

Swarthmore College

Works

History Faculty Works

History

2015

Excesos, Fatiga Laboral Y Enfermedad. Buenos Aires, 1880-1950

Diego Armus

Swarthmore College, darmus1@swarthmore.edu

Follow this and additional works at: <https://works.swarthmore.edu/fac-history>



Part of the [History Commons](#)

[Let us know how access to these works benefits you](#)

Recommended Citation

Diego Armus. (2015). "Excesos, Fatiga Laboral Y Enfermedad. Buenos Aires, 1880-1950". *Mundos Do Trabalho*. Volume 7, Issue 13. 11-26. DOI: 10.5007/1984-9222.2014v7n13p11
<https://works.swarthmore.edu/fac-history/462>

This work is brought to you for free by Swarthmore College Libraries' Works. It has been accepted for inclusion in History Faculty Works by an authorized administrator of Works. For more information, please contact myworks@swarthmore.edu.

Dossiê

Trabalho, saúde e medicina na
América Latina

Excesos, fatiga laboral y enfermedad. Buenos Aires 1880-1950

Diego Armus*

11

Resumen: el artículo examina los discursos que sobre la tuberculosis se articularon desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. Estos discursos – que tendían a enfatizar las dimensiones medioambientales y sociales no tanto las laborales – coexistieron, se complementaron y compitieron entre si. Fue recién en el segundo cuarto del siglo XX cuando la tuberculosis comenzó a ser más claramente asociada a las enfermedades ocupacionales. Este reconocimiento, sin embargo, no resultó de proyectos legislativos sino de la jurisprudencia producida por casos particulares. El trabajo pionero de Alfredo Palacios *La fatiga y sus proyecciones sociales* (1923) fue una recurrente referencia en ese lento y fragmentado proceso de reconocimiento de la tuberculosis como una enfermedad del mundo del trabajo.

Palabras claves: fatiga; tuberculosis; enfermedad social/medioambiental/laboral.

Resumo: o artigo analisa os discursos sobre a tuberculose que foram articulados desde fins do século XIX até meados do século XX. Estes discursos – que destacavam mais as dimensões ambientais e sociais e menos as laborais – coexistiram, complementaram e competiram entre eles. Foi somente no segundo quartel do século XX, quando a tuberculose passou a ser mais fortemente associada com doenças ocupacionais. Esse reconhecimento, entretanto, não resultou na legislação, mas na jurisprudência produzida por casos particulares. O trabalho pioneiro de Alfredo Palacios *La Fatiga e suas projeções sociais* (1923) foi a referência recorrente nesse processo lento e fragmentado de reconhecimento da tuberculose como uma doença do mundo do trabalho.

Palavras chave: fadiga; tuberculose; doença social/medioambiental/laboral.

Introdução

En 1917 el higienista Nicolás Lozano señalaba en una reunión panamericana que junto a la “causa biológica” – el bacilo de Koch – los “factores médico sociales

* Doctor en Historia. Profesor de Historia Latinoamericana en Swarthmore College (USA). Email: darmus1@swarthmore.edu

que predisponen a la tuberculosis” eran “el alcoholismo, la habitación insalubre, la mala o deficiente alimentación y los excesos de toda naturaleza”.¹ No era el primero que hacía esa asociación y su comentario resultaba de una adecuada lectura de la importancia de la tuberculosis en el cuadro general de la morbilidad y mortalidad que dominaban en Buenos Aires al despuntar el siglo XX.² El modo en que Lozano explicaba la tuberculosis comenzó a tomar forma en la segunda mitad del siglo XIX, cuando la tuberculosis dejó de ser vista como una enfermedad inflamatoria. Para ese entonces ya se la consideraba una “enfermedad de desgaste”, un mal que revelaba que el cuerpo humano tenía una capacidad de resistencia limitada que en ciertas condiciones podía quebrarse y de ese modo facilitar el desarrollo de cuadros patológicos. Así, un sinfín de actos humanos realizados en exceso, esto es, actos que demandaban la sobrestimulación de ciertos órganos, terminaban disminuyendo el nivel de vitalidad del individuo y lo debilitaban al punto de desgastarlo. Algunos de estos excesos aparecieron con insistencia durante ciertas décadas, otros tuvieron una presencia efímera y todos ellos, desplegados en el tiempo, descubren no sólo las incertidumbres e impotencias sobre cómo controlar el drama de la “peste blanca” sino también las curiosas y frecuentemente arbitrarias explicaciones sobre la desigual predisposición individual a contraer la enfermedad. La pregunta recurrente era por qué si todos estaban expuestos al mal no todos terminaban tuberculosos. Y las explicaciones venían por el lado de las causas biomédicas que disparaban la caída de la inmunidad, algunas de las cuales estaban originadas en el individuo y otras en el medio ambiente. También por el lado de los estilos de vida o la moral, siempre discutidos de modo general, impreciso y abusivo.

En ese marco fue emergiendo una suerte de catálogo de conductas excesivas que, se suponía, facilitaban la adquisición de la tuberculosis. En 1886, el periódico *La Educación* discutía “la fatiga cerebro-muscular” resultante de las “excesivas tareas escolares [y] quietud física” como causales de la tisis de los niños.³ Varias décadas más tarde, en los años veinte y treinta, la “vida agitada y febril de las ciudades” transformaba la experiencia urbana en “una fábrica de tuberculosis”.⁴ Con frecuencia, ciertos estilos de vida quedaban asociados a peligrosas conductas que debilitaban el organismo y reducían las resistencias físicas y espirituales. Así, en un artículo titulado “Las causas sociales de la tisis” el médico Augusto Bunge advertía en 1900 sobre los efectos que las dietas estaban teniendo en “las mujeres de las clases acomodadas, siempre ansiosas por lograr un tipo estético grácil que ha llegado a ser considerado como distintivo” y que sin duda evocaba la perdurable imagen lánguida y distinguida de las tísicas románticas del siglo XIX europeo, mujeres fatales aristocráticas, aspirantes a artistas o prostitutas elegantes.⁵ Tres décadas más tarde, y discutiendo la profilaxis de la tuberculosis, un artículo insistía sobre el tema: “Las dietas desbalanceadas afectan el organismo, producen un brusco desequilibrio nutritivo, disminuyen las defensas y favorecen la diseminación del bacilo.” Estas dietas eran criticadas como un tipo de exceso resultante de “la moda femenina que, tanto ayer como hoy, y en el afán de mejorar la figura o conservar la silueta, está sometiendo a

1 LOZANO, Nicolás. “Contribución al estudio de la etiología y profilaxis de la tuberculosis desde el punto de vista sociológico”. *Proceedings of the second Pan American scientific congress*. Washington, 1917, p. 431.

2 ARMUS, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

3 *La Educación*. Periódico Quincenal. 14/09/1886, p. 336.

4 BOFFI, Luis. *Misión de la enfermera en la lucha antituberculosa*. Buenos Aires: El Ateneo, 1939, p. 15; ROMERO, Luis Oscar. *Es contagiosa la tuberculosis?*. Buenos Aires: Claridad, 1924, p. 24.

