todos los servicios dominan los informes de la dirección, especialmente desde finales de 1935. Evitando el reclutamiento: «...offrir aux municipalités des secours en argent plutôt que de prendre des ouvriers, même en petit nombre, que l'on ne pourra plus renvoyer ultérieurement» (*Rapport*, 2-5-36). Ajustando los programas de trabajos al plazo más breve: «...quelques mois ou même quelques semaines» (*Rapport*, 11-7-36). Los promedios de obreros reconocidos por año que figuran en el Cuadro II reflejan los lances coyunturales del empleo, aunque con algunas interferencias. Los máximos anuales se registran en 1916 y 1917, con unos 3.500 partes por año. En 1931 son 690 y la media desde este año a 1936 está un poco inflada por la cifra de...1936 (unos 1.700; más de 2/3 realizados a partir de mediados de octubre).

Resaltaremos dos puntos: 1) la modesta significación absoluta (Cuadro I) y relativa (Cuadro III) de los casos retenidos; 2) su muy desigual distribución a lo largo del medio siglo abarcado, que no es réplica de una secuencia paralela del conjunto de los reconocimientos que integran la serie madre (Cuadro II).

1) El pronunciamiento explícito de los médicos por la no admisión del obrero constituye un caso muy infrecuente. Todo conduce a pensar que si hay una situación que podía ser detectada con bastante aproximación con la rutina de búsqueda desarrollada es la del rechazo expresado del candidato al trabajo. No se olvide que hablamos de trabajadores rechazables *según el médico* y que éste los recibe una vez que alguna dependencia de la empresa *decide* proponerlos para un empleo. Está claro que el del hospital es un *segundo filtro* en el recluta-

miento y que este último depende de los planes de producción de la dirección.

Ahora bien, si el 1% de diagnósticos «inadmisible» que hallamos en todo el período 1904-1950 puede no estar muy descaminado, ese otro 2% de juicios poco favorables no es más que una porción mínima de las papelillas en las que el facultativo anotó «reservas». Simplemente, nuestra búsqueda no se ha dirigido a un registro exhaustivo de estos casos, sino sólo de aquellos de los que puede desprenderse mayor desamparo del obrero en su pretensión de conseguir empleo. Sólo las reservas referentes a hernias (inguinales y crurales, casi todas) están presentes en unos 20.000 partes: ¡1 de cada 3!

2) El 83% de los «inadmisibles» y el 93% de los diagnósticos que hemos agrupado bajo la rúbrica «reservas» se concentran entre 1904 y 1920. La frecuencia relativa de los segundos se incrementa en el intervalo 1911-20 y su descenso es también más acusado en la década siguiente. Después ambos tipos casi desaparecen de una muestra, a su vez, reducida a su mínima expresión. Si un cambio de tal calibre no puede achacarse razonablemente a un vuelco súbito del estado de salud de los demandantes de empleo, cabe interrogarse por una evolución propia a la fuente y, en tal caso, por sus determinantes. La posibilidad de un puro espejismo consustancial a las claves que guiaron la confección de la muestra está mitigada por la elección que se hizo, tratando de incluir todas las variantes léxicas de los *significados* buscados. O, mejor dicho, el espejismo existe *desde el principio*, en la medida en que esas claves pasan de largo por la mayor parte de las papelillas con «reservas». La evaporación, después de 1920, de las expresiones más excluyentes y, en general, de los diagnósticos más cargados de información es real.

En parte, esa concisión progresiva de los boletines pudiera, paradójicamente, imputarse a la potenciación de la medicina de empresa, que pasa por la aplicación de seguimientos específicos de distintos riesgos patógenos a los que se expone el minero. Pero la explicación

no parece del todo suficiente: los reconocimientos masivos para el control y tratamiento de la anquilostomiasis (la famosa verminosis largo tiempo identificada como *anemia de los mineros*) se practicarán desde los últimos años veinte; los de detección del paludismo, endémico entonces en la zona, se desarrollan en los treinta y los exámenes para el estudio y clasificación del personal en función del riesgo coniótico esperarán a la segunda mitad de los cuarenta, una vez extendido al ramo del carbón (1944) el Seguro de Silicosis, creado por decreto en 1941. Esta afección se diagnostica por primera vez como tal en un boletín de 1942. Hasta entonces se aludía sólo a «catarrósos» y «bronquíticos crónicos», tuberculosos y «pre-tuberculosos» pulmonares, «asmáticos agudos» y convalecientes de «pulmonías». Aparte de las consideraciones que puedan hacerse sobre la tendencia de la medicina de empresa a fragmentar la aprehensión de las relaciones entre trabajo y «salud» (entre trabajo y *enfermedad*) (DURAFFOURG, 1985), importa subrayar que el empobrecimiento de nuestra fuente es un poco anterior a la proliferación de nuevas modalidades de control médico, generadoras de informaciones poco reflejadas en las papelillas de admisión.

¿Hay relajación del control médico de la admisión? El facultativo sabe que hay momentos en los que el listón de exigencia física debe rebajarse. Como entre 1916 y 1919:

«...Tiene el codo derecho deforme, anquilosado, deficiente de función y menos potente por fractura que refiere haber sufrido a los 5 años. A falta de obreros es aprovechable» <1916>;

«Admisible condicional, por mucha necesidad de obreros, pues tiene infartos viscerales, hernia inguinal en el lado derecho y...» <1917>.

Pero conste que estos casos corresponden al intervalo temporal en el que registramos mayor incidencia de los diagnósticos buscados. Los matices se pierden más adelante.

«Primer reconocimiento. Antes en mina Valdepeñas Puertollano. Tiene deforme el muslo izquierdo y acortado por fractura antigua en Jaén y hernia inguinal en cada lado (antes estos no se admitían, hoy...)» <1920>.

«Hoy», a principios de 1920, no debe ser ajeno a otra circunstancia muy concreta: la huelga minera que se desencadenará en primavera (BARRAGÁN, 1985 y 1990). Según el propio médico, «en tiempo de huelga todo se admite...» <1920>. Pero la reiteración de los comentarios que apuntan a una tendencia en la actitud de la empresa sugiere algo más que episodios pasajeros:

«Inútil. Ya se dijo [...] que no puede levantar el brazo derecho y tiene hernia inguinal izquierda reproducida [...] Por buen com-

portamiento autoriza la dirección y firma sus incapacidades [...] para que le den trabajo» <1923>.

