



Las pérdidas de jornadas de trabajo por enfermedad, una preocupación de larga duración (Argentina, 1930-2012)

Victoria Haidar

Magíster en Sociología y Ciencia Política, Doctora en Ciencias Sociales, Becaria Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Profesora de la Universidad Nacional del Litoral (UNL). E-mail: vhaidar@fcjs.unl.edu.ar

Resumen

Este artículo parte de un problema de actualidad: las pérdidas de jornadas de trabajo que producen, en la Argentina, las enfermedades inculpables y los accidentes y enfermedades del trabajo. Desde el “punto de vista del presente” se tiende a limitar su significación a una cuestión de “costos” para la empresa. Frente a esa presuposición, el objetivo de esta contribución consiste en mostrar, mediante una aproximación a la vez sincrónica y diacrónica, que: a) la problematización del ausentismo por enfermedad constituye una preocupación de larga duración y b) connota múltiples aristas (económicas, políticas y éticas), de las cuales algunas son contemporáneas y otras nos reenvían a la historia. Metodológicamente, el mismo combina el trabajo de archivo, herramientas del análisis de contenido y del análisis materialista del discurso. Así, mediante el examen de un *corpus* conformado por discursos expertos correspondientes a un dominio de memoria (1930-1955), un dominio de referencia y un dominio de actualidad (1995-2012), se exhiben las diversas temporalidades y sentidos que atraviesan, en el presente, las discusiones sobre ese tema.

Palabras clave Enfermedad, Jornadas de trabajo perdidas, productividad, discursos.

The Loss of Workdays due to Illness, a Long-Term Concern (Argentina, 1930-2012)

Abstract

This article starts with a current problem: the loss of workdays in Argentina caused by blameless illnesses and occupational accidents and diseases. From the present viewpoint, its significance tends to be limited to the issue of business costs. In the light of this assumption, the aim of this contribution is to show, through an approach that is both synchronic and diachronic, that: a) the problem of absenteeism due to illness is a long-term concern and b) connotes multiple facets (economic, political and ethical), some of which are contemporary while others go back into history. Methodologically, the study combines archival research, content analysis tools and materialistic discourse analysis. Thus, by examining a *corpus* of expert discourse corresponding to a domain of memory (1930-1955), a reference domain and a current domain (1995-2012), the diverse transitory moments and meanings running through current discussions of this issue are shown.

Keywords: Illnesses, workday losses, productivity, discourses.

Introducción

En este artículo se analiza la problematización de la que ha sido objeto, en la Argentina, una experiencia casi doméstica, “menor”, pero cuyas consecuencias políticas, económicas, sociales han inquietado a las autoridades que, durante décadas, se han ocupado de programar y poner en acción los mecanismos de gobierno¹ de la población asalariada. Resfríos, dolores de muelas o brotes alérgicos que nada

tienen que ver con nuestras ocupaciones profesionales, pero que nos impulsan a ausentarnos del trabajo y a “pedir médico” para justificar las ausencias. Un tropezón en la escalera de una oficina, afonías y otras dolencias causadas por el trabajo y que tardan poco tiempo en desaparecer. Cuando la puerilidad de la enfermedad irrumpe, las rutinas se alteran: ella nos devuelve al hogar, sustituyendo el “trabajo de producir” por el “trabajo de curarse”.

1 Por “gobierno” nos referimos a una forma particular de pensar el poder, entendido como los modos de acción, más o menos considerados o calculados, que se destinan a actuar sobre las posibilidades de acción de otros individuos o grupos (vid. Foucault, 2001:254).

Pero esa descripción no es la única posible. Desde la perspectiva instrumental de las racionalidades (ciencias médicas, jurídicas, etc.) que controlan el trabajo asalariado, lo que importan son las cifras a las que asciende la “incapacidad laboral temporaria” de la población cubierta por el Sistema de Riesgos del Trabajo², la cantidad de licencias médicas que solicitan anualmente los docentes (La Nación, 2009), la reducción de los costos en salud (La Nación, 2001), el control de ausentismo (Rositano y Nieto, 1996), etc.

De unos años a esta parte, la inquietud que manifiestan las autoridades por la cantidad de jornadas de trabajo perdidas se ha intensificado. Los números parecen justificar esa preocupación: de acuerdo a la información publicada en los últimos Anuarios Estadísticos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (en adelante, SRT), el “índice de pérdidas”³ se en-

cuentra en permanente aumento. En este sentido, considérese la siguiente Tabla, elaborada a partir de la información procedente de ese organismo (SRT 2007/08/09/10/11).

Año	Cantidad de trabajadores cubiertos	Índice de Pérdidas	Índice de Duración Media de Bajas
2007	7.248.484	1.861,7	27, 4
2008	7.742.004	1.843,3	28, 2
2009	7.848.698	1.616,4	28, 3
2010	7.966.922	1.574	28, 9
2011	8.311.694	1.725	30, 9

A tal punto es así que, en el año 2010, dicha entidad elaboró un informe dedicado a analizar específicamente el tema. Partiendo de las cifras

- 2 El Sistema de Riesgos del Trabajo es el dispositivo de aseguramiento obligatorio, gestionado por empresas aseguradoras de capital privado (Aseguradoras de Riesgos del Trabajo), que se estableció en el año 1996, a través de la Ley N° 24.557. Dicho mecanismo asegurador, que suministra cobertura médico-asistencial, servicios de rehabilitación y recalificación y, asimismo, prestaciones monetarias, a los trabajadores con empleo formal, reemplazó al antiguo régimen de responsabilidad por accidentes y enfermedades del trabajo que regía –con sucesivas modificaciones– desde el año 1915.
- 3 La Superintendencia de Riesgos de Trabajo es la autoridad de aplicación del Sistema de Riesgos de Trabajo. Entre sus competencias se encuentra la publicación anual de las estadísticas relativas a la siniestralidad. Una de las dimensiones consideradas es aquella del impacto económico de los accidentes y enfermedades. Para calcularlo, las autoridades emplean un único indicador: el denominado “índice de pérdidas”. Dicho índice refleja la cantidad de jornadas de trabajo que se pierden por año, cada mil trabajadores expuestos (jornadas no trabajadas/trabajadores expuestos x 1000). Vinculado con este último dato, también se calcula el “índice de duración media de bajas” que indica cuántas jornadas laborales se pierden, en promedio, por trabajador siniestrado (jornadas no trabajadas/trabajadores siniestrados).

correspondientes al año 2008, se estableció la “media” de bajas laborales en 31 días, señalándose, asimismo, que “aproximadamente el 15% son episodios repetidos al menos dos veces en un mismo trabajador” (Covaro-Zuker, 2010:3).

A las cifras agregadas que reflejan las ausencias y las proyecciones de la estadística hay que sumar las formulaciones provenientes del campo de la política y las demandas sectoriales. Así, el “ausentismo” en ciertos sectores de actividad, como la docencia, es una preocupación persistente entre los dirigentes políticos, particularmente, cuando a comienzo de cada ciclo lectivo, se ven obligados a negociar con los gremios aumentos salariales⁴. Asimismo, en el contexto de la crisis económica mundial, y de un fuerte discurso productivista, desde el Poder Ejecutivo Nacional se criticaron las acciones de protesta que, en el año 2011, realizaron los trabajadores del servicio de subterráneos de la ciudad de Buenos Aires para denunciar la intensificación de casos de “tendinitis” causados por una modificación de las condiciones de labor (La Nación, 2011). Lo que parece alarmar a estas autoridades es la incidencia que el ausentismo tiene sobre los costos laborales en diversos sectores de actividad

como, en términos más generales, las pérdidas que acarrea a la economía.

Para formular una obviedad, la presencia o ausencia al trabajo se asocia, desde la perspectiva del poder, con los “fríos números” de la economía. Pero ¿son sólo razones económicas las que cuentan? Y, en su caso ¿siempre fue así?

Uno de los propósitos de este artículo consiste en mostrar que, a pesar de su actualidad, el problema de las “jornadas caídas” por enfermedad constituye una preocupación de más larga duración, al menos (aunque no exclusivamente) para el discurso médico. Entre las múltiples regulaciones de las que ha sido objeto la relación salarial a lo largo del siglo XX, se distinguen dos instituciones “médico-legales” que establecen protecciones en el caso de que los trabajadores se enfermen. Por una parte, la legislación de accidentes y enfermedades del trabajo contempla, ya desde 1915, la “incapacidad laboral temporaria”⁵. Por otra parte, en el plano de la legislación laboral se prevé, desde 1934, la regulación de las denominadas “enfermedades inculpables”⁶. En ambas situaciones la cobertura se traduce en el pago de sumas de dinero (en concepto de indemnización o de licencias remuneradas) y en la conservación

4 Véase en esta dirección las declaraciones de la presidenta de la Nación, Cristina F. de Kirchner en la apertura de las sesiones del Congreso correspondiente al año 2012 (Clarín, 2012), así como las opiniones vertidas por autoridades de la cartera educativa tanto de la Ciudad como de la Provincia de Buenos Aires, a lo largo de los años (La Nación, 2012a, 2012b, 2010).

del empleo, por períodos que varían de acuerdo al régimen de que se trate.

Pues bien, es ese tiempo jurídicamente protegido de la “ausencia por enfermedad”, el que los saberes médicos han problematizado por décadas. Si bien el trabajo de enunciación al que nos referimos se extendió a lo largo de todo el siglo XX, el período que va desde 1930 a 1955 fue particularmente prolífico porque en él emergieron o se intensificaron muchos de los “hilos” que dicha problematización anuda. Asimismo, es posible afirmar que la misma alcanzó un pico durante el primer gobierno peronista (1946-1955) cuando, en vistas tanto a los objetivos económicos y sanitarios de dicho gobierno como a las demandas generadas por la crisis económica de 1952 (causada por la falta de divisas), la cuestión, por una parte, de la rela-

ción entre la industria y los problemas médico-sanitarios, y, por la otra, entre la productividad y la salud del obrero, se colocaron en el centro de las preocupaciones de toda la clase dirigente.

Ya en otra contribución (Haidar, 2012) nos ocupamos de la emergencia y declinación del ausentismo en la Argentina. Aquí, en cambio, deseamos trazar la “historia del presente”⁷ de un problema que está en discusión: la ausencia por enfermedad y su régimen de protecciones. Desde un punto de vista teórico-metodológico, este artículo es tributario de un tipo específico de indagación que combina tanto herramientas conceptuales provenientes de la sociología de las racionalidades y tecnologías de gobierno como insumos derivados de la teoría materialista del discurso que sostiene

- 5 Los accidentes y enfermedades del trabajo se regularon por primera vez en la Argentina en el año 1915, cuando se sancionó la Ley N° 9688 que estableció la responsabilidad patronal por “riesgo profesional” y contempló el seguro con carácter voluntario y privado. Ese régimen de responsabilidad -que, con sucesivas modificaciones se mantuvo vigente hasta el establecimiento, en el año 1995, del Sistema de Riesgos del Trabajo- incluía la indemnización de la “incapacidad laboral temporaria”, previéndose el pago de la mitad del salario por el tiempo que durara la enfermedad y hasta un máximo de tres meses. En la actualidad, la cobertura de la incapacidad laboral temporaria incluye prestaciones monetarias y prestaciones en especie (Ley N° 24.557, arts.13 y 20).
- 6 La primera regulación de las enfermedades inculpables (que son aquellas que no están vinculadas con el trabajo) se introdujo en el año 1934, en el Código de Comercio. Se dispuso que, previa comprobación médica de la enfermedad, el empleador estaba obligado a otorgar una licencia al trabajador, conservando el puesto y, asimismo, a continuar pagándole los salarios por un plazo que variaba según su antigüedad. Desde el año 1974 la cobertura de las enfermedades inculpables está incluida en la Ley de Contrato de Trabajo que prevé el derecho del trabajador a percibir su remuneración durante un período de tres meses, si la antigüedad fuere menor a cinco años y de seis meses si fuera mayor. Asimismo, dispone la conservación del empleo por un año a contar desde la finalización de la licencia remunerada (artículo 208 y 211 de la Ley N° 20.744).

(Courtine, 1981). El mismo despliega, asimismo, un punto de vista histórico y se nutre del trabajo del archivo. Así, mediante la construcción y el análisis de un *corpus* organizado a partir de las nociones de “dominio de referencia”, “dominio de actualidad” y “dominio de memoria”⁸, procuraremos mostrar cómo lo que en el presente médicos, funcionarios y autoridades políticas *dicen* (y por lo tanto *piensan*) respecto del ausentismo por enfermedad, está condicionado, en parte, por tra-

mas discursivas más amplias que son coetáneas con esas formulaciones y, en parte, por unas memorias discursivas que las anteceden. Teniendo en cuenta que, en Argentina, el régimen de prácticas que gobierna la relación trabajo-salud se modificó profundamente con la sanción, en el año 1995, de la Ley N° 24.557, que estableció el “Sistema de Riesgos del Trabajo”, aquello que, a lo largo de todo este artículo entendemos por “presente” o “actualidad” del problema de la pérdi-

- 7 Por “historia del presente” nos referimos a una perspectiva analítica desarrollada por un grupo de autores anglosajones desde la década del '90, a partir de la recepción de las ideas foucaultianas acerca del “gobierno”, la “gubernamentalidad” y, asimismo, del tipo de indagación genealógica ensayada por el filósofo francés. Concretamente, lo que este tipo de mirada busca es producir un “corte desestabilizador” sobre el presente, mostrando cómo las problematizaciones actuales de diversas cuestiones –así, por ejemplo, la ausencia por enfermedad– están compuestas por múltiples elementos que reconocen diferentes condiciones de procedencia. Desde ese punto de vista el presente se trata como algo susceptible de ser descompuesto, “cortado en pedazos” de manera de que aparezca como la reunión contingente de elementos heterogéneos (Barry *et al.*, 1996).
- 8 Esas tres nociones, propuestas por J.J. Courtine (1981), se utilizan para constituir un *corpus*, es decir, un conjunto discreto de enunciaciones destinado al análisis. El *dominio de referencia* incluye los textos que delimitan el *corpus* y funcionan como centro orientador del análisis. Así, en este caso, dicho dominio está conformado por enunciados que, entre 1995 y 2012, tematizan explícitamente la cuestión de la ausencia por enfermedad (textos producidos por la SRT, por médicos del trabajo, opiniones de funcionarios de gobierno publicadas en la prensa). Aludidos en la introducción, volveremos a referirnos a ellos con mayor detalle en el punto 6. El *dominio de actualidad* está integrado por un conjunto de secuencias discursivas que coexisten históricamente con las del campo discursivo de referencia y que participan en la producción de su sentido. En el marco de este artículo, dichas secuencias se extraen de una serie de discursos de inspiración neoliberal relativos a la salud y seguridad laboral producidos entre 1995 y el presente, a los que nos referiremos en el punto 6. Finalmente, el *dominio de memoria* se delimita a partir de series discursivas que conforman las capas de la memoria (citadas, retomadas, contestadas, eludidas, olvidadas o denegadas) de los documentos del campo de referencia. Esas diversas “capas de memoria”, constituidas por diversos discursos médicos aparecidos entre 1930 y 1955, serán analizadas en detalle en los apartados 1 al 6.

da de días de trabajo por enfermedad, comprende el período que se extiende entre 1995 y 2012.

