

## «REEDUCAR INVÁLIDOS ES UN PROBLEMA CARO». LA REHABILITACIÓN LABORAL Y LA REINSERCIÓN SOCIAL (ARGENTINA, 1915-1960)

«REEDUCATING DISABLED PEOPLE IS AN EXPENSIVE PROBLEM». WORK REHABILITATION AND SOCIAL REINSERTION (ARGENTINA, 1915-1960)

KARINA RAMACCIOTTI ·  
DANIELA TESTA ·

Karina Inés Ramacciotti es investigadora independiente del CONICET, con sede de trabajo en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (FFyL/UBA). Este trabajo forma parte de un proyecto financiado por CONICET (PIP 11420110100060).  
e-mail: karinaramacciotti@gmail.com

Daniela Edelvis Testa es docente en la Universidad de Buenos Aires y en la Universidad Nacional de San Martín. Este trabajo se encuadra en el proyecto doctoral en curso de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.  
e-mail: danitestu@yahoo.com.ar

### Resumen

Este artículo examina las ideas, las políticas y las prácticas efectivas que intentaron, con resultados muy dispares, resolver las demandas de rehabilitación laboral y inserción social en la Argentina, entre 1915 y 1960. A partir de los relatos oficiales de los tres primeros congresos médicos sobre la problemática del «lisiado» realizados en 1943, 1946 y 1959, publicaciones científicas, debates de normativas y leyes emanadas del Poder Ejecutivo y Legislativo se plantean interrogantes sobre cómo se conformaron las relaciones entre el mundo laboral y las personas con discapacidad y, en particular, cómo se entrelazaron las prácticas médicas de rehabilitación y el acceso al trabajo con las discusiones sobre quiénes y cómo se solventarían las medidas de protección a la «invalidez».

### Abstract

The aim of this paper is to review the concepts, the policies and the material practices that, with a wide range of results, intended to solve the demands for rehabilitation and social reinsertion in Argentina from 1915 to 1960. The article analyzes the official accounts in the first three Medical Congresses on the issue of «crippled» people –held in 1943, 1946 and 1959–, scientific papers, regulation and act debate at the Executive and Legislative Powers. From these sources arise different issues about the relationship built between the work sphere and disabled people; with special emphasis on the intertwining of work access and medical practices on rehabilitation with debates on who would afford protection measures for the «disabled», and how.

## INTRODUCCIÓN

La participación de las personas con discapacidad en el mundo del trabajo ha sido una preocupación a lo largo del tiempo y el título de este artículo, extraído del *Plan Analítico de Salud Pública de 1947*<sup>1</sup>, expresa una de las aristas de la rehabilitación laboral: el costo económico y las responsabilidades sociales para ampliar los horizontes de la ciudadanía social. Aun comenzado el siglo XXI el acceso al trabajo, concebido como un derecho, sigue siendo una de las principales reivindicaciones de dicho colectivo. De acuerdo al informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre discriminación realizado en el 2003<sup>2</sup>, la negación de oportunidades para trabajar es la forma más común de discriminación que sufren las personas con discapacidad. En líneas generales se estima que el 15% de la población mundial tiene alguna discapacidad y la tasa de desempleo a nivel global entre dichas personas en edad económicamente activa, se ubica alrededor del 80%. Además, con frecuencia, suelen obtener trabajos poco remunerados en situación precarizada e informal. Según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI, 2002-2003) el 7,1% de la población tiene alguna discapacidad. Entre ellos el 41% está en edad laboral de los cuales sólo el 25% está económicamente activo. Aunque la ley n° 22431/81 obliga a los organismos públicos a cumplir con un cupo del cuatro por ciento para las personas con discapacidad, la mayoría no lo cumple. Dicha ley es de carácter nacional y si bien fue sancionada hace más de 30 años recién se reglamentó en 2010<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> La frase fue extraída del capítulo XXI «Rehabilitación al Inválido», Secretaría de Salud Pública de la Nación, *Plan Analítico de Salud Pública*, Buenos Aires, 1947, p. 1223.

<sup>2</sup> Organización Internacional del Trabajo, «Nuevo informe de la OIT sobre discriminación en el trabajo: un panorama de esperanza y preocupación», *Trabajo*, n° 47, Suiza, Ediciones de la Organización Mundial de la Salud, 2003, pp. 9-12.

<sup>3</sup> Informe REDI. La ley 22.431/81 indica que los tres poderes del Estado tienen la obligación de ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro por ciento de la totalidad del personal. Existen jurisdicciones cuyo cupo está establecido en 5%, por ej., la ciudad de Buenos y Córdoba entre otras. Disponible en la página web de REDI (Red por los derechos de las personas con discapacidad): <http://www.redi.org.ar/index.php?seccion=notas&n=Personas+con+discapacidad+e+inclusi%C3%B3n+laboral+-+El+derecho+que+se+sigue+negando> (último ingreso: 30/01/2015).

La existencia de normativas nacionales e internacionales destinadas a resolver o atenuar la situación de desempleo de las personas con discapacidad nos lleva a interrogarnos sobre cómo se conformaron las relaciones entre el mundo laboral y las personas con discapacidad en el pasado y, en particular, cómo se entretajeron en nuestro país las prácticas médicas de rehabilitación y el acceso al trabajo.

Así pues, en este artículo, se analizarán las ideas, las prácticas y las normativas que contribuyeron a demarcar el acceso o no al empleo para las personas con discapacidades entre 1915 y 1960. La delimitación del período analizado comienza en 1915, con la sanción de la ley de accidentes y enfermedades del trabajo, dado que dicha cristalización normativa condensó el reconocimiento de una deuda social frente a la «invalidez» asociada a los riesgos del trabajo por parte de organismos estatales. Finalizamos el trabajo en la 1960 con el estudio del decreto de ocupación obligatoria de «inválidos» (1958), el análisis de las actas del *III Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado* (1959) y los proyectos parlamentarios ligados al tema. El corpus escogido está compuesto por los relatos oficiales de los tres primeros congresos médicos realizados en Argentina sobre la problemática del «lisiado» realizados en 1943, 1946 y 1959; publicaciones científicas; debates de normativas y leyes emanadas del Poder Ejecutivo y Legislativo.

Cabe señalar que este trabajo dialoga con dos corrientes analíticas dentro de las Ciencias Sociales. Por un lado, con los aportes de la corriente de estudios sobre discapacidad denominada *Disability studies*. Esta tradición sostiene que en las sociedades occidentales contemporáneas la exclusión socio-laboral de las personas con discapacidad constituye una forma de opresión. En oposición a las conceptualizaciones de la discapacidad como asunto médico, que incapacita para el trabajo, o como cuestión religiosa o caritativa, desde esta perspectiva la discapacidad es estudiada como asunto de derechos y ciudadanía<sup>4</sup>. En la Argen-

<sup>4</sup> Víctor Finkelstein, *Attitudes and disabled people: issues for discusión*, London, World Rehabilitation Fund, 1980; Paul Hunt, «A critical condition», en: Paul Hunt (ed.), *Stigma: The Experience of Disability*, London, Geoffrey Chapman, 1966; Mike Oliver, «¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?», en Len Barton (Comp.), *Discapacidad y sociedad*, Madrid, Morata, 1998; Colin Barnes, «Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental», en: Len Barton, *op.cit.*

tina surgieron investigaciones de corte sociológico, que al plantear la agenda de problemas y demandas actuales, visibilizaron este tema desde su matriz histórica y esbozaron cuestiones comparativas en los diferentes países de América Latina<sup>5</sup>.

La segunda corriente con la cual este trabajo dialoga es la vinculada con los aportes de la historia social de la salud y la enfermedad. Quienes trabajaron el mundo del trabajo y la infancia visibilizaron las demandas de «rengos, inválidos, deformes» y cómo estas cuestiones comenzaron a estar en la agenda de las voces profesionales y del Estado<sup>6</sup>.

## LA INVALIDEZ Y LA INDEMNIZACIÓN EN LA LEY DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO

Durante la primera mitad del siglo XX, los accidentados en el trabajo, los heridos de guerra, y las secuelas de quienes habían sufrido poliomielitis fueron primordiales para el desarrollo de un abanico de respuestas técnicas y políticas que a partir de los esfuerzos de organizaciones privadas y públicas intentaron

<sup>5</sup> Liliana Pantano, *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*, Buenos Aires, Eudeba, 1993; María Pia Venturiello, *Discapacidad motriz, redes sociales y familiares: percepciones sobre la vida cotidiana, el cuidado y la rehabilitación en el Área Metropolitana de Buenos Aires*, Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, 2012, mimeo; Gildas Bregain, *L'internationalisation imparfaite d'une modernité nord-atlantique. Essai d'histoire croisée des politiques publiques du handicap en Argentine, au Brésil et en Espagne (1956-1982)*, Thèse de Doctorat Université Federal de Santa Catarina-Université de Rennes II, 2014, mimeo; Carolina Ferrante, *Renguear el estigma, cuerpo, deporte y discapacidad motriz*. Buenos Aires, 1950-2010, Buenos Aires, Biblos, 2014.