La declaración de inutilidad pierde significado (el más literal). Puede llegar a hacerse innecesaria:

«Sólo tiene 1/10 de visión. En ese servicio sabrán lo que deben hacer con él puesto que lleva años trabajando» <1928>;

«Admisible por nota de la dirección [...] Pérdida del globo ocular izquierdo y operado de hernia inguinal» <1930>;

«Útil. Pérdida de visión completa del ojo derecho. Ve muy poco con el izquierdo. Como, a pesar de considerarlo inútil para el reconocimiento en [...] 1914, continuó trabajando y lleva así 18 o 19 años, que siga igual (firmada su incapacidad)» <1932>.

Como indican dos de los textos citados, la tendencia se ha ido fraguando en los años anteriores. Puede decirse que desde que interviene la innovación jurídica; encajada ésta por la compañía, el médico seguirá anotando algunas «reservas» —la función que expresamente otorga el reglamento de régimen interno de 1942 al reconocimiento en el procedimiento de admisión (v.g. libro 2º, cap. III, art. 7º)—, sin que ello sea obstáculo para una declaración explícita de utilidad. En gran medida, ésta se sustrae a las decisiones del médico; los diagnósticos se hacen más rutinarios, menos meticulosos. Lo importante es que consignen escuetamente lo que pueda poner a cubierto a la compañía de las reclamaciones más previsible; con la firma del obrero, o con testigos.

Sin duda, esta evolución no es indiferente a algunas precisiones restrictivas de la legislación de accidentes de trabajo ni a la seguridad que, en términos generales, aportan a la posición patronal los fallos judiciales (COHEN y FERRER, 1992). Y viceversa.

La evolución del tratamiento legal de las hernias resulta elocuente. Incluidas entre las incapacidades *parciales* desde 1903 (cambio de trabajo «con igual remuneración» o indemnización por el importe de un año de salario, a elección del patrono), un decreto de 1917 *autorizó* lo que entonces era una práctica habitual en *Peñarroya*: el reconocimiento previo para detectar cualquier «predisposición» a padecerlas. El precepto fue incorporado al Reglamento de la nueva Ley de Accidentes de Trabajo de 1922. La declaración de incapacidad laboral dependería, entre otras condiciones, de la comprobación de «un dolor brusco en el momento del accidente» (art. 93-3º). Es lo que el Código de Trabajo de 1926 designará «hernia de fuerza o por accidente» (art. 252) y que el nuevo Reglamento de Accidentes de 1933 definirá por su aparición «brusca», en obreros «no predispuestos», con origen en un traumatismo o esfuerzo «violento, imprevisto y anormal en relación al trabajo que habitualmente ejecuta el obrero».

De hecho, las revisiones médicas de *Peñarroya* no dejan de reparar en la formación de hernias, aparecidas «progresivamente» o «lentamente y sin esfuerzo» <1919>. Aunque el obrero deje claro que «paseando no se hacían» <1916>. Muchas más veces insistirán en su existencia previa al ingreso, forzando un poco el diagnóstico («se le puede considerar como <herniado> aun sin serlo» <1908>), o en una propensión. Esta *anticipación* de reservas incluye la mención de antecedentes familiares, que evoca el «darwinismo expeditivo» de algunas descripciones médicas decimonónicas del «tipo minero» (MICHEL, 1993): hijo, hermano, sobrino —por partida doble—, «familia de herniados» <1909>. Una especie de reflejo lombrosiano apunta al herniado nato, como, también, al herido nato, al simulador nato o al litigante nato.

La compañía disponía de vacuna contra esta «epidemia» de los trabajadores de la zona (GENDRE, 1926). Los «propensos» podían emplearse previa firma. Los ya herniados, en general, también...si trabajaban ya en la Sociedad...y estaban avalados por su «buena conducta». Insinuar reclamaciones no estaba bien visto:

«Admisible hoy. Como muchos [...] tiene propensión a hernias. es hermano de [...] que presentó injustamente demanda a la Sociedad en 1909 por hernia y según se explica tiene las mismas teorías» <1915>.

Desde luego, entablar pleito ante los tribunales era deslealtad que solía cerrar las puertas al empleo. Como sucedía con todos los indemnizados, jubilados y despedidos, la dirección señalaba a los demandantes para que no se les volviera a admitir al trabajo. A *Peñarroya* llega también información de obreros liquidados en centros de la minería metálica cordobesa (Villanueva del Duque), del valle de Alcuía y Campo de Calatrava, de Linares-La Carolina y de Cartagena. La articulación de un mercado interprovincial de trabajo minero se alimenta de flujos migratorios que remontan atrás en el siglo pasado y, en algún caso, aún más (DOBADO, 1982); en especial, entre los cotos de Sevilla, Córdoba, Ciudad Real y Badajoz (QUIRÓS, 1956; TOMÁS, 1991): un territorio totalmente englobado en la expansión de *Peñarroya* (NADAL, 1978).

Este modelo de respuesta patronal no se limita a las hernias. El trabajo como premio y sucedáneo de la indemnización por incapacidad permanente (si el obrero lo «merece» <1917>; si la empresa tiene que «agradecerle» <1917> por su historial) puede concederse, incluso, en situaciones que podrían superar el grado de la incapacidad *parcial*. Como a algunos obreros tuertos y con notables pérdidas de visión en el otro ojo, a menos

que haya «obreros donde elegir» <1909> o no interese conservarlos por «exceso de personal»: este último es el caso de dos despedidos en 1928 que perdieron ojos en accidentes ocurridos en 1919 y 1921. Su salario de «entonces» es indicado por el ingeniero principal de la hullera al director para que examine el asunto y se proceda a la «liquidación [...] si ha lugar».

La lógica aplicada parece más próxima del *socorro* que de la indemnización. Lo volveremos a advertir en el trato de *Peñarroya* a sus obreros «viejos». Otra cosa son las indemnizaciones por incapacidad temporal, mientras se prolonga la baja por accidente (1/2 salario; 3/4 con la Ley de 1922). El obrero la percibe... siempre que establezca sin ningún género de dudas su origen en el trabajo, lo que no sucederá con cualquier «lumbago» <1914>. Una de las reivindicaciones de los huelguistas de Puertollano en 1911 reclamaba que los celadores dieran papelilla de accidente «aunque no haya lesión exterior» (MARTÍNEZ ORTEGA, 1915). Por lo demás, frecuencia de las heridas y tiempo de convalecencia se vigilarán con atención y la autolesión o el retraso de la curación «por métodos reprobables» daban lugar a suspensión o despido.