El artículo está organizado de la siguiente manera: En los apartados I a V nos concentraremos en explicar cómo se problematizó la cuestión de la ausencia por enfermedad en el período comprendido entre 1930 y 1955 (dominio discursivo de memoria) en el marco de discusiones más generales, relativas a las consecuencias económicas de la enfermedad (1), las estadísticas sobre el ausentismo (2), la simulación de las enfermedades y el abuso de los derechos sociales (3), las críticas al régimen indemnizatorio de la Ley de Accidentes de Trabajo (4) y la cuestión de la relación entre salud y productividad (5). La importancia que dedicamos al análisis del dominio de memoria se justifica por la necesidad de complejizar las interpretaciones que tienden a pensar que el régimen que gobierna la relación trabajo-salud en la Argentina sólo se explica por la re-ingeniería neoliberal que sufrieron, a partir de la década del noventa, las instituciones laborales en dicho país. Será en el apartado (6) donde volveremos a centrarnos sobre lo que en el presente *se dice* respecto de la ausencia por enfermedad (dominio de referencia) con la finalidad de exhibir cómo ello está condicionado, ciertamente, por otros discursos contemporáneos más generales (dominio de actualidad), como, verbigracia, el neoli-

beralismo pero, asimismo, por la trama enunciativa de más largo alcance que reconstruimos a lo largo de todo el artículo (dominio de memoria). Finalmente, se esbozan una serie de conclusiones.

1. Las repercusiones económicas de la ausencia por enfermedad: las estadísticas de los “médicos de fábrica”

Uno de los enunciados que con mayor persistencia aparece en el discurso médico sobre el trabajo, a lo largo de todo el siglo XX, se refiere a las consecuencias económicas que la enfermedad tiene desde un triple punto de vista: el de los empleadores, el de la familia del trabajador afectado y el de la nación en su conjunto. En el contexto de esa trama enunciativa, los médicos encontraban razones económicas poderosas para hacer visible y contabilizar (en días u horas) el tiempo en que, en virtud de alguna enfermedad, los individuos dejaban de trabajar. Estaba el trastorno que ello ocasionaba en el presupuesto doméstico y el riesgo de confinar a una familia completa a la miseria. Jugaban, también, los perjuicios –usualmente desconocidos o desdeñados– que la enfermedad causaba a los capitalistas.

Pero, además de esos intereses “particulares”, lo que los médicos coincidieron en resaltar a lo largo del siglo, y con particular intensidad entre 1930 y 1955⁹, fue que la morbili-

9 A partir de 1930, con la crisis económica mundial, comienza a experimentarse en la Argentina una mutación en el régimen de acumulación, reorientándose la economía

dad generaba toda una serie de pérdidas sociales, entre las que se registraban: la carga que los incapacitados (aún temporarios) representaban para la sociedad en su conjunto, los gastos de asistencia médica, la pérdida de fuerzas de producción, etc. Entre 1910 y 1920 ese conjunto de temas se articuló sólo ocasionalmente como una pérdida de “capital humano”, entendida esta última noción en un sentido holístico (Haidar, 2011a). Ya a partir de los años '30, en cambio, la preocupación por la incidencia que el estado sanitario de la población tenía sobre la economía nacional y, asimismo, sobre el poderío del Estado, se pensaría, de manera insoslayable, en esos términos. Así, por ejemplo, la prevención de los accidentes y enfermedades del trabajo (un asunto que, desde la perspectiva del presente tendemos a asociar con la administración de la empresa) se concebía como una estrategia destinada a cuidar y proteger el capital humano, “con beneficio en última instancia de la potencialidad de la nación” (Zanzi, 1947:1226).

Todos estos argumentos económicos fueron movilizados por el cuerpo médico para persuadir a los empleadores y a los poderes públicos respecto del carácter “provechoso” de adoptar medidas de protección para la sa-

lud y la integridad física de los obreros. En esta dirección, es posible distinguir una trama discursiva que emerge a comienzos del siglo XX y tiene amplias proyecciones en el presente. En 1910, el higienista y diputado socialista A. Bunge (1910: 249) llegaba a la conclusión de que la solución práctica al problema del saneamiento de la industria era, “a pesar de las exigencias de principio, una cuestión de *business*”. En la década del '30, el director de Sanidad Militar, Alberto Levene (1933: 2715), sostenía que no bastaban “razones puramente sentimentales” sino que existían “razones de pura economía humana” que justificaban la intervención sanitaria. Promediando la década del '40, en el contexto de la I Convención de Médicos de la Industria, existía consenso acerca de que era más cómodo, más fácil y más barato prevenir que curar (Anales de la Primera Convención de Médicos de la Industria, 1944:194). Esa clase de argumentos no dejaron de reiterarse hasta el presente.

Asimismo, desde comienzos del siglo XX, los médicos pensaban que existían vínculos productivos entre el trabajo y la salud, e incluso entre el “bienestar” del obrero y su rendimiento en el trabajo. De la mano del proceso de industrialización sustitutiva

hacia el mercado interno. Aparece entonces una preocupación “mercado-internista” (Grondona, 2011:92) y, asimismo, los procesos de la economía empiezan a pensarse desde el punto de vista (totalizador) de la nación. Ambas tendencias, íntimamente relacionadas con la tematización del impacto que la ausencia por enfermedad generaba sobre la economía nacional, encontrarían en el peronismo su máxima expresión.

que activó en Argentina la crisis económica de 1930, así como de la recepción de toda una batería de miradas sobre el trabajo de inspiración “psi” (la psicotecnia, la teoría del factor humano, la medicina psicosomática, etc.) esa idea no sólo se volvería más nítida y frecuente, sino que, asimismo, adquiriría mayor nivel de cientificidad. A partir de esos años, el discurso médico se pobló de formulaciones que aludían a la incidencia que la salud, el confort e incluso la “alegría” tenían sobre la productividad del trabajo. Así, los años cuarenta iban a estar dominados por la convicción de que la productividad del trabajo nacional dependía de la salud del pueblo. Nadie dudaba, entonces, que la inversión sanitaria e, incluso, en “confort y alegría” extendían el valor económico del capital humano (Secretaría de Salud Pública, 1949:101).

También en la actualidad tal vinculación constituye una suerte de “lugar común” para toda una serie de acciones focalizadas sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la calidad de vida laboral. Sin embargo, la persistencia e intensificación de ese enunciado a lo largo del tiempo no debe conducirnos al error de pensar que la conexión (negativa) entre las enfermedades y las pérdidas se disolvió. Por el contrario, la cantidad de jornadas de trabajo caídas constituye el indicador que la SRT utiliza para valorar económicamente las contingencias laborales. Y esa práctica de cálculo tampoco es completamente nueva.

Hacia la década del ‘30 los “médicos de fábrica” que se desempeñaban en

empresas de cierta entidad o bien en los “talleres” del Estado, comenzaron a confeccionar estadísticas y a efectuar estimaciones financieras tanto de los costos de las contingencias laborales como de las acciones médicas, con la finalidad de justificar -frente a los ojos de los empresarios privados y de las autoridades públicas- la utilidad de su presencia en los lugares de trabajo.

Algunas de esas prácticas fueron *narradas* (analizadas, valoradas, divulgadas, etc.) por los propios médicos en artículos publicados, mayoritariamente, en la década del ‘40. De esos textos surge que mediante la producción de cifras, ellos procuraban demostrar de la manera más objetiva posible, que la acción “médico-social” evitaba la disminución del índice de producción y la pérdida de tiempo (Bossi, 1940: 21), que el “servicio médico [era] el mejor negocio de la fábrica” (Carrera, 1948: 72).

Es preciso aclarar que el cuerpo médico no sólo se desempeñó como “vocero” del movimiento de *economización* de la vida (Bröckling, 2010) que -si bien prefigurado por el higienismo- asumió una forma definida en el país a partir de los años ‘30, en virtud de la recepción tanto de las ideas de la economía humana¹⁰ como de las experiencias de la medicina del seguro y la medicina preventiva. Como saldo del proceso de industrialización en curso desde esa década, los higienistas y médicos sociales habían arribado a la conclusión de que el “problema económico de la industria [marchaba] en forma paralela al problema

sanitario de la misma” (Urbandt, 1937:17). Fueron ellos quienes instalaron en la dimensión de las prácticas la idea de que existía una articulación entre la cuestión económico-financiera de la producción y las ganancias empresariales, y la cuestión médico-biológica de la salud de los trabajadores.

En esta dirección, las primeras cifras relativas al impacto económico de la ausencia por enfermedad no fueron elaboradas por los funcionarios del Estado sino por los médicos de fábrica. Ya en el año 1937 un médico de la Universidad de Buenos Aires dedicó una tesis al tema de la “estadística tabular”, en la que destacó el “amplio campo de utilidad” que dicha modalidad de cuantificación tenía en el campo de la industria desde el punto de vista de la medicina social, señalándose asimismo, que existían “otras aplicaciones [de las máquinas tabuladoras] de carácter económico” que excedían el objeto de su investigación, tales como “el control de los costos, el control de la producción, el control de los salarios, la contabilidad mecánica, los standard de rendimiento, etc.” (Crotti, 1937: 23).

Usaran o no la tabulación, varios artículos indican que, al menos desde los años '30, los médicos de fábrica se

ocupaban de calcular la cantidad de días y/u horas de trabajo que se perdían por problemas de salud, como de contabilizar el tiempo que -en concepto de “licencias por enfermedad”- la intervención médica permitía ahorrar a los empleadores. Eran esas clases de razones -a la vez estadísticas y económicas- a las que esos profesionales recurrían para valorar las acciones preventivas desarrolladas en ciertas empresas, como por ejemplo, las que llevaba a cabo la Compañía Argentina de Cemento Portland desde 1933. Ciertamente, si bien la confección de estadísticas sólo se realizaba en algunas grandes empresas -generalmente de capitales extranjeros- o bien en aquellas controladas por el Estado, en la mentalidad médica esa labor calculadora aparecía como un rubro necesario para la prevención de los accidentes y enfermedades (Zanzi, 1948:1342).

Los textos en los que se narraban esa clase de prácticas combinaban, de manera alternativa, los siguientes elementos: números que representaban la cantidad de días perdidos por enfermedad (licencias concedidas), estimaciones monetarias de la ausencia por enfermedad o, a la inversa, de las acciones médicas (exámenes, curaciones, etc.) que habían evitado que

10 Las ideas de la “economía humana” comenzaron a aparecer en el discurso médico hacia la década del '30 de la mano de la lectura que los higienistas y médicos sociales hicieron de la obra del médico belga René Sand en la primera postguerra. A su vez, Sand (1934:285) explicaba que sus reflexiones sobre “economía humana” no eran más que una aplicación de las ideas del economista alemán Rudolf Goldscheid al campo de la medicina social.

los obreros se alejasen del trabajo y, finalmente, una serie de juicios mediante los cuales se valoraba positivamente la intervención médica. Sólo a modo de ejemplo, considérense las siguientes formulaciones:

“Como las curaciones, exámenes clínicos e inyecciones efectuadas en el taller han evitado el alejamiento del trabajo a los obreros atendidos, y si consideramos que el promedio diario de sueldo es de \$ 5.22, podemos hacer el siguiente cálculo de economías efectivas en el trabajo, a favor de la Municipalidad (...) importe total economizado 9.861.62. Si le agregamos el primer día en que solicitan licencia y hacemos en esta forma la multiplicación del promedio de \$ 5.22 por 2.831, que son las licencias concedidas tenemos que $2.831 \times 5.22 = 14.777, 82$. Es decir $9.861 + 14.777, 82 = 24.639, 44$ que es el capital total economizado en un año, cifra muy superior, por cierto, al simple gasto de consultorio” (Clusellas, 1941:466).

Es más, hacia la década del '40, y cuando todavía el debate sobre la cuestión de la “productividad” no se había instalado en el país con la centralidad que asumió a partir de la crisis económica de 1952 (Biltrán, 1994), los médicos de fábrica ya habían comenzado a emplear la medición del *tiempo de trabajo* como indicador de la productividad de la industria y defendían, incluso, la utilidad de ese indicador por sobre otros posibles. Así:

“El rendimiento industrial o sea la apreciación de la productividad de una industria, puede valorarse en base a diversos elementos de juicio: cantidad en medidas de peso (kg., to-

neladas, etc.), número de unidades elaboradas, total de horas trabajadas, etc. Nosotros hemos elegido este último factor porque nos es más habitual su uso y escapa además a la influencia de circunstancias de difícil valoración. Los otros factores pueden modificarse por razones mecánicas (mejoramiento de la técnica de fabricación, deterioro de las máquinas, etc.) o humanas (trabajo a desgano, mejor selección y producción de los operarios, etc.) que obedecen todas ellas a mecanismos más complejos y que no siempre es factible precisar” (Carrera, 1948: 68).

Asimismo, establecían una relación inversamente proporcional entre la “reducción de las horas que insuflaba la enfermedad” y el “aumento de las horas productivas”, con la finalidad (principal, si bien no exclusiva) de justificar la importancia del servicio médico (Carrera, 1948:71). Con el correr de los años, incluso, la traducción “monetaria” de la acción médico-social en los lugares de trabajo, que los médicos de fábrica comenzaron a practicar de manera espontánea y en un contexto social en el que (todavía) la economía no se había transformado en la ciencia gubernamental por excelencia, se convirtió en un aspecto insoslayable de la reflexividad del discurso médico. Tan impregnados se hallaban esa clase de razonamientos en la mentalidad médica, que el “enunciado persuasivo” que expresaba las acciones médico-sanitarias en términos monetarios, se reiteraría de manera casi idéntica en 1954, en la voz (no marginal) de uno de los padres de la disciplina en la Argentina:

“Es indudable que en nuestro país, salvo contadas excepciones, los industriales no le han dado al médico la importancia que tiene como elemento esencial en el buen funcionamiento de cualquier establecimiento fabril. En ello han influido varios factores: incipiente y rápida industrialización, industriales improvisados y sobre todo, es una opinión personal, que *los médicos no han sabido darle a la medicina de fábrica el contenido económico, es decir, traducir en números el rendimiento del consultorio*. Esa traducción debe hacerse sobre la base de la *disminución de jornadas de trabajo perdidas por enfermedad* y el aumento de la productividad por un estado sanitario mejor” (Bazterrica, 1954: 22).

Ciertamente, para la mirada médica, no todo era dinero, y la preocupación por mostrar la rentabilidad convivió con un genuino interés por los aspectos *humanos*, morales, espirituales, del trabajo (Bossi, 1940: 21). Así, más allá de la proliferación de los argumentos económicos, en el contexto de la I Convención de Médicos de la Industria, el tono con que los médicos interpelaban a los industriales asumía un carácter principista: “Si los fenómenos sociales siguen un proceso constante de transformación, a semejanza de los fenómenos biológicos, por qué nuestras industrias no han de evolucionar a igual ritmo?...Mantener, vigilar y estimular el motor humano, debe ser función primordial de nuestras organizaciones industriales” (Basso, 1944: 163).

Al generalizarse dos de las reflexiones centrales del modo de gobierno característico del peronismo -por una

parte, la idea de que existía un circuito virtuoso entre la “grandeza de la Nación, la producción de la economía y la salud de la población asalariada” y por la otra, la afirmación relativa a la “dignidad del trabajo”, esos argumentos de “conveniencia”, comenzaron a ser matizados con un discurso ético, que ponía el foco sobre las obligaciones (sociales y morales) que los industriales tenían frente a los trabajadores y a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, a pesar de la insistencia con que las autoridades se referían a la responsabilidad que tenían los industriales en materia sanitaria, la mayoría de ellos se había mantenido indiferente frente a los objetivos preventivos. Esto hizo que los médicos, sin subordinar las razones de “solidaridad social” (Bo, 1953a: 253) e incluso de “caridad cristiana” (Carrera, 1948:72) al *vil metálico*, continuasen apelando a los argumentos de utilidad en sus diálogos con los empresarios.

Con la “estatalización”, durante el primer peronismo, de las preocupaciones por la incidencia económica, demográfica, biológica y política del estado sanitario de la población, el cálculo de las jornadas de trabajo perdidas por enfermedad sufrió toda una serie de desplazamientos. A esa cuestión nos referimos en el apartado siguiente.