5 *La Semana Médica*, 11/10/1900, p. 526.

regímenes de hambre y verdadera extenuación a la gente de nuestra llamada aristocracia”.⁶

Con los beneficios de la vida al aire libre y la práctica de ejercicios físicos ocurría algo similar. Sus virtudes – por lo general asociadas al fortalecimiento de los procesos orgánicos defensivos – nunca fueron puestas en duda y una y otra vez se las presentó como decisivos recursos en la profilaxis de la tuberculosis. Sin embargo, a partir de mediados de la década del veinte, cuando los deportes, las salidas a la playa, los paseos en los parques y las vacaciones empezaron a hacerse un lugar en las costumbres, fueron insistentes las advertencias sobre “una moda que había llevado a censurables excesos”. En el caso de los deportistas profesionales o en vías de serlo la combinación de “una vida no muy ordenada”, “un excesivo desarrollo de las fuerzas musculares” y “la fatiga física resultante de las exigencias del promotor [deportivo]” tendían a “debilitar el equilibrio que debe mantener el organismo”. Estas preocupaciones aludían no sólo al despegue del profesionalismo deportivo sino también a la gente común “que se ejercita de modo exagerado” y “parece lanzada a la búsqueda del éxito a toda costa”.⁷ La ejercitación desmedida del cuerpo aparecía, entonces, como un elemento más de un cuadro complejo: a “los excesos físicos (que) lejos de fortificar deprimen las fuerzas defensivas” se sumaban “la falta de sueño, los placeres mundanos excesivos y las bebidas alcohólicas. Todos ellos terminan facilitando el camino a la tuberculosis”.⁸

Pero los excesos en materia de dietas alimenticias o esfuerzos corporales no fueron los más ostensibles tópicos asociados a la tuberculosis. Otros excesos, vinculados esta vez a la sexualidad, la bebida y el trabajo, motivaron una persistente reflexión de médicos, ensayistas y periodistas. Con una soltura que con frecuencia parece marcada por la libre asociación de ideas, estas miradas a la tuberculosis terminaban entretejiendo hipotéticas etiologías sociales de la enfermedad donde las explicaciones médico-bacteriológicas se tensionaban con valores morales, interpretaciones psicologizantes, agendas socio-políticas e intereses económicos o de grupos burocrático-administrativos. La enfermedad devenía así en un recurso organizador y legitimador de una serie de discursos que servían para proyectar, racionalizar y consensuar estilos de vida donde debían primar la responsabilidad individual y la medida.

En los años veinte y treinta a las preocupaciones por los conventillos – viviendas colectivas por lo general marcadas por el hacinamiento – se sumaron las relacionadas con “los modernos edificios de departamentos, antisociales y sin alma,” donde los reformadores sociales creían encontrar reactualizados los viejos problemas de la pésima iluminación, la estrechez y la mala ventilación. En última instancia estas nuevas posturas revelaban que la discusión de “los efectos tuberculizantes” de las diversas formas de la vivienda popular iba ganando en complejidad. Así, tanto la trillada imagen del viejo conventillo como la más reciente del moderno “departamento antihigiénico”, las casas de barrios y suburbios pobres, “chatas, oscuras, confinadas, superpobladas y húmedas”, y los “ranchos de barrios apartados o vecinos a centros industriales y portuarios”, todos ellos, tendían a reforzar un enfoque esencialmente ambientalista de la tuberculosis.⁹

6 Viva 100 Años, noviembre 11, 1936, p. 154, 125.

7 CETRÁNGOLO, Antonio. *Treinta Años Curando Tuberculosos*. Buenos Aires: Hachette, 1945, p. 169; *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, 1933, 1, 4, mayo, 1933, p. 9, 8.

8 Viva 100 Años, 11/11/1936, p. 125.

9 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, febrero 2, 1936, p. 66-67; *Infancia y Juventud*, julio 1934, p. 138; *Vida Comunal*, marzo 1, 1932.

Por eso, el diario socialista *La Vanguardia* señalaba que “la mortandad tuberculosa podría ser fácilmente prevenida” si los “modernos edificios” facilitarían la llegada de “la luz solar en los interiores de los departamentos”.¹⁰

En Buenos Aires, al igual que en otras tantas grandes ciudades, la visión de la tuberculosis como una enfermedad esencialmente urbana, de la vivienda, del hacinamiento y la promiscuidad, dominó la construcción de un saber específico sobre la tema. Este enfoque ambientalista, presente en mayor o menor medida en todos los que discutían las dimensiones sociales de la enfermedad, remataba en la perdurable imagen que encontraba en la tuberculosis una causa o un efecto de un entorno ambiental degradado mayor. En esta convicción confluían el peso de la tuberculosis en las discusiones sobre la cuestión social, el impacto de los descubrimientos de Koch a comienzos de la década de 1880 reafirmando la contagiosidad de la enfermedad y una notable expansión de las estadísticas sanitarias. Así, la tuberculosis terminaba siendo asociada y percibida como una enfermedad que resultaba de las defectuosas relaciones de la sociedad con el medio ambiente.

Sin embargo, durante la década del veinte y con más convicción en las siguientes, fue quedando claro que la densidad demográfica, el hacinamiento y la falta de higiene eran variables que por sí solas no explicaban los avatares de la mortalidad tuberculosa. En ese contexto de renovadas incertezas epidemiológicas apareció en 1936 un estudio del Departamento Nacional de Higiene que afirmaba que “la pretendida relación de causa efecto entre el zquizami y la tuberculosis es demasiado absoluta y son muchos los ejemplos de esas viviendas antihigiénicas en arrabales abandonados, habitadas durante largos años por la mismas familias sin que se haya observado un sólo caso de tuberculosis”.¹¹ Unos años más tarde, a mediados de la década del cuarenta, ya se reconocía una etiología compleja y multicausal que advertía que “los factores orgánicos y ambientales están unidos íntimamente bajo el denominador común de la posición social, sumándose en forma tal los factores vivienda y hacinamiento con la alimentación y la situación económica. [...] Así, la situación económica no sólo es el más interesante de los factores ambientales en la epidemiología de la tuberculosis sino también la causa mediata y fundamental de los mismos factores”.¹² En esa renovada etiología, fuertemente marcada por la multicausalidad, el trabajo excesivo ganó presencia y relevancia como recurso explicativo.

Trabajo y tuberculosis

En octubre de 1900 el periódico *El Rebelde* informaba de este modo sobre la muerte de un militante anarquista: “La existencia tísica que soportan los explotados por el monstruoso engranaje capitalista hería cruelmente al compañero Carlos Valpedre que muere luego de sufrir una larga enfermedad producida por el exceso de trabajo”.¹³ Esta asociación entre el trabajo excesivo y la tuberculosis se fue gestando desde fines del siglo XIX y no fue, en modo alguno, una originalidad interpretativa de los anarquistas.

¹⁰ *La Vanguardia*, 30/10/1928.

¹¹ *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año XXXVII, n° 2, febrero de 1936, p. 69.

¹² BALBI ROBECCO, José María. “Tuberculosis y Hacinamiento. Estudio sobre 98 Familias”. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, junio 15, 1946; BALBI ROBECCO, José María. “Vivienda y Tuberculosis”. *Revista de Medicina y Ciencias Afines*, septiembre 1945; VACAREZZA, Raúl. “Tuberculosis y Vivienda. Estudio sobre 250 Grupos Familiares”. *Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis*, III, junio 1941.

¹³ *El Rebelde*, 07/10/1900.

A diferencia de los supuestos excesos en el sexo o la bebida – dos tópicos a los que se recurría en tiempos de incertidumbre biomédica respecto del contagio y cura de la tuberculosis para articular alguna explicación de la enfermedad –, el trabajo excesivo no se elegía, era impuesto por otros y, en consecuencia, era difícil explicarlo con los argumentos de la falta de responsabilidad individual. Su asociación con la tuberculosis articuló por lo menos dos problemas respecto de la relación entre esta enfermedad y el mundo del trabajo, el taller, la fábrica y el cuarto donde se realizaba el trabajo domiciliario, la extensión de la jornada laboral, el trabajo nocturno, el trabajo a destajo, la higiene industrial, o los ritmos de producción. Por un lado, los avatares que acompañaron los debates y la jurisprudencia al momento de calificar o no a la tuberculosis como una enfermedad profesional. Por otro, la caracterización de la tuberculosis como una enfermedad donde el trabajo excesivo se sumaba a una larga lista de factores que facilitaban el contagio y que algunos no dudaban en calificar como una consecuencia de la usura del trabajo y de la explotación capitalista.