En resumen, puede que una política de gestión patronal del trabajo limitara, hasta cierto punto, el alcance que tuvieron sus controles médicos a la admisión de trabajadores en las dos primeras décadas de vigencia del *riesgo profesional*. No hay que olvidar que cuanto más puntillosas las reservas médicas, más conflicto provoca el reconocimiento. Hay muestras de ello en la documentación. La réplica del obrero (individual u organizada, sobre todo en los años treinta) también marca las adaptaciones patronales. Concesión táctica o renuncia a excesos superfluos, aquí puede estar una de las razones del cambio en la fuente.

Entre las otras que pueden confluir: el avance en el proceso normalizador de los accidentes de trabajo que supuso la obligatoriedad para el patrono del seguro contra el riesgo de accidente con incapacidad permanente de los obreros (1932); quizás, la menor presencia de verdaderos «nuevos» entre los candidatos a un puesto; por diversos motivos, el peso del marco general resultante de 1936-39. Y la mencionada fragmentación de los controles médicos, sin excluir que información adicional derivada de ellos pudiera haber sido remitida a los centros de trabajo de la empresa por canales cuyo rastro no hemos advertido. En principio, la matriz del parte de reconocimiento que quedaba en el hospital contenía los mismos apuntes enviados a los distintos servicios. A veces, con toda certeza, alguno más.

De hecho, las revisiones médicas de *Peñarroya* no dejan de reparar en la formación de hernias, aparecidas «progresivamente» o «lentamente y sin esfuerzo» <1919>. Aunque el obrero deje claro que «paseando no se hacían» <1916>. Muchas más veces insistirán en su existencia previa al ingreso, forzando un poco el diagnóstico («se le puede considerar como <herniado> aun sin serlo» <1908>), o en una propensión. Esta *anticipación* de reservas incluye la mención de antecedentes familiares, que evoca el «darwinismo expeditivo» de algunas descripciones médicas decimonónicas del «tipo minero» (MICHEL, 1993): hijo, hermano, sobrino —por partida doble—, «familia de herniados» <1909>. Una especie de reflejo lombrosiano apunta al herniado nato, como, también, al herido nato, al simulador nato o al litigante nato.

La compañía disponía de vacuna contra esta «epidemia» de los trabajadores de la zona (GENDRE, 1926). Los «propensos» podían emplearse previa firma. Los ya herniados, en general, también...si trabajaban ya en la Sociedad...y estaban avalados por su «buena conducta». Insinuar reclamaciones no estaba bien visto:

«Admisible hoy. Como muchos [...] tiene propensión a hernias. es hermano de [...] que presentó injustamente demanda a la Sociedad en 1909 por hernia y según se explica tiene las mismas teorías» <1915>.

Desde luego, entablar pleito ante los tribunales era deslealtad que solía cerrar las puertas al empleo. Como sucedía con todos los indemnizados, jubilados y despedidos, la dirección señalaba a los demandantes para que no se les volviera a admitir al trabajo. A *Peñarroya* llega también información de obreros liquidados en centros de la minería metálica cordobesa (Villanueva del Duque), del valle de Alcuía y Campo de Calatrava, de Linares-La Carolina y de Cartagena. La articulación de un mercado interprovincial de trabajo minero se alimenta de flujos migratorios que remontan atrás en el siglo pasado y, en algún caso, aún más (DOBADO, 1982); en especial, entre los cotos de Sevilla, Córdoba, Ciudad Real y Badajoz (QUIRÓS, 1956; TOMÁS, 1991): un territorio totalmente englobado en la expansión de *Peñarroya* (NADAL, 1978).

Este modelo de respuesta patronal no se limita a las hernias. El trabajo como premio y sucedáneo de la indemnización por incapacidad permanente (si el obrero lo «merece» <1917>; si la empresa tiene que «agradecerle» <1917> por su historial) puede concederse, incluso, en situaciones que podrían superar el grado de la incapacidad *parcial*. Como a algunos obreros tuertos y con notables pérdidas de visión en el otro ojo, a menos

que haya «obreros donde elegir» <1909> o no interese conservarlos por «exceso de personal»: este último es el caso de dos despedidos en 1928 que perdieron ojos en accidentes ocurridos en 1919 y 1921. Su salario de «entonces» es indicado por el ingeniero principal de la hullera al director para que examine el asunto y se proceda a la «liquidación [...] si ha lugar».

La lógica aplicada parece más próxima del *socorro* que de la indemnización. Lo volveremos a advertir en el trato de *Peñarroya* a sus obreros «viejos». Otra cosa son las indemnizaciones por incapacidad temporal, mientras se prolonga la baja por accidente (1/2 salario; 3/4 con la Ley de 1922). El obrero la percibe... siempre que establezca sin ningún género de dudas su origen en el trabajo, lo que no sucederá con cualquier «lumbago» <1914>. Una de las reivindicaciones de los huelguistas de Puertollano en 1911 reclamaba que los celadores dieran papelilla de accidente «aunque no haya lesión exterior» (MARTÍNEZ ORTEGA, 1915). Por lo demás, frecuencia de las heridas y tiempo de convalecencia se vigilarán con atención y la autolesión o el retraso de la curación «por métodos reprobables» daban lugar a suspensión o despido.

En resumen, puede que una política de gestión patronal del trabajo limitara, hasta cierto punto, el alcance que tuvieron sus controles médicos a la admisión de trabajadores en las dos primeras décadas de vigencia del *riesgo profesional*. No hay que olvidar que cuanto más puntillosas las reservas médicas, más conflicto provoca el reconocimiento. Hay muestras de ello en la documentación. La réplica del obrero (individual u organizada, sobre todo en los años treinta) también marca las adaptaciones patronales. Concesión táctica o renuncia a excesos superfluos, aquí puede estar una de las razones del cambio en la fuente.

Entre las otras que pueden confluír: el avance en el proceso normalizador de los accidentes de trabajo que supuso la obligatoriedad para el patrono del seguro contra el riesgo de accidente con incapacidad permanente de los obreros (1932); quizás, la menor presencia de verdaderos «nuevos» entre los candidatos a un puesto; por diversos motivos, el peso del marco general resultante de 1936-39. Y la mencionada fragmentación de los controles médicos, sin excluir que información adicional derivada de ellos pudiera haber sido remitida a los centros de trabajo de la empresa por canales cuyo rastro no hemos advertido. En principio, la matriz del parte de reconocimiento que quedaba en el hospital contenía los mismos apuntes enviados a los distintos servicios. A veces, con toda certeza, alguno más.