2. Números para un “gran problema nacional”

Uno de los temas que más gravitación tuvo para la “política sanitaria del peronismo” (Ramacciotti, 2009) fue el de la incidencia económico-financiera de la enfermedad, conside-

rada desde el punto de vista de la economía nacional. En esa dirección, con la creación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, en 1946, la preocupación de los médicos de fábrica por cuantificar los días perdidos por enfermedad y traducirlos en sumas monetarias, se trasladó al ámbito del Estado: de ser un problema exclusivamente “privado” de las empresas pasó a ser un problema “social”, que concernía a la economía y a la nación en su conjunto. Esa *socialización* se expresó, fundamentalmente, en su representación estadística: las jornadas caídas dejaron de ser, solamente, un rubro de la “estadística de fábrica” para convertirse en un aspecto de la “estadística del medio industrial”.

Pero no sólo las ausencias comenzaron a percibirse como “socialmente” significativas. El “hecho general” que constituía el ausentismo, dio lugar, asimismo, a una serie de ejercicios de estimación económico-financiera, realizado, ya no desde el punto de vista de la empresa sino desde el punto de vista “colectivo” de la economía nacional. En esta dirección, varias de las editoriales de los *Archivos de la Secretaría de Salud Pública* y algunos artículos firmados, solían ensayar cálculos que, con muy pequeñas variaciones, respondían invariablemente al mismo esquema: las jornadas caídas se traducían en una suma monetaria equivalente a los “salarios perdidos”; ese monto se combinaba con aquel de las pérdidas estimadas en concepto de producción y de gastos de asistencia, para arribarse así a una cifra monetaria que reflejaba las pérdidas sociales

que ocasionaba, diariamente, la ausencia por enfermedad. Para realizar estos cálculos frecuentemente se tomaban como modelo las estimaciones realizadas por las agencias estatales y las compañías de seguros de los Estados Unidos.

La preocupación que las autoridades sanitarias manifestaron entre 1946 y 1955 respecto de las cifras de las ausencias, estaba impregnada por las reflexiones y las prácticas que, sobre la estadística, emergían de la OIT. En este sentido, desde esa organización se había establecido que el ausentismo “promedio” arribaba al 2% diario. Curiosamente, sirviéndose originariamente de los datos elaborados por instituciones privadas, dichas autoridades reconocían que esa era la “tasa” de ausentismo correspondiente al medio industrial del país. Así, durante los años 1947, 1948 y 1949, los *Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación* no dejaron de señalar que, sobre un total de tres millones de obreros y empleados, el país registraba un 2% de ausentismo.

En su recepción local, el uso de los insumos estadísticos establecidos por la OIT estuvo acompañado por toda una serie de *atribuciones*, a la vez morales y económicas. Así, en una serie de formulaciones -que serían retomadas por G. Rodríguez en 1951, Carrillo (1948a) equiparó la cifra del 2% al nivel del ausentismo “aceptable” y “normal”.

“Ausentismo aceptable. Después de consultar grandes estadísticas de nuestro país, obtenidas de instituciones respetables y que cuentan

con un eximio cuerpo médico, puede aceptarse como normal el siguiente ausentismo: enfermedad y accidente 45% de ausencias, licencias 42%, ausencias voluntarias 12%, suspensiones 1%. Estas cifras globales varían de una a otra fábrica, y aún dentro de una fábrica según los distintos tipos de trabajo. En cualquier caso, una ausencia mayor, promedio de un 2% diario por razones de enfermedad es sospechosa. Ello significa un promedio de 8 días al año por obrero (...) Estos son los únicos promedios que podemos aceptar como normales” (Rodríguez, 1951: 55).

En la mirada oficial, las estadísticas eran objeto de un juicio de aceptabilidad, que se desarrollaba según criterios no exclusivamente sanitarios y, menos aún, humanitarios. La aceptabilidad/inaceptabilidad social de las cifras se elaboraba desde un lugar de exterioridad respecto de la población asalariada y sus procesos de morbilidad. En ese plano, aquello que contaba eran las normas (económicas) de la producción capitalista y los criterios (éticos) que la regían, los procedimientos de subjetivación movilizados por el lenguaje y las prácticas de conducción del peronismo. En esta dirección, una estadística superior al 2% no sólo reflejaba un nivel de ausentismo económicamente inviable, sino, además “sospechoso”. Esa clase de hesita-

ción estaba lejos tanto de la objetividad de las cifras, como de la racionalidad económica y técnica de la industria. No eran los números los “sospechados”, sino los trabajadores.

La percepción del ausentismo como un problema público de particular gravedad motorizó toda una serie de esfuerzos dirigidos al perfeccionamiento de la estadística sanitaria. Desde 1934 la OIT había iniciado un movimiento para uniformar las estadísticas, estandarizándose, sobre todo, aquellas relacionadas con los factores económicos. Sin embargo, en relación a la estadística sanitaria no se había avanzado lo suficiente (Rodríguez, 1951: 27). En Argentina, las estadísticas “públicas” sobre los accidentes de trabajo datan de 1907, año de creación del Departamento Nacional de Trabajo (Haidar, 2008). Hacia la década del '40, se carecía, sin embargo, de cifras oficiales concernientes a los aspectos “médico-sanitarios” de la relación laboral.

Ya a partir de la década del '50, el Servicio Estadístico Nacional, dependiente del Ministerio de Asuntos Técnicos de la Nación, comenzó a publicar cifras “oficiales” respecto del ausentismo, que los médicos usaban como “materia prima” para sus investigaciones¹¹. Junto con el interés que el ausentismo despertó en el peronis-

11 Así, por ejemplo, uno de los médicos del trabajo más afamados de la Argentina, que mantuvo intensos vínculos con el peronismo, Juan Kaplan (1954: 696), se sirvió de los números correspondientes a la “ausencia-promedio” por enfermedad para establecer la incidencia del aparato digestivo sobre la pérdida de días de trabajo durante el año 1951.

mo, los cálculos que, como vimos en el apartado anterior, venían realizando los médicos de fábrica, se refinaron, se desagregaron y se reordenaron de acuerdo a nuevos criterios. Para poder controlar y combatir las ausencias se hacía necesario diferenciar sus múltiples causas. En los discursos médicos comenzó a distinguirse entre ausencias generadas por: “accidentes y enfermedades del trabajo”, “accidentes no industriales producidos en el hogar y en la vía pública” y, finalmente, enfermedades evitables y combatibles mediante programas de mejora médica de los ambientes de trabajo como los “vulgares resfríos y bronquitis” y las “indisposiciones y *minor diseases*” (Carrillo, 1948b). Para poder intervenir sobre el ausentismo era fundamental contar con estadísticas auténticas. A diferencia de la muerte, que era un hecho indubitable, los índices de morbilidad se prestaban a toda suerte de manipulaciones. El “riesgo abuso” (Rodríguez, 1951: 27) tenía, así, una incidencia sobre las estadísticas. Si la medición de la enfermedad representaba en sí misma un problema, la cifra del “ausentismo sospechado” estaba alimentada, fundamentalmente, por las enfermedades banales (resfríos, gripes, dolencias transitorias) y las *minor diseases*.

Ciertamente, la cuestión del ausentismo y de su medición tiene múltiples derivaciones que exceden el propósito de este artículo. Lo que nos interesa remarcar es que, como en la actualidad, para los actores de la época la “ausencia por enfermedad” no sólo era un fenómeno colectivo específico, ais-

lable y diferenciable de otros (así, de las ausencias “voluntarias” o debidas a “suspensiones” por razones disciplinarias) sino, asimismo, central. Esa centralidad se derivaba, entonces, de su consideración como un “gran problema nacional” (Carrillo, 1948b). Si hay algo que la puesta en discurso del ausentismo que tuvo lugar por esos años deja en claro, es que las jornadas de trabajo caídas eran un problema para la nación. Ello, como vimos, por su impacto económico.

Pero, además, porque el ausentismo por enfermedad daba cuenta de la existencia de toda una serie de anomalías, desórdenes, desorganizaciones, etc. que, verificables tanto en las esferas “macro” de la economía y la salud pública, como en la esfera “micro” de la subjetividad de los trabajadores, constituían un problema (y, asimismo, un peligro) para la estrategia de gobierno desarrollada por el peronismo. Expresado de manera resumida, el ausentismo indicaba un desacoplamiento entre tres dimensiones: en primer lugar, los objetivos de la política económica (lograr la soberanía económica mediante el desarrollo de la industria nacional) y sanitaria (detener la degradación y mejorar el patrimonio biológico de la nación); en segundo lugar, la utopía política de la armonía entre clases y de la cooperación de todos los individuos y grupos en la gestación de la grandeza nacional y, por último la forma específica de subjetivación que se consideraba necesaria para llevar adelante tales propósitos.

No debe pensarse, no obstante, que el interés sobre ese tema provenía

sólo de las autoridades del Estado. Como vimos en el apartado anterior, los médicos depositaron su atención sobre la cuestión de la ausencia por enfermedad mucho antes de que se convirtiese en un “gran problema nacional” y por razones que, como explicaremos en los apartados siguientes, no sólo tenían que ver con la *economía* de la empresa, sino, además, con la *disciplina* y el *control* de los trabajadores. Así, la preocupación que las tasas de ausentismo inspiraban en las autoridades sanitarias, se alineó -y procuró integrar- una serie de inquietudes que estaban presentes en el discurso médico al menos desde la sanción de la Ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo en 1915: la simulación de la enfermedad, la crítica al sistema indemnizatorio y el propósito de volver “útil” el tiempo de la cura.

3. ¿Verdaderamente enfermos o simuladores?: la discusión sobre el abuso de los derechos sociales

Uno de los tópicos que con más frecuencia aparecía en la discusión que los médicos mantuvieron, durante la década del '40 y del '50, sobre el ausentismo por enfermedad, estaba dado por la sospecha de que incentivados por las conquistas sociales, los trabajadores aprovechaban los resortes jurídicos y los mecanismos de protección para burlar (en nombre de la “salud”) la confianza que se depositaba sobre ellos. Se imaginaba que los obreros buscaban “gastar los días por enfermedad” que les concedían las leyes, acusando “enfermedades leves, indisposiciones, exacerbaciones de enfer-

medades crónicas” (Obiglio y García Olivera, 1951: 37).

Las “dolencias menores, soportables en estado de salud, [que] se agudizan periódicamente y determinan ausencias al trabajo” (Rodríguez, 1947:11) dejaban a la luz las limitaciones de la práctica -entre científica y burocrática- de reconocimiento de la enfermedad, que constituía la médula de la labor del médico de fábrica. Ello, fundamentalmente, porque creaban estados pasajeros de enfermedad de uno, dos o tres días, que eran “prácticamente incontrolables” (Basso, 1944) o de muy “dudosa comprobación” (Obiglio y García Olivera, 1951:57). Inscriptas en el registro de la cotidianidad, obligaban al médico a incursionar en el mundo privado de cada trabajador, con resultados no siempre satisfactorios. Frente a ellas, la mirada médica vacilaba. Como se observaba desde el mundo del derecho, el problema era que si la ciencia médica no era capaz de reconocerlas, tampoco podía negar de forma terminante su existencia (Pataro, 1950:3325).

Pero si las indisposiciones constituían un problema para el “médico de fábrica” e incluso para el “médico tratante” (Rodríguez, 1947:17), en cambio, brindaban a los sanitaristas la oportunidad para ejercitar el *ethos* preventivo que los distinguía. Para estos últimos esos “hechos triviales”, “pueriles”, tenían el “valor de un rastro dentro de una pesquisa” (Rodríguez, 1947:14), permitían detectar oportunamente la existencia de enfermedades y con ello, generaban un

cuantioso ahorro de recursos. Sin embargo, así como las indisposiciones tenían un valor indiciario, también, a la inversa, se temía que la puesta en marcha del Decreto-Ley de Medicina Preventiva establecido en 1944, incrementara falsamente su número. En fin, lo que estaba detrás de estas disquisiciones que acompañaron la aplicación de dicho régimen no era sólo el interés por protocolizar los exámenes médicos ni, tampoco, la cuestión de la técnica estadística, sino la histórica sospecha sobre el “uso” que los trabajadores hacían de los derechos sociales.

Ciertamente, ese temor no nació con la instalación del ausentismo como un gran problema nacional sino que era muy anterior. Encontramos huellas del mismo ya en el texto de la primera Ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo¹². Sancionada en 1915, la Ley N° 9688 disponía que, en caso de que la incapacidad que padecían los obreros fuera temporaria, la indemnización sólo equivalía a la mitad del salario medio diario. Asimismo, en su reglamento se había estipulado que debían transcurrir cinco (5)

días para que pudieran percibirse esas sumas. Esas normas, de inspiración liberal, procuraban evitar que los beneficios sociales funcionaran como un “incentivo” para abandonar la actividad y, al mismo tiempo, buscaban reducir la posibilidad de que se simularan las lesiones (Antokoletz, 1927:132).

Con esta regulación, no obstante, no se eliminaba totalmente el riesgo de defraudación, por una parte, por las limitaciones propias del examen médico y, por la otra, por la persistente mala fe de los trabajadores. Existían situaciones, así, en las que se entablaban juicios por enfermedades o accidentes tres o cuatro veces a distintos patronos por lesiones que pasaban desapercibidas (Falení, 1946: 397) y casos en los que los individuos se provocaban a sí mismos lesiones con tal de ganarse unos días de reposo. En esta dirección, las memorias que los médicos-funcionarios que se desempeñaban en el Departamento Nacional de Higiene¹³ o como peritos en los tribunales, hacían de sus tareas de reconocimiento y tasación de las incapacidades laborales, nunca dejaban de

12 La cuestión de la simulación de las enfermedades estaba asociada, en el campo de la medicina social y del trabajo, a la instalación, en la Europa del siglo XIX, de los primeros sistemas de seguro social. Sin embargo, su problematización reconoce una historia más larga. En este sentido, la simulación de la “locura” y de toda una serie de patologías psíquicas, constituía, mucho antes de la emergencia de la legislación social, uno de los temas de la medicina legal. En la Argentina, ya desde fines del siglo XIX, dicha disciplina, hasta entonces centrada únicamente en los problemas de la psiquiatría y la criminología, comenzó a contemplar diversos aspectos prácticos que la judicialización de los accidentes laborales habían puesto en discusión, entre ellos, el tema de la simulación (Haidar, 2008:127).

incluir alguna referencia al *celo* que depositaban en despistar la exageración y la simulación (Urbandt, 1941:25).

En la mirada de los médicos, el problema de las enfermedades simuladas –con la consiguiente pérdida de días de labor– se agudizó con la sanción de la Ley N° 11.729 que reformó, en 1934, el Código de Comercio. Entonces se estableció que, en caso de sufrir un accidente o enfermedad inculpable, los empleados tenían derecho a percibir sus retribuciones hasta tres o seis meses, según si su antigüedad no excediera o fuera mayor a los 10 años. A diferencia de la Ley de Accidentes y Enfermedades de Trabajo, esta disposición no preveía ningún “plazo de espera” para el pago de las retribuciones y tampoco exigía que existiese vínculo causal alguno entre la dolencia y la ocupación.

La posibilidad de gozar de los beneficios legales se facilitó cuando, en 1947, se admitió que las inasistencias fueran justificadas mediante la presentación de certificados médicos particulares. Esa práctica se prestaba a toda suerte de manipulaciones, al punto que, analizando el ausentismo en un establecimiento particular, se señaló la existencia de un “pico” en ese año: “Se trató de un fenómeno psicológico: lograda la conquista social, todos

trataron de hacer uso de ella, como el niño frente a un juguete nuevo” (Obiglio y García, 1950:37).

Como solución transaccional frente a esta clase de problemas, el Ministerio de Salud Pública dictó una resolución (N° 19.530 de 1949), disponiendo que, en caso que el trabajador y el empleador no se pusieran de acuerdo acerca de la existencia de una enfermedad, deberían someterse a un tribunal médico compuesto por un médico oficial y un facultativo representante de cada una de las partes. De esta manera, se trató de poner un límite al ausentismo médico-social, a través del contralor del Estado (Pataro, 1950:3325), pero esa disposición regía solamente para Capital Federal.