<sup>6</sup> Juan Suriano, «Niños trabajadores. Una aproximación al trabajo infantil en la industria porteña de comienzos de siglo», en: Diego Armus (comp.), *Mundo urbano y cultura popular. Estudios de Historia Social Argentina*, Buenos Aires, Sudamericana, 1990; Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007; Álvarez, Adriana, «La experiencia de ser un «niño débil y enfermo» lejos de su hogar: el caso del Asilo Marítimo, Mar del Plata (1883-1920)», en: *Revista Manguinhos*, vol. 17, n° 1, 2010, pp. 13-31; Karina Ramacciotti, «De chico, el árbol, se puede enderezar. La salud infantil durante el peronismo», en: Lucía Lionetti y Daniel Miguez, *Las infancias en la Historia Argentina (1890-1960). Intersección entre prácticas, discursos e Instituciones*, Prohistoria, 2010; Karina Ramacciotti y Daniela Testa, «La niñez anormal. Discurso Médico sobre la infancia, 1900-1950», en: *Inclusiones*, n° 1, 2014. Disponible <http://www.revistainclusiones.cl/>. Consultado el 18 de marzo de 2014, Álvarez, Adriana, «Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: la rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX», en: *Revista Manguinhos*, vol. 22, julio-septiembre, 2015, pp. 941-960.

resolver múltiples demandas ligadas a la reinserción social. Asimismo pusieron en tensión uno de los problemas centrales de las políticas sociales: quien debe ser responsable ante la reparación. Las fronteras porosas entre las responsabilidades individuales y sociales tomaron un lugar central e influyeron tanto en las ideas como en las prácticas políticas.

Nuevos procedimientos y métodos técnicos se desarrollaron ante la necesidad de reparar los cuerpos, recuperar las capacidades remanentes y devolver las posibilidades para una vida productiva; ello dio impulso, a la expansión de la medicina a través de nuevas especialidades como la ortopedia, la kinesiología, la ergoterapia, la terapia ocupacional y la readaptación profesional. Estas especialidades se desarrollaron ligadas a los avances de la tecnología médica pero no pudieron dar respuestas a la reinserción social ni a la universalización de las prestaciones. Este aspecto debió ser cubierto a partir de un mayor involucramiento del Estado por medio de políticas públicas.

La preocupación por cómo tratar el problema de los «inválidos» puede señalarse como de larga data. La presencia de los «lisiados» de la Guerra del Paraguay (1864-1870) había interpelado la responsabilidad estatal en términos de deuda social y reconocimiento hacia los veteranos; compromiso que había sido saldado a través del otorgamiento de pensiones y de la manutención en asilos para los que no podían subsistir por sus propios medios<sup>7</sup>. Este suceso fue señalado por Juan Suriano como uno de los indicadores de la «la irrupción del pauperismo como un hecho social masivo que ponía en duda los fundamentos sobre los que se asentaba la organización social poniendo en peligro el equilibrio entre el derecho de propiedad y el derecho a la asistencia»<sup>8</sup>. El Primer Censo Nacional de Población de 1869 también formuló la categoría de «condiciones especiales» e incluyó dentro de la misma a inválidos de guerra y por accidentes. Cabe señalar que dentro de esta categoría también se encontraban los «huérfanos, ilegítimos, amancebados, dementes, sordomudos, ciegos, cretinos, estúpidos, opas, con bocio»<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> *Revista El inválido argentino*, Buenos Aires, número único, 25/05/1881, p. s/núm. Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación, 15/06/1866, p. 41.

<sup>8</sup> Juan Suriano, «Una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina», en: Juan Suriano (compilador), *La cuestión social en Argentina (1870-1943)*, Buenos Aires, La Colmena, 2000, pp. 8 y 9.

<sup>9</sup> Lilliana Pantano, *La discapacidad...*, op. cit., p. 74.

Es probable que la llamada Catástrofe del Riachuelo ocurrida el 24 de mayo de 1913 haya activado la discusión política y agilizado la discusión parlamentaria. En las cañerías de la usina de gas del Ministerio de Obras Públicas, ubicada en las márgenes del Riachuelo, se produjo una explosión en la que trece obreros fallecieron y otros sufrieron graves heridas. Este episodio provocó intensas en el Poder Ejecutivo, en la prensa periódica y en el poder legislativo, ya que se ponía en cuestión cómo el Estado debía reparar un accidente producido bajo su responsabilidad. Los mecanismos de colaboración mutua y solidaridad montados alrededor de las comisiones populares de ayuda no alcanzaron para satisfacer las acuciantes demandas producidas por tal suceso; entonces se apeló a la activa intervención del Estado. Así fue que, por medio de la sanción de la ley 9085, el Estado reparó a los heridos y a las familias de los obreros fallecidos. Este hecho puso de manifiesto el conflicto social emergente, y condujo a reflexionar sobre la perentoria necesidad de sancionar una legislación social que contemplara los derechos de los obreros y también la necesidad de trasladar al ámbito privado las obligaciones que asumía el Estado. La muerte y el velorio durante una semana por el barrio de La Boca colaboraron en poner en la agenda política pública un evento vinculado, habitualmente a la vida privada. Tal como señala Sandra Gayol y Gabriel Kessler estas muertes al estar vinculadas a fenómenos políticos o sociales se tornaron eventos públicos y, de esta forma, se convirtieron en un suceso político<sup>10</sup>.

En septiembre de 1915, la Cámara de Diputados del Congreso comenzó con las discusiones sobre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. La sanción de la ley n° 9688 intentó mitigar los efectos que ocasionaban las lesiones y las enfermedades en los ámbitos laborales y es considerada como una de las leyes fundamentales ya que se reconoció que el «riesgo profesional» es inherente al hecho de trabajar y la «incapacidad» como una posible consecuencia de las anteriores. También se estipuló que el patrón debía impulsar los mecanismos para su atención médica, tratamiento, cura y dar una indemnización determinada por una tarifa

<sup>10</sup> Sandra Gayol y Gabriel Kessler, «Introducción. Muerte, política y sociedad en la Argentina», en: Sandra Gayol y Gabriel Kessler (Editores), *Muerte, política y sociedad en la Argentina*, Buenos Aires, Edhasa, 2015, p. 9.

proporcional a la lesión y al monto salarial del empleado. El Estado, por medio de sus agencias, era el que tenía la obligación de tutelar las relaciones laborales<sup>11</sup>.

Esta ley significó un sustancial avance ya que permitió la definición de «accidente laboral», de «enfermedad profesional» y estableció un listado de dolencias a ser reconocidas exclusivamente del ámbito fabril; asimismo registró, indirectamente, las deficientes condiciones de trabajo existentes; la necesidad de cubrir los gastos de la atención médica, el reposo terapéutico y la rehabilitación y fijó una escala para calcular la indemnización. En su implementación primó el eje indemnizatorio por sobre la permanencia del trabajador «disminuido» o «inválido» dentro del circuito laboral. La necesidad de diagnosticar y de mensurar la pérdida de la capacidad de trabajo en relación al tiempo, para determinar cómo ello repercutiría en la contractualidad laboral, requería de saberes médicos y jurídicos especializados. La presencia de secuelas físicas, al tiempo de representar una disminución en las capacidades del trabajador, tensionó los márgenes entre las responsabilidades individuales, patronales y del Estado en la medida en que definía el lugar que le sería asignado —posteriormente al accidente— en la división del trabajo, (como sujeto activo o como sujeto asistido); además, el grado y la permanencia de la incapacidad certificada (porcentaje de incapacidad para el trabajo, en forma temporal o permanente) representaba uno de los elementos principales en el criterio indemnizatorio.

Entonces, al momento de cuantificar la «invalidez» y certificar su status de parcial o total, la responsabilidad de cumplir con el tratamiento eficaz quedaba asignada al trabajador más allá de las condiciones sociales, económicas, culturales. La ley contemplaba una doble reparación, la financiera y la corporal; al quedar lo financiero supeditado a la función corporal standarizada y al no contemplar etapas de recalificación profesional, primó su finalidad indemnizatoria. El pago de la indemnización fue el atajo escogido por la patronal para no reubicar al trabajador con diferentes capacidades laborales.

<sup>11</sup> Karina Ramacciotti, «De la culpa al seguro. La Ley de Accidentes de Trabajo, Argentina (1915-1955)», en: *Revista Mundos do Trabalho*, vol. 3, n° 5, 2011 y Karina Ramacciotti, «¿Soldados del trabajo o ciudadanos? La ley de Accidentes de Trabajo en la Argentina, 1915-1955», en: Mirta Lobato y Juan Suriano (compiladores), *La sociedad del trabajo. Las instituciones laborales en la Argentina (1900-1955)*, Buenos Aires, Edhasa, pp. 293-318.