CUADRO IV. Causas de inadmisibilidad al trabajo. Clasificación simplificada. (1904-1910)*

Cód.	Causas	Inadmissi. (I)		Reservas (II)		Total (I + II)	
		nº	%	nº	%	nº	%
1	Hernias	54	33,8	66	29,6	120	31,3
2	Hernias y otras causas	18	11,3	33	14,8	51	13,3
3	Afecciones oculares, pérdidas de visión	29	18,1	22	9,9	51	13,3
4	Afecciones oculares, pérdidas de visión y otras causas	16	10,0	24	10,8	40	10,4
5	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores	7	4,4	24	10,8	31	8,1
6	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores y otras causas	4	2,5	8	3,6	12	3,1
7	Mutilaciones en miembros superiores	3	1,9	20	9,0	23	6,0
8	Mutilaciones en miembros inferiores	1	0,6	1	0,4	2	0,5
9	Varicosis; erosiones, furúnculos y otras alteraciones de la piel	10	6,3	13	5,8	23	6,0
10	Patologías venéreas y otras de los órganos genitales	4	2,5	9	4,0	13	3,4
11	Procesos respiratorios y cardiovasculares	4	2,5	6	2,7	10	2,6
12	Procesos infecciosos y parasitarios	1	0,6	3	1,3	4	1,0
13	Estados anémicos	4	2,5	1	0,4	5	1,3
14	Invasión parasitaria	2	1,3	0	0,0	2	0,5
15	Falta de edad	9	5,6	7	3,1	16	4,2
16	Vejez, agotamiento	4	2,5	14	6,3	18	4,7
17	Deformidades constitucionales	3	1,9	14	6,3	17	4,4
18	Afecciones del oído, pérdidas de audición	0	0,0	3	1,3	3	0,8
19	Tumores	1	0,6	2	0,9	3	0,8
20	Epilepsia y otras anomalías del sistema nervioso	2	1,3	2	0,9	4	1,0
21	Otras causas	0	0,0	1	0,4	1	0,3
22	Motivos administrativos y disciplinarios	7	4,4	0	0,0	7	1,8
23	No consta	1	0,6	0	0,0	1	0,3

III
RESERVAS MÉDICAS Y CAUSAS DE RECHAZO

No podemos extendernos en una explicación detallada de la clasificación que se ha adoptado para las causas de reserva y/o declaración médica de inadmisibilidad (véase la nota al pie de los Cuadros IV-IX). Nos limitaremos a algunos de sus capítulos.

A diferencia de las restantes, las tres más importantes (hernias, defectos de ojos y vista y limitaciones funcionales de los miembros) se han computado separadamente según se presenten o no como únicos elementos de los diagnósticos. Las observaciones sobre los ojos (grupos 3-4) abarcan pérdida del globo, medida de agudeza visual, percepción cromática (para algunos trabajos) y una gama de síntomas y especies nosológicas de variada localización; casi todos relacionables entre sí por procesos en cadena. Subrayando el carácter infeccioso de algunos procesos, se trata de reconfortar la posición patronal, aun cuando se reconozcan genéricamente efectos irritantes del medio de trabajo (brea, polvos) y, de modo concreto, el origen «traumático» de algunos cuadros...o aunque los generalmente leves motivados por «incrustación de partícu-

las sólidas» fueran parte sustancial del quehacer diario de los practicantes.

«...Hoy tiene conjuntivitis catarral. No le conviene los trabajos en brea por el estado irritativo que produce y luego diría que por eso no ve» <1912>.

El epígrafe 9 agrupa riesgos patógenos de carácter diverso, emparentados a veces por un mismo proceso y siempre por su significado para la empresa: el peligro de agravar las lesiones y encarecer la convalecencia. Razón que puede esgrimirse también para el grupo 10: la blenorragia, por ejemplo, da casi siempre pie a la objeción de que «si aparece la orquitis dirá que fue un golpe». Aunque en otros casos, igual que para los grupos 12 y 14, decide la apreciación o no de «afección propagable» en el momento del reconocimiento.

Las anemias (13) aparecen muy asociadas a convalecencias de paludismo (incluido en 12) y a la anquilostomiasis (detectada en 56 de cada 100 del millar de obreros de la mina San Rafael en 1928, antes de la adopción reticente de algunos de los remedios profilácticos preconizados por el decreto de 1926).

No es preciso insistir en lo problemático que resultaría intentar discernir entre anomalías congénitas («sos-

CUADRO V. Causas de inadmisibilidad al trabajo. Clasificación simplificada. (1911-1920)

Cód.	Causas	Inadmissi. (I)		Reservas (II)		Total (I + II)	
		nº	%	nº	%	nº	%
1	Hernias	32	8,7	539	49,0	571	38,9
2	Hernias y otras causas	63	17,2	259	23,6	322	22,0
3	Afecciones oculares, pérdidas de visión	33	9,0	44	4,0	77	5,3
4	Afecciones oculares, pérdidas de visión y otras causas	30	8,2	116	10,6	146	10,0
5	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores	25	6,8	89	8,1	114	7,8
6	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores y otras causas	9	2,5	73	6,6	82	5,6
7	Mutilaciones en miembros superiores	4	1,1	40	3,6	44	3,0
8	Mutilaciones en miembros inferiores	0	0,0	3	0,3	3	0,2
9	Varicosis; erosiones, furúnculos y otras alteraciones de la piel	41	11,2	31	2,8	72	4,9
10	Patologías venéreas y otras de los órganos genitales	13	3,5	20	1,8	33	2,3
11	Procesos respiratorios y cardiovasculares	2	0,5	18	1,6	20	1,4
12	Procesos infecciosos y parasitarios	20	5,4	24	2,2	44	3,0
13	Estados anémicos	5	1,4	12	1,1	17	1,2
14	Invasión parasitaria	14	3,8	4	0,4	18	1,2
15	Falta de edad	33	9,0	15	1,4	48	3,3
16	Vejez, agotamiento	26	7,1	94	8,6	120	8,2
17	Deformidades constitucionales	5	1,4	13	1,2	18	1,2
18	Afecciones del oído, pérdidas de audición	2	0,5	3	0,3	5	0,3
19	Tumores	2	0,5	4	0,4	6	0,4
20	Epilepsia y otras anomalías del sistema nervioso	4	1,1	2	0,2	6	0,4
21	Otras causas	0	0,0	3	0,3	3	0,2
22	Motivos administrativos y disciplinarios	79	21,5	14	1,3	93	6,3
23	No consta	5	1,4	3	0,3	8	0,5

pechadas» a veces en los diagnósticos) y adquiridas, dentro del grupo de las «constitucionales» (17) (columna, esternón, rodillas).