Ciertamente, junto a otra serie de factores (la instalación del ausentismo como gran problema nacional, la inclusión de las “pequeñas dolencias” en el horizonte de la mirada médica, etc.) el hecho de que la justificación de las ausencias se viera facilitada, hizo que la preocupación por la simulación se reavivara. Sin embargo, dudamos que la intensificación de la sospecha haya sido causada, principalmente, por la modificación en el derecho. En este sentido, las dos grandes protecciones con las que los trabajadores contaban (la Ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo y la regula-

- 13 Hasta la creación de la Secretaría de Salud Pública, en 1946, las diferencias existentes entre los trabajadores y los empleadores o sus aseguradoras respecto de las incapacidades eran resueltas a través del dictamen médico del Departamento Nacional de Higiene, una institución que comenzó a funcionar en 1880 y que tenía a su cargo, genéricamente, “todo cuanto se relacionaba con la salud” (Haidar, 2008:182).

ción de las enfermedades inculpables introducida en el Código de Comercio) habían sido obra de gobiernos conservadores. La única novedad del período estaba dada por la posibilidad, establecida en 1947, de que los trabajadores pudieran presentar certificados “privados”. Si en términos jurídicos-institucionales el peronismo no había producido grandes avances en relación a la enfermedad laboral ¿de dónde provenía el temor de los médicos?

Entendemos que ese discurso de sospecha se nutría, más que de las conquistas jurídicas en sí, de la incidencia que las mismas habían tenido sobre los comportamientos, las actitudes, las expectativas, deseos, representaciones e ideas que la clase trabajadora tenía, tanto respecto de sí misma como de sus relaciones con las autoridades, incluyendo, por supuesto, los médicos. En fin, se hacían eco de la preocupación que experimentaban los capitalistas por el poderío que había asumido la clase trabajadora y el cambio en el equilibrio de fuerzas que ello había generado en el plano del taller (James, 2010).

Tal discurso de sospecha (y el jugoso repertorio de anécdotas que lo espesaba), atribuía al obrero una identidad negativa: hacía de él un sujeto calculador, hábil y astuto que manipulaba estratégicamente los derechos de manera de “sacarle el jugo, con mañas, a unos días de holganza” (Obiglio y García, 1951:37). El foco se ponía sobre los “obreros remolones y díscolos al trabajo, que se aprovechan de cualquier circunstancia para no trabajar” (Rodríguez, 1951:56). Había una ima-

gen que solía usarse con frecuencia, la del trabajador “mañero” (Carrillo, 1948a).

Frente a la simulación de las dolencias, al engaño, los especialistas se sentían indignados. Analizándolos cuidadosamente, los textos que se refieren a esas situaciones, están menos comprometidos con la “verdad” o “falsedad” de la enfermedad que con la operación moral de denunciar la astucia de los trabajadores. Cómo auténticos relatos morales se demoran en detalles, gozan con ellos. Chiovino (1948:2764) señala lo dificultoso que era para el médico actuar en esas circunstancias: “Saber hasta dónde llega la astenia real y la simulada de la gripe que estos días estamos viviendo es problema motivo de toda una ponencia...El hecho cierto es que se aprovecha la estadía en la fábrica para hacerse operar todos los quistes sebáceos que nunca molestaron, amén de tabiques y amígdalas cuya nocividad habría que discutir”.

Se aloja, en esas opiniones, el resentimiento que los médicos experimentaban al sentirse víctimas de una burla, de una auténtica ofensa a su autoridad científica y un acto de violencia contra la justicia. Junto con las anécdotas de simulación, los textos remarcaban la dificultad de los diagnósticos en varias situaciones y acumulaban consejos acerca de las actitudes y comportamientos a adoptar en caso de *presunta simulación*: manejarse con cautela, desconfianza y perspicacia social, “hacerse respetar (...) demostrando que uno [el médico] sabe más que él [el obrero] (Medina,

1950:566). No se trataba, tan sólo, de un ataque a la moral del oficio. Esos textos están hilvanados con los hilos de una moral burguesa, que busca diferenciarse y contraponerse a la moral obrera. A la “moral de aprovechamiento” (Rodríguez, 1951), que expresan los comportamientos abusivos de los trabajadores, los médicos oponían una “moral de colaboración”; a la “cultura de la holgazanería” una “cultura del trabajo”.

Lo que esas críticas ocultaban era la perplejidad y a la vez el disgusto que ocasionaba en las elites, comprobar que no sólo en el plano de los derechos, sino también de los deseos y las inclinaciones, la sociedad se había democratizado. Mientras los trabajadores se pensaran y actuaran como piezas de un engranaje mayor (la empresa, la nación) y efectuaran un uso “legítimo”, “aceptable”, de los derechos conseguidos, no existía peligro alguno. El riesgo se generó cuando, habiendo ganado terreno en el plano de las relaciones de fuerza, comenzaron a jugar estratégicamente con la ley con la finalidad de conseguir algunas “ventajas adicionales”; básicamente unos días de descanso. El discurso de la sospecha al que nos referimos estaba motorizado, así, por la constatación de que no sólo los capitalistas calculaban, sino que *también lo hacían los trabajadores*.

Junto a la animadversión que generaba en los médicos reconocer que los trabajadores manipulaban las leyes para su propio provecho, estaba la idea de que la simulación de la enfermedad era un síntoma de “indiscipli-

na” que perturbaba de manera considerable el funcionamiento del taller.

“En los tiempos que corren, merced a la justicia social (...) el simular enfermedad con engaños y torpes recursos, para lograr un indebido paréntesis de ocio o singulares vacaciones pagas, es poco menos que un atentado a la disciplina del taller, a la buena fe de los patronos y a...la paciencia de los médicos” (Gallac, 1947:1084).

Pero no se trataba tan sólo de un acto de indisciplina ni, tampoco, de una ofensa proferida únicamente a la moral médica. En la forma en que el peronismo entendía el lazo social, la figura del “contrato” (en cualquiera de sus modalidades: acuerdos, convenios) desempeñaba un rol central. La materia con la que estaban tejidos esos vínculos no era sólo jurídica sino, asimismo, moral. Así, los lazos que unían al trabajador con el Estado, al trabajador con el empleador, estaban saturados de componentes morales que incluían la confianza mutua, la buena fe, la reciprocidad. Pues bien, cuando los trabajadores usaban los derechos que les reconocía la Ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo, el Código de Comercio o el Decreto-Ley de Medicina Preventiva para dejar de concurrir al trabajo, aduciendo una enfermedad inexistente o exagerando su duración, defraudaban esa confianza:

“El obrero que falta al trabajo comunica por telegrama su inasistencia por enfermedad. A ello tiene derecho y en ningún caso se discute el que haga uso de él. Pero sí, se discute, en cambio, la denuncia de

una enfermedad inexistente, que no es más que el resultado de una mala noche de juerga, o un día que se quiere aprovechar para otras actividades. En este caso, una de las partes no respeta el contrato de trabajo, no respeta el derecho de la otra parte y lesiona los intereses del patrón, de sus propios compañeros (que deben recargarse en el trabajo) y del bienestar de la Nación” (Obiglio y García Olivera, 1951:37).

El abuso del derecho se interpretaba, así, como un caso particular de “fraude”, de “defraudación” a los intereses del patrón, de los trabajadores y fundamentalmente del Estado¹⁴. Revelaba una “desaprensión seria por la ley y la sociedad” y repugnaba a la dignidad obrera (Knobel, 1952:107). Con la excusa de las indisposiciones,

“cualquier asalariado, se cree en el derecho de defraudar la voluntad social dejando de producir por causas que no invalidan. Queremos sacar del cuadro médico las falsas causas médicas del ausentismo, para responder con lealtad y reciprocidad a los deseos de un Gobierno que le ha

dado al obrero los Derechos del Trabajador, pero con la misma altura de miras el obrero debe hacer pública fe hacia el Gobierno de las Obligaciones del Trabajador” (Carrillo, 1948a citado por Rodríguez, 1951:52).

Si, en parte, el abuso de los derechos sociales traducía “mala fe” o una “voluntad de defraudación” de los obreros, por otra parte también era un síntoma de la interpretación equivocada de las leyes sociales (Obiglio y García Olivera, 1951; Knobel, 1952; Bo, 1953b:64) y, por lo tanto, de un problema de conciencia, cuya solución venía dada por la educación. Otra posibilidad pasaba por reformar la legislación de manera de reducir el estímulo al ausentismo, pagando los jornales recién después de transcurridos cuatro, cinco o seis días o de reducir el pago hasta en un 50% (Rodríguez, 1951:57/58)¹⁵. Esta no era la única modificación del derecho que por entonces se contemplaba. Hacía décadas que desde el campo médico venían acumulándose críticas contra el régimen de la Ley N° 9688 porque, como

14 Pero no sólo se sospecha de los trabajadores: el establecimiento y la persecución del delito de “agio” convertía a los comerciantes en otra clase de (presuntos) estafadores. Mientras esta última situación está ligada, en el país, a la historia del control de los alimentos –a la estafa al fisco y a los consumidores, etc.– la discusión sobre el uso de los derechos sociales se montaba sobre un antiguo temor médico: la simulación de las enfermedades y el quebranto que la misma podía ocasionar en los sistemas de seguridad social.

15 Tampoco existía consenso en torno a ese punto, por una parte porque el criterio de la “justicia social” vedaba tal solución y, por la otra, porque se entendía que no pagar las ausencias no remediaría el problema de la disminución de la producción; de allí que se resaltara la importancia de contar con un servicio médico-sanitario adecuado (Pataro, 1950:3323-3325).

veremos en el apartado siguiente, en lugar de propender a la cura, tendía a inspirar en los trabajadores deseos de lucrar con su enfermedad.

4. El (codicioso) deseo a la indemnización contra el (sano) deseo de curarse

Desde el punto de vista de los médicos, la simulación de la enfermedad o de su duración (con la consecuente pérdida del tiempo de producción que ello generaba) estaba incentivada por el propio diseño de la Ley N° 9688 de Accidentes y Enfermedades del Trabajo. Como señalamos anteriormente (Haider, 2008), en la Argentina se había optado, en lugar del seguro social, por un régimen de responsabilidad patronal por riesgo profesional, con aseguramiento voluntario. En la práctica, frente a un accidente o enfermedad, el empleador (o su aseguradora) debía pagar una indemnización, cuya tarifa dependía del tipo de incapacidad, y estaba obligado, además, a brindar asistencia médica de urgencia. El sistema estaba, así, enteramente organizado en torno a la “compensación monetaria” de los daños, confiaba, en una palabra, en el “poder sanador” del dinero.

Ocurría, sin embargo, que el dinero no sanaba e incluso (como en la hipótesis de la “siniestrosis”¹⁶) podía llegar a enfermar, a ocasionar un retardo innecesario de la cura o, directamente,

su frustración. Según D. Boccia (1947), la siniestrosis involucraba un “delirio sistematizado fijo” que se expresaba en el deseo -alentado por otros compañeros de trabajo y por “abogados inescrupulosos”- de obtener una indemnización. Este padecimiento había comenzado a visibilizarse y demarcarse como problema en el contexto de los grandes sistemas de seguro social. A pesar de haber sido definida como una suerte de mal a horcajadas de lo somático y lo psíquico, causada por factores “sociales” (la institución del seguro obligatorio, el accionar de abogados, la lentitud de los procedimientos judiciales), la siniestrosis estaba saturada de motivos “morales”: médicos y psiquiatras coincidían en que el “deseo de percibir una indemnización”, es decir, el dinero, era su principal responsable. Por ello, la terapéutica recomendada consistía en intervenir sobre los procedimientos judiciales y administrativos para facilitar los acuerdos, acortar la resolución del pleito y conseguir que el individuo se reintegrara lo más rápido posible al trabajo (Montenegro, 1949). Ello era así porque la respuesta monetaria que establecía la Ley N° 9688 generaba, también, el riesgo adicional de que otra clase de actores (abogados, empresas médicas) se aprovecharan de la infortuna del obrero. Así, la incorporación de medidas de rehabili-

16 “Es una enfermedad que surge a raíz de un accidente de trabajo y en obreros que por las disposiciones legales pueden reclamar una indemnización que inconscientemente anhelan” (Knobel, 1952:119).

tación y reeducación, evitaría que se lucrara *con* el trabajador (Desmaras, 1944:12).

Sin recaer en cuadros de siniestros, se denunciaban situaciones en las cuales el obrero, seducido por el dinero, extendía engañosamente la duración de la enfermedad, negándose a someterse a los tratamientos médicos prescritos o bien auto-lesionándose, con la finalidad de prolongar el descanso remunerado.

Además del efecto desmoralizador que el sistema indemnizatorio generaba en el obrero y del peligro que ello representaba respecto de la cura, los médicos se sentían alarmados por otras razones de índole social, que tenían que ver con la defensa del erario público y la conservación del capital humano. Se trataba, así, de evitar la indigencia del obrero y de reintegrarlo lo más rápidamente a su trabajo, en beneficio de su familia y de la sociedad en su conjunto (Bosch, 1923).

En fin, desde la sanción de la Ley N° 9688, venían acumulándose críticas contra la indemnización y demandas para que el régimen asumiera la forma de un auténtico sistema de seguridad social, concentrado sobre la curación, la rehabilitación y reeducación de los trabajadores. Considérese, en esta dirección, la siguiente trama discursiva, constituida por formulaciones articuladas entre la década del '30 y la del '50:

“Es verdad que un accidente o una enfermedad se indemniza ¿pero es acaso la solución? ¿Puede una suma de dinero más o menos bien pagada por la pérdida de un brazo, la alteración de un órgano o la pérdida de una vida reemplazar la importancia

que ello tiene para uno mismo, para los que lo rodean o para la sociedad toda?” (Urbandt, 1937:18-19).

“Si la mencionada ley 9688 representó hace 26 años, un considerable progreso, hoy significa un retraso por su disociación con los modernos postulados de la medicina social...debiendo anotarse que la reintegración profesional debe ser puesta en un pie de igualdad con la indemnización económica del daño” (Rodríguez, 1941:11).

“Si pudiera modificarse la legislación de modo tal que no fuera posible que el ansia de indemnización monetaria superara el sano deseo de recuperarse totalmente, haciéndose carne en la conciencia de los trabajadores que ‘vale mucho más la recuperación que la más generosa indemnización monetaria’...las cifras de accidentes y enfermedades disminuiría sensiblemente” (Reggi, 1955:668).

Ahora, de la crítica al sistema indemnizatorio los médicos pasaban directamente a la representación de los trabajadores como criaturas codiciosas y, más aún, irracionales que, frente a la opción “dinero/salud”, se inclinaban por el primero. Como explicamos en el apartado 1, los argumentos de “conveniencia” fueron ampliamente utilizados por estos profesionales para persuadir a los empleadores respecto de la utilidad de invertir en prevención. Así, en los casos en que la *economía* parecía alinearse con la *salud*, los cálculos de costo-beneficio no sólo estaban aceptados, sino que los representantes más conspicuos de la “medicina del trabajo” los recomendaban fervorosamente. Por el contrario,

cuando algún tipo de cálculo ponía en riesgo, aún parcial, la salud de los trabajadores, las críticas del cuerpo médico eran demoledoras. Es que mientras en el primer caso, la asociación entre economía y salud se consideraba racional y eficiente, en el segundo, la subordinación de la cura al deseo de percibir una indemnización, era reputada, a todas luces, como un acto irracional.