La imagen de la tuberculosis como una enfermedad causada por el trabajo excesivo ya estaba claramente perfilada en la prensa obrera desde fines del siglo XIX y siguió presente hasta los años cuarenta. En 1894 *El Obrero Panadero* afirmaba que “el trabajo nocturno es germen de tuberculosis”, en 1912 *El Obrero Textil* declaraba que “la causa de la tuberculosis está en la fábrica, que es una mala madrastra, una cárcel que lo roba todo, la fuerza, la salud, la juventud, la alegría,” en 1928 *Acción Obrera* calificaba a los talleres como “viveros de la tuberculosis” y en 1941 el periódico del gremio textil denunciaba que “las hilanderías de algodón engendran la tuberculosis”.¹⁴ Unos años más tarde esta asociación entre tuberculosis y trabajo excesivo parece organizar el modo en que María Roldán daba sentido a la muerte de una de sus compañeras en el frigorífico donde estaba empleada: “Sangrada hija del pueblo, carnaza del taller, //diles que ayer ha muerto una compañerita, //una pobre explotada por el mal. //Diles que a poco hermosa a la fábrica entraba //y que tuberculosa ayer agonizaba //en el último lecho de un mísero hospital”.¹⁵

En las publicaciones médico-profesionales el registro de la tuberculosis era otro. Por eso, en 1948 un artículo publicado en *El Médico Práctico* criticaba a los profesionales que obsesivamente pensaban a la tuberculosis como una “enfermedad del medio pero nunca del trabajo”.¹⁶ Este sesgo era también evidente en las estadísticas y pruebas de ello no faltan tanto a comienzos del siglo XX como en la década del cuarenta. En 1927, por ejemplo, un informe del Departamento Nacional de Higiene advertía sobre el asunto señalando además las limitaciones de cualquier empeño por relacionar ocupaciones y mortalidad tuberculosa: “Baste decir que sobre 9.434 varones mayores de 15 años fallecidos por tuberculosis 4.191, casi la mitad, no tienen especificada la profesión. Mucho peor es lo que ocurre con las mujeres, pues sobre 6616 casi la totalidad (6.503) carece de indicación al respecto”.¹⁷

De alguna manera, esta pobreza estadística resultaba de la dominante presencia que el enfoque ambientalista de la tuberculosis tenía en los círculos médicos e higienistas, más proclives a escudriñar las relaciones entre enfermedad,

14 *El Obrero Panadero*, 16/10/1894; *El Obrero Textil*, junio 1912; *Acción Obrera*, octubre 1928; *El Obrero Textil*, abril 1941.

15 Nunca publicado, el poema fue escrito por María Roldán en el invierno de 1946 y recitado de memoria por su autora en una entrevista realizada en el verano de 1987. La versión completa del poema en JAMES, Daniel. *Doña María*. Historia de vida, memoria e identidad política. Buenos Aires: Manantial, 2004, p. 238-239.

16 *El Médico Práctico*, 1948, IV, p. 35.

17 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1927, XXXIII, p. 210.

individuo y residencia.¹⁸ En cualquier caso, y sin ser centrales, desde fines del siglo XIX el trabajo y la ocupación como “factores tuberculizantes” fueron parte de la discusión de la etiología social de la tuberculosis. A la pobreza estadística se sumaban los problemas específicos derivados de las características del mercado laboral porteño, un peso significativo de los trabajadores sin calificación, inocultable presencia del trabajo estacional e historias personales marcadas por múltiples y cambiantes trabajos, todos ellos asuntos particularmente relevantes al momento de establecer una relación de causalidad entre la pérdida de las resistencias físicas que predispone a la tuberculosis y una cierta ocupación. En el caso particular de las mujeres también contaba, además de las tareas hogareñas, el trabajo doméstopomiciliario – manufacturero o de servicios – con frecuencia sólo relevante en un cierto período de su vida laboral.

El único estudio – publicado en 1918 – disponible para la primer mitad del siglo XX que permite explorar las relaciones entre ocupación y tuberculosis concluía en que la mortalidad tuberculosa promedio entre 1912 y 1916 había sido del 18,3 % de las defunciones generales de personas mayores de 10 años y que en las “industrias del libro” esos guarismos trepaban al 35,5%, en la del “del cuero” al 30,8%, en la “del vestido” al 29.0%, entre los “empleados nacionales” al 21,6%, en las “metalúrgicas” al 22,1%, en las “del transporte” al 21,2%, en las “de la madera” al 19,6%, en las “alimenticias” al 19,2% y en las de las “construcciones” al 18,8%.¹⁹

La vaguedad de las asociaciones que domina en el informe de 1918 revela algo, o en verdad mucho, de las incertidumbres biomédicas que rodeaban a la tuberculosis. Años más tarde, en 1957, ya en tiempos de los antibióticos y por ende de curas efectivas de la enfermedad, el problema de las ocupaciones “tuberculizantes” no parece haberse resuelto. Así, se seguía insistiendo en la necesidad de “sistematizar el estudio de las relaciones causales entre el trabajo y la tuberculosis” y se recomendaba centrar la atención en “los trabajos que [disminuían] las defensas orgánicas, los trabajos que [producían] otras enfermedades asociadas con la tuberculosis y los trabajos efectuados en medios peligrosos”.²⁰ En cualquier caso, y más allá de los esfuerzos bastante poco exitosos de sistematización de la segunda década del siglo XX o el reconocimiento, décadas más tarde, de lo poco que se sabía sobre la relevancia de las rutinas e intensidad de los procesos de trabajo en la causalidad de la tuberculosis, el temor al contagio o la simple disponibilidad de estadísticas para examinar la mortalidad y morbilidad dominantes en una cierta ocupación terminaron produciendo una masa de conocimientos que no siempre identificaba los grupos ocupacionales más afectados por la enfermedad.²¹ De algún modo, y tal como había ocurrido en el siglo XIX con el vago e impreciso registro romántico de la tuberculosis – la enfermedad de las almas refinadas y sensibles –, el de la tuberculosis como una enfermedad del trabajo seguía siendo a mediados del siglo XX un problema de salud marcado por las incertezas.

18 COTTEREAU, Alain. “La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l’usure au travail? Critique d’une épidémiologie officielle: le cas de Paris” In: *Sociologie du Travail*, XX, 2, avril-juin 1978, p. 193-207; FIGLIO, Karl. “Chlorosis and chronic disease in nineteenth-century Britain: the social constitution of somatic illness in a capitalist society”. *Social History*, 3, 2, May 1978, pp. 167-198; ARMUS, Diego. “Enfermedad, ambiente urbano e higiene social. Rosario entre fines del siglo XIX y comienos del XX”. In: ARMUS, Diego (ed.). *Sectores populares y vida urbana*. Buenos Aires: Clacso, 1984.

19 *La Semana Médica*, 16/05/1918.

20 *Revista Argentina de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares*, 1957, XXI, 2, p. 95.

21 *La Prensa Médica Argentina*, 05/01/1938, p. 87-88; *La Prensa Médica Argentina*, 23/04/1941, p. 880-890; *La Prensa Médica Argentina*, 01/10/1949, p. 1972-1976; *Archivos Argentinos de Tisiología*, 1947, p. 212-219; 1948, p. 74-77; Departamento Nacional del Trabajo. *Boletín Informativo*, mayo 1934, p. 3920.