Vayamos con los resultados. Las tres causas que dominan los diagnósticos (grupos 1-6) suman el 85% de los boletines que los consignan, computando conjuntamente los codificados como *inadmisibles* y como *reservas* en el período 1904-50 (Cuadro IX). Sólo la extraordinaria supremacía de las hernias altera (llamativamente) las jerarquías establecidas por las encuestas oficiales de finales del XIX y comienzos del XX en el Norte hulle-ro francés (TREMPE, 1983). Añadiendo los casos de vejez y agotamiento (grupo 16) y los de motivación administrativa o disciplinaria (22), reunimos más del 97%.

Si diferenciamos, ahora, las dos situaciones que distinguen *inadmisibles* y *reservas*, destaca el dominio mucho más pronunciado de las hernias en el segundo tipo de diagnósticos, al contrario de lo que sucede con los de los grupos 3 (ojos) y 9 (varicosis...): en estos dos casos, sobre todo en el último, a menudo es un rechazo temporal, hasta que desaparezca o se alivie el problema señalado. Naturalmente, las prisas del obrero en incorporarse son mayores cuando la lesión no guarda rela-

ción con las labores de *Peñarroya* o, al menos, relación establecida:

«Operado reciente de riñón. Tiene drenaje puesto, con su frasco para recoger la orina [...] Si fuese un accidente y yo mandase al obrero a trabajar no querría» <1916>.

Las causas de cariz disciplinario (grupo 22) motivan casi siempre juicios tajantes. Entiéndase bien: por lo general, el médico sólo *constata* que el obrero es inadmissible por orden de la dirección. Amenazas y agresiones a capataces e ingenieros, robos de material o a los compañeros, riñas, «promoción» de huelgas... La lista de los motivos de despido que recogen las comunicaciones de la dirección es larga. La readmisión «por haberse prestado voluntariamente á trabajar» en tiempo de huelga se repite (e incluye a algún indemnizado). En otras ocasiones argumentará «haber sido suficientemente castigada <la falta> quedando bien sentado el principio de disciplina» (1919).

¿Qué funciones incumbe al hospital en estos casos? Se pueden sintetizar en dos:

1ª) Una barrera complementaria para cerrar el paso a obreros marcados por la dirección. No debe olvidarse que en el hospital convergen comunicaciones de todos los ser-

CUADRO VI. Causas de inadmisibilidad al trabajo. Clasificación simplificada. (1921-1930)

Cód.	Causas	Inadmissi. (I)		Reservas (II)		Total (I + II)	
		nº	%	nº	%	nº	%
1	Hernias	6	7,9	27	43,5	33	23,9
2	Hernias y otras causas	10	13,2	11	17,7	21	15,2
3	Afecciones oculares, pérdidas de visión	16	21,1	6	9,7	22	15,9
4	Afecciones oculares, pérdidas de visión y otras causas	3	3,9	6	9,7	9	6,5
5	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores	1	1,3	4	6,5	5	3,6
6	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores y otras causas	8	10,5	4	6,5	12	8,7
7	Mutilaciones en miembros superiores	5	6,6	0	0,0	5	3,6
8	Mutilaciones en miembros inferiores	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	Varicosis; erosiones, furúnculos y otras alteraciones de la piel	16	21,1	4	6,5	20	14,5
10	Patologías venéreas y otras de los órganos genitales	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11	Procesos respiratorios y cardiovasculares	3	3,9	5	8,1	8	5,8
12	Procesos infecciosos y parasitarios	1	1,3	0	0,0	1	0,7
13	Estados anémicos	2	2,6	0	0,0	2	1,4
14	Invasión parasitaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	Falta de edad	4	5,3	1	1,6	5	3,6
16	Vejez, agotamiento	1	1,3	1	1,6	2	1,4
17	Deformidades constitucionales	3	3,9	5	8,1	8	5,8
18	Afecciones del oído, pérdidas de audición	1	1,3	1	1,6	2	1,4
19	Tumores	1	1,3	0	0,0	1	0,7
20	Epilepsia y otras anomalías del sistema nervioso	3	3,9	0	0,0	3	2,2
21	Otras causas	1	1,3	1	1,6	2	1,4
22	Motivos administrativos y disciplinarios	5	6,6	1	1,6	6	4,3
23	No consta	3	3,9	0	0,0	3	2,2

vicios. El facultativo tiene orden de detectar y rechazar todo atisbo de filiación dudosa o contradictoria, para lo que debe hacer las comprobaciones convenientes. No es raro que fuerce a aclaraciones por parte de la subdirección administrativa, por faltarle constancia de alguna revocación (entre despido y readmisión llegan a pasar varios años). Pero también le agradecen informaciones: «sin el escrupuloso cuidado de nuestro Servicio de Hospital muchos despedidos volverían al trabajo» <1907, 1920>.

2ª) Un seguimiento vigilante del historial del obrero en materia de accidentes: frecuencia, «sometimiento a la organización» del hospital...e *intenciones*: «creo pretendió sacar los cuartos» <1905> o «mucho ojo que es un pretendiente a la indemnización» <1916>. Advertencia que puede también matizar la consideración de «admisibles» y caer fuera de los casos que se estudian...sin dejar de configurar un «antecedente». Sí se ha clasificado en el grupo la expulsión del reconocimiento: por no querer vacunarse, por alterar el orden... El médico se lo explica al ingeniero de la mina Parrilla en una nota de 1910:

«Ha ocurrido ya en este servicio disputas y cuestiones entre los obreros al tiempo del reconocimiento por reirse unos de otros [...] seguramente es por verse desnudos y à estos de hoy [...] se les mandó salir y dejó sin reconocimientos».

Recuperemos, por último, la perspectiva de conjunto para resaltar algunos puntos de la comparación entre los períodos distinguidos (cuadros IV-VIII):

1ª) Consideradas las dos situaciones estudiadas, es notorio el incremento de las menciones a hernias al pasar de 1904-10 a 1911-20. Más exactamente, el aumento es de las que integran diagnósticos que sólo enuncian «reservas», mientras que las que motivaban declaración de inaptitud abundaban más en los primeros años. Ya se ha visto que hay plena coherencia entre la pérdida de peso de las hernias como motivo de exclusión y su afirmación como elemento de *reserva*. La práctica patronal anticipa las sucesivas precisiones legales tanto como las refleja. Sabemos que el descenso posterior de estos casos tiene mucho que ver con los objetivos y el modo de elaboración de la muestra. No es preciso, ni conviene, cargar la mano en la redacción del diagnóstico: entre reconocimiento previo, «predisposición» y firma del obrero se ha esfumado, con un solo concepto, una cuota elevadísima de la *responsabilidad patronal*.