Como una expresión más de la incidencia que, (al menos desde fines del siglo XIX), el discurso liberal tenía entre las elites intelectuales y políticas argentinas, esa irracionalidad se atribuía, inexorablemente, a un problema de “conciencia”, a la ignorancia, por parte del trabajador de su “verdadero interés” (Reggi, 1947:935). El peronismo había conseguido, sí, *dignificar* a los trabajadores, aumentando su participación en la vida política, reconociéndoles derechos sociales y ampliando, en suma, sus libertades. Sin embargo, el movimiento de democratización impulsado (ya desde la primera década del siglo XX) con la instauración de diversas protecciones al trabajo, no había logrado erosionar otra clase de jerarquía más *inmaterial* y, por lo tanto más sutil, que se inscribía en el plano de las conciencias y de las moralidades. Por el contrario, no sólo la había reproducido silenciosamente sino que, en alguna medida, la había ahondado. Así, en un artículo publicado en plena *primavera fascista*, en el que se sostenía que los trabajadores tenían la obligación de someterse a los tratamientos médicos prescritos, se señalaba que la legislación

social, impulsada por un fin electoralista, había creado “un verdadero estado psíquico anormal -una segunda naturaleza moral- en la clase trabajadora” y era esa “segunda naturaleza moral”, esa moral extraña a la moral burguesa, la que ponía en riesgo el “equilibrio de la justicia retributiva” (Licurzi, 1932:687).

Mientras para la *moral burguesa* la salud revestía un carácter sagrado, los trabajadores podían llegar a “vender” una parte de sus cuerpos. En esta dirección, son ilustrativas las anécdotas que narra P. Reggi (1947: 935/936), el director de la Sociedad de Medicina del Trabajo. En una ocasión, había sido consultado por un gran frigorífico acerca de la lentitud con que cicatrizaban las heridas de algunos obreros. “A pesar de todo mi empeño no pude encontrar la razón de esta anomalía, hasta que uno de ellos me confesó que ‘ponían sus manos en la salmuera utilizada para curtir cueros’”. En otra, se trataba de un chauffer que se había negado a efectuar un tratamiento de reeducación con el fin de recuperar la movilidad de una mano, fracturada en un accidente. El relato asume, en un momento, un tono dramático:

“La rigidez había aumentado y la mano estaba transformada en una garra casi rígida. Traté de explicarle que si no comenzaba de inmediato el tratamiento y la reeducación de su mano esta quedaría definitivamente inútil por el resto de su vida. Me contestó que ‘eso no le convenía por ahora’ pues estaba en marcha el juicio de indemnización y si curaba, le concederían menor incapacidad y

recibiría menos dinero (...). No hubo forma de hacerlo comprender (...). Pues bien: el fallo fue favorable y este obrero cobró cerca de tres mil pesos. Es decir vendió su mano derecha”.

Asimismo, el debate concerniente a la ausencia por enfermedad estaba vinculado con una reflexión de más largo alcance, atinente a la relativa tensión entre la “experiencia de justicia” -una experiencia mediada por el dinero- y la “experiencia de la cura”. Si para los médicos resultaba claro que la “función biológica, previsor y médica” estaba por encima de la “función legal, indemnizadora” (Feinmann, 1923:345), tal prioridad no surgía del derecho, ni resultaba tampoco clara para los obreros. Esa tensión llegó a expresarse, incluso, en términos de una contraposición entre el lenguaje individualista de los *derechos* (a percibir una indemnización, a gozar de una licencia, a someterse o no a un tratamiento médico) y el lenguaje colectivista de las *obligaciones* (a curarse, a curar). En esa dirección, hacia la década del '30, tanto en el campo médico como en la jurisprudencia, se registraron algunas opiniones que defendían la idea de que los trabajadores víctimas de alguna enfermedad o accidente estaban obligados -so pena de perder la indemnización- a seguir los tratamientos prescritos por los médicos (Licurzi, 1932). Pero esas posiciones eran marginales. El grueso

del cuerpo médico y jurídico se inclinaba a reconocer la libertad del obrero de someterse o no a una intervención quirúrgica¹⁷.

El tema de la “obligación de curarse” fue reinstalado en 1948 en el marco de una ponencia presentada por un grupo de voceros de la Unión Industrial Argentina en el Primer Congreso de Medicina del Trabajo, en donde se planteaba el problema de las “pesadas cargas sociales” que debían soportar los empleadores y que encarecían el costo industrial. En ese trabajo, cuyos argumentos fueron retomados por los médicos, los representantes de la corporación patronal discutían dos situaciones particulares. Por una parte, aquella de los obreros que rechazaban intervenciones quirúrgicas cuando estas, “sin peligro para su vida”, solucionaban de manera definitiva incapacidades que se repetían con frecuencia (así, por ejemplo, casos de hernia, apendicitis crónica y úlceras). Asimismo, sugerían cuán injusta era la circunstancia de tener que pagar por enfermedades que no sólo no habían sido ocasionadas por la actividad laboral sino que, en alguna medida, podían atribuirse a la acción (culpable) de los propios trabajadores. En la lectura que hacían de esas hipótesis llegaban a la conclusión de que, tratándose de un problema de medicina social o preventiva, el criterio individualista debía ceder, permi-

17 Para un balance de las posiciones y una opinión crítica de la jurisprudencia (aislada) que establecía la obligación de curarse, véase Rojas, 1934 y Beltrán, 1935.

tiendo que, si la negativa del obrero persistía, se pudiese disolver el contrato de trabajo “sin obligación para el patrón de indemnizar” (Escardo, Delbue, Membrives y San Martín, 1948: 2074).

Antes de “volver al presente”, es preciso considerar, todavía, una arista más de la problematización de la ausencia por enfermedad que emerge de nuestro “dominio de memoria”: la cuestión del valor que tenía para la clase médica la concurrencia asidua al trabajo.

5. La asiduidad al trabajo como indicador de productividad y disciplina

Como explicamos en el apartado I, una de las razones que, desde la perspectiva de los médicos justificaba su presencia en las fábricas, estaba dada por la reducción de las licencias por enfermedad. Las acciones médico-sanitarias se orientaban así, a evitar que las indisposiciones o patologías de más larga duración sustrajeran a los cuerpos de los lugares de trabajo. Este interés por reducir al mínimo los días de labor perdidos estuvo vinculado al propósito de asegurar que el proceso de industrialización sustitutiva de las importaciones no sufriera perjuicio alguno que trabara su despliegue.

Al mismo tiempo, cabe señalar que la articulación del ausentismo como un “gran problema nacional” estaba directamente encaminada a realizar uno de los objetivos económicos del primer gobierno peronista: aumentar la producción. Hacia 1952, y bajo la influencia de la crisis económica causa-

da por la reducción de las divisas, esa demanda no sólo se volvió más imperiosa, sino que se re-significó expresándose en el lenguaje de la “productividad”. Así, de la mano de la crisis, pero, asimismo, en virtud de la influencia de un discurso internacional en circulación desde la segunda postguerra, comenzó a forjarse la idea de que la única estrategia eficaz para ampliar la acumulación de capital consistía en aumentar los índices de productividad de las empresas (Biltrán, 1994:29). En torno de esa idea convergieron los industriales, los sindicatos, el Estado y, asimismo, los médicos del trabajo.

Ya desde los años '30 la relación entre salud y producción era un tópico frecuente en el discurso médico. Pero lo que aparecía inédito en los '50 era la reflexión acerca del vínculo entre la “salud” y la “productividad” (Stavrinakis, 1956) entendida como la relación entre la cantidad producida y los factores utilizados en la producción, dentro de una empresa, una industria o el conjunto de la economía. Esa interrogación sobre la conexión existente entre, por una parte, la salud y el bienestar del trabajador, y por la otra, la productividad, tenía numerosas derivaciones. Lo que nos interesa señalar, en el marco de esta contribución, es que para los especialistas de la época, la productividad se vinculaba con la “asiduidad y la eficiencia en el trabajo” (Pataro, 1950:3122) y, por esa vía, con la discusión relativa a las ausencias por enfermedad.

En este sentido, se entendía que las ausencias, aún aquellas causadas por

auténticas enfermedades, hacían descender el ritmo de producción (Fernandez Rozas, 1951a:888) o lo alteraban (de Lío, 1953:112). Se razonaba de la siguiente manera:

“Cuando falta un obrero en una fábrica se detiene la producción de ese hombre. Con lo que él fabrica se pagan alquileres, impuestos, gastos de oficina (...) gastos generales. Hay, además, gastos llamados indirectos. Son los debidos a la perturbación causada en el funcionamiento de la fábrica por falta del obrero. En los trabajos de llamados en cadena la falta del 25% del personal generalmente impide el funcionamiento del conjunto y la ausencia de un 10% trae una disminución en la producción de más del 20%” (Medina, 1950:565).

De allí que, junto a las estadísticas relativas a los días de trabajo perdidos por enfermedad y a la estimación económica de sus consecuencias, los médicos imaginaron todo un conjunto de estrategias para maximizar la presencia *en cuerpo y alma* de los trabajadores en la fábrica, y evitar que se restase tiempo a la producción. Una de las medidas que, se pensaba, podían evitar la dilapidación de tiempo productivo, consistía en instalar servicios médicos en las propias industrias, que permitiesen atender y vigilar a los obreros *in situ*, evitando así el tiempo perdido con el traslado a los servicios hospitalarios (Fernandez Rozas, 1951a:887).

Luego, con el mismo propósito, los médicos empezaron a prestar especial atención al tiempo inmediato al acaecimiento de un accidente. De acuerdo al régimen de la Ley N° 9688, los em-

pleadores estaban obligados a prestar los servicios médicos de urgencia. Pues bien, en el contexto de la discusión (más general) relativa a la necesidad de establecer acciones de rehabilitación y reeducación de los incapacitados, comenzó a visibilizarse el momento de la “urgencia”, como una instancia de intervención estratégica en vistas al restablecimiento y la rápida recuperación del obrero.

“Una correcta atención médica y terapéutica en forma inicial del accidentado del trabajo, permitirá obtener una serie de ventajas para el triple complejo ‘obrero-patrón-Estado’ enfocado bajo los siguientes aspectos: 1° faz asistencial: menor tiempo de evolución en la cura propiamente dicha de la lesión, 2° faz recuperativa: menor tiempo para recuperarlo anátomo-funcionalmente, 3° rápida vuelta al trabajo y como consecuencia menor paga de jornales no trabajados, sin rendimiento alguno” (Fernandez Rozas y Pérez Rovira, 1950:745-746).

A su vez, esta clase de propuestas se conectaba con toda una batería de acciones que se venían ensayando desde la década del '30, destinadas a minimizar el tiempo de la enfermedad y mejorar la situación en que se producía el re-ingreso de los incapacitados al trabajo. Para los expertos de la época, la noción de incapacidad connotaba un conjunto de representaciones negativas -imposibilidad, pérdida de autonomía, etc.-, evocaba una “existencia penosa y disminuida” (Jorge, 1934:858). La obsesión por evitar que los cuerpos se sustrajeran al régimen de producción e impedir que -en el estado de reposo- desarro-

llaran hábitos anti-productivos¹⁸, hizo que los médicos dirigieran una atención preferencial al tiempo de la convalecencia. Desde los años '30, este tiempo sería intervenido por una estrategia que buscaba aprovecharlo en un sentido productivista-práctico y moral: la “cura a través del trabajo”.

A partir de 1934, varios artículos de revistas médicas especializadas se dedicaron a discutir las particularidades de la “trabajoterapia” desarrollada por el Dr. Jorge desde la Clínica Quirúrgica del Hospital Durand de la ciudad de Buenos Aires. Por la manera en que esa clase de experiencias se introducían y discutían, surgía que, para la mentalidad médica “lo otro” respecto del trabajo productivo era el “ocio” y que el tiempo del reposo por enfermedad era, en principio, un tiempo ocioso.

Sin dejar de respetar el reposo como condición para la cura, iniciativas como la “trabajoterapia” procuraban evitar que el mismo se transformara en “pereza, vagancia, holgazanería”, en fin, que la sala del Hospital deviniese un “vivero de holgazanes” (Jorge, 1934: 856). Se trataba así de

“convertir en tiempo útil y remunerativo los ocios obligados de la convalecencia y aun de la enfermedad...Si bien es cierto que el estado de enfermedad requiere la cesación de toda actividad, hasta el completo restablecimiento, no es menos cier-

to que esta restricción debe ser vigilada y limitada para darle una aplicación racional evitando no sólo la ociosidad, sino a fin de estimularla para elevar el nivel moral al propio tiempo que para tratar el déficit físico, aprovechando el período propicio para la reeducación o la readaptación de la función” (Weber y Escudero, 1939: 6).

Así, tanto por el lado del debate sobre el ausentismo por enfermedad como de la discusión respecto de cómo administrar la convalecencia, nos tomamos con el peligro de la holgazanería, la vagancia y la inactividad. El antídoto frente al mal de la *improductividad*, consistió en poblar de ocupaciones el tiempo de la convalecencia, aplicando a los enfermos a tareas directamente relacionadas con el restablecimiento de su capacidad de trabajo, o bien a pequeñas labores de escaso valor comercial pero altísimo valor moral. Fue así como el reposo comenzó a pensarse como un tiempo de tránsito y de preparación para el regreso al trabajo. Si la convalecencia es un limbo, se trató de convertirlo en un limbo activo.

En las estrategias de “trabajo-terapia” el foco estaba puesto sobre la moral del obrero incapacitado. También la problematización del ausentismo por enfermedad, desarrollada durante el primer gobierno peronista, pondría la atención sobre la moral de los

18 Esa obsesión es característica del paradigma productivista que impregnó, durante la primera mitad del siglo XX, el discurso de las ciencias del trabajo (Rabinbach, 1992) y, asimismo, del pensamiento liberal.

trabajadores. Es que si bien la asiduidad al trabajo estaba vinculada con la productividad, también constituía un indicador de la “disciplina moral” de la clase trabajadora. Como señaló de manera elocuente Gurfinkel (1953:514) en plena discusión sobre la productividad, la presencia “puntual” del trabajador en la fábrica, el taller o el establecimiento agropecuario era un “síntoma de una disciplina comprensiva del deber social de cada uno”. A la inversa, la existencia de un índice de ausentismo elevado (que superase el índice normal del 2% fijado por la OIT) se asociaba con la indisciplina y con un conjunto de actitudes y prácticas peligrosas desde el punto de vista (político y sociológico) del orden social. En este sentido, la discusión sobre la ausencia al trabajo no se circunscribió al ámbito médico-sanitario, sino que se articuló también en un lenguaje moral y, ya a partir de la década del '40, psicológico.

El hecho de que el obrero comprendiera que el mañerismo y la holgazanería constituían una falta de solidaridad gremial (que traía graves consecuencias para la producción y la productividad) era una estrategia para elevar su moral (Gurfinkel, 1953:522). En este sentido, las tasas de ausentismo significaban en sí mismas un “índice de la moral en el trabajo” (Bo, 1953b:63). Pero esto tampoco era nuevo: ya desde que los médicos de fábrica comenzaron a confeccionar estadísticas, las “fichas sanitarias” (en las que, entre otros datos se anotaban las licencias) se utilizaban para clasi-

ficar moralmente a los trabajadores. “El sólo vistazo de la ficha revelará el rendimiento del obrero, que no es lo mismo tener 10 licencias al año por accidentes o afecciones orgánicas, que las 10 licencias por cefaleas, mialgias o enfermedades triviales de diagnóstico impreciso. Este fichero puede servir a las autoridades del establecimiento para la clasificación del personal en casos determinados” (Clusellas, 1941: 470).

El significado moral que se atribuía tanto a la asiduidad al trabajo como a la ausencia, se volvió aún más nítido en el contexto de la crisis económica de 1952, cuando todos los actores del mundo del trabajo convergieron respecto de la necesidad de aumentar la productividad. Los debates que en los años cincuenta se desarrollaron en torno al ausentismo, estaban plagados de demandas dirigidas al obrero para que se desempeñase como un productor “responsable y consciente” (Knobel, 1952: 103). Frente a la crisis, el “Estado [se decía] necesita la colaboración de todos sus habitantes, especialmente del trabajador” (Fernandez Rozas, 1951b:35).

