



HAL
open science

Comparar las trayectorias nacionales de las políticas públicas de rehabilitación a través del prisma de las circulaciones transnacionales. Argentina-Brazil, 1920's-1980's

Gildas Brégain

► To cite this version:

Gildas Brégain. Comparar las trayectorias nacionales de las políticas públicas de rehabilitación a través del prisma de las circulaciones transnacionales. Argentina-Brazil, 1920's-1980's. Andrea Benvenuto, Gildas Brégain, Martial Meziani (comp.), *Perspectivas comparadas sobre discapacidad*. Francia – America Latina, Buenos Aires, Estudios sociológicos Editora (libre accès), 2019. halshs-02410578

HAL Id: halshs-02410578

<https://shs.hal.science/halshs-02410578v1>

Submitted on 16 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Comparar las trayectorias nacionales de las políticas públicas de rehabilitación a través del prisma de las circulaciones transnacionales. Argentina-Brasil, 1920's-1980's¹

Gildas Brégain

La producción historiográfica sobre las políticas públicas de la discapacidad en América Latina es escasa. La mayoría de los estudios se afianzan profundamente en una perspectiva nacional, y se limitan a una evaluación de las políticas públicas a partir de fuentes igualmente públicas e impresas. Ocultan así uno de los aspectos fundamentales de las políticas públicas de la discapacidad. Son el resultado “de un conjunto de acciones, decisiones, interacciones y relaciones de fuerza evolutivas” (Lagroye, François, Sawicki, 2006: 507) entre múltiples protagonistas (autoridades, responsables administrativos, asociaciones, protagonistas internacionales, etc.), cuyos intereses son divergentes y con recursos extremadamente desiguales. No obstante, algunos historiadores intentaron tomar en cuenta la diversidad de los protagonistas: Diego Armus estudió las reivindicaciones de los tuberculosos argentinos para experimentar la vacuna “pueyo” (Armus, 2005). Karina Ramacciotti se interesó por los reclamos de los médicos y por la circulación transnacional de información sobre accidentes laborales (Argentina, Chile, Perú) (Ramacciotti, 2015).

Para comparar las políticas públicas nacionales, nos parece indispensable recurrir al método de la historia cruzada, como lo sugiere Patrick Hassenteufel (Hassenteufel, 2005). La historia cruzada reanuda el planteamiento de la historia comparada, pero le añade la necesidad de estudiar las transferencias culturales entre los países, la variabilidad histórica de las categorías estudiadas, así como las variaciones existentes entre las distintas escalas geográficas (Werner, Zimmermann, 2003). Su aplicación nos lleva a concebir la singularidad de la trayectoria de las políticas públicas de cada nación en función de la amplitud del campo de los posibles conocido por los especialistas que pertenecen a las redes transnacionales militantes, en función de los proyectos de innovaciones sociales con repercusión mundial, y de las normas promovidas por las organizaciones intergubernamentales.

Las resoluciones adoptadas por los organismos intergubernamentales tienen efectos ambivalentes a escala nacional. Por una parte, proporcionan un punto de apoyo para las movilizaciones políticas de algunos agentes involucrados en los países estudiados. Por otra parte, tienden a reducir el número de utopías y alternativas antes imaginadas por éstos a favor de las únicas soluciones políticas “aceptables” desde el punto de vista de los agentes más influyentes en la escena internacional.

Para el período 1920-1980, privilegiamos el estudio de la política sectorial de rehabilitación funcional y profesional. Esta decisión se explica por el hecho de que el sector de la rehabilitación es el único del que se hacen realmente cargo los organismos intergubernamentales (Organización internacional del Trabajo (OIT)) durante la primera

¹ Este artículo sintetiza algunas conclusiones de mi tesis doctoral, titulada *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 d'Histoire en cotutelle internationale soutenue à l'Université de Rennes II, juin 2014. Disponible en el sitio: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01037929>.

mitad del siglo XX, y constituye por lo tanto un ámbito pertinente de observación de la continuidad/discontinuidad de la acción de los organismos intergubernamentales.