2ª) Vale la pena destacar el aumento de las inadmisiones disciplinarias en 1911-20, intervalo que concentra el 87% de estas menciones en el medio siglo cubierto

CUADRO VII. Causas de inadmisibilidad al trabajo. Clasificación simplificada. (1931-1936)

Cód.	Causas	Inadmis. (I)		Reservas (II)		Total (I + II)	
		nº	%	nº	%	nº	%
1	Hernias	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	Hernias y otras causas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	Afecciones oculares, pérdidas de visión	3	50,0	5	71,4	8	61,5
4	Afecciones oculares, pérdidas de visión y otras causas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores	1	16,7	0	0,0	1	7,7
6	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores y otras causas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7	Mutilaciones en miembros superiores	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8	Mutilaciones en miembros inferiores	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	Varicosis; erosiones, furúnculos y otras alteraciones de la piel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	Patologías venéreas y otras de los órganos genitales	1	16,7	0	0,0	1	7,7
11	Procesos respiratorios y cardiovasculares	0	0,0	1	14,3	1	7,7
12	Procesos infecciosos y parasitarios	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13	Estados anémicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	Invasión parasitaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	Falta de edad	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16	Vejez, agotamiento	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17	Deformidades constitucionales	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18	Afecciones del oído, pérdidas de audición	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19	Tumores	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20	Epilepsia y otras anomalías del sistema nervioso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21	Otras causas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
22	Motivos administrativos y disciplinarios	1	16,7	0	0,0	1	7,7
23	No consta	0	0,0	1	14,3	1	7,7

(frente a 79% de las hernias). Si no las cifras, los términos de los diagnósticos parecen revelar matices diferenciales entre rigor disciplinario y exigencias de *calidad* física de la mano de obra, en sus relaciones respectivas con las urgencias del reclutamiento.

3º) Dos comentarios, de interés más que nada cualitativo, sobre los años finales de la serie. De un lado, cierto énfasis en las lesiones respiratorias, con denominaciones que identifican ya la etiología profesional. La codificación jurídica, a partir de las abortadas Bases de 1936, condiciona la nomenclatura y las observaciones médicas. De otro lado, los cuadros clasificados como estados anémicos (de 1941) dan testimonio de las condiciones de la postguerra en la Cuenca: «avitaminosis, agotamiento intenso»; «edemas en cara, manos y ambas piernas y pies debido a una hipoalimentación...»

IV

TRABAJO Y DESGASTE FÍSICO

Abordar esta relación exige afrontar terrenos movedizos, alejados de las certezas de la cifra concluyente (COTTEREAU, 1983). No existe estadística que no vele la

captación *global* (la captación a secas) del problema.

Aquí se tocan dos aspectos sólo en parte solapados: uno es, en general, la precocidad del desgaste por el trabajo; el otro, el envejecimiento como determinante de inaptitud o de reservas médicas a la admisión.

Expresiones como «viejo prematuro» y similares se encuentran en más de 1% de los partes de 1904 a 1920, en su mayoría (casi 70%) en obreros más o menos «útiles» para el trabajo. 1% no es una proporción elevada. No deja de llamar la atención, sin embargo, un vocabulario que, implícitamente, sugiere asociación entre condiciones de existencia (muy determinadas por las de trabajo) y deterioro físico acelerado: «cuerpo» u «hombre» «gastado», «trabajado»; «organismo agotado» o «extenuado». Algún caso de cierto detalle descriptivo puede hacer las veces de definición:

40 años: «Viejo prematuro, catarroso crónico pulmonar [...], hernia crural derecha en formación avanzada» <1910>;

46 años: «...vejez prematura, débil, agotado, flácido, con parálisis del pulgar derecho que él dice ser de accidente. Tiene propensión hemiarria» <1919>.

El segundo ejemplo incluye: «admisible, porque dice ser muy antiguo». «Admisible, mejor aprovechable» o

CUADRO VIII. Causas de inadmisibilidad al trabajo. Clasificación simplificada. (1937-1950)

Cód.	Causas	Inadmissi. (I)		Reservas (II)		Total (I + II)	
		nº	%	nº	%	nº	%
1	Hernias	0	0,0	2	7,4	2	4,0
2	Hernias y otras causas	2	8,7	4	14,8	6	12,0
3	Afecciones oculares, pérdidas de visión	3	13,0	3	11,1	6	12,0
4	Afecciones oculares, pérdidas de visión y otras causas	1	4,3	1	3,7	2	4,0
5	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores	1	4,3	1	3,7	2	4,0
6	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores y otras causas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7	Mutilaciones en miembros superiores	1	4,3	6	22,2	7	14,0
8	Mutilaciones en miembros inferiores	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	Varicosis; erosiones, furúnculos y otras alteraciones de la piel	1	4,3	1	3,7	2	4,0
10	Patologías venéreas y otras de los órganos genitales	0	0,0	1	3,7	1	2,0
11	Procesos respiratorios y cardiovasculares	5	21,7	9	33,3	14	28,0
12	Procesos infecciosos y parasitarios	0	0,0	1	3,7	1	2,0
13	Estados anémicos	1	4,3	3	11,1	4	8,0
14	Invasión parasitaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	Falta de edad	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16	Vejez, agotamiento	5	21,7	1	3,7	6	12,0
17	Deformidades constitucionales	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18	Afecciones del oído, pérdidas de audición	0	0,0	1	3,7	1	2,0
19	Tumores	1	4,3	0	0,0	1	2,0
20	Epilepsia y otras anomalías del sistema nervioso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21	Otras causas	1	4,3	0	0,0	1	2,0
22	Motivos administrativos y disciplinarios	0	0,0	0	0,0	0	0,0
23	No consta	7	30,4	0	0,0	7	14,0

«admisibles como aprovechables» son algunas variantes. O «debe ser observado y ver si da el rendimiento necesario» <1941!>. Es otro exponente de la política de personal antes evocada. Como para los obreros de edad más avanzada, la decisión de la empresa (y los juicios médicos) pende, en gran medida, del historial del obrero.