Esa clase de demanda también afectó a los médicos, de quienes se esperaba que hicieran “comprender al obrero el papel importante que desempeña cuando trabaja con honradez en el progreso colectivo” (Bacigalupo, 1954:264). La interpelación a la responsabilidad social del médico, en este sentido, era directa. Así, en una conferencia impartida a colegas, un médico de fábrica decía:

“Uds. conocen aproximadamente lo que gana un obrero hoy, pero no se imaginan lo que cuesta. En industria metalúrgica, cuando se hace un presupuesto se calcula el jornal en casi 20\$ la hora, 160 \$ diarios y eso que los metalúrgicos de ninguna manera, son los que mejor pagan. Esos 160 \$ son los que permiten solventar los gastos y obtener un beneficio, es decir, es la suma que pierde el industrial cuando falta el operario. Una estadística hace ascender el ausentismo diario en nuestro país a casi el 10%. Dado que trabajan en la industria más de 3 millones de obreros, quiere decir que falta a su trabajo 300.000 personas diariamente, lo que a solamente \$ 100 diarios significa una pérdida diaria de 30 millones de pesos. El ausentismo, cuando el obrero perdía su jornal si faltaba, era alrededor del 2%. Es decir, que de Uds. depende que la industria argentina se beneficie en 24 millones de pesos diarios” (Medina, 1950: 565).

6. La problematización de la ausencia por enfermedad, entre el presente y el pasado

Este artículo partió de un problema del presente: entre las autoridades que se ocupan del control de la salud de los trabajadores, la preocupación por el ausentismo causado por enfermedad no sólo sigue existiendo, sino que, a juzgar por los esfuerzos que la SRT despliega para medir y explicar la incapacidad laboral temporaria y

por las opiniones de algunos dirigentes políticos, parece haberse intensificado.

En la contemporaneidad, ese problema se formula, preponderantemente, en el lenguaje de la economía. Médicos, funcionarios de la SRT, políticos, etc. se sirven del léxico, pero, asimismo, de un repertorio de operaciones propias de esa disciplina (cálculos de costo-beneficios, estimaciones) para pensar la ausencia al trabajo. Así, los diferentes documentos (Anuarios Estadísticos, investigaciones y diagnósticos especiales de la SRT, artículos de revistas médicas especializadas, *cosas dichas* respecto de las estrategias de prevención y promoción de la salud, etc.) que componen nuestro “dominio referencia discursivo”¹⁹, están saturados de alusiones a los “costos”, el “impacto económico” de los accidentes y enfermedades, la “productividad” del trabajo, etc.

Pero además de esa marca *economicista* de los discursos, también los objetivos estratégicos vinculados con las prácticas que representan, calculan, explican, controlan, etc. el ausentismo, consisten, fundamentalmente, en “reducir los costos” asociados a ese problema: gastos en salud, salarios, aseguramiento, etc.

Consideremos, en primer lugar, los Anuarios Estadísticos elaborados por la SRT. A excepción del informe publicado en el año 2003, en el que encontramos indicios de un discurso sanita-

19 Recuérdese que dicho dominio está integrado por enunciados que tematizan de manera explícita la cuestión de la ausencia por enfermedad entre 1995 y 2012.

rio²⁰, el resto de la información estadística obedece al propósito de satisfacer las demandas del mercado asegurador. Las cifras públicas se refieren, así, a un conjunto de campos relevantes desde el punto de vista “comercial” de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo²¹. Entre los rubros que son objeto de cálculo se encuentran las jornadas de trabajo perdidas por accidentes o enfermedad. Más específicamente, el “índice de pérdidas” es el parámetro elegido para mensurar el impacto económico de los accidentes y enfermedades laborales. La información relativa a la cantidad de días caídos y a la duración de la incapacidad laboral temporaria, es significativa, en primer lugar, para los empleadores (incluido el Estado), que son quienes, de acuerdo al régimen de la Ley N° 24.557, están obligados a pagar las prestaciones monetarias durante los diez días siguientes al accidente o manifestación de la enfermedad y quienes, asimismo, se ven directamente afectados por la inactividad de los trabajadores. Pero, asimismo, esos datos son relevantes para las Aseguradoras, que deben asumir la erogación de esas prestaciones a partir del undécimo día de incapacidad y que están

obligadas a brindar, en todo momento, asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, etc.

En segundo lugar, entre los resultados esperados de las políticas de prevención y promoción de la salud que desarrollan algunas grandes empresas se anota la reducción de la ausencia por enfermedad y de las consultas médicas. Si esas dos dimensiones cuentan (y, literalmente, “se cuentan”) es porque constituyen un indicador del objetivo -más ambicioso- que orienta dichas estrategias: la reducción del “costo en salud”. Considérese, a modo de ejemplificación, el siguiente relato:

“En Dupont Argentina el departamento médico consiguió disminuir los gastos en salud en los últimos años, como consecuencia de la implementación de un programa de prevención, promoción y educación de la salud (...). Una de las causas de esta reducción fueron las consultas médicas, que disminuyeron de 12 anuales en 1976 a 4 en el último año (...). Gracias a la implementación de este programa, se redujo a más de la mitad el porcentaje de ausentismo, en los últimos 20 años (...) ‘La empresa pasó de tener 1256 días de ausentismo por gripe a un promedio de 230 jornadas lo que significa

20 Esos “indicios” de un lenguaje sanitario obedecen a que, con la asunción, en el año 2003, de Héctor Verón como Superintendente de Riesgos de Trabajo y Carlos Rodríguez como Gerente General, se trató de imprimir una orientación “sanitarista” a la gestión de la SRT.

21 En la Argentina no se produce información que permita conocer el perfil epidemiológico de los trabajadores, la incidencia que las condiciones y el medio ambiente de trabajo tienen sobre la salud, los factores que generan las enfermedades laborales, etc. (Haidar, 2011b).

un ahorro de 350.000 pesos' afirma Santoro²²" (La Nación, 2001).

A su vez, los expertos que comercializan servicios de promoción de la salud, prevención del stress y asistencia psicológica al empleado, despliegan todo un repertorio de argumentos para persuadir a los empresarios acerca de los réditos económicos asociados a su implementación, entre los que se anotan la reducción de enfermedades que ocasionan ausentismo, las licencias médicas, etc. (Haidar, 2011b).

En una serie de artículos publicados entre 1995 y 2012 en la revista de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, se reitera un mismo enunciado: la inversión en prevención está justificada porque permite reducir el ausentismo, evitar la caída del rendimiento laboral asociada a ciertas enfermedades, disminuir los costos de los accidentes y aumentar la productividad (Massaccesi, 1998; Waron, 2004; Carpani, 2003; D'Aragona *et al.* 2004:20).

En tercer lugar, la práctica -todavía muy difundida- entre los médicos del trabajo, del control de ausentismo, se justifica por la necesidad de satisfacer la demanda de los empleadores de limitar al mínimo posible los días perdidos por enfermedad y, con ello, evitar el pago de salarios, consultas médicas, etc.

Tanto la frecuencia con que el propósito de reducir el costo laboral apa-

rece en los textos, como la repetición de términos y motivos económicos, parece indicar que la problematización "actual" del ausentismo por enfermedad está determinada por el discurso -más general- del neoliberalismo. Para arribar a tal conclusión no sólo cuenta aquello que *muestran* los textos que se refieren explícitamente a esa cuestión. Esto es así porque lo que en el presente *puede y no puede* decirse respecto de la ausencia por enfermedad, depende, asimismo, de otros discursos, que funcionan como condiciones de producción (Courtine, 1981) de aquella problematización. Ello significa que los enunciados que se actualizan en los textos que integran nuestro "dominio de referencia", no son, en sí mismos, totalmente inteligibles. Así, para comprender qué es lo que, en el presente, *puede y no puede decirse, puede y no puede pensarse*, respecto de la ausencia por enfermedad, es preciso considerar las condiciones históricas de constitución del sentido.

Entre esas condiciones de producción se cuentan las secuencias discursivas que integran nuestro "dominio de actualidad", es decir, todo un conjunto de enunciados relativos a la salud y seguridad laboral que coexisten con aquellas del dominio de referencia. Esas secuencias discursivas, producidas también entre 1995 y 2012, tienen una característica común: hacen del pensamiento económico la ma-

22 Nicolás Santoro era (en el año 2001) el director del departamento médico de DuPont Argentina.

triz para gobernar esa cuestión y, por ello, tienden a alinear los objetivos económicos (así, las reducción de los costos, el aumento de la productividad) con los objetivos sanitarios (la prevención de las enfermedades, el mejoramiento de la calidad de vida). Pues bien: esa operación de emplazar a la economía en el centro de la reflexión y la práctica gubernamental es una “marca registrada” de la racionalidad neoliberal.

Tal como argumentamos en otro lugar (Haidar, 2011b) la Ley N° 24.557 fue diseñada con la finalidad de reducir los costos de los accidentes y enfermedades laborales, a través de la toma descentralizada de decisiones, es decir, del mecanismo del mercado. La creación de un régimen de seguro obligatorio de gestión privada significó además, la creación de un negocio para el capital financiero. Más allá de este último dato, lo que se produjo fue una transformación de orden gubernamental: la instalación de un esquema económico neoliberal para el gobierno de las acciones relativas a la prevención y reparación de las contingencias laborales, fundado en la incentivación de conductas eficientes por vía de mecanismos jurídicos y de mercado (procesos de formación de precios).

El Sistema se configuró de tal manera de incentivar en los actores (los empleadores, las aseguradoras y los trabajadores) la adopción de conductas “eficientes”, que tendieran a la reducción de los costos y a la prevención. Es esta matriz de análisis económico, de factura neoliberal, la que nos ayu-

da a comprender el sentido del cálculo de los “días perdidos” que realiza anualmente la SRT y, en parte, su interés por identificar los factores que mayor incidencia tienen sobre la prolongación de la incapacidad laboral temporaria. Tal como señalaron dos de los “ideólogos” del Sistema de Riesgos del Trabajo, la información producida desde el Estado coadyuva a la mejor distribución de los recursos de las aseguradoras entre los fines de asesoramiento, apoyo y fiscalización (Giordano y Torres, 2000).

Es preciso considerar, todavía, otra arista del discurso neoliberal que permite explicar la problematización contemporánea del ausentismo por enfermedad, y que tiene que ver con la importancia que asume, para esa racionalidad de gobierno, la cuestión de la “competitividad”. Desde el punto de vista neoliberal, el mercado se objetivó como un espacio transnacional, en el que la competencia se traba entre diversos actores: el Estado-Nación, las empresas y los individuos en general. La seguridad del capitalismo requiere, en este sentido, dar prioridad a la eficiencia y a la competencia en el marco de procesos que, como la salud-enfermedad de los trabajadores, no son en sí mismos económicos. Ello es así en virtud del impacto “distorsivo” que prácticas no filtradas por el análisis costo-beneficio pueden tener para la *performance* económica de la nación entendida como un todo (Beeson y Firth, 1998: 221).

Como vimos anteriormente, los discursos médicos recurren a razonamientos de costo-beneficio y a argu-

mentos económicos para justificar la inversión en prevención. Idénticos argumentos inspiran los programas que, en materia de salud y seguridad, la OIT promueve a lo largo del globo. En palabras de una de sus representantes en la Argentina:

“La promoción de la seguridad y la salud en el trabajo (...) es una estrategia importante, no sólo para garantizar el bienestar de los trabajadores, sino también para contribuir a la productividad de la empresa (...) la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores son prerequisites para la productividad y el desarrollo sustentable” (Forastieri, 2007: 103).

En conclusión: para la SRT, los médicos, y otras autoridades, el ausentismo por enfermedad cuenta desde un punto de vista económico, porque reduce o perjudica la “competitividad” de las empresas y de la economía nacional. Así las cosas, bien podría sospecharse que tal preocupación responde –únicamente– al impacto que el neoliberalismo tuvo -y todavía tiene- sobre los discursos de la salud y seguridad laboral.

Sin embargo, las condiciones de producción de esa problematización no están ancladas, solamente, en el presente. Además del discurso neoliberal (es decir, de las secuencias discursivas que integran nuestro dominio de actualidad), la discusión contemporánea del ausentismo por enfermedad está sobredeterminada por una serie de discursos históricos (dominio de memoria), cuya exhumación fue posible gracias al trabajo del archivo.

Así, si entre 1930 y 1955, la presencia, en el discurso médico, de enunciados que atribuían a la ausencia por enfermedad un significado económico, no puede remitirse al neoliberalismo, la presencia de esos enunciados en el discurso médico contemporáneo tampoco puede explicarse solamente por la influencia de dicha racionalidad. Lo que el trabajo del archivo nos permitió visualizar es la persistencia con que los médicos del trabajo recurrieron a motivaciones económicas para justificar su propia práctica. En esta dirección, nos inclinamos a pensar que esa clase de argumentación pragmática (que atribuye una utilidad mensurable en dinero a la acción en salud) forma parte del “vocabulario de motivos” (Wright Mills, 1940) que los médicos del trabajo comparten con los capitalistas.

Esa tendencia de los médicos del trabajo a articular razones de utilidad para justificar sus prácticas, se explica, en parte, por el vínculo estrecho entre las acciones que despliegan (desde el control de ausentismo hasta la promoción de la salud) y la lógica productiva. Ese rol profesional ha tendido, históricamente, a estar determinado por los intereses capitalistas.

Pero, además de ello, esa apelación recurrente a los argumentos económicos es indicador de un proceso más general de economización de la vida, que comenzó a desplegarse desde los primeros años del siglo XX. En virtud de ese movimiento, las acciones dirigidas a conservar y mejorar la vida fueron legitimadas y operacionalizadas a través de la mediación de toda una se-

rie de herramientas económicas (Bröckling, 2010:249). A lo largo del tiempo, la salud fue progresivamente objetivada, instrumentalizada, en función de un cálculo económico. Lo que ha variado, con el transcurso de las décadas, es el punto de vista desde el que dicho cálculo se realizó. En el período 1930-1955 esa clase de práctica calculadora se efectuó tanto desde el punto de vista micro de la “empresa” (estadísticas de fábrica) como desde el punto macro de la “economía nacional” (estadísticas públicas). Asimismo, como mostramos en el apartado 2, durante el gobierno peronista, de la mano del despliegue de estrategias “políticas” de gobierno, esa segunda dimensión adquirió particular centralidad. Por el contrario, de la mano del desmontaje neoliberal de la idea de “economía nacional” y de la generalización de la idea de la competitividad global, esa clase de cálculo se realiza, en todo caso, desde el punto de vista de la empresa.

Ese discurso de “economización de la vida” tiene, ciertamente, un aspecto “positivo”, particularmente explotado en la actualidad, en función del cual se piensa que la salud y el bienestar mantienen una relación sinérgica con la productividad. Pero también tiene un aspecto negativo, ligado a la idea de pérdida. Es esta segunda dimensión la que expresa la preocupación histórica por la consecuente inactividad que genera la enfermedad. Así, la insistencia sobre los efectos económicos negativos que las enfermedades ocasionan en el mundo productivo, engendra un discurso bio-económico

fundado sobre la noción de pérdida que enfatiza el aspecto económico de las enfermedades, dando lugar a una “contabilidad biológica”, en desmedro de sus aspectos sanitarios (esto es, de las preguntas por las “causas” de los accidentes y enfermedades) y tiende a alimentar la opinión de que el trabajador que se enferma es un “problema” para la empresa. Tanto en su dimensión negativa como positiva, lo que ese proceso de economización de la vida tiende a ocultar es la tensión entre el punto de vista sanitario y el punto de vista económico.