Trabajadoras a domicilio, empleadas domésticas y costureras

Entre 1870 y 1940 disminuyó la presencia relativa de las mujeres en el mundo del trabajo extrahogareño. Durante las primeras décadas del período, y de acuerdo a la información censal, la tendencia fue definitivamente decreciente, del 58,8% al 27,4% de la mano de obra activa. Entre 1914 y 1947 se estabilizó alrededor del 20-25%. Aún cuando se trató de décadas en que la economía se diversificó y complejizó, especialmente desde fines de los años treinta que trajeron nuevas oportunidades de empleo, la presencia de las mujeres en el mercado laboral se concentró en una media docena de ocupaciones en gran medida tradicionales. Casi tres cuartos de las mujeres que realizaban trabajos extrahogareños lo hacían en el servicio doméstico y el trabajo a domicilio. Le seguían, y muy por debajo en números relativos y con diferencias según la industria y los períodos en cuestión, las obreras empleadas en establecimientos fabriles grandes dedicados a la industria textil, la alimentación, el tabaco y el fósforo. Luego venían las maestras, empleadas de comercio, enfermeras y otras ocupaciones en el sector de servicios. Por último, las ocupadas en los así llamados trabajos “modernos,” como telefonistas o empleadas de oficina.²²

En 1918 una tesis universitaria postulaba que el rasgo dominante del trabajo femenino era su condición complementaria al del hombre.²³ Y aún cuando no eran tan infrecuentes los casos de mujeres “jefas de hogar, manteniendo maridos enfermos o viciosos”, esa complementariedad explicaba por qué se desempeñaban en ocupaciones – la prostitución incluida – que no sólo eran parte de un mercado del que se podía entrar o salir con facilidad sino también que ofrecían cierta flexibilidad en los horarios y la posibilidad de acomodarse a las tareas del hogar.²⁴ Por eso, la inspectora del Departamento Nacional del Trabajo Celia Lapalma de Emery informaba en 1911 que a menudo el trabajo a domicilio no era más que “un auxiliar oportuno, que se emplea como simple ayuda de gastos en familias modestas con presupuestos casi asegurados”.²⁵

Desde fines del siglo XIX la mortalidad tuberculosa de las trabajadoras a domicilio –costureras, modistas, planchadoras, sombrereras, lavanderas, todas ellas trabajando por cuenta propia o ajena y sin las rutinas reglamentadas de una fábrica – se asociaba a las largas jornadas laborales superpuestas a las cotidianas tareas del hogar, el alto costo del alojamiento y los inadecuados estándares de higiene de viviendas donde el descanso, el trabajo y la comida solían compartir el mismo espacio físico. Contaba también la mala remuneración, resultante en gran medida de la competencia establecida tanto por el alto número de trabajadoras a domicilio como por los bajos salarios pagados en las fábricas de vestimentas y los aún más bajos con que se recompensaba a las internadas que trabajaban en los talleres de las instituciones de caridad. Por ser un trabajo a destajo, marcado no sólo por la inestabilidad y sus consecuencias en materia de ingresos sino también por los intensos esfuerzos cuando los plazos de entrega así lo demandaban, el trabajo a domicilio de la costurera obligaba a un sedentarismo que los higienistas

22 RECHINI DE LATTES, Zulema y LATTES, Alfredo (comps.). *La población de Argentina*. Buenos Aires; Serie Cicred, Indec, 1975, cuadro 6.2; LOBATO, Mirta Zaida. *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*. Buenos Aires: Edhasa, cap. 1.

23 ETCHEBERRY, Ricardo. “La ley argentina sobre reglamentación del trabajo en las mujeres y niños”. (Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, 1918).

24 *Boletín del Museo Social Argentino*, II, 15-16, 1913 p. 65.

25 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, 19, 1911, p. 790.

juzgaban poco saludable: sentada e inclinada por horas, la costurera sobreexigía a su cuerpo en una rutina laboral signada por la monotonía y repetitividad de los movimientos y una postura que dificultaba las funciones respiratorias y abría paso a la tuberculosis. Con todo, un estudio de 1915 desmentía la generalizada creencia de las costureras inevitablemente atacadas de tuberculosis y subrayaba que si había algún “factor predisponente” a la enfermedad eran los salarios y los recargos estacionales de trabajo pero no la falta de ventilación puesto que la mayoría trabajaba en un patio o junto a una puerta o ventana.²⁶

Además del trabajo domiciliario, la industria del vestido ocupó básicamente mano de obra femenina. Fue uno de los sectores manufactureros que logró sustituir importaciones con bastante rapidez. En la década del 1870 y 1880 todavía era una actividad poco concentrada y dominada por decenas de talleres de costura y sastrerías dispersas por la ciudad que ya habían incorporado las ventajas de la máquina de coser y se orientaban a satisfacer fundamentalmente las demandas del consumo local no lujoso. Con bastante flexibilidad la industria del vestido había asimilado las consecuencias de una creciente división del trabajo que demandaba más y más de las habilidades de las modistas, sastres y bordadoras. Luego de la crisis de 1890, y en gran medida como resultado de las ventajas cambiarias y la política tarifaria que la siguieron, algunas compañías que exportaban al mercado argentino instalaron fábricas en Buenos Aires con el objetivo de satisfacer la demanda local masiva dejando el segmento de los artículos lujosos en manos de la importación. En la industria de las confecciones, ahora concentrada en torno de un grupo de empresas grandes y medianas, el trabajo a domicilio representaba alrededor de la mitad de la mano de obra del sector y tal vez más si se repara en que las costureras empleadas en talleres con frecuencia se llevaban trabajo extra a terminar en su casa.²⁷ Por eso, a comienzos de siglo un higienista informaba que “por cada diez obreras de la confección que trabajan en talleres, cuentan cien que lo hacen en sus domicilios y esa proporción es a veces mayor cuando la demanda lo exige”.²⁸ Algo más tarde, *La Nación* informaba que los talleres que abastecían al Ejército y la Marina daban trabajo a domicilio a más de 10.000 mujeres y que en los talleres de confección de las grandes tiendas el trabajo a domicilio quintuplicaba o sextuplicaba al personal que trabajaba en sus plantas de producción.²⁹ En 1912 la mortalidad por tuberculosis de la mujer ocupada en la industria de la vestimenta – incluyendo tanto a trabajadoras de las fábricas de confección como a las domiciliarias – era del 32,7% (40,9% si se consideran también los casos catalogados como enfermedades del aparato respiratorio), un índice que prácticamente doblaba al de la mortalidad tuberculosa promedio.³⁰

Los polvos industriales de las hilanderías, fábricas de tejidos, de bolsas de arpillera y de alpargatas fueron “factores predisponentes” y “facilitadores de la diseminación del bacilo.” En 1912 Gabriela L. de Coni – una comprometida estudiosa del trabajo femenino e infantil – denunciaba que esos ambientes de trabajo generaban frecuentes accesos de tos, expectoración abundante y fatiga respiratoria que, con el tiempo, provocaban “anemia y consunción”.³¹ Unos años más tarde una encuesta sobre las condiciones de trabajo en esas fábricas – algunas

26 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, n° 30, 1915, p. 80-82, 85-87, 106.

27 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, n° 30, 1915, p. 106.

28 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, octubre, 1904, p. 438.

29 *La Nación*. Edición aniversario de la Independencia, Buenos Aires, 1916, p. 59; *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, 30, 1915, p. 84.

30 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, 24, 1913, p. 565; *La Semana Médica*, 16/05/1918.