Nuestro trabajo se basa en la hipótesis que las circulaciones transnacionales desempeñan un papel fundamental en la construcción de las políticas públicas nacionales de la discapacidad. Más concretamente, este artículo intentará mostrar cómo dos proyectos de innovación social en el ámbito de la discapacidad promovidos por los organismos internacionales durante el siglo XX (proyecto europeo de la *rééducation*, luego proyecto noratlántico de la rehabilitación) contribuyen a modificar las trayectorias de las políticas públicas de la discapacidad en Argentina y Brasil. La influencia del proyecto europeo y del proyecto noratlántico en estos países no sólo depende de la intensidad de la intervención de las organizaciones internacionales, sino también de las configuraciones institucionales y políticas locales, y de la apropiación diferenciada que los protagonistas locales hacen de cada uno de estos proyectos. Nuestra reflexión se centra sobre dos países, Argentina y Brasil, entre los años 1920 y 1960. Estos dos países son las principales potencias de Sudamérica, y sus políticas sociales a menudo tienen influencia a escala regional. Ambos países benefician de la asistencia técnica de los organismos intergubernamentales (OIT, OMS, ONU) en el ámbito de la rehabilitación durante los años cincuenta. Comparten también una proximidad lingüística que facilita sus intercambios. Nuestra investigación se basa en el análisis de los archivos de las organizaciones internacionales (Sociedad de la Naciones, OIT, Naciones Unidas, Organización mundial de la Salud), así como de los archivos de varias asociaciones de personas con discapacidad (Club Marcelo J. Fitte y Biblioteca Argentina para Ciegos en Argentina, Clube dos Paraplegicos de São Paulo y Fundação Dorina Nowill en Brasil) y de algunos documentos del Servicio nacional de rehabilitación en Argentina (conservados en la biblioteca de la Universidad de San Martín).

1. Construcción y legitimación de los proyectos de modernización de las políticas de rehabilitación a escala internacional

Durante el período 1918-1960, podemos identificar varios proyectos coherentes de innovación social con repercusión mundial en el ámbito de la rehabilitación. Algunos pueden calificarse de proyectos de modernización, ya que los actores sociales emplean los términos “modernidad” o “modernización” en los discursos que los caracterizan (Rolland, 2005: 11). Estos proyectos son sistemáticamente híbridos, contruidos a partir de múltiples experiencias locales situadas en determinados puntos (Therborn, 2003: 294), y en una interacción más o menos limitada con otras experiencias internacionales.

1.A. La aparición de un proyecto europeo de modernización de la rehabilitación (*rééducation* en francés), que sigue inacabado

El primer proyecto se construye a partir de las técnicas de reeducación funcional y profesional desarrolladas en los países europeos (Francia, Alemania, Italia, etc.) para solucionar los problemas de los mutilados de guerra de la Primera Guerra Mundial. Es defendido por distintas asociaciones de mutilados y por las asociaciones profesionales de

reeducación (International Society for Crippled Children², Sociedad internacional de cirugía ortopédica y traumatológica, Asociación internacional de fisioterapia) dominadas generalmente por especialistas francófonos. La Sociedad internacional de cirugía ortopédica y traumatológica, cuya sede está en Bruselas, organizó congresos internacionales en países europeos. A pesar de esta supremacía europea, esta asociación acoge también a profesionales de otras partes del mundo, como estadounidenses y latinoamericanos (Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie, 1931: 17).

Basado en los beneficios distribuidos a los mutilados de guerra de los países europeos, prevalece el concepto de derecho (en vez del de la piedad) y fomenta la entrega de elevadas pensiones y prótesis: el derecho al empleo, garantizado por una elevada cuota de empleo bien en las empresas privadas, bien en las administraciones públicas, y a veces un mismo salario cualquiera fuera la rentabilidad del trabajador con la atribución de los derechos condicionada por el origen de la deficiencia (guerra, accidentes laborales) o por la naturaleza de esta deficiencia (ceguera). Estas características tienen por objeto igualar las condiciones económicas de las personas mutiladas (por la guerra, por el trabajo) con las de las personas válidas. La medicina y la tecnología permiten la legitimación de estas ideas, puesto que las prótesis concebidas por los médicos deben permitir que los inválidos más severamente afectados puedan trabajar en el medio ordinario (agricultura, artesanía, pequeña industria). Los países europeos construyen generalmente políticas de reeducación específicas para cada categoría (mutilados de guerra, víctimas del trabajo, ciegos civiles), asignando derechos diferenciados a cada categoría de inválidos.