Ahora bien, más allá de la importancia que se atribuyen a las jornadas de trabajo que se pierden, lo que está en discusión es el ausentismo causado por “enfermedad”. Eso hace que, en el discurso médico, todavía desempeñen un lugar relevante los argumentos *humanitarios* que colocan el valor salud por sobre los valores patrimoniales. De hecho, una de las razones que (además de la reducción de los costos), se movilizó para justificar la sanción de la Ley N° 24.557, fue la incorporación del objetivo de “prevenir” los accidentes y enfermedades, así como la inclusión, en el régimen de cobertura, de prestaciones de rehabilitación y recalificación.

Sin embargo, si bien entre los objetivos del nuevo Sistema de Riesgos del Trabajo se contempló el tema de la prevención, para conseguir tal objetivo, los expertos que lo diseñaron prefirieron apelar (en lugar de la mera coerción de la ley) a una serie de incentivos financieros, básicamente, a los precios de las pólizas de seguro. A

tal punto se encuentra generalizado, en la actualidad, el uso de incentivos financieros, que los médicos se ven obligados a aclarar que la prevención es un fin en sí mismo:

“proteger la salud de los trabajadores de una empresa es en sí mismo un fin noble que justifica la inversión. Sin embargo este no es el único argumento válido ya que todo programa debe demostrar un beneficio económico, lenguaje que los médicos del trabajo debemos manejar casi tan fluidamente como el de la medicina misma” (Salomón, 1998: 15).

Pero, por otra parte, en la problematización actual del ausentismo por enfermedad no sólo resuenan las memorias discursivas ligadas a la economización de la vida y a las prácticas de los médicos de fábrica, sino, asimismo, otros ecos de carácter “ético” y “político”. Así, tanto en la atención que el ausentismo despierta entre las autoridades políticas y los funcionarios, como en la persistencia de un control médico sobre el mismo, habita la vieja sospecha de que los trabajadores abusan de los derechos sociales y simulan enfermedades. Esa práctica médica encuentra un apoyo importante en el texto de la Ley de Contrato de Trabajo, que establece que, para que una enfermedad inculpe de lugar a la protección, tiene que estar “inequívocamente acreditada”, y que el trabajador debe someterse al control efectuado por un médico designado por el empleador (artículos 209 y 210).

Asimismo, todavía encontramos huellas de esa sospecha en el texto mismo de la Ley de Riesgos del Trabajo. Si bien los trabajadores víctimas de

un accidente o enfermedad perciben sus prestaciones de manera automática, las aseguradoras gozan de una franquicia durante los diez primeros días siguientes a la incapacidad, en los que el pago de la prestación monetaria corre a cargo del empleador.

Por otra parte, si durante la década del '30 y del '40, y en el marco de una legislación que sólo preveía la responsabilidad de los empleadores por accidentes y enfermedades, se discutió si los trabajadores tenían o no la obligación de someterse a los tratamientos médicos prescritos, en el actual sistema, que establece el seguro obligatorio, la posibilidad de que los trabajadores despunten algún comportamiento ligado a una “moral de aprovechamiento” está totalmente cancelada, porque específicamente se prevé que las aseguradoras pueden suspender las prestaciones dinerarias “en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las comisiones médicas, a percibir las prestaciones en especie” (artículo 7, Ley N° 24.557). De esta manera se bloqueó toda posibilidad de que los trabajadores “lucren” con su salud.

Asimismo, la hipótesis de la simulación entró en el cálculo de los expertos que diseñaron el Sistema de Riesgos del Trabajo. Los expertos de la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL, 2001), uno de los “tanques de pensamiento” que incidieron en la reforma de las instituciones laborales en la Argentina, no dejaron de recordar (en un estudio elaborado por encargo de la Unión Argentina de Aseguradoras de

Riesgos de Trabajo) que mientras las indemnizaciones muy bajas conspiran contra la prevención, las altas reducen los incentivos sobre los trabajadores y alientan conductas fraudulentas. Así, entre fines de la década del '40 y los primeros años de la década siguiente, los médicos sugerían reducir las indemnizaciones al 50% para evitar el "riesgo abuso", los expertos de la FIEL pensaban en reducir el "nivel" y la estructura de las compensaciones para incentivar a los trabajadores a adoptar medidas preventivas y evitar las "simulaciones" y "exageraciones".

La sospecha de la simulación continúa desempeñando un papel entre los médicos de fábrica. Como observa C. Rodríguez (2005:432) "la situación corriente es que el empleador quiera utilizarlo como agente de control social" y, cuando la práctica se corresponde a ese relato, "el médico se atrinchera entonces detrás del escritorio, tratando de evidenciar la simulación del trabajador".

Pero esa clase de actitud de desconfianza tampoco se encuentra generalizada. La investigación que en el año 2010 publicó la SRT, relativa a la incapacidad laboral temporaria, no presupone que los trabajadores que faltan simulan las enfermedades, sino que manifiesta un genuino interés por identificar las variables que inciden sobre ese fenómeno para así poder intervenir sobre ellas. Inspirado en una racionalidad probabilística, el texto de los expertos pretendió, asimismo, determinar los factores que explican la duración y la continuación en el tiempo de las bajas. La estimación de

la duración media de las ausencias y de su prolongación es clave para la gestión que las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo hace de esas contingencias. Ello es así porque como explica J. C. Torres (1997:7), ex Secretario de Seguridad Social de la Nación, "la experiencia de los siniestros laborales indica que el mayor costo no se asocia a la gran cantidad de ausencias breves, sino a las prolongadas".

Utilizando un modelo estadístico, que combina diversas variables (género y edad de los trabajadores, tamaño de la empresa, provincia, sector de actividad y tipo de enfermedad), se arribó a la conclusión de que, más allá de la interacción de diversas causas, la edad y el sector de actividad son los factores que mayor incidencia tienen sobre la duración y la continuación (probable) de las bajas (Covaro-Zuker, 2010).

Asimismo, aquello que la discusión actual sobre la "ausencia al trabajo" pone en juego son las significaciones -en tensión- que a lo largo de la historia se han atribuido al "tiempo de la enfermedad" y al uso que los trabajadores hacen del mismo. Como vimos, la problematización de la incapacidad y de la convalecencia estuvo atravesada, entre 1930 y 1955, por la tensión entre los propósitos estrictamente "terapéuticos", los propósitos "económico-productivistas" y los propósitos "morales". Si bien en la actualidad, de la mano del vocabulario de los derechos humanos y de la orientación preventiva de la medicina del trabajo, la cuestión de la "cura" y la "rehabilitación" de los trabajadores incapacita-

dos aparece como central, el hecho de que el “tiempo de la enfermedad” se designe, en el lenguaje económico-estadístico, como “índice de pérdidas”, tiende a reproducir la vieja distinción entre “trabajo” y “ocio” que organizaba la problematización médica de la incapacidad y la convalecencia. Así, si en el lenguaje oficial de las estadísticas todo lo que la incapacidad connota son “pérdidas”, el tiempo de la enfermedad aparece asociado a la improductividad y ello genera justificaciones e incentivos económicos para promover el “presentismo”.

Ya de manera temprana, la problematización médica de la convalecencia hacía de ella un tiempo de tránsito, de preparación para el regreso al trabajo. También en la actualidad, una de las razones que se movilizaron para justificar la incorporación en el texto de la Ley de Riesgos de Trabajo (LRT) de las acciones de recalificación, fue que de esa manera se optimizaba y acortaba el tiempo para el reingreso al mercado de trabajo.

Con el correr de las décadas, también el conjunto de prestaciones “no dinerarias” que prevé la LRT adquirieron para los reformadores el valor de estrategias destinadas a evitar su caída definitiva en la zona (pasiva) de la *inempleabilidad*. Así, tanto las estrategias de cura a través del trabajo de la década del '30, que se articularon fundamentalmente como una iniciativa del cuerpo médico, que acoplaba la intervención médico-social con las demandas liberales y capitalistas y fueron articuladas en términos fundamentalmente morales, como las ac-

tuales acciones, que se articulan en el lenguaje de los derechos humanos, buscaron -a través de vías indirectas- hacer que las jornadas de trabajo “caídas”, no fueran días perdidos desde todo punto de vista, sino que haya también en ellos una (alguna) suerte de productividad.

Ciertamente, en la actualidad la productividad del trabajo se mide por diversas dimensiones, que de ninguna manera se reduce a los índices de “presentismo”. Sin embargo, la “asiduidad al trabajo” sigue desempeñando un rol en el marco de un discurso productivista, que en parte, es expresión del discurso “neoliberal” de la competitividad. Pero, al mismo tiempo, en ese discurso productivista (en el que se engarza la actual discusión sobre el ausentismo) resuena la vieja utopía del peronismo (retomada por el desarrollismo) de lograr la soberanía económica de la nación a través de la industrialización. Esa utopía productivista no tiene nada de neoliberal sino que, por el contrario, porta las huellas del pensamiento nacionalista. Pues bien, es ese discurso productivista -y sus marcas nacionalistas- el que hace de la presencia de los “cuerpos” en los lugares de trabajo un indicador tanto de la potencia de la nación, como de la voluntad de los individuos de contribuir a la edificación de la riqueza y el bienestar de esa unidad. Ello (y no sólo las razones económicas) es lo que explica que el ausentismo constituya, todavía, un problema para las autoridades políticas. Así, como señalamos en la introducción, persiste en el discurso político

una preocupación por el ausentismo de los trabajadores docentes a quiénes se tiende a acusar de una escasa laboriosidad. En este sentido, basta con considerar las afirmaciones que, en el marco de la confrontación entre los gremios docentes y las autoridades de diferentes provincias por cuestiones salariales, realizó la presidenta de la nación Argentina en la apertura de las sesiones del Congreso correspondientes al año 2012: “con trabajadores que gozan de estabilidad (...) con jornadas laborales de 4 horas y 3 meses de vacaciones, cómo es posible que sólo tengamos que hablar de salarios y no hablemos de los pibes que no tienen clases (...) Hay 998.000 docentes físicos pero 1,5 millón de cargos. El promedio de **ausentismo** es de 24,18%, un cuarto de la masa salarial se paga dos veces” (Clarín, 2012)²³.

Consideraciones Finales

Así, como vimos a lo largo de este artículo, el problema de la ausencia por enfermedad emergió y se tematizó de manera intensa entre 1930 y 1955, en el marco de una serie de prácticas y discursos relativos a la salud de la po-

blación asalariada, la productividad, los sistemas de seguridad social, etc., que lejos de estar inspirados por el neoliberalismo, portaban las huellas de racionalidades “sociales”, de reflexiones y estrategias de orientación “corporativista”, “nacionalista”, “dirigista” y “planificadora”²⁴.

Si el problema de la ausencia por enfermedad no es una invención de nuestra época, tampoco es novedosa su asociación con la cuestión económica de los “costos”. Ciertamente, para el neoliberalismo, cualquier acción, incluidas aquellas que pretenden regular el ausentismo, debe satisfacer los requerimientos de la competitividad, debe atravesar el “filtro” de la eficiencia.

Sin embargo, como explicamos en el apartado 1, en la Argentina, los médicos de fábrica se sirvieron de argumentos económicos para persuadir a los empleadores de la utilidad de su acción, mucho antes de que el vocabulario de *competitividad* y la *eficiencia* (ligado al pensamiento neoliberal) estuviera disponible. Mientras en las décadas del '50 y del '60, Bazterrica compelió a los médicos del trabajo a incorporar, en sus reflexiones y prác-

23 Como indicamos en la introducción, no se trata de una opinión aislada sino que se inserta en una serie discursiva más general (véase al respecto La Nación, 2012a, 2012b, 2010).

24 En este sentido, si entre 1930 y 1946 algunos de esos motivos se combinaron con formas liberales de pensamiento y acción, el régimen peronista se caracterizó por su eclecticismo: con la finalidad de lograr sus objetivos (soberanía económica, armonía entre clases, etc.) movilizó las nociones de “nación” y de “patria”, así como diversos elementos neo-corporativos sin desatender los intereses capitalistas ni abandonar completamente el lenguaje liberal.

ticas, el “punto de vista económico”, en la actualidad tal perspectiva resulta insoslayable.

Por otra parte, así como desde la década del '30, la cantidad de horas de trabajo perdidas por enfermedad constituía, para los médicos de fábrica el indicador más “objetivo” de la productividad de la industria, en la actualidad, la SRT se inclina a utilizar el mismo dato para mensurar el impacto económico de los accidentes y enfermedades. Asimismo, para los médicos del trabajo el ausentismo sigue siendo tema de preocupación, “ya que en muchos casos es el único parámetro objetivable del servicio médico según el criterio empresarial” (Rositano y Nieto, 1996: 227).

En conclusión: el hecho de que, en el presente, la ausencia por enfermedad tenga una significación económica, se explica en función tanto de datos “contemporáneos” como de otros “históricos”. Para volver inteligible tal tipo de racionalización es preciso referirse, entonces, al interés neoliberal por la competitividad de la empresa, a la (larga) existencia, en el discurso de la medicina del trabajo, de un vocabulario “económico” de motivos y, asimismo, al desarrollo de un proceso de economización de la vida que ha encontrado en la práctica y el discurso médico uno de sus intermediarios privilegiados.

En fin, en este artículo mostramos que contra toda apariencia de contemporaneidad, la ausencia al trabajo por enfermedad es una preocupación de larga duración asociada con la de un discurso de economización de la vida y

con las estrategias que los saberes ligados al trabajo y la producción desplegaron frente a los capitalistas, el Estado y la opinión pública en general, para justificar su actuación en los lugares de trabajo. Asimismo, sostuvimos que, a lo largo de la historia, la discusión sobre la ausencia por enfermedad no está vinculada, solamente a la cuestión de su incidencia económica, sino que constituye una suerte de “pretexto” para pensar la identidad obrera e intervenir sobre ella.

Referencias Bibliográficas

ANTOKOLETZ, Daniel (1927). **Curso de Legislación del Trabajo**. T.II. Buenos Aires. Pedro García Editor.

BACIGALUPO, Reinaldo (1954). “El rol moral del médico del trabajo”. En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 136. Pp. 260-264.

BARRY, Andrew, OSBORNE, Thomas y ROSE, Nikolas (1996). “Introduction” en BARRY, Andrew, OSBORNE, Thomas y ROSE, Nikolas (Editores). **Foucault and political reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government**. London. UCL Press, Pp. 1-16.

BASSO, Juan (1944). “Ponencia”. En: AA.VV. **Anales de la I Convención de los Médicos de la Industria**. Primera Parte. Antecedentes, 1943. Buenos Aires. Talleres Gráficos ‘Index’.

BAZTERRICA, Juan Martín (1954). “El consultorio médico en la industria”. En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Ai-

res. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 132. Pp. 22-31.

BEESON, Mark y FIRTH, Ann (1998). "Neoliberalism as political rationality: Australian public policy since the 1980s". En: **Journal of Sociology**. London. Sage. 34 (3), Pp.215-231.

BELTRÁN, Juan Ramón (1935). "El derecho a curar en materia de accidentes del trabajo". En: **Archivos de Medicina Legal**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina Legal. N° 4, Sept-Oct, Pp. 399-412.

BILTRÁN, Rafael (1994). **El Congreso de la Productividad. La reconversión económica durante el segundo gobierno peronista**. Buenos Aires. El Bloque.

BO, Santiago (1953a). "Programa de lucha contra el ausentismo". En: **Revista de la Sanidad Militar Argentina**. Buenos Aires. Dirección de Sanidad Militar. N° 2. Pp. 252-254.

BO, Santiago (1953b). "Causas sociales de ausentismo". En: **Revista de la Sanidad Militar Argentina**. Buenos Aires. Dirección de Sanidad Militar. N° 1. Pp. 61-65.

BOCCIA, Donato (1947). "Seguridad Industrial". En: **Prensa Médica**. Buenos Aires. N° 51. Pp. 2439-2448.