31 *La Nación*, 12/07/1904; *El País*, 22/01/1900; *Boletín del Departamento Nacional de Higiene*, junio 1910, p. 621, 622.

ocupando hasta 700 personas – incluía la respuesta de una niña allí empleada que decía: “yo soy muy fuerte. Hace un año que trabajo y aún no me he enfermado, pero hay otras que no pueden seguir. Dicen que se vuelven tísicas”.³²

La tuberculosis también estaba presente entre las que trabajaban en los así llamados “empleos modernos”. Entre las dactilógrafas resultaba, se decía, de “la obligación de mantener una apariencia” que sus “magros salarios” no podían afrontar; así, “los presupuestos se desequilibran”, se busca vestir bien sacrificando una buena alimentación, “la salud inevitablemente se debilita” y de ese modo se “despeja el camino a la enfermedad”.³³ Entre las telefonistas era pensada como una consecuencia de la fatiga y no tanto de las nuevas exigencias de tratar de lucir como empleada y así pensarse parte de los recién llegados a las capas medias: “durante 7 horas, con 10 minutos de intervalo, las telefonistas están obligadas a mantener un pesado aparato en la cabeza. Así, el sistema nervioso de la mujer forzosamente se resiente; por ello entre ellas son una legión las anémicas y las tuberculosas”.³⁴

A comienzos de siglo el trabajo doméstico ocupaba al 39,8% de la mano de obra femenina y a mediados de la década del treinta el 30,5%. De acuerdo a las estadísticas hospitalarias a todo lo largo del período, entre las tuberculosas que declaraban ocupación se destacaban las “obreras del personal doméstico, mucamas y sirvientas”.³⁵ En el caso de las cocineras la enfermedad se asociaba a “los cambios bruscos de temperatura” y en el del personal doméstico -“una ocupación de ambientes cerrados”- a las malas condiciones de alojamiento.³⁶

Panaderos, zapateros, trabajadores del puerto

En 1924, La Vanguardia señalaba que los trabajadores más afectados por la tuberculosis eran los panaderos, pintores, carreros, carpinteros, zapateros y sastres.³⁷ La lista distaba de ser exhaustiva y, a diferencia de las mujeres trabajadoras que habían muerto por tuberculosis concentradas en unas pocas ocupaciones, sus equivalentes hombres provenían de un amplio espectro de actividades. En 1909, por ejemplo, un higienista daba cuenta de esa realidad advirtiendo – contra lo que entonces se consideraba una verdad probada – que la tuberculosis afectaba tanto a los trabajos realizados en ambientes cerrados como al aire libre.³⁸ Más tarde, en 1947, se explicaba la predisposición a contraer la enfermedad en función de la “fatiga, la inhalación de polvos, vapores o gases, la postura o repetición de movimientos, el ambiente laboral”, siendo los trabajos no calificados, “con tareas más duras y mayor duración de la jornada”, los que cargaban con una mortalidad tuberculosa dos veces y media más elevada que la de la población en general”.³⁹ Pero mientras algunos enfatizaban en la dureza de los trabajos manuales, las estadísticas de los hospitales dedicados a atender tuberculosos revelaban que

32 Boletín del Museo Social Argentino, vol. VI, 71-72, 1917, p. 683.

33 Mundo Argentino, 15/09/1919.

34 Boletín del Museo Social Argentino, vol. II, 15-16, 1913, p. 65.

35 MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Memoria municipal presentada por el Intendente Municipal Dr. Joaquín Llabrás. Año 1918. Buenos Aires: Guillermo Kraft, 1919. p. 191; MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Memoria del Departamento Ejecutivo Dr. Mariano de Vedia y Mitre, Intendente Municipal. Año 1935. Buenos Aires: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1936, p. 724.

36 La Semana Médica, 10/01/1918; Anales del Departamento Nacional de Higiene, XXXIII, 1927, p. 210.

37 La Vanguardia, 9/04/1924.

38 Anales del Departamento Nacional de Higiene, XV, 1909, p. 191.

39 Archivos Argentinos de Tisiología, 1947, Tomo XXIII, 3-4, p. 215-217.

tanto en 1918 como en 1933, los “empleados” predominaban entre sus enfermos.⁴⁰ De hecho, en el caso particular de los “dependientes de almacén” se hablaba de una tasa de mortalidad del 28%, bastante más alta que la media general.⁴¹

Tal como ocurrió con las maestras, las empleadas domésticas o las prostitutas, fue su lugar en la cadena de contagio el que motivó las investigaciones sobre la tuberculosis de los mozos y empleados de correos. En 1910 se pensaba que los mozos se enfermaban debido al “ambiente poco ventilado” en donde trabajaban. Tres y cuatro décadas más tarde a estas razones se sumaban el ritmo del trabajo, con descansos insuficientes e irregulares y el abuso de alcohol y tabaco.⁴² En el caso de los empleados de correos la lista de factores que predisponían a la enfermedad indicaba el ambiente cerrado de las oficinas, la aglomeración y la ausencia de luz natural. No era entonces la demanda física del trabajo “lo que afectaba la salud de estos empleados” sino el que se la pasaran “recibiendo y manipulando bolsas de correspondencia sin desinfectar” y piezas postales “que después de pasar por ocho o diez manos eran una fuente cierta de contagio”.⁴³ A estas razones presentes a todo lo largo de las primeras décadas del siglo XX se sumó lo que se dio en llamar “la personalidad del empleado del correo”, que hacía “culto del cumplimiento del deber y del espíritu de obediencia y resignación. Con el tiempo se va produciendo un estado de depresión moral que es propio de esta profesión. Cuando un carácter así formado coincide con una organización física endeble, sea congénita o adquirida, la tuberculosis encuentra el mejor terreno para germinar”.⁴⁴

Desde fines del siglo pasado se venía insistiendo en los “factores tuberculizantes” que marcaban el trabajo de los panaderos.⁴⁵ A comienzos del siglo XX un informe publicado en los Anales del Departamento Nacional de Higiene mencionaba “los locales estrechos, inmundos, mal ventilados y peor iluminados” y El Obrero Panadero hacía referencia al trabajo nocturno que “deprime la vitalidad del trabajador, le niega la luz natural y el aire libre que podría oxigenar sus vesículas pulmonares” y lo obliga “a realizar esfuerzos musculares de los más intensos”.⁴⁶ A estos factores la prensa obrera sumaba las “irregularidades en la alimentación”, “las largas jornadas”, “la falta de tono muscular y resistencia física que empuja al panadero a la bebida, donde cree encontrar un estímulo y una compensación”.⁴⁷ El trabajo nocturno los obligaba a participar, las más de las veces, de un mundo de hombres solos que alternaban entre la panadería, la taberna y el prostíbulo. Con “mala alimentación, precario o insuficiente descanso y degradación moral”, un estudio de 1904 concluía que “lo único que sorprende es que no todos los panaderos sucumban a la tuberculosis”.⁴⁸ En 1928 El Obrero Panadero admitía con resignación que “se ha hecho carne en la mayoría del pueblo que en el obrero

40 MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, *Memoria de la Intendencia Municipal de Buenos Aires. Presentada al Honorable Concejo Deliberante. Año 1908*. Buenos Aires: Guillermo Kraft, 1909, p. 190; MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. *Memoria del Departamento Ejecutivo Dr. Mariano de Vedia y Mitre, Intendente Municipal. Año 1933-1934*, Buenos Aires: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1935. p. 724.

41 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, n° 24, agosto, 1913, p. 558.

42 BUNGE, Augusto. *Las conquistas de la higiene social*. Buenos Aires: Coni, 1910, p. 195; *La Semana Médica*, 16/07/1942; *Revista Argentina de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares*, XXI, 2, 1957, p. 100.

43 *La Semana Médica*, 9/10/1902. LIGA ARGENTINA CONTRA LA TUBERCULOSIS. *Memoria de la primera cruzada contra la tuberculosis*. Buenos Aires: Liga Argentina contra la Tuberculosis, 1936, p. 207.

44 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, XXXII, 1926, p. 100-103.

45 *El Obrero Panadero*, 16/10/1894; *La Vanguardia*. 13/11/1908.