Las discusiones en torno a la necesidad de estimular las prácticas preventivas en los espacios de trabajo para evitar lesiones laborales motivadas por imprudencia o por falta de capacitación fueron objeto de interés en el debate parlamentario de 1915. El diputado radical Tomás Le Bretón señaló que para aminorar el pago de indemnizaciones por parte de los industriales se debería estimular instancias de educación y capacitación y hacer cumplir la leyes municipales de la Capital Federal, que si bien existen «no están coordinadas ni responden a un plan general y se aplican muy deficientemente»<sup>12</sup>. Su argumentación basada en la necesidad de estimular la prevención en función de aminorar los gastos industriales no tuvo el consenso necesario y no fue tratada. Años más tarde, durante el peronismo, el secretario de salud pública Ramón Carrillo fue muy crítico con la implementación de la ley n° 9688 ya que según sus palabras no esbozaba los principios más elementales de la prevención<sup>13</sup>.

Reconocida la reparación del daño como un derecho social que no podía quedar supeditado a la causalidad del hecho que lo motivó, la identificación de la necesidad de educar en la profilaxis del accidente afianzó el papel de la medicina preventiva como preocupación de la ciencia, del mercado (industrias y aseguradoras) y de los gobiernos. Asimismo, surgió el debate en torno a cómo asistir a los «grandes inválidos del trabajo». En este sentido son interesantes las palabras del médico eugenista Donato Boccia en su *Tratado de Medicina del Trabajo* (1947) ya que advertía sobre las consecuencias sociales y laborales que ocasionaban las lesiones en el largo plazo. Sostenía,

«El tratamiento de heridas ocasionadas por accidentes de trabajo se cumple satisfactoriamente, ya en hospitales, ya en los dispensarios continuos a las fábricas o en la clínicas privadas. Pero, cicatrizada la herida quedan como consecuencia las secuelas: rigidez articular, atrofia muscular, neuritis, artritis, retracción de tendones que no reciben atención debida [...] y reducen el ritmo laboral»

<sup>12</sup> *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación*, Reunión n° 43, 25/09/1915, p. 571.

<sup>13</sup> Ramón Carrillo, «Discurso pronunciado por el Señor Secretario de Salud Pública Dr. Ramón Carrillo al inaugurar el II Congreso del Bienestar del Lisiado, el 8 de octubre de 1946 en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de Buenos Aires», en: *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado*, Buenos Aires, Asociación Ayuda y Orientación al Inválido, p. 32.

Para evitar esta situación proponía que los hospitales, las industrias, las compañías aseguradoras, las iniciativas privadas y los médicos crearan servicios especiales para atender a las lesiones producidas en el trabajo y era el «Estado quien tendría la obligación de asistir al mutilado incapaz para el trabajo para evitar el vagabundaje y la mendicidad»<sup>14</sup>. Integración y control social iban de la mano para evitar la conflictividad potencial que podrían ocasionar los individuos víctimas de un infortunio.

Así pues, a través de la codificación de la «invalidez» laboral, concebida como enfermedad o problema de salud individual pasible de ser curado o reparado, y su consecuente cristalización en nomencladores médico-jurídicos, se legitimaron acciones, instituciones y modalidades de organización económica y social que dieron respuesta al problema, con predominancia de la visión médica-reparadora de la discapacidad. Una lista de patologías y deficiencias conformarían los diagnósticos médicos, que oficiarán de rótulos (trabajador rehabilitado, paciente, «inválido», etc.) y los avances tecnológicos de la época (el diseño de ortesis y de prótesis, el impacto de los antibióticos, las técnicas quirúrgicas, la pedagogía y la reeducación, entre otros) dieron fortaleza a este modelo que tendió a individualizar, fragmentar y diluir las responsabilidades sociales.

### **«UNA CUESTIÓN HUMANA DE PROFUNDAS RAÍCES FINANCIERAS».**

#### **PRIMERA CONFERENCIA ARGENTINA DE AYUDA Y ORIENTACIÓN AL INVÁLIDO**

Estas palabras, que ponían el tema de la recuperación de la invalidez sobre un telón de fondo económico, fueron enunciadas por el Dr. Eugenio Galli en la Sesión Inaugural de la *Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido* realizada entre el 12 y el 15 de octubre de 1943 en Buenos Aires<sup>15</sup>; adentrarnos en estas discusiones académicas resulta adecuado para indagar las demandas sociales y las ideas sobre reinserción social y rehabilitación laboral que estuvieron presente durante gran parte del siglo XX. Fue en este evento científico donde se esbozaron las propuestas políticas que posteriormente fueron tomadas en cuenta para el diseño de políticas sociales durante el peronismo.

<sup>14</sup> Donato Boccia, *Tratado de Medicina del Trabajo*, Buenos Aires, El Ateneo, 1947, p. 593 y 594.

<sup>15</sup> Eugenio Galli, «Discurso del Dr. Eugenio Galli», en *Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido*, Buenos Aires, Asociación Ayuda y Orientación al Inválido, 1943, p. 34.

La convocatoria del encuentro estuvo a cargo de la *Asociación de Ayuda y Orientación al Inválido*, organización civil creada en 1937 por el cirujano José María Jorge. En consonancia con la perspectiva financiera del problema, Jorge argumentaba sobre los beneficios monetarios de rehabilitar «inválidos». Según sus palabras: «[a] la larga, una buena organización médico-social resulta más conveniente, tanto desde el punto de vista humanitario, como desde el punto de vista económico»<sup>16</sup>. Su demostración fue acompañada por la extrapolación de cálculos y proyecciones referidas a Estados Unidos:

«rehabilitar inválidos es una buena inversión de dinero. Después de muchos cálculos y de estadísticas escrupulosas, demuestran que un inválido cuesta, término medio por año, 300 a 500 dólares. Mientras que el promedio de su rehabilitación sólo llega a 235 dólares»<sup>17</sup>.

Según la *Asociación Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido* la importancia de los problemas médico-sociales a ser tratados en la conferencia, se reflejaba en «la existencia de más de 250.000 inválidos que gravita[ba]n sobre las familias y el Estado, sin una adecuada legislación, obligando a unir[se] en un esfuerzo común, para colocar a esta legión de desamparados, bajo las leyes de protección a dictarse»<sup>18</sup>. En base a ese diagnóstico, los propósitos esenciales del evento estuvieron formulados en pos de recabar ayuda desde los poderes públicos, las entidades de beneficencia y los filántropos, además del interés científico de profundizar el estudio de los problemas de la prevención y el tratamiento de la invalidez.

Entre las principales inquietudes y medidas formuladas en la *Primera Conferencia* podemos consignar la necesidad de la creación de un Registro de Lisiados; la obligatoriedad por parte del personal sanitario, docentes y/o familiares de realizar la denuncia de todos los casos de «invalidez» detectados; la imposición del tratamiento y de la educación primaria elemental acompañada por la creación de institutos pedagógicos especializados; la capacitación profesional en oficios y la posterior inserción laboral. Las ideas expresadas por Jorge sobre la imposibilidad

<sup>16</sup> *Ídem*, p. 43.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> Asociación Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido, en: *Primera Conferencia Argentina...*, *op. cit.*, p. 23.

de «escindir la asistencia médica de lo social»<sup>19</sup>, para referirse a la convergencia necesaria entre las intervenciones médicas, educativas, sociales, jurídicas, laborales y financieras que requerían de la sinergia de esfuerzos compartidos estaba ampliamente compartida y fue uno de los ejes del encuentro. Como muestra de ello, resulta ilustrativo mencionar que catorce de las veintinueve ponencias publicadas en las memorias de la conferencia, contienen al menos una de las siguientes palabras: *asistencia, social o prevención*, en el título.

Los vectores de la *Primera Conferencia* fueron estimular la potencial reinserción social de los «inválidos»; cuestionar la idea de baja o nula productividad del lisiado en comparación con el trabajador capaz; declamar su legitimidad para aspirar a puestos competitivos y no quedar determinados a los circuitos protegidos, de subempleo o desempleo. Asimismo se planteó el debate sobre quién se haría cargo de asegurar los puestos de trabajo; si era incumbencia exclusiva del Estado o si también estaban obligados los sectores privados. Se planteó la insuficiencia de legislación adecuada para la prevención, tratamiento y protección de los «lisiados» y la importancia de estimular la medicina preventiva y la profilaxis de la invalidez. La construcción del «lisiado» como sujeto necesitado de asistencia reforzó la visión médico-reparadora que tendió a justificar medidas asistencialistas y normalizadoras. Los conceptos de «anormal o desviado» constituyeron los motores de variadas técnicas y dispositivos (censos, escuelas especiales, hogares) destinados a proteger a esta «legión de desamparados»<sup>20</sup>.