BOSCH, Raimundo (1923). "Congreso del Trabajo. Sesión Inaugural". En AAVV: **Congreso del Trabajo**. Agosto de 1923. Santa Fe. Imprenta de la Provincia de Santa Fe.

BOSSI, Luis A. (1940). "Normas para la práctica de prevención médico-social en las enfermedades profesionales". En: **Anales de Biotipología, eugenesia y medicina social**. Buenos Aires. Sociedad Argentina de

Biotipología, Eugenesia y Medicina Social. N° 93. Pp. 19.

BRÖCKLING, Ulrich (2011). "Human economy, human capital. A critique of biopolitical economy". En: BRÖCKLING, Ulrich, KRASMAN, Susanne y LEMKE, Thomas. **Governmentality. Current Issues and Future Challenges**. New York. Routledge. Pp. 247-268.

BUNGE, Augusto (1910). **Las conquistas de la higiene social**. T.I. Buenos Aires. Talleres Gráficos de la Penitenciería Nacional.

CARPANI, Ricardo (2003). "Programa de Prevención cardiovascular primaria en el ámbito laboral Preventor I". En: **Salud Ocupacional**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. N° 86. Pp. 16-18.

CARRERA, Alfredo Claudio (1948). "Organización de un servicio médico en la industria. Sus resultados". En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 62. Pp. 1436-1442.

CARRILLO, Ramón (1948a). "Ausentismo por enfermedad". En: **Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación**. Buenos Aires. Secretaría de Salud Pública de la Nación. T. IV. Pp. 306-315.

CARRILLO, Ramón (1948b). "Higiene y Medicina Social". En: **Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación**. Buenos Aires. Secretaría de Salud Pública. Vol. III. N° 19. Pp.22-34.

CHIOVINO, Felix (1948). "Consideraciones sobre ausentismo por enfermedad". En: **El día Médico**. Buenos Aires. N° 68. Pp. 2763-2765.

CLARÍN (2012). **Cristina le apuntó a los docentes**. En: http://www.clarin.com/politica/Cristina-apunto-maestros-meses-vacaciones_0_656334433.html. Fecha de Consulta: 25.06.2012.

CLUSELLAS, Fernando (1941). "Medicina Social del Trabajo". En: **La Semana Médica**. Buenos Aires. N° 8. Pp. 462-475.

COURTINE, Jean Jacques (1981). "Análisis del discurso político (el discurso comunista dirigido a los cristianos)". En: **Langages**. N° 62. Pp. 1-100.

COVARO, Brián y ZUKER, Sebastián (2010). **Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales: Análisis de los factores que influyen sobre la duración y la probabilidad de seguir con días de baja laboral**. En: http://200.32.100.20/estadisticas/informes/2010/2010_DiasBaja.pdf. Fecha de Consulta: 14.03.2012.

CROTTI, Angel Mariano (1937). "La tabulación en las estadísticas industriales". En: **Demophylaxia**. Buenos Aires. N° 1. Pp. 21-23.

D'ARAGONA, Guillermo; FORLANO, Ricardo y ETCHEGOYEN, Graciela (2004). "Anormalidades halladas en exámenes periódicos en una población de trabajadores presuntamente sanos". En: **Salud Ocupacional**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. N° 90. Pp. 12-16.

DE LÍO, Ernesto (1953). "El ausentismo y la Ley 5.316 en la provincia de Buenos Aires". En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 121. Pp. 108 - 112.

DESMARAS, Carlos (1944). "La Medicina en el campo de la seguridad social". En: **Clínica del Trabajo**. N° 15 y 16. Pp. 10-12.

ESCARDO, Roberto; DELBUE, Carlos; MEMBRIVES, Juan y SAN MARTÍN, Horacio (1948). "Imputabilidad en Medicina del Trabajo". En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 70. Pp. 2066-2077.

FALENI, Ricardo (1946). "La importancia del examen médico previo en la industria". En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 46. Pp. 394-396.

FEIMANN, Enrique (1923). "Fundamentos de las proposiciones presentadas por el Doctor Enrique Feimann. Protección científica al trabajo. Proyecto de creación del Hospital Nacional Policlínico del Trabajo". En AAVV: **Congreso del Trabajo**. Agosto de 1923. Santa Fe. Imprenta de la Provincia de Santa Fe. Pp. 353-362.

FERNANDEZ ROZAS, Francisco (1951a). "La patología femenina en la medicina del trabajo (organización de un servicio social completo para obrera asalariada)". En: **La Semana Médica**. 08 de noviembre de 1951. Buenos Aires. Pp. 886-888.

FERNANDEZ ROZAS, Francisco (1951b) "Forma de organizar los servicios de accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en las industrias". En: **Prensa Médica**. N° 1. Pp. 35-40.

FERNANDEZ ROZAS, Francisco y PEREZ ROVIRA, Juan (1950). "Importancia de la cura de primera ur-

gencia en los accidentes del trabajo”. En: **La Semana Médica**. 12/10/1950. Buenos Aires. Pp. 745-748.

FORASTIERI, Virginia (2007). “La participación de los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo en el ámbito de la OIT”. En: AAVV. **Aportes para el Debate de la Reforma de la Ley de Riesgos del Trabajo. La participación como instrumento de promoción al diálogo social**. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

FOUCAULT, Michel (2001). “El sujeto y el poder”. En: DREYFUS, Hubert L. y RABINOW, Paul. **Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica**. Buenos Aires. Nueva Visión. Pp. 241-259.

FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS LATINOAMERICANAS (2001). **Análisis de la Ley de Riesgos del Trabajo**. Buenos Aires. FIEL.

GALLAC, Héctor (1947). “La sintomatología cardíaca funcional en la medicina del trabajo”. En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 56. Pp. 1059-1087.

GIORDANO, Osvaldo y TORRES, Alejandra (2000). **¿Nuevamente el dilema entre equidad y competitividad?** Fundación Nuevo Milenio, Serie Documentos # 23. Disponible en <http://www.fnm.org.ar>. Fecha de Consulta: 21.06.2009.

GRONDONA, Ana Lucía (2011). **Tradición y traducción: un estudio de las formas contemporá-**

neas del gobierno de las poblaciones desempleadas en la Argentina. En: <http://www.centrocultural.coop/uploads/tesisanalucia-grondona.pdf>. Fecha de Consulta: 14.05.2012.

GURFINKEL, Samuel (1953). “Producción, productividad y ausentismo”. En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 127. Pp. 510-522.

Haidar, Victoria (2008). **Trabajadores en riesgo. Una sociología histórica de la biopolítica del trabajo asalariado en la Argentina**. Buenos Aires. Prometeo.

Haidar, Victoria (2011a). “Todo hombre en su justo lugar: la ‘solución’ biotipológica al conflicto entre productividad y salud (Argentina, 1930-1955)”. En: **Salud Colectiva**. Lanús. Universidad Nacional de Lanús. Vol. 7. N° 3.

Haidar, Victoria (2011b). **Hacer vivir, hacer producir: Racionalidades y tecnologías para el gobierno de la salud y la enfermedad laboral (Argentina, 1995-2007)**. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Trabajo no publicado. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Haidar, Victoria (2012). “La aparición y declinación del ausentismo como problema para el gobierno de la población trabajadora (Argentina, siglo XX)”. En: **Trabajo y Sociedad**. Santiago del Estero. Universidad Nacional de Santiago del Estero. N° 19. En prensa.

JAMES, Daniel (2010). **Resistencia e integración**. Buenos Aires. Siglo Veintiuno.

JORGE, José (1934). "El servicio social en la clínica Quirúrgica del Hospital". En: **La Semana Médica**. Buenos Aires N°12. Pp.853- 861

KAPLAN, Juan (1954). "Ausentismo obrero y enfermedades gastrointestinales". En: **La Semana Médica**. Buenos Aires. 14 de octubre. Pp. 696-697.

KNOBEL, Mauricio (1952). **Etiología del ausentismo**. Tesis de Doctorado. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Buenos Aires.

LA NACIÓN (2001). **Más salud, menos costos**. En: <http://www.lanacion.com.ar/183540-mas-salud-menos-costos>. Fecha de Consulta: 28.07.2012.

LA NACIÓN (2009). **Combatirán el ausentismo docente**. En: <http://www.lanacion.com.ar/1180868-combatiran-el-ausentismo-docente>. Fecha de Consulta: 28.07.2012.

LA NACIÓN (2010). **Faltan a clase hasta el 40% de los docentes**. En: <http://www.lanacion.com.ar/1243183-falta-a-clase-hasta-el-40-de-los-docentes>. Fecha de Consulta: 28.07.2012.

LA NACIÓN (2011). **Indignación de Cristina por la 'tendinitis' de los trabajadores del subte**. En: <http://www.lanacion.com.ar/1404156-indignacion-de-cristina-por-la-tendinitis-de-los-trabajadores-del-subte>. Fecha de Consulta: 28.07.2012.

LA NACIÓN (2012a). **El alto ausentismo, otro punto negativo**. En: <http://www.lanacion.com.ar/1459222-el-alto-ausentismo-otro-punto-negativo>. Fecha de Consulta: 28.07.2012.

LA NACIÓN (2012b). **Hay que fijar reglas claras para discutir el salario docente**. En: <http://www.lanacion.com.ar/1457283-hay-que-fijar-reglas-claras-para-discutir-el-salario-docente>. Fecha de Consulta: 28.07.2012.

LEVENE, Alberto (1933). "La función social de la sanidad militar". En: **Prensa Médica**. N° 52. Pp. 2714.

LEY DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO, N° 9.688 (1915).

LEY DE CONTRATO DE TRABAJO, N° 20.744 (1974).

LEY DE RIESGOS DE TRABAJO, N° 24.557 (1995).

LICURZI, Ariosto (1932). "Reintegración quirúrgica de los lesionados del trabajo". En: **Prensa Médica**. Buenos Aires. N° 11. Pp. 681.

MASSACCESI, Hugo Marcelo (1998). "Análisis de los accidentes laborales en una planta siderúrgica de la provincia de Jujuy". En: **Salud Ocupacional**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. N° 70. Pp. 18-23.

MEDINA, Antonio (1950). "Medicina Tecnológica". En: **La Semana Médica**. Buenos Aires. 14 de septiembre. Pp. 565-568.

MILLS, C. Wright (1940). "Situational Actions and Vocabularies of Motives". En: **American Sociological**

Review. United States. Vol. V. Pp. 904-913.

MONTENEGRO, Américo (1949). "Las causas psíquicas del ausentismo". En: **Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación**. Buenos Aires. Secretaría de Salud Pública. Vol. VI. N° 1. Pp. 77-82.

OBIGLIO, Julio y GARCÍA OLIVERA, Miguel (1951). "El ausentismo factor antieconómico". En: **Revista de la Asociación Médica Argentina**. Buenos Aires. Asociación Médica Argentina. Enero-Febrero. Pp. 35-38.

PATARO, Francisco (1950). "El ausentismo". En: **Revista de Medicina del Trabajo y del Deporte**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Trabajo y del Deporte. Mayo de 1950. Pp. 3320-3325.

PODER EJECUTIVO NACIONAL (1995). "Mensaje del Poder Ejecutivo al Congreso de la Nación". En: COLOMBO, Carlos (Director). **Antecedentes Parlamentarios**. Buenos Aires. La Ley. Pp. 403-413.

PRIMERA CONVENCION DE MÉDICOS DE LA INDUSTRIA (1944). **Anales de la I Convención de Médicos de la Industria**. Primera Parte. Antecedentes, 1943. Buenos Aires. Talleres Gráficos Index.

RABINBACH, A. (1992). **The human motor**. Berkeley. University of California Press.

RAMACCIOTTI, Karina (2009). **La política sanitaria del peronismo**. Buenos Aires. Biblos.

REGGI, José Pedro (1947). "Medicina y Trabajo". En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina

del Deporte y del Trabajo. N° 54. Pp. 930-943.

REGGI, José Pedro (1955). "Jerarquía científica y trascendencia económica y social de la medicina del trabajo". En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 154. Pp.662-671.

RODRÍGUEZ, Carlos (2005). **La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente**. Buenos Aires. Superintendencia de Riesgos de Trabajo.

RODRÍGUEZ, Germinal (1941) "Lo eterno y lo circunstancial en el taylorismo". En: **Clínica del Trabajo**. N° 4. Marzo y Abril. Pp.10-15.

RODRÍGUEZ, Germinal (1947). "Alcance médico-social de la Ley de Medicina Preventiva". En: **Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación**. Buenos Aires. Secretaría de Salud Pública. Vol. II. N° 9.

RODRÍGUEZ, Germinal (1951). **Servicio social industrial**. Buenos Aires. Editorial Universitaria.

ROJAS, Nerio (1934). "Jurisprudencia comentada. Accidente de trabajo: operación obligatoria de una hernia". En: **Archivos de Medicina Legal**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina Legal. N° 1. Pp. 62-69.

ROSITANO, Ricardo y NIETO, Héctor (1996). "La Medicina del Trabajo en la Argentina 1987-1993: Teoría y práctica". En: PANAIÁ, Martha (Compiladora). **Trabajo y Empleo. Un abordaje disciplinario**. Buenos Aires. Eudeba-Paite Co-ediciones.

SAND, René (1934). **L'économie humaine par la médecine sociale**. París. Les Editions Rieder.

SALOMON, Sergio (1998). "Promoción de la salud: un ámbito de oportunidades para el médico del trabajo". En: **Salud Ocupacional**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. N° 70. Pp. 14-17.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN (1949). "La civilización tiene un precio". En: **Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación**. Buenos Aires. Vol. I. N° 2. Pp. 99-105.

STAVRINAKIS, Jorge (1956). **Medicina Industrial. Ergoiatría**. Buenos Aires. Firestone S.A.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (2007). **Anuario Estadístico de Accidentabilidad Laboral. Resumen Ejecutivo**. Disponible en: <http://200.32.100.20/estadisticas/anuario/2007.pdf>. Fecha de Consulta: 17.12.2012.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (2008). **Anuario Estadístico de Accidentabilidad Laboral. Resumen Ejecutivo**. Disponible en: <http://200.32.100.20/estadisticas/anuario/2008.pdf>. Fecha de Consulta: 17.12.2012.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (2009). **Anuario Estadístico de Accidentabilidad Laboral. Resumen Ejecutivo**. Disponible en: <http://200.32.100.20/estadisticas/anua->

[rio/2009.pdf](#). Fecha de Consulta: 17.12.2012.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (2010). **Anuario Estadístico de Accidentabilidad Laboral. Resumen Ejecutivo**. Disponible en: <http://200.32.100.20/estadisticas/anuario/2010resumen.pdf>. Fecha de Consulta: 17.12.2012.

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (2011). **Anuario Estadístico de Accidentabilidad Laboral. Resumen Ejecutivo**. Disponible en: <http://200.32.100.20/estadisticas/anuario/2011resumen.pdf>. Fecha de Consulta: 17.12.2012.

TORRES, Juan Carlos (1997). "Accidentes y enfermedades inculpables. Análisis comparativo". En: **Salud Ocupacional**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.

URBANDT, Ismael (1937). "Orientaciones Modernas en la higiene industrial". En: **Demophylaxia**. Buenos Aires. N° 1. Pp. 17-19.

URBANDT, Ismael (1941). "La acción del Departamento Nacional de Higiene en Higiene Industrial". En: **Clínica del Trabajo**. Buenos Aires. N° 4. Pp. 25-28.

WEBER, Luis y ESCUDERO, César (1939). "El problema médico social de los inválidos y mutilados". En: **Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social**. Buenos Aires. Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social. N° 86. Pp. 5-6.

ZANZI, José (1947). "Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales". En: **Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 58. Pp. 1226-1232.

ZANZI, José (1948). "Prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales". En: **Medicina del Deporte y del Trabajo**. Buenos Aires. Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo. N° 60. Pp.1337-1343.