46 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, octubre 10, 1904, p. 444-445; *El Obrero Panadero*, agosto 1913.

47 *El Obrero Panadero*, agosto 1913.

48 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, octubre 10, 1904, p. 444-445;

panadero se ve a un futuro pensionista del hospital Muñiz o del Tornú”, dos de las instituciones hospitalarias dedicadas a la cura de la tuberculosis.⁴⁹

Esta percepción que los panaderos tenían de sí mismos coincidía con la opinión de muchos médicos que afirmaban “que el número de tuberculosos entre los obreros panaderos asciende al 70%”.⁵⁰ Estas impresiones, sin embargo, desdibujaban lo que estaban revelando los registros hospitalarios que al menos en 1912 y de un total de 250 panaderos atendidos y posteriormente dados de alta sólo 15 (27 si se incluyen los enfermos respiratorios) fueron diagnosticados tuberculosos. Como sea, un estudio de 1913 mostraba que un 20% de los panaderos se morían tuberculosos (30% si se incluyen las muertes clasificadas como enfermedades respiratorias), significativamente más alto que la mortalidad tuberculosa en la industria alimenticia y que el promedio general para la población ocupada.⁵¹

En el caso de los empleados de hospitales, además de la alimentación deficiente, las largas jornadas y el hacinamiento, se indicaba el “franco contacto con los enfermos tuberculosos, “asumiendo que a más contacto y exposición con los enfermos tuberculosos mayor el riesgo a enfermarse.”⁵² Por eso, el periódico *Idea Hospitalaria* denunciaba en 1922 que “el monstruo apocalíptico de la tuberculosis convierte a los enfermeros en enfermos”.⁵³ Más tarde, en la década del cincuenta, un estudio bien exhaustivo que comparaba el personal de los hospitales de atención de tuberculosos y el de los hospitales generales demostraba que no había “riesgo específico”. Más aún, concluía que – contrariamente a lo que sostenía el enfoque contagionista extremo – en los hospitales de tuberculosos la mayor incidencia de la enfermedad se observaba en aquellos trabajadores de “condición económica inferior como los peones o ayudantes de cocina” y no entre quienes “trabajaban en ambientes contaminados y estrecho contacto con los pacientes” como el personal de enfermería que para estos años y desde la década del diez estaba formado en su mayoría por mujeres.⁵⁴

Los pulidores y afiladores de metales que utilizaban lijas o esmeriles, los que trabajaban con chorros de arena en la industria del vidrio, los obreros limpiadores, alfareros, picapedreros y los albañiles conformaron el grupo que en los estudios de comienzos de siglo aparecía sufriendo de la inhalación de polvos inertes que “antes de llegar a constituir enfermedad de por sí provocan en el aparato respiratorio alteraciones de mínima apariencia que son la puerta de entrada de infecciones y enfermedades como la tuberculosis pulmonar”. En las investigaciones de la década del cincuenta el tono era parecido, aunque para ese entonces se debatía si “los polvos silíceos o sílico-ferruginosos podían favorecer la tuberculosis [...] o si ésta seguía a la instalación de la silicosis”.⁵⁵

Acompañando la expansión urbana de Buenos Aires la tuberculosis de los trabajadores que manipulaban pinturas -sea en su elaboración o en su uso en la construcción- tendió a asociarse al saturnismo. A comienzos de siglo algunos disputaron esta correlación que estudios posteriores terminarían por comprobar.⁵⁶

49 *El Obrero Panadero*, enero 1928.

50 *El Obrero Panadero*, marzo 1913.

51 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, agosto 1913, p. 555, 558; *La Semana Médica*, 16/05/1918.

52 BUNGE. *Las conquistas de la higiene social*, p. 195; *La Prensa Médica Argentina*. 09/1949, p. 2195; *La Vanguardia*. 18/12/1913; febrero 13/02/1921.

53 *Idea Hospitalaria*. julio 6, 1922.

54 *Archivos Argentinos de Tisiología*. XXVIII, 1-2, 1952 p. 28.

55 BUNGE. *Las conquistas de la higiene social*, p. 128, 193; *Revista Argentina de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares*, XXI, 2, 1957, p. 96.

56 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, septiembre 1909, p. 451; PAGEL, Walter. *Pulmonary tuberculosis: Bacteriology, pathology, diagnosis, management, epidemiology, and prevention*. Oxford: Oxford University Press, 1964, p. 66.

Se insistía en denunciar que el frecuente contacto con el albayalde de plomo, las sales metálicas y otros químicos eran la causa fundamental de la insalubridad del trabajo de los pintores y su predisposición a contraer la enfermedad.⁵⁷ En 1912 el 22% de los pintores morían por tuberculosis (el 32,8% si se incluyen las enfermedades respiratorias).⁵⁸

Los trabajadores gráficos que participaron de la expansión del negocio editorial y periodístico del entresiglo también sufrieron los efectos de los polvos de plomo que rodeaban el trabajo con las máquinas de linotipia.⁵⁹ Al ambiente laboral “tuberculizante” algunos sumaban el trabajo a destajo y advertían que “en una hora el obrero consigue hacer más trabajo y ganar algo más pero tiene también 80% más de posibilidades de adquirir la tisis, pues en su afán de terminar una cantidad dada de galeras se convierte en una máquina, moviendo continuamente sus brazos y haciendo trabajar el pulmón sin cesar al mismo tiempo que aspira el polvo de la caja impregnado de antimonio”. Así, al despegar la segunda década del siglo XX, un 25% de las muertes de los obreros de las “industrias del libro”(46 si se incluyen las enfermedades respiratorias en general) era causada por la tuberculosis.⁶⁰

En 1912 la mortalidad por tuberculosis entre los zapateros alcanzaba al 19,2%, apenas algo más elevada que la media de 15,9%, y ciertamente alta si se le suman los muertos por causas respiratorias en general que la llevan al 28,4. Entre sus causas se mencionaban “el esfuerzo muscular parcial y excesivo que traen el desarrollo insuficiente del tórax”, “las largas jornadas”, “los medios de vida insuficientes”, las “tareas sedentarias que exigen poco esfuerzo” y que, se decía, atraían a “los hombres ya tuberculosos pero todavía aptos para el trabajo”.⁶¹ A estos factores también debía sumarse el trabajo a destajo, muy relevante en la industria del calzado desde la década de 1880 y hacia comienzos de siglo dominante en el segmento no lujoso del mercado. Fue un crecimiento que incorporó sólo en modo muy limitado la mecanización y por mucho tiempo el trabajo del zapatero siguió siendo manual, tanto en las grandes fábricas como en los pequeños talleres o en el trabajo domiciliario.⁶² En cualquiera de estos escenarios el trabajo a destajo fue un rasgo de peso que tendía a depreciar el valor de la producción en un mercado de oferta laboral saturado donde fueron habituales los apuros por incrementar la productividad y las prolongadas jornadas laborales.

Entre los estibadores del puerto la muerte por tuberculosis rondaba en 1912 el 43,8% y casi el 50% si se incluyen las causadas por enfermedades del aparato respiratorio.⁶³ La tuberculosis de los portuarios – mucho más alta que la media – subrayaba a comienzos de siglo los problemas del “sobrecargo, la miseria y el alcoholismo”.⁶⁴ En 1916 se consideraba “especialmente peligroso y tuberculizante” el trabajo de los paleadores a granel que debían “mantener un constante esfuerzo para trabajar a la par de los enormes tubos que arrojan grano sin cesar [donde] falta el oxígeno y aspiran constantemente el polvo fino [...] y bien pronto caen víctimas, en una proporción desconsoladora, de la tuberculosis”.⁶⁵

57 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, septiembre 1909, p. 451; *Revista Argentina de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares*, XXI, 2, 1957, p. 96-97; *Ahora*, 1941, p. 640.