Sólo hasta 1920 tiene sentido esbozar una comparación en el tiempo con respecto a la edad de estos «aviejados» prematuramente (Cuadro X). El promedio sube más de 3 años de 1904-10 a 1911-20, sin alejarse de la cota de los 40. Los tiempos de «todo vale» del período bélico pueden tener algo que ver. Sorprenden las edades mínimas: hay que aclarar que las más bajas encontradas corresponden a expresiones diagnósticas que hemos asimilado a la «vejez prematura». Como tal, ésta aparece en obreros de al menos 27 años... Está, por lo demás, el problema de la fiabilidad de las declaraciones de edad, de alcance más general para el análisis demográfico de esta población obrera y particularmente al inicio de la vida activa (COHEN, 1993). No se olvide que edad, cargo y remuneración están muy relacionados. Las sospechas médicas oscilan entre el reparo («representa más»), la

acusación («más edad de la que confiesa») y la duda acerca de la certeza misma del obrero («más edad de la que cree tener»).

El Cuadro XI contabiliza los diagnósticos *negativos* en cuya redacción hemos apreciado influencia acusada del exceso de edad o el agotamiento de las fuerzas del obrero. Veamos: 1) Salvo en 1937-50, hay mayor presencia de esta causa entre los clasificados como *reservas* que entre los que propugnan categóricamente exclusión; 2) su significación relativa aumenta en el segundo decenio del siglo, a la par que la edad media de los obreros aludidos. Esta última tendencia coincide con la apuntada para los (más repartidos) «viejos prematuros». Los rechazables por «viejos» alcanzan en 1911-20 un promedio de edad de 59 años, o 56, según los matices del diagnóstico.

Hemos intentado otra aproximación a partir de la correspondencia interna anexa a los boletines, relacionada con jubilaciones por razón de edad, enfermedad o incapacidad física e indemnizaciones por accidente. Unos 2.000 casos se han anotado y sometido a clasificación, pero, en una proporción muy alta (3/4), se agrupan en los años veinte. Ciñéndonos bastante a éstos, obtenemos

CUADRO IX. Causas de inadmisibilidad al trabajo. Clasificación simplificada. (Total)

Cód.	Causas	Inadmissi. (I)		Reservas (II)		Total (I + II)	
		nº	%	nº	%	nº	%
1	Hernias	92	14,6	634	44,7	726	35,4
2	Hernias y otras causas	93	14,7	307	21,7	400	19,5
3	Afecciones oculares, pérdidas de visión	84	13,3	80	5,6	164	8,0
4	Afecciones oculares, pérdidas de visión y otras causas	50	7,9	147	10,4	197	9,6
5	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores	35	5,5	118	8,3	153	7,5
6	Anquilosis, limitaciones funcionales extremidades superiores o inferiores y otras causas	21	3,3	85	6,0	106	5,2
7	Mutilaciones en miembros superiores	13	2,1	66	4,7	79	3,9
8	Mutilaciones en miembros inferiores	1	0,2	4	0,3	5	0,2
9	Varicosis; erosiones, furúnculos y otras alteraciones de la piel	68	10,8	49	3,5	117	5,7
10	Patologías venéreas y otras de los órganos genitales	18	2,8	30	2,1	48	2,3
11	Procesos respiratorios y cardiovasculares	14	2,2	39	2,8	53	2,6
12	Procesos infecciosos y parasitarios	22	3,5	28	2,0	50	2,4
13	Estados anémicos	12	1,9	16	1,1	28	1,4
14	Invasión parasitaria	16	2,5	4	0,3	20	1,0
15	Falta de edad	46	7,3	23	1,6	69	3,4
16	Vejez, agotamiento	36	5,7	110	7,8	146	7,1
17	Deformidades constitucionales	11	1,7	32	2,3	43	2,1
18	Afecciones del oído, pérdidas de audición	3	0,5	8	0,6	11	0,5
19	Tumores	5	0,8	6	0,4	11	0,5
20	Epilepsia y otras anomalías del sistema nervioso	9	1,4	4	0,3	13	0,6
21	Otras causas	2	0,3	5	0,4	7	0,3
22	Motivos administrativos y disciplinarios	92	14,6	15	1,1	107	5,2
23	No consta	16	2,5	4	0,3	20	1,0

* Las rúbricas 1, 3 y 5 de la clasificación han sido objeto de recuentos excluyentes. Para las restantes, las cifras cuentan todas las presencias detectadas, ya sea como causas exclusivas o en compañía de otras, lo que implica posibilidad de recuento múltiple de un mismo reconocimiento. Las sumas de las frecuencias relativas (calculadas sobre los respectivos totales de reconocimientos cuyos diagnósticos se han clasificado como «inadmissible», «reservas» y suma de las dos categorías, no de las causas que los motivaron) resultan, en consecuencia, casi siempre, superiores a 100. La observación se aplica a los cuadros IV-IX.

edades media de 53,8 años y mediana de 55,2, muy determinadas por las de los «jubilados», puesto que los indemnizados no pasan del 5%. La variable «antigüedad en el servicio» no está exenta de ambigüedad, pues no es seguro que contemple siempre todos los años pasados en distintas dependencias de la compañía. Los cálculos (sólo sobre «jubilados») arrojan media y mediana en torno a 28,5 años. Puede resaltarse el parecido de estos resultados, absolutamente provisionales, con los de la enorme encuesta de 1884 de los ingenieros de minas franceses (KELLER, 1885), anteriores en 40 a 50 años.

La combinación de edad y antigüedad de estos «jubilados» revela inicios de actividad que en algún caso remontan a la edad de 7 años. Los «socorros» monetarios que les destina la empresa se traducen en cocientes por año de servicio que van de 11 a 34 pesetas, en 1921; los más frecuentes, en torno a las 20. Los más altos, en un obrero con 30 años de antigüedad, daban cantidades alrededor de cinco veces inferiores al importe de la indemnización por incapacidad permanente y parcial (pér-

dida de un ojo) a un picador con 15,52 pts de remuneración diaria media, y tres veces si se trataba de un entibador que ganara 9,20.

El cargo, desde luego, es un factor de variabilidad del «socorro» (59 pts./año para un capataz), pero no parece el único y en él también pesan muy diversas circunstancias.

CUADRO X. Edades media, máxima y mínima de «viejos prematuros» y asimilados

Años	nº	Med.	Máx.	Mín.	σ
1904-10	120*	38,4	58	20	7,7
1911-20	267	41,8	58	23	6,9
1921-30	11	41,3	48	32	4,6
1931-36	0	-	-	-	-
1937-50	5	46,4	54	33	7,7
TOTAL	403*	40,9	58	20	7,3

* No computado un caso, sin edad conocida.