Como anticipamos, esta conferencia planteó los nudos problemáticos centrales por los cuales giró el debate sobre rehabilitación laboral y reinserción social durante el siglo XX. Cabe señalar que a más de setenta años estas propuestas siguen estando vigentes entre las voces autorizadas sobre el tema. Si bien, los significados son diferentes, la larga permanencia de estas demandas insatisfechas y el mantenimiento de soluciones similares dan cuenta de largas continuidades, más que de rupturas, en la historización de fenómenos ligados los procesos de salud y enfermedad. A continuación, revisaremos cómo se fueron entrelazando y bosquejando algunas posibles respuestas políticas en relación a dichas demandas.

<sup>19</sup> José María Jorge, «Importancia del problema...», *op. cit.*, p. 46.

<sup>20</sup> Asociación Ayuda y Orientación al Inválido, *op. cit.*, p. 8.

## LA MEDICINA PREVENTIVA Y LA REHABILITACIÓN LABORAL

El 15 de noviembre de 1944, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión bajo la dirección de Juan Domingo Perón fue aprobado el decreto-ley de *Medicina Preventiva y Curativa* n° 30656. A tono con el ideal de lograr un sistema de seguridad social universal, se creó el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), primer paso hacia la constitución del proyecto del seguro social con el que se aspiraba a cubrir con recursos estatales los riesgos del individuo y de la familia. Con el INPS se pretendía ejercer un control preventivo sobre ciertos padecimientos que repercutían en la capacidad física y técnica del trabajador; además de focalizar en la detección de enfermedades que podrían causar severos problemas clínicos a futuro y limitar la capacidad para trabajar. Asimismo quedaba establecida la obligación del enfermo de someterse al tratamiento médico y al reposo preventivo indicado. Durante un tiempo no mayor a seis meses continuados, el trabajador recibiría igual remuneración y conservaría su puesto durante un período de espera de hasta un año.

Este decreto ampliaba, al menos en dos sentidos, la perspectiva en cuanto a la comprensión y el tratamiento del trabajador que sufría alguna disminución funcional o «incapacidad» como consecuencia de un accidente de trabajo. En primer término, al contemplar la prevención y la detección precoz de las enfermedades, la intervención médica oportuna y la cura, concebía los procesos de salud-enfermedad en términos de ciclos –virtuosos o viciosos, individuales y colectivos– con el fin de prolongar la vida útil de los trabajadores. En segundo término, ensayaba una solución a la posterior inserción del trabajador luego de la recuperación y la rehabilitación, adecuada a las nuevas posibilidades funcionales y/o secuelas adquiridas. Para ello se establecía, en el artículo 19, que luego de cumplido el tratamiento y el reposo terapéutico, el patrón tenía la obligación de restituir al empleado al puesto de trabajo anterior o asignar uno nuevo acorde con su capacidad física y mental<sup>21</sup>.

El decreto-ley de *Medicina Curativa y Preventiva* introducía la idea de mantener la continuidad del trabajador en su puesto original o en otro acorde a sus

<sup>21</sup> Decreto Ley n° 30.656/44. Servicio de Medicina Preventiva y Curativa del Instituto Nacional De Previsión, Buenos Aires, 15 de noviembre de 1944, Boletín Oficial, 27/11/1944. Disponible [http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-30656-servicio\\_medicina\\_preventiva\\_curativa.htm#parte\\_22](http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-30656-servicio_medicina_preventiva_curativa.htm#parte_22) (último ingreso: 18/03/2015).

capacidades y trazaba, por lo tanto, matices en la concepción de «productividad» del «disminuido». En primera instancia, reconocía que el nivel de rendimiento del «inválido» recuperado podía ser efectivo; en segundo lugar, no por eso menos importante, la «disminución» funcional no significaba necesariamente la pérdida automática de la categoría de trabajador legítimo en la distribución del empleo. Sin embargo, en un plano más concreto, dada la relativa estrechez del período destinado a la recuperación y los escasos recursos sanitarios disponibles para la «rehabilitación obligatoria», es posible estimar cuán difícil sería convertir en hechos el espíritu de este decreto. Además, era frecuente la necesidad de acudir a la justicia para que el artículo 19 fuera respetado, especialmente en lo referido a la conservación del puesto de trabajo o a la asignación de otro adecuado a las capacidades del trabajador luego de la recuperación<sup>22</sup>.

La implementación del decreto-*ley de Medicina Preventiva y Curativa* n° 30656 no motivó el apoyo de parte de todos los actores involucrados. Por el contrario, fue frecuentemente cuestionada por la patronal, que se resistía a amortiguar una posible merma en la productividad de sus empleados y a cambiar o adaptar las condiciones ambientales del puesto de trabajo para compensar las capacidades presuntamente «disminuidas» del trabajador.

Así pues, aunque la perspectiva de la medicina preventiva y de la rehabilitación ampliaba sus funciones a través de la reeducación y de la recalificación profesional con el fin de recuperar la fuerza laboral de los «lisiados», no siempre las recomendaciones médicas se veían cristalizadas en las posteriores determinaciones. Las ideas de la reparación financiera y del cuerpo, sumados a la intención de cierto reconocimiento sobre la utilidad social del trabajo de los «disminuidos» e «inválidos», seguirán presentes en las posteriores planificaciones sanitarias, aunque será sin desmedro de las fuertes resistencias ejercidas por los intereses empresariales del mercado en conservar la máxima productividad y renta.

<sup>22</sup> Véase el clásico fallo: Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, 07/10/1959, «Álvarez, Juan c/ Zeit Olivari Ltda.». Disponible en: <http://thomsonreuterslatam.com/jurisprudencia/08/04/2013/fallo-clasico-la-tutela-del-trabajador-incapacitado-su-reincorporacion-y-los-efectos-en-el-contrato-de-trabajo> (último ingreso: 31/01/2015).

## DE LAS IDEAS A LAS PRÁCTICAS POLÍTICAS: LOGROS Y LÍMITES

La *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado*, organizada al igual que la *Primera Conferencia* por la Asociación Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido, fue realizada en Buenos Aires en 1946 y contó con las palabras inaugurales del Secretario de Salud Pública Ramón Carrillo. En su discurso demostró un exhaustivo conocimiento de las discusiones vigentes y adelantó propuestas que luego formarían parte del *Plan Analítico de Salud Pública* de 1947. A tono con las ideas expresadas en la *Primera Conferencia*, se refirió al problema del «inválido» en un amplio sentido jurídico y social para señalar que la complejidad de su abordaje representaba un desafío para la medicina ya que la obligaba a replantear sus objetivos y a reemplazar el enfoque de la enfermedad como evento individual para atender aquellos grupos de afecciones que «descapitalizan nuestro potencial humano» con trascendentales consecuencias a nivel colectivo. De igual modo, reforzó la importancia de continuar y afianzar el camino iniciado por el decreto de medicina preventiva de 1944 para tratar la invalidez obrera y señaló el «envejecimiento» de la ley n° 9688 de accidentes de trabajo por no contemplar acciones elementales de profilaxis ni dar cobertura a las «viudas y los huérfanos del accidentado»<sup>23</sup>. Asimismo, Carrillo señaló que una de las causas que provocaba «invalidez» eran los accidentes por causas fortuitas tales como los accidentes de tránsito:

«Este aspecto demográfico tiene tanta importancia que ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte, invalidez o enfermedad. Mata, enferma o invalida diez veces más que el apendicitis y representa la cuarta parte del valor demográfico de las cardiopatías que son las que ocupan el primer término en las estadísticas»<sup>24</sup>.

Según Carrillo, la denominada asistencia recuperativa o reconstructiva sería la modalidad acertada para atender al hombre y al medio, ya que,

<sup>23</sup> Ramón Carrillo, «El problema el Inválido...», *op. cit.*, p. 32.

<sup>24</sup> *Ídem*, p. 32.

«[a] lisiado le ofrece una prótesis para que recupere sus posibilidades de trabajo, lo reeduca o le enseña un nuevo oficio, pero al mismo tiempo, le crea un mercado para su trabajo. Ofrecerle un medio de trabajo no es difícil; lo difícil es darle la posibilidad de que pueda emplear su trabajo»<sup>25</sup>.

En este mismo discurso propuso implementar un cupo laboral del 2% para personas con discapacidad:

«La asistencia integral del inválido sólo es posible estableciendo una protección jurídica –como lo han hecho en otros países– en virtud de la cual, por ley especial, se obliga a que el 2% de las plazas de la administración pública y de las industrias privadas, sean ocupadas por inválidos recuperados»<sup>26</sup>.