58 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, agosto, 1913, p. 554.

59 *El Obrero Gráfico*. 16/06/1908; septiembre 1913; *Acción Obrera*, noviembre 17, 1914.

60 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, agosto 1913, p. 554

61 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, agosto 1913, p. 557.

62 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año XI, n° 10, octubre 1904, p. 436.

63 *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, agosto 1913, p. 558.

64 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Año XVI, n° 9, septiembre 1909, p. 450.

65 *La Vanguardia*. 2/11/1916.

La fatiga laboral como problema

El tema de los excesos en el trabajo ocupó a médicos, académicos y políticos activos en la reforma y el cambio social. Hacia fines del siglo XIX se hablaba de un modo bastante impreciso de “las enfermedades de los trabajadores”. Más adelante, a comienzos del siglo XX, empezó a tomar forma el concepto de “enfermedades profesionales” y con él irrumpió un discurso de especialistas que ofrecía recursos de litigación laboral y prometía compensaciones materiales. Fue en este contexto que comenzó a discutirse si la tuberculosis era una enfermedad profesional.

Así, en 1909 un estudio tomaba nota de esa discusión y reconocía que usar esa calificación era problemático, entre otras razones porque se trataba de una enfermedad “muy difundida en el medio obrero y con muy numerosas causas coadyuvantes que la determinan o agravan”.⁶⁶ Este tópico también estuvo presente desde el momento en que se aprobó en 1915 la ley 9688 de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que no incluyó a la tuberculosis. Tampoco incluyeron a la tuberculosis las iniciativas del Poder Ejecutivo que desde 1916 y durante los años veinte se propusieron reglamentar, modificar o ampliar esa ley.

En los años treinta y cuarenta, y basados en un masivo uso de roentgenfotografías, circulaban trabajos que subrayaban una mayor incidencia de la enfermedad en ciertos grupos ocupacionales y procesos de trabajo.⁶⁷ En la literatura médica se afianzó la categoría “enfermedades del trabajo”, patologías que “se adquieren en el trabajo” pero de “modo indirecto” y que no podían ser consideradas como una consecuencia “de la clase de trabajo realizado por la víctima”.⁶⁸ Fue en ese nuevo contexto que la tuberculosis comenzó a ser tratada por la jurisprudencia de un modo bastante distinto que en el pasado. Hubo anticipos en la década del treinta, entre otras razones porque en 1936 un decreto del Poder Ejecutivo amplió la lista de enfermedades profesionales y la tuberculosis comenzó a ser considerada una de ellas siempre y cuando pudiera probarse una relación de causalidad entre la tarea o ambiente laboral y el comienzo de la enfermedad.⁶⁹

Con esas muy generales consideraciones fue en el terreno de la jurisprudencia, no en el de las políticas explícitamente definidas como tales, que se avanzó con la idea de “indemnizar toda enfermedad o daño en que pueda demostrarse que el trabajo actuó como causa ocasional de su aparición”.⁷⁰ En 1941 un proyecto de declaración presentado en la cámara de diputados indicaba la conveniencia de incluir a la tuberculosis entre las enfermedades profesionales especificadas por la ley 9688, alegando que la jurisprudencia, “al principio vacilante, ya se orienta definitivamente” a considerar a la “tuberculosis como enfermedad indemnizable”.⁷¹ En la segunda mitad de los años cuarenta esta tendencia se hizo más que evidente, en particular cuando podía demostrarse que la tuberculosis era “consecuencia de un hecho particular súbito y violento” que estaría agravando la enfermedad preexistente o “cuando la tuberculosis ha

66 *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, julio 7, 1909, p. 324.

67 *La Semana Médica*. 16/07/1942, p. 147-149.

68 *La Semana Médica*. 16/11/1938, p. 1138-1139; 14/02/1940, p. 278-285.

69 Poder Ejecutivo Nacional, decreto 81 566, abril 20, 1936.

70 Corte Suprema de Justicia de la Nación, julio 7, 1931, cf. FERREIROS, Estela y MOREY, Martha. *Enfermedades del trabajador*, Buenos Aires: Hammurabi, 1985, p. 67-68; DEPARTAMENTO NACIONAL DEL TRABAJO. *Boletín Informativo*, 172, mayo 1934, p. 3920; *La Prensa Médica Argentina*, enero 1938, p. 87-88; *Archivos Argentinos de Tisiología*, abril-junio, 1947, p. 216.

71 CONGRESO NACIONAL. HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS, *Diario de Sesiones*, septiembre 19, 1941, Vol. 4, Buenos Aires: Stiller and Lass, 1941.

sido favorecida por el ambiente pernicioso en el que se prestaban servicios”.⁷²

Gran parte de los argumentos que alimentaron esta jurisprudencia respecto de la tuberculosis como enfermedad del trabajo o profesional se asentaban en la cuestión de la fatiga laboral. Fueron muchas las voces que contribuyeron en la elaboración de ese nuevo saber. En 1899 José Ingenieros advertía sobre el “exceso de trabajo planteado por la presente forma de explotación industrial [que] contribuye a la menor resistencia del organismo [del] obrero que trabaja más allá de los límites fisiológicos de la fatiga.” Ingenieros no pretendía hacer responsable al obrero por su condición sino al modo en que estaba organizado el trabajo industrial. El exceso de trabajo devenía así en un tópico relevante de un programa regenerador, de mejoras posibles, que buscaba abrir paso a ese nuevo “derecho de los intereses sociales que priman sobre los intereses individuales”.⁷³

En 1906, en una sesión de la cámara de diputados en que se discutía si el estado nacional debía comprar un sanatorio para enfermos tuberculosos en las Sierras de Córdoba, uno de los legisladores calificaba a la tuberculosis como “una enfermedad del exceso de trabajo y las malas condiciones de vida”.⁷⁴ Algo más tarde, y en un informe de 1910 solicitado por el gobierno nacional, Augusto Bunge se refería a las “afecciones por sobrecarga” derivadas de “la intensidad del trabajo, las jornadas demasiado largas”, [...] “la privación de aire puro, el hacinamiento, los polvos, la falta de ventilación y de luz.” Además de esta sobrecarga muscular que producía estados anémicos generalizados mencionaba una “sobrecarga nerviosa”, la así llamada “neurastenia obrera”, resultante del “aumento de intensidad de la labor” y no tanto de una “compleja actividad mental excesiva.” La tuberculosis era, entonces, la “enfermedad de la sobrecarga muscular o nerviosa” y “la fatiga un factor agravante de la infección” o un factor “que predisponía a ella”.⁷⁵

Aún mucho más politizada, la fatiga laboral también nutrió la imagen de la tuberculosis como una enfermedad de la explotación y la usura del trabajo. Circuló con profusión ante todo entre sectores anarquistas, que señalaban que “la culpa del desarrollo de la tuberculosis es del sistema capitalista” o que “es imposible mejorar la existencia de los pobres que se mueren de tisis sin el advenimiento de un nuevo modo de ser de la sociedad”.⁷⁶ Este fatalismo, bien presente al despuntar el siglo XX, descartaba cualquier posibilidad de esperanza de cura o prevención de la enfermedad.