CUADRO XI. Exceso de edad o pérdida de fuerzas como motivo de rechazo o reservas médicas

Años	A) Diagnóstico: «inadmisible»						B) Diagnósticos que formulan «reservas»					
	nº	%*	Med.	Máx.	Mín.	σ	nº	%**	Med.	Máx.	Mín.	σ
1904-10	4	2,5	54,5	68	29	15,0	14	6,3	42,9	71	28	12,3
1911-20	26	7,1	59,5	71	45	7,1	94	8,6	56,2	79	35	6,7
1921-30	1	1,3	58,0	58	58	0,0	1	1,6	68,0	68	68	0,0
1931-36	0	0,0	—	—	—	—	0	0,0	—	—	—	—
1937-50	5	21,7	52,0	64	36	9,1	1	3,7	33,0	33	33	0,0
TOTAL	36	5,7	57,9	71	29	9,0	110	7,8	54,4	79	28	9,1

* Sobre total de «inadmisibles» del período. ** Sobre total de «reservas» del período.

La discusión refuerza una conclusión plausible. Las relaciones entre el automatismo reparador (imperfecta y) teóricamente inscrito en la ley y los viejos resortes del paternalismo patronal son más complejas que una mera sustitución. Los últimos dan una notable y muy persistente capacidad de maniobra a la empresa. La envergadura del empleo en *Peñarroya* y de los riesgos del trabajo en las minas confieren valor añadido al caso, siempre que se tenga en cuenta su tiempo y su *espacio* concretos: hay que pensar en las perspectivas de un hombre tullido en las condiciones de los sistemas agro-sociales de sus comarcas de procedencia... dominados no pocas veces por la propia *Peñarroya*.

El estudio de historias obreras al que nos encaminamos debe contribuir a aclarar el horizonte; del mismo modo que la incorporación de la información de los partes de accidente. Entre otras cosas, se podrá relacionar el estado físico del obrero con *una suma* de riesgos vividos, y no sólo con los del momento. Y, en su caso, se deberá precisar el funcionamiento de los mecanismos paternalistas y algunos efectos inmediatos: a partir del empleo concreto concedido y de la remuneración. Una colección nutrida, aunque limitada en el tiempo, de datos sobre jornales permite albergar esperanzas de responder suficientemente a estos objetivos. Con mucha paciencia.

Estas páginas son resultado de un Proyecto subvencionado por la DGICYT (Ps89-0154). La recopilación de los datos en los que se basan fue compartida durante más de dos años por Arón COHEN, Amparo FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Amparo FERRER, Eduardo DE LOS REYES y M^a Eugenia URDIALES. Las primeras preparaciones de la base de datos para su tratamiento informático corrieron a cargo de Arturo GONZÁLEZ ARCAS. Una versión resumida se presentó a discusión en el II Congreso de Historia Social de España (*El trabajo a través de la Historia*), celebrado en Córdoba (28-29 abril 1995).

B I B L I O G R A F Í A

- BARRAGÁN MORIANA, A. (1985): «Conflictividad social en la provincia de Córdoba: la huelga minera de la Cuenca de Peñarroya en 1920», *Actas III Col. Historia de Andalucía*, 1, 389-406, Córdoba.
- BARRAGÁN MORIANA, A. (1990): *Conflictividad social y desarticulación política en la provincia de Córdoba 1918-1920*, Córdoba.
- COHEN, A. y FERRER, A. (1992): «Accidentes y enfermedades profesionales de los mineros: realidad y derecho», HUERTAS, R. y CAMPOS, R. (coord.): *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX-XX)*, 1, 215-244, Madrid.
- COHEN, A. (1993): «Análisis demográfico e historia social: trabajo, salud pública y práctica médico-patronal», *Bull. Hist. Cont. de l'Espagne*, 17-18, 194-205.
- COTTEREAU, A. (1983): «L'usure au travail: interrogations et refoulements», *Le Mouvement Social*, 124, 3-9.
- DOBADO, R. (1982): «Salarios y condiciones de trabajo en las minas de Almadén, 1758-1839», TEDDE, P. (ed.): *la economía española al final del Antiguo Régimen. II. Manufacturas*, 337-438, Madrid.
- DURAFFOURG, J. (1985): «La relation travail-santé: une question complexe», CASSOU, B. et al. (dirs.): *Les risques du travail*, 21-27, París.
- GARCÍA GARCÍA, L. (1979): «Propiedad minera y compañías en la cuenca hullera del río Guadiato», *Actas I Congreso Historia de Andalucía. Contemporánea*, 1, 529-562, Córdoba.
- GENDRE, J. L. (1926): *Études sur la Législation Espagnole des Accidents du Travail*, Thèse pour le Doctorat, Montpellier.
- HERNANDO LUNA, R. (1989): *Aportación al estudio de la minería cordobesa. Explotaciones de plomoplata, cinc y cobre (1850-1929)*, tesis doctoral, Córdoba.
- KELLER, M. O. (1885): «Exposé des résultats de l'enquête concernant l'âge et la durée du service des mineurs», *Annales des Mines*, 8e série, 7, 349-355.
- MARTÍNEZ ORTEGA, J. (1915): *Memoria sobre la cuenca hullera de Puertollano y mina de la Sociedad Minera y Metalúrgica de Peñarroya*, Madrid (inédita).
- MATTEI, B. (1976): «La normalisation des accidents du travail: l'invention du risque professionnel», *Les Temps Modernes*, 354, 988-1006.
- MICHEL, J. (1993): *La mine dévoreuse d'hommes*, París.
- NADAL, J. (1978): «Peñarroya, una multinacional de nombre español», *Alta Dirección*, 77, 45-55 (reed. 1992).
- QUIRÓS, F. (1956): «Puertollano y su cuenca minera», *Estudios Geográficos*, 63, 207-247 + láminas.
- S.M.M.P.: (1945): *Reglamento General de Régimen Interior*, Madrid.
- TOMÁS GARCÍA, L. J. (1991): *La minería sevillana del carbón. Minas de la Reunión y la Compañía de los Ferrocarriles de M.Z.A.*, Sevilla.
- TREMPÉ, R. (1983): «Travail à la mine et vieillissement des mineurs au XIXe siècle», *Le Mouvement Social*, 124, 131-152.