La *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado* recibió el doble de trabajos científicos en relación con la *Primera Conferencia*. Se presentaron cincuenta y nueve ponencias, y si continuamos con el criterio de identificar algunas palabras claves como indicadores de los temas de mayor interés, once del total llevaban en su título las palabras «asistencia, social o prevención». Además, la presencia de las palabras «trabajo o laboral» en el título de otras trece exposiciones demuestra que éste era un tema que aglutinaba intereses. Si bien el fomento de la educación en oficios ocupó un lugar primordial en las acciones y discursividades, propias de los paradigmas asistencialistas y benéficos, una perspectiva diferente comenzó a esbozarse al introducirse el concepto de «inclusión de los rehabilitados» en ámbitos competitivos a partir de una normativa específica. A pesar de que los puntos de discusión continuaban siendo aquellos cinco ya señalados (supuestos de improductividad, cupos de empleo, profilaxis de la invalidez, legislación y legitimidad en el acceso al mercado de trabajo), empezaban a bosquejarse respuestas que se acercaban a considerar el empleo como un elemento esencial para la integración social y una vía de reconocimiento de la capacidad productiva del «lisiado» más allá de morigerar los gastos de su manutención y /o evitar la ociosidad malsana.

<sup>25</sup> *Ídem*, p. 35.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

Varios aspectos son interesantes para destacar de la *Segunda Conferencia* que están en línea con lo esbozado por Carrillo en su discurso inaugural y como veremos serán retomados en *Plan Analítico de Salud Pública*. Uno de ellos es la abarcatividad del término «inválido», la integralidad de la concepción del trabajador ligado a su medio social y ambiental y la obligatoriedad de reservar un cupo laboral del 2% en organismos públicos y privados. Con respecto al primer aspecto, dentro del término «inválido» se incluyeron una amplia lista de afecciones mentales y físicas (heredadas, genéticas o adquiridas) que podían afectar a niños y adultos en distintos grados y etapas de la vida. Son clasificadas en cinco grandes grupos: la invalidez de los niños, la invalidez obrera (propia del desgaste de dichas tareas), la provocada por accidentes de trabajo, aquella consecuencia de la suerte fortuita (en el tránsito o accidentes en el hogar) y, por último, la invalidez invisible a los ojos, la que incluía una extensa lista de enfermedades crónicas que se portan en aparente estado de salud y resultan un atentado futuro a las capacidades productivas.

Este planteo de la medicina desplazó el foco de atención de la lucha contra las enfermedades infecciosas hacia el problema de las enfermedades crónicas que incapacitan e invalidan a individuos aún útiles a su familia y a la sociedad. La denominada medicina recuperativa o reconstructiva estaba enmarcada en los nuevos esquemas conceptuales emergentes durante el período de entreguerras y compartía las formas de concebir y tratar los problemas de salud que impidieran la capacidad de brindar servicios ya sea en el Ejército o en la fábrica. De este modo, la salud de los varones jóvenes se constituía en parte de un proyecto nacional y fue adoptada como uno de los elementos centrales en los objetivos de las políticas impulsadas desde la cartera sanitaria.

Con la creación de la Secretaría de Salud Pública en 1946 se reorganizaron y se crearon nuevas dependencias estatales. La destinada para las cuestiones de la reinserción y readaptación laboral se denominó Instituto de Rehabilitación Médica Social del Inválido a cargo del médico experto en medicina del trabajo Francisco Pataro. Entre sus funciones tendría la de llevar a la práctica el principio «*The right man in the right place*» que implicaba la optimización de la relación hombre-productividad a través de colocar a cada trabajador en el puesto considerado adecuado. Según el plan de gobierno, la asistencia médico-social a los «inválidos» se basaba en tres principios que se aplicarían en forma simultánea. El primero consistía en la recuperación, a partir del estudio psíquico y funcional y la orientación hacia una nueva actividad que le permitiera ganarse la vida. Luego,

la colocación de cada uno en el lugar de trabajo que le correspondiera mediante las modernas técnicas de selección y orientación. El tercero, estaría basado en la prevención de los accidentes, a través de la educación y la propaganda para crear la conciencia colectiva a través de la profilaxis. Todos ellos, acompañados por las modificaciones jurídicas oportunas y necesarias para garantizar dichos procesos<sup>27</sup>.

Como respuesta al amplio abanico de afecciones y de situaciones que constituían la «invalidez», el *Plan Analítico* contemplaba una igualmente variada gama de soluciones de índole sanitaria y social. La articulación con el decreto-ley de Medicina Preventiva y Curativa sería un factor clave para disminuir el problema de la «invalidez obrera», ya que permitiría crear centros de catastros y de asistencia. Las proyecciones numéricas anunciaban que el sistema de diagnóstico precoz y de tratamiento correlativo beneficiaría a 600.000 obreros sin que tuvieran que abandonar su trabajo, porque recibirían un subsidio equivalente a su sueldo durante 6 meses a fin de someterse a la hospitalización adecuada. Para financiar dichas acciones se contaría con una partida anual procedente del 5% de las entradas de las Cajas del Instituto Nacional de Previsión Social<sup>28</sup>.

El segundo aspecto destacable en el que aparecen algunos trazos de una concepción orientada hacia la atención integral del problema presenta la idea de tratar la «invalidez» en relación a su medio social. Esto significaba que a los esfuerzos individuales para la recuperación y el cumplimiento del tratamiento médico, correspondía también el esfuerzo de aceptar y brindar la oportunidad de trabajar de acuerdo a las capacidades recuperadas por el obrero, sin perjuicio de que resultaren disminuidas o diferentes con respecto al momento previo al accidente o enfermedad, (como ya hemos mencionado, se reservaría el 2% de las plazas laborales a este fin). Luego de cumplir con un plan de recuperación de seis meses, mediante un sistema de becas de trabajo y jornales progresivos, los enfermos rotarían por distintos Talleres de Habilidad Manual. Allí, los «inválidos» se ejercitarían en diversas actividades, programadas de menor a mayor complejidad, como medio de preparación para continuar su vida útil en la sociedad. Durante ese lapso cobrarían un jornal cuyo monto variaba de acuerdo a la categoría de oficio alcanzada, establecida según el grado de complejidad del mismo.

<sup>27</sup> *Plan Analítico de Salud Pública...*, op. cit., p. 1213.

<sup>28</sup> *Ídem*, p. 1206.

La protección de la ley garantizaría los óptimos resultados de la reeducación médico-social y el principio «*right men in the right place*», a partir de la orientación y re-calificación profesional, sería el medio eficaz para solucionar la ociosidad y la mendicidad de los «lisiados» al mismo tiempo que disminuir la carga económica y social de mantener a los improductivos.

En esta misma línea en una nota editorial de la publicación oficial de la Secretaría de Salud Pública, *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, el médico Germinal Rodríguez reclamaba con fuerza la necesidad de que el Estado se hiciera cargo de impulsar mecanismos para la rehabilitación social y se convocaba a los peritos médicos que no «aplicaran las leyes con criterio restrictivo, frío y desalmado» que era perentorio diferenciar a un enfermo de un inválido:

«Inválido no significa enfermedad. Sino incapacidad para un tipo de trabajo. Un miope es inválido para ser maquinista de tren, pero no es un enfermo, y puede realizar mil tareas que no sea de peligro público [...] con lo simple que son estos conceptos, los vemos ignorados por quienes en su oficio de peritos excluyen como enfermos a una legión de lisiados, que no son ni enfermos, ni inválidos [...] cerrarle las puertas a trabajo, es una iniquidad que sólo se disculpa por la ignorancia»<sup>29</sup>.

Entre algunas de las acciones efectivamente realizadas en pos de la detección temprana de dolencias laborales para de esta forma evitar lesiones futuras y altos niveles de ausentismo estuvo la creación del Instituto Central de Medicina Preventiva (ICMP). El ICMP pretendió ejercer el control sobre ciertos padecimientos que repercutían en la capacidad física y técnica del trabajador, tales como tuberculosis, afecciones cardiovasculares, sífilis, reumatismo, dolencias profesionales, bocio, paludismo, anquilostomiasis; además de focalizarse en la detección de enfermedades que podrían causar severos problemas clínicos a futuro y limitar la capacidad para trabajar (caries dentales, los focos sépticos, las infecciones gástricas, la obesidad y la diabetes).<sup>30</sup> Los controles que se realizaban en el ICMP contaban con un examen clínico, la investigación sobre alergias, la radiofotografía, el examen odontológico, y se pensaba incluir

<sup>29</sup> Germinal Rodríguez, «Rehabilitación: función del estado», en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, vol. 1, n° 7, junio de 1947, p. 4.

<sup>30</sup> «Medicina del Trabajo y Medicina Preventiva», en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, vol. V, n° 2, febrero 1949, pp. 23-129.

también la realización de estudios ligados a las diferentes patologías regionales. La utopía de la medicina preventiva era conservar la salud, prevenir lesiones asociadas al mundo laboral y, a futuro, desterrar otras enfermedades. Así pues, se consideraba que «Buscar la afección en potencia y curarla podría evitar lo irreparable: un ejército de limosneros»,<sup>31</sup> panorama frente al cual se consideraba necesaria la construcción de un Hospital Obrero que funcionara como centro de cura y prevención de las patologías de los trabajadores. El futuro nosocomio se construiría en el barrio fabril de Nueva Pompeya, para facilitar el acceso a los trabajadores, y estaría destinado a quienes sufrieran lesiones laborales y al estudio de enfermedades profesionales.<sup>32</sup> El ICMP, en tanto vehiculizador del ideal de la medicina preventiva, tenía tanto un fin social –la prevención y rehabilitación de enfermo– como uno económico. En torno a este segundo objetivo es interesante lo estipulado en el *Segundo Plan Quinquenal* (1952-1958), que quedó inconcluso debido al golpe militar que depuso al segundo gobierno peronista, en 1955. Allí se explicitaba que si el

«número de inválidos por enfermedades crónicas sigue aumentando, las cajas de jubilaciones no podrán afrontar la financiación de dichos inválidos que viven, consumen y no producen. La medicina con el perfeccionamiento técnico prolonga la vida de los inválidos por muchos años. Las cajas sufren la carga social por más tiempo que el esperado. La forma de evitar el déficit de las cajas y la pérdida de brazos es combatir y prevenir la invalidez prematura»<sup>33</sup>.