En la década de 1920 la fatiga laboral ya había devenido en un tópico firmemente instalado en el lenguaje de los críticos sociales. El médico Francisco Súnico la calificaba como “trabajo desvitalizante” que terminaba “provocando la tuberculosis”.⁷⁷ Para esos años el político e intelectual socialista Alfredo Palacios era la referencia local más destacada de un movimiento internacional de expertos dedicados al estudio de los procesos de trabajo y sus efectos en el cuerpo del trabajador. En 1922 publicó *La fatiga y sus proyecciones sociales*, una investigación empeñada en analizar “en la misma fábrica” los fenómenos fisiológicos y psíquicos relacionados con “el desgaste de energías de los obreros”. El objetivo era “comprobar, como si se tratara de un problema algebraico, que el hombre que

72 Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, Sala III, noviembre 7, 1947. También *La Prensa Médica Argentina*, 23/04/1941, p. 880-890; 01/10/1949, p. 1972-1976; *Archivos Argentinos de Fisiología*, 1947, p. 212-219; 1948, p. 74-77; *Revista de Jurisprudencia Argentina*, I, 1949, p. 565.

73 INGENIEROS, José. *La Jornada de Trabajo*. Buenos Aires: Librería Obrera, 1899, p. 15-16.

74 CONGRESO NACIONAL. HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS, *Diario de Sesiones*, junio 8, 1908, Vol. 1 (abril-agosto), Buenos Aires: El Comercio, 1908.

75 BUNGE. *Las conquistas de la higiene social*, p. 12, 79, 188, 133, 190.

76 *El Rebelde*, 22/06/1901; *La Protesta Humana*, 27/07/1901.

77 SÚNICO, Francisco. *La Tuberculosis en las Sierras de Córdoba*. Buenos Aires: E. de Martino, 1922, p. 654.

trabaja tantas horas en tales y cuales condiciones sufre tales y cuales alteraciones en su estado fisiológico, y que después de un determinado tiempo de labor sobreviene el agotamiento total del individuo”.⁷⁸

Según Palacios la fatiga producía “fenómenos patológicos, degeneración orgánica, ruina del organismo en general, inferioridad psíquica y física que determina una predisposición a adquirir la tuberculosis, favorecida por otras causas concurrentes como el ambiente de la fábrica y la mala alimentación”. Además de esta fatiga laboral Palacios hablaba de una “fatiga prematura” entre los niños pobres o los que trabajaban y una “fatiga de las mujeres” que resultaba de la suma del trabajo en el taller y el trabajo doméstico, las exigencias del amamantamiento y la alimentación deficiente.⁷⁹ Escrita en el período de entreguerras, La fatiga y sus proyecciones sociales no ahorra calificativos contra el taylorismo – discutido como un sistema sólo interesado en el productivismo, incapaz de medir el desgaste por estar muy centrado en el rendimiento –, postulaba que no era posible estudiar la cuestión obrera “sin el auxilio del método experimental que proporciona la fisiología y la psicología” y discutía la tuberculosis como una evidencia del negativo impacto de las desigualdades sociales y económicas no solo sobre la salud física y moral de las clases populares sino también sobre los esfuerzos para consolidar la nacionalidad.

Se trataba de una perspectiva enmarcada en una tradición socialista y liberal que apostaba a la ciencia – y a la exhortación moral basada en la ciencia – como modo de superar conflictos sociales y ordenar el uso del trabajo en tanto legítima fuente de riqueza y propiedad. Esta perspectiva fue tomando forma en conversación con la metáfora del motor humano y la regulación científica de los movimientos del cuerpo que, se suponía, debían evitar los desórdenes resultantes de los procesos de trabajo. La fatiga laboral se politizó muy rápidamente en los debates sobre la extensión de la jornada de trabajo, los accidentes laborales y el servicio militar. Quienes la discutían apuntaban a ofrecer una respuesta avalada por la ciencia que centraba toda su atención más en el cuerpo del trabajador que en las relaciones sociales en los ámbitos laborales.

Este lenguaje puesto a disposición de explicaciones enfocadas en el uso racional de la energía humana nutrió al liberalismo preocupado por la cuestión social, al socialismo en sus diversas versiones y a las perspectivas tayloristas, stajanovistas y fascistas. Todas ellas – es cierto que con matices – se centraban no sólo en el ideal del trabajador en total control de sus capacidades físicas y por eso resistente a la fatiga sino también en el cálculo productivista que se proponía balancear rendimientos, compensaciones y niveles de bienestar.

La cuestión de la fatiga aludía a un proceso de debilitamiento y desgaste descrito en clave moderna: declinación, pérdida de fuerzas, energía y ganas de vivir, resistencia impuesta por la fisiología. Apareció en Europa en el último cuarto del siglo XIX y ganó presencia en el entresiglo, cuando se lo comenzó a definir como una incapacidad para desempeñar trabajos mentales o físicos resultante de un excesivo uso de una cierta función. Esta fatiga es definitivamente diferente de la fatiga premoderna, que ofrecía una sensación agradable, una suerte de reconocimiento a algo logrado, un recurso que hasta podía permitir la restauración de la salud. Esa perspectiva de la fatiga es la que marca tanto a los manuales de salud de mediados del siglo XIX como a los consejos de los médicos en la década

78 CAMINOS, Carlos. “Prólogo a la primera edición de 1923”. In: PALACIOS, Alfredo. *La fatiga y sus proyecciones sociales*. (Investigaciones de laboratorio en los Talleres del Estado). Buenos Aires: La Vanguardia, 1935, p. 14-15.

79 PALACIOS. *La fatiga y sus proyecciones sociales*, p. 307, 324, 325.

del 1870 cuando aconsejan el largo viaje reparador como estrategia terapéutica para vencer enfermedades, entre ellas la tisis.⁸⁰

En la discusión de la fatiga moderna, en cambio, dominaba una suerte de materialismo trascendentalista que entendía al cuerpo como un sistema de economías con cierta cantidad de energía a disposición y a la medicina como una ciencia clave en el empeño por usar racionalmente esa energía y controlar los costos de reproducción de la fuerza de trabajo. A su modo, condensaba el proyecto de llevar a adelante una forma de modernidad donde el control social y el iluminismo encontraban en la energía y la fatiga las capacidades y los límites de la experiencia humana.

En las dos décadas que siguen a la aparición de La fatiga sus proyecciones sociales el tema de los excesos laborales siguió presente en la agenda de los expertos. En el Primer Congreso Argentino de Sociología y Medicina del Trabajo, de 1939, se hizo evidente que la medicina laboral e industrial ya estaba en proceso de consolidación y con ella las cada vez más recurrentes asociaciones de la fatiga, la tuberculosis y ciertas ocupaciones. En 1948 uno de esos estudios centrado en la fatiga laboral listaba las significativas mejoras en las condiciones de trabajo de muchos obreros del sector industrial formalizado pero también la necesidad de atender a cuestiones de índole psicológica, a las consecuencias resultantes del viaje entre el lugar de residencia y el del trabajo, la excesiva demanda física todavía presente en los talleres, el trabajo a destajo y no calificado, las largas jornadas laborales de los trabajadores a domicilio. Se hablaba de “fatigas no manifiestas o menores” que los exámenes clínicos ordinarios no podían identificar y los “métodos adecuados del laboratorio” sí podían poner en evidencia. Y también, de las ocupaciones donde los procesos de trabajo tendían a favorecer “el desarrollo de la tuberculosis pulmonar en el obrero”.⁸¹ Para esos años el tema de la fatiga ya se había localizado con firmeza y claridad en el terreno de la medicina laboral. La tuberculosis, por su parte, seguiría motivando discusiones. Sin duda se había ganado un lugar en la agenda de la medicina abocada a los problemas del mundo del trabajo pero su naturaleza social seguía complicando no solo las diagnósticos particulares sino también su inclusión entre las enfermedades ocupacionales y su caracterización en términos legales.

Recebido em 28/03/2015
Aprovado em 23/08/2015

80 ARMUS. *La ciudad impura*, p. 110-116.

81 DEMARCO, Ernesto. “Trabajo y Tuberculosis”. *Primer Congreso Argentino de Medicina del Trabajo*, II, 1948, p. 149-152.