Esta reflexión hacía eje en uno de los problemas para financiar las políticas sociales modernas: cómo combinar una mayor ampliación en las lógicas de inclusión y solidaridad social con mecanismos redistributivos más eficaces.

Otras de las acciones que apuntaron a la capacitación y la posterior reinserción laboral de los «inválidos» fue la inauguración de la Escuela-Taller para Cardíacos destinado a la enseñanza de nuevos oficios entre quienes portaban problemas car-

<sup>31</sup> Luis Emilio Silva, José Rocca, Francisco Bagnasco, Luis Bonfante y Alberto Paitovi, «El examen periódico de salud. Su importancia en la lucha contra la tuberculosis», en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, vol. II, n° 9, agosto de 1947, p. 46.

<sup>32</sup> Luis Emilio Silva, «Discurso al inaugurarse el Instituto Central de Medicina Preventiva», en: *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, vol. II, n° 8, julio de 1947, p. 37.

<sup>33</sup> Ramón Carrillo, *Plan Esquemático de Salud Pública*, t. IV, Buenos Aires, Eudeba, 1974, p. 25.

diovasculares y la entrega de un salario-subsidio durante el proceso de aprendizaje<sup>34</sup>. Dentro de las lesiones, ésta era la que permitía mayores posibilidades de colocación en trabajos compatibles con su estado físico ya que podían sostener un buen rendimiento laboral y «resultan fieles cumplidores de su deber, por lo que agradecen el bien que se les hace»<sup>35</sup>. Las obras de mayor infraestructura como la construcción de un Hospital de Niños, de un Instituto de Rehabilitación de Lisiados; el Hospital Obrero y el Instituto para poliomielíticos no se pudieron concretar<sup>36</sup>.

Como vemos, si bien un conjunto de ideas en torno a la prevención, rehabilitación y la reinserción laboral estuvieron en la agenda política, no todas vieron su efectivización. Karina Ramacciotti señaló que las contradicciones y superposiciones al interior de la gestión limitaron la concreción de muchos de sus propósitos. La derivación presupuestaria del Ministerio de Salud Pública hacia la Fundación Eva Perón, documentada a partir de 1950, menguó la capacidad institucional de la cartera sanitaria de llevar a cabo las ideas lanzadas en 1946. Como también demuestra María José Ortiz Bergia los procesos de centralización y estatalización sanitaria no fueron homogéneos y en muchos casos, permitieron y sostuvieron la permanencia de diversas asociaciones civiles (laicas y confesionales) que se encargaban de atender problemas sociales y sanitarios de distinta índole. Gildas Bregain considera que la falta de organización social y política de los «inválidos» limitó la organización de sus demandas y también remite al peso de las asociaciones de beneficencia que, si bien mantenían la retórica del trabajo como el medio para recuperar la dignidad, conservaban la lógica asistencialista a través de sus prácticas<sup>37</sup>.

A pesar que en la práctica política parte de las ideas proyectadas permanecieron en el plano discursivo o alcanzaron magnitudes menores a las planificadas, fue durante este período que la medicina preventiva y la rehabilitación social en ma-

<sup>34</sup> Ministerio de Salud, *Memoria correspondiente al período 1946-1952*, Buenos Aires, Talleres Gráficos, 1952, pp. 77 y 78.

<sup>35</sup> Donato Boccia, *Tratado...*, op. cit., p. 596.

<sup>36</sup> Ministerio de Salud, *Memoria correspondiente al período 1946-1952...*, op. cit., p. 105.

<sup>37</sup> Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, 2009, pp. 115-116; María José Ortiz Bergia, «Asistencia benéfica y gobiernos peronistas en Córdoba», en: Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (editoras), *Políticas sociales, entre demandas y resistencias. Argentina, 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, 2014, pp. 67-96; Gildas Bregain, «Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974)», en: Liliana Pantano (compiladora), *Discapacidad e investigación...*, op. cit.

nos del Estado tomó un lugar central en proyectos políticos y surgió con fuerza el ideal utópico de una sociedad sin enfermedades y de «hospitales vacíos». Los cambios sociales y políticos que inauguró el peronismo no lograron alcanzar las demandas de integración y reinserción social de quienes quedaban por fuera del mercado laboral por dolencias en el mundo del trabajo. No obstante, la presencia del tema en la agenda política marcó el inicio de un largo proceso que llevaría a futuros cuestionamientos sobre la productividad del «lisiado», la ampliación de sus derechos y la valoración social de su trabajo.

La epidemia de poliomielitis de 1956 dejó instalada una red de instituciones (que incluían la formación de recursos humanos especializados) dedicadas a la rehabilitación médico-social de las afecciones del aparato locomotor<sup>38</sup>. En efecto, la epidemia no sólo había sido utilizada políticamente por el gobierno de facto de Eugenio Aramburu (1955-1958) como un instrumento para detractar al gobierno anterior —al cual se culpaba del flagelo—, sino que impulsó diversas medidas que representaron la oportunidad de reconfigurar distancias y posiciones entre los actores de la sociedad civil y el Estado interesados en el tema<sup>39</sup>. De este modo, el antiguo problema de la rehabilitación de los «lisiados» y los «disminuidos», surgido principalmente en torno a los lesionados del trabajo, los accidentados y las enfermedades crónicas e invalidantes, ganó con la polio un grado de visibilidad pública hasta el momento nunca alcanzado. Por lo tanto ocupó un lugar en la agenda política del momento, más allá del interés de los círculos médicos y asistenciales. La creación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) en 1956 fue una de las medidas implementadas por el gobierno dictatorial. Uno de los objetivos de dicha Comisión fue asumir la planificación y la implementación de un plan nacional de rehabilitación física, psíquica y económico-social de las personas con sus capacidades laborativas (actuales o potenciales) disminuidas como consecuencia de enfermedades congénitas o adquiridas; asimismo, se proponía centralizar las acciones llevadas a cabo hasta el momento fundamentalmente por

<sup>38</sup> Daniela Testa, «Poliomielitis: la «herencia maldita» y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires», en: *Revista Intersticios*, vol. 5, n° 2, 2011, pp. 309-323. Daniela Testa, «Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959», en: *Revista Manguinhos*, vol. 20, 34, octubre-diciembre, 2013, pp. 1571-1584. Gildas Bregain, *op. cit.*; Álvarez, Adriana, *op. cit.*

<sup>39</sup> Daniela Testa, «Curing by doing...», *op. cit.*

organizaciones privadas filantrópicas o confesionales diseminadas en diferentes partes del país. La CNRL impulsó una variedad de medidas, fortaleció centros de rehabilitación ya instalados y promovió la creación de otros.

Con la llegada de las campañas de inmunización antipoliomielítica al país en 1959, muchas de estas instituciones creadas para dar respuesta en forma prioritaria a dicha enfermedad, se vieron enfrentadas a la necesidad de ampliar sus fines a la atención de otras patologías<sup>40</sup>. Así pues, el impacto de la aplicación masiva de la vacuna, puso en jaque los fines explícitos que dichos centros e institutos especializados sostenían. Además, la percepción de peligro de la enfermedad cambiaría, lenta y paulatinamente, para ser ubicada como un problema del pasado. Así fue que en octubre de 1961, ante la disminución de la demanda de atención de los pacientes con polio, la Asociación para la lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), una de las instituciones pioneras en la atención médica y social de esta enfermedad, firmó un convenio de prestación de servicios con YPF, mediante el cual tomaba a su cargo la rehabilitación motora de enfermos de esa repartición<sup>41</sup>. Del mismo modo lo harían las filiales de ALPI establecidas en las ciudades del interior del país. También el Instituto de Rehabilitación del Lisiado, creado en 1956 en plena epidemia para atender en forma prioritaria pero no excluyente a los afectados por la polio, comenzó a aceptar pacientes de todas las edades y con otras patologías (parálisis cerebral, amputados, accidentados del trabajo y de tránsito, accidentes cerebro vasculares, artritis, etc.) a partir del año 1960<sup>42</sup>. Del mismo modo, el Sanatorio-Escuela del Centro de Rehabilitación de Niños Lisiados (CERENIL), vio amenazada su continuidad ante la superación de las epidemias de polio, por lo que en 1960 amplió su cobertura a otras patologías y edades, además de ser absorbido por el Estado, denominándose Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur<sup>43</sup>.

A la luz de este proceso, una vez superada la emergencia, el legado de la polio dejaba una capacidad médico-social instalada que había sabido recuperar saberes y experiencias previas para dar renovadas respuestas a un viejo problema: la rehabi-

<sup>40</sup> Daniela Testa, «¡SOS vacunas! Tensiones entre Estado y sociedad civil (1957-1971)», en: Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (editoras), *Políticas sociales, entre demandas y resistencias. Argentina, 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, 2014, pp. 183-206.

<sup>41</sup> Memorias ALPI, período 1961.

<sup>42</sup> Memorias Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, 1960.

<sup>43</sup> *Ibidem*.

litación social y laboral del «lisiado». Será a partir de la década de 1960 –luego del impulso de la polio– que la rehabilitación, concebida como una nueva «filosofía» y como especialidad médica, ganará una cuota de mayor reconocimiento social en relación a décadas anteriores, lo cual no la eximirá de enfrentarse a posteriores demandas y desafíos económicos, sociales y epidemiológicos, que cuestionarán sus alcances y sus fines.

### **«UN INVÁLIDO Y CINCUENTA CAPACES». LA OCUPACIÓN OBLIGATORIA DE «INVÁLIDOS»**

El decreto-ley n° 1804 de ocupación obligatoria de los «inválidos», sancionado y reglamentado en 1958 en la provincia de Buenos Aires, representó un primer intento de normativizar el acceso al trabajo de los rehabilitados como un derecho. El Consejo Asesor de Rehabilitación de la provincia de Buenos Aires, dirigido por el médico Carlos Ottolenghi, se había ocupado del problema de la «invalidez» laboral de los «disminuidos» por accidentes de trabajo, enfermedades profesionales u otras causas y había sido el principal impulsor de estas medidas. Esta normativa establecía la ocupación obligatoria de los «inválidos» con carácter imperativo para todas aquellas industrias que emplearan más de cincuenta trabajadores en una proporción de un trabajador inválido cada cincuenta trabajadores capaces. Además, la imposición a los patrones de reservar plazas para «disminuidos físicos» también se aplicaba para aquellos trabajadores no vinculados contractualmente con la empresa; quedaban excluidos de estos beneficios aquellos trabajadores que participaban en talleres protegidos y/o que recibían algún patrocinio de la asistencia social.

Asimismo, este decreto disponía que el Departamento Provincial del Trabajo fuera el organismo encargado de su fiscalización, de la orientación del proceso de rehabilitación profesional y de la organización del registro de «disminuidos». También se ocuparía de realizar la clasificación de acuerdo a los grados de «invalidez» y capacidad laboral y de realizar estadísticas, entre otras funciones afines. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tendría la responsabilidad de la creación de centros adaptación y readaptación para los «inválidos» que necesitaran una asistencia especial.

Sancionado el decreto en febrero de 1958, fue reglamentado en abril de ese mismo año; ello sucedió durante los últimos meses de intervención de la provincia bajo el mando del Coronel Emilio Bonnacerrere, durante el régimen de la

autodenominada Revolución Libertadora (1955). La obligatoriedad impuesta a las empresas de reservar puestos para personas rehabilitadas generó no pocas tensiones y posiciones encontradas. La imposición al patrón de una vinculación con un trabajador «disminuido físicamente» con el que no había tenido vinculación contractual previa, era considerado un punto crítico inaceptable. Esta medida de discriminación positiva fue entendida como un privilegio que creaba desigualdad con respecto al trabajador «válido» desocupado.

En sede judicial se plantearon estos debates; inmediatamente después de ser reglamentada, en el mes de abril de 1958, el jurista Mario Levi Deveali publicó una nota en la revista *Derecho al Trabajo* donde expresaba su opinión adversa ante dicha obligatoriedad. El prestigioso abogado italiano era considerado de gran autoridad en el ámbito local e internacional en temas referidos a legislación laboral y previsión social. En su escrito sobre el decreto de 1958, argumentaba que si bien no se conocía el número de «inválidos» del país, el problema no presentaba una gravedad tal que justificara la adopción de una medida imperativa que, según su criterio, ponía la solución a cargo de particulares. Dicho en palabras del especialista:

«No debe olvidarse que se crea a los inválidos una situación de privilegio, ya que ellos tendrán asegurado el empleo aún cuando esto importe excluir a otros trabajadores con cargas de familia. Ahora bien, parece obvio que el sentido humanitario no puede llegar a esos extremos [...]. Evidentemente cada ley social crea dificultades, pero cabe preguntarse si el problema que se pretende solucionar es socialmente tan grave en nuestro país para justificar la adopción de una medida tan rígida»<sup>44</sup>.

Deveali afirmaba que la solución del problema estaba al alcance de la administración pública y de las entidades asistenciales, quienes debían cumplir con las tareas de formación y de readaptación profesional de los «inválidos» como medio para solucionar o minimizar el problema, sin que resulte necesario involucrar a los particulares, medida que debía ser aplicada en situaciones sociales muy negativas y como «última ratio». Para reforzar su argumentación hizo referencia a los debates realizados en la Conferencia Internacional del Trabajo, realizada en Ginebra en

<sup>44</sup> Mario Deveali, «Ocupación obligatoria de los inválidos», en: *Revista Derecho del Trabajo*, Buenos Aires, La Ley, 1958, p. 313.

julio de 1957, donde un grupo de expertos «recomendaba» la reserva de ciertos empleos determinados para los «inválidos» pero no imponía la obligatoriedad de contratarlos en consideración a las diversas realidades nacionales<sup>45</sup>.

En línea con esta perspectiva, y con el propósito de evitar la obligatoriedad de contratación por parte de las empresas y comercios, surgieron algunas propuestas legislativas impulsadas desde la Unión Cívica Radical Intransigente. En 1958, el diputado y médico Dante Tortonese presentó un proyecto para estimular que las empresas y comercios empleasen disminuidos físicos pero proponía liberar al empleador «de las obligaciones de pago de jornales y de las indemnizaciones por enfermedad o por despido ante eventuales complicaciones o agravaciones que pudieran manifestarse como consecuencia de la incapacidad» (que debía estar previamente certificada ante el Ministerio de Trabajo Seguridad Social)<sup>46</sup>. Dos años después, Palmiro Bogliano, especialista del derecho en contrato laboral y discípulo de Deveali, volvió a presentar el proyecto de Tortonese, que había caducado sin discutirse, con algunas pequeñas modificaciones<sup>47</sup>. Más cerca de favorecer el trabajo a cualquier costo que de solucionar el dilema de la legitimidad del acceso al circuito del empleo formal y, mucho más distanciados aún, de concebir el empleo como un derecho de ciudadanía, estas propuestas quedaron desestimadas.

Esta áspera arista del problema también fue parte de las discusiones del *III Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado* realizado del 8 al 12 de diciembre de 1959 en forma simultánea en Buenos Aires y Mar del Plata. En esta oportunidad el Congreso fue organizado por primera vez por una entidad gubernamental, la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNL), en conjunto con organizaciones privadas que se especializaban en atender esta población (Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil, Asociación Ayuda y Orientación al Inválido, Coordinación de Obras Privadas de Rehabilitación y Centro de Rehabilitación para niños lisiados). El paquete de medidas, instituciones y normativas favorables al desarrollo de la rehabilitación física impulsadas desde esferas gubernamentales, había sido uno de los principales legados del mayor brote de poliomielitis que

<sup>45</sup> *Ídem*, p. 315.

<sup>46</sup> *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación* (Proyecto de ley de Palmiro Bogliano), 10/08/1960, Reunión n° 30, p. 1820.

<sup>47</sup> *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación* (Proyecto de ley de Dante Oscar Tortonese), 10/09/1958, p. 3272. Para ampliar se puede consultar Gildas Bregain, *op. cit.*

había afectado al país en 1956<sup>48</sup>. Así pues, luego de un lapso de trece años desde la *Segunda Conferencia* y a tres años de la epidemia de poliomielitis, el evento científico condensó más de ciento cincuenta ponencias.

Si bien el lema del Congreso —«hacia la reintegración social del lisiado»— expresaba continuidad con respecto a los dos eventos anteriores, la lógica de organización fue completamente diferente ya que escindió el problema médico-social en tres ejes separados entre sí, los procesos patológicos, los aspectos sociales y las cuestiones organizacionales. A tono con la época la organización y la planificación de tareas en pos de lograr un objetivo tomó, más que en otro período, un cariz destacado en el terreno de la enunciación política. La rehabilitación de parapléjicos, parálíticos cerebrales, poliomielíticos, enfermos torácico-pulmonares y reumáticos, fue uno de los grandes temas. Bajo la denominación, «Distintos enfoques de la rehabilitación», se inscribieron los problemas psicológicos, educativos, legales, sociales y laborales de los «lisiados»; en su conjunto representaron una tercera parte de los trabajos presentados. El otro tercio estaba dedicado a los aspectos organizacionales y de gestión de institutos y departamentos de rehabilitación y a las obras de las entidades privadas especializadas.

Fue en la mesa redonda «Problemas laborales del Lisiado», a la sazón coordinada por Ottolenghi, impulsor del cuestionado decreto de ocupación obligatoria del «inválido», donde se confrontaron posiciones con respecto a los límites y a las responsabilidades del Estado y las empresas privadas. Desde ese ámbito, el delegado argentino ante la Organización Internacional del Trabajo, el Dr. Héctor Ruiz Moreno, y el representante de la Unión Industrial Argentina, el ingeniero Juan Sangiácomo, manifestaron su oposición a las medidas de discriminación positiva con el argumento que dicha obligatoriedad podía entenderse en países que había sufrido guerras, pero que en contextos como el nuestro no era adecuado para las particularidades del país<sup>49</sup>. Las voces técnicas se ligaban a las industriales a la hora de limitar las responsabilidades privadas en materia de prevención y reinserción

<sup>48</sup> Daniela Testa, «Poliomielitis: ...», *op. cit.* Daniela Testa, «La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico social, Buenos Aires, 1943», en: *Revista Salud Colectiva*, 2011, vol. 8, n° 3, pp. 299-314.

<sup>49</sup> Héctor Ruiz Moreno, «Principales aspectos de la legislación internacional de protección al trabajador lisiado», en *Anales del III Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado*, Buenos Aires, Mar del Plata, 8 al 12 de diciembre, 1959, p. 465. Juan Sangiácomo, «Actitud patronal frente al lisiado», en: *Anales del III Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado*, *op. cit.*, 441.

social. Como señala el sociólogo Antonio Camou en el marco del proceso de elaboración de políticas públicas, todo aspecto técnico de importancia conlleva cuestiones de política y, paralelamente, cualquier cuestión política relevante implica la resolución de importantes aspectos técnicos. De este modo, cuestiones técnicas y cuestiones políticas son como dos puntas de un mismo ovillo<sup>50</sup>.

Finalmente, el 28 de febrero de 1961 durante la gobernación provincial del médico radical Oscar Alende el decreto-ley 1804 fue declarado inconstitucional por la Corte Suprema de Justicia de la Provincia por contradecir al artículo 67 de la Constitución Nacional<sup>51</sup>. Asentada esta jurisprudencia, se mantuvo la lógica de la persuasión a los empresarios a través de exenciones impositivas y otros posibles beneficios para estimular, pero nunca compulsar, a la integración de trabajadores con discapacidad.

## CONCLUSIONES

En este artículo trazamos un panorama entre las ideas y las prácticas políticas efectivas ligadas con la reinserción laboral y la rehabilitación social de quienes portan una discapacidad. Circunscribimos nuestro trabajo al análisis de quienes se accidentan o se enferman en los espacios laborales. La ley de Accidentes de Trabajo de 1915 se propuso como primer mojón de este relato ya que allí se estableció que el trabajo es un riesgo y debe estar amparado por los patrones con el auspicio del Estado. Esto inauguró la lógica indemnizatoria para el lesionado pero no fomentó la prevención en los espacios fabriles como un mecanismo de reducir los accidentes, ni la reubicación laboral de quienes se recuperaban ya sea en el mismo trabajo o en otra tarea. Durante el peronismo, a tono con el clima de época de ampliar los resortes de la seguridad social, se esbozaron proyectos e iniciativas políticas e institucionales que pusieron sobre la agenda la imperiosa necesidad de reintegrar a los trabajadores accidentados dentro del mercado laboral mediando previamente una capacitación profesional para que pudieran ser reubicados en nuevos puestos laborales. Las obligaciones estatales de estimular iniciativas de este

<sup>50</sup> Antonio Camou, «Los consejeros del príncipe. Saber técnico y política en los procesos de reforma económica en América Latina», en: *Nueva Sociedad*, n° 152, Buenos Aires, Fundación Friedrich Ebert, 1997, pp. 54-67.

<sup>51</sup> Gildas Bregain, *op. cit.*, p. 143.

tipo fueron discutidas desde el ámbito profesional y político. A pesar del amplio consenso, la dinámica política durante los años del peronismo reorientó objetivos y estas ideas y proyectos quedaron como un indudable insumo informativo entre quienes durante los años posteriores diseñaron políticas al respecto, pero fueron tenues las concreciones. Luego de la llamada Revolución Liberadora se impulsó —con carácter obligatorio— la inclusión de obreros recuperados en los puestos de trabajos. Las lógicas mercantiles y de libertad de mercado primaron y de ser una medida con carácter obligatorio pasó a ser una de carácter optativo. Como se ha intentado mostrar, las normativas que regularon las modalidades de ingreso y egreso del mercado de trabajo estuvieron más cercanas a la protección de los intereses empresariales que de los trabajadores afectados por enfermedades profesionales o accidentes en el trabajo; la principal estrategia consistía en conciliar intereses a través de tácticas persuasivas que no significaran obligaciones indeclinables al capital con el fin de conservar los niveles de productividad y renta. Sin lugar a dudas, la emergencia la epidemia de poliomielitis de 1956 impulsó el debate público y ganó tanto espacio en la opinión pública que instó a reflexionar sobre los mecanismos de prevención y rehabilitación. No obstante, como demostramos en este trabajo, el debate tuvo una historicidad de más largo aliento que excede a la dramaticidad epidémica de la polio.

La formulación de un cupo laboral obligatorio del 2% en el *Plan Analítico de Salud Pública* en 1947, fueron necesarias casi cuatro décadas para que el cupo laboral para personas con discapacidad fuera letra de una ley. En marzo de 1981 fue sancionada y promulgada, bajo el gobierno de facto de Jorge Rafael Videla, la ley n° 22431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados (reglamentada en el año 2010), que en su artículo 8, refiere al porcentual de 4% que deberá tener el Estado nacional y sus distintos organismos en cuanto a la ocupación laboral de las personas con discapacidad (las empresas privadas no están obligadas, a excepción de las concesionarias de servicios públicos, según la ley 25659 del año 2002).

A la actualidad, concretar ese derecho es uno de los horizontes incumplidos de las personas con discapacidad. Este derrotero nos lleva a reflexionar sobre las ideas del sociólogo Robert Castel quien sostuvo que la «propia economía de las protecciones es la que produce una frustración sobre la situación de seguridad cuya existencia es consustancial a las sociedades que se construyen alrededor de la búsqueda de la seguridad». Considera que los programas protectores jamás pueden cumplirse completamente y producen decepción y aun resentimiento. Pero también porque

su logro, aunque relativo, al dominar ciertos riesgos «hace emerger otros nuevos»<sup>52</sup>. Si bien en otro terreno de las políticas sociales esta reflexión podría ser operativa, en el campo de las políticas de reinserción social y rehabilitación de las personas con discapacidad las aspiraciones superan a los logros y las angostas posibilidades de reinserción laboral trazan en el terreno de las demandas similitudes con las que se esbozaban a principios de siglo.

En síntesis, lo que primó a lo largo del siglo XX fue una gran distancia entre los discursos públicos sobre la llamada invalidez y la producción de instrumentos legales, entre la aprobación de fondos y la creación de burocracias técnicas especializadas que permitan resultados efectivos en las políticas, entre las intenciones formuladas y las transformaciones concretadas. Hemos señalado, además, cómo las formas de empleo son histórica y socialmente construidas y establecen segmentaciones, categorías y modalidades de acceso a la vez que constituyen las líneas divisorias entre las distintas categorías de empleo/desempleo y jerarquizan los estamentos en el trabajo. Del mismo modo, las distintas visiones y representaciones de la discapacidad han contribuido a mantener o cuestionar dichos estamentos y limitaciones. Así pues, el disímil acceso de las personas con discapacidad al mercado de trabajo y la legitimidad desigual en cuanto a la aspiración de tener un empleo, contribuyen a la producción de mecanismos de diferenciación, segregación y exclusión que perduran y afectan hasta nuestros días.

### **Registro bibliográfico**

RAMACCIOTTI, KARINA

TESTA, DANIELA

«Reeducar inválidos es un problema caro». La rehabilitación laboral y la reinserción social (Argentina, 1915-1960)», en: ESTUDIOS SOCIALES, revista universitaria semestral, año XXVI, n° 50, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, enero-junio, 2016, pp. 171-199.

### **Descriptor · Describers**

rehabilitación laboral / reinserción social / discapacidad / políticas sociales / mercado de trabajo  
work rehabilitation / social reinsertion / disabilities / social policies / work market

**Recibido:** 20 / 08 / 2015

**Aprobado:** 09 / 11 / 2015

<sup>52</sup> Robert Castel, *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*, Buenos Aires, Manantial, 2004, p. 15.