Sin embargo, este proyecto no se institucionaliza y se extiende poco geográficamente. La Organización internacional del Trabajo (OIT) y la Sociedad de Naciones (SDN) no aprueban ninguna reglamentación que legitime verdaderamente la reeducación profesional de los mutilados de guerra, de las víctimas del trabajo, de los ciegos o de los sordos. Estos dos organismos se limitan a realizar estudios y a convocar reuniones de expertos sobre el tema, a pesar de las reivindicaciones reiteradas de las asociaciones de mutilados de guerra, de protección de los lisiados y de los ciegos para aprobar normas. La Organización internacional del Trabajo convoca en 1923 a un Comité de expertos que recomienda “aplicar la obligación legal de empleo, teniendo en cuenta la diversidad de las condiciones de trabajo de las distintas naciones”, con el objetivo de favorecer la colocación de los inválidos de guerra (Bureau international du Travail, 1923: 279).

A partir del final de los años 1920, la International society for crippled children pide a la Sociedad de Naciones adoptar una carta de los derechos de los niños lisiados (Groce, 2014: 511). El Comité de protección de la infancia de la Sociedad de Naciones no accede a esta demanda, pero aprueba en abril de 1932 una resolución afirmando que los niños ciegos deberían beneficiarse de la instrucción obligatoria y gratuita, y que esta enseñanza debería

² L’Internacional Society for Crippled Children cambia su título en 1939 para International Society for the Welfare of Crippled, en 1960 para International Society for the rehabilitation of the disabled, en 1972 para Rehabilitation International.

impartirse prioritariamente en institutos para ciegos o en clases especiales³. Conviene pues hablar de un proyecto europeo inacabado de modernización de la rehabilitación (*rééducation*). Este proyecto de modernización de la rehabilitación (*rééducation*) será marginalizado a escala internacional a partir de mediados de los años 1940.

1.B. La institucionalización del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación

Después de la segunda Guerra Mundial, los países anglosajones (EE.UU., Canadá, Reino Unido, Australia) y nórdicos (Noruega, Suecia, Finlandia, Dinamarca) promueven un nuevo proyecto de innovaciones sociales en el ámbito de la rehabilitación. Este *proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación (rehabilitation)* se caracteriza sobre todo por una legalidad liberal en el ámbito del empleo: el convencimiento de que los inválidos pueden ser tan productivos como los otros trabajadores; la denegación de las cuotas aplicadas a las empresas privadas; una colocación selectiva en medio competitivo para los trabajadores lisiados productivos; y la constitución de talleres protegidos para las personas juzgadas poco productivas o en desempleo (International Labour Organisation, 1945: 175). Este proyecto se caracteriza también por el principio de coordinación de todas las políticas públicas destinadas a las distintas categorías de personas inválidas (en un solo organismo administrativo de alto nivel, o por un Comité interministerial), por una tendencia a la igualación de los derechos entre todas las categorías de inválidos, por una tendencia a la igualación de las condiciones de vida de las personas inválidas con los válidos, por la promoción de la idea de derechos de los inválidos civiles (y denegación de la piedad), por la promoción de la movilidad y del deporte de competición, la división de las responsabilidades entre los organismos públicos y las asociaciones privadas. El concepto de rehabilitación cubre entonces el conjunto de las políticas de asistencia a las personas inválidas, incluidas las políticas de educación especial.

El desarrollo de este proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación se acompaña de la legitimación de nuevas profesiones médicas o paramédicas (medicina física y rehabilitación, ergoterapia, fisioterapia), nuevos materiales técnicos utilizando tecnologías de punta (prótesis de plásticos, pulmones de acero), y nuevas configuraciones institucionales (Instituto nacional de rehabilitación que dispone de múltiples servicios complementarios). Por su acción, las organizaciones intergubernamentales legitiman nuevas especialidades médicas, lo que conduce rápidamente a la creación de varias ONG dirigidas por protagonistas anglosajones y nórdicos: la International Federation of Physical Medicine (IFPR), fundada en Londres en julio 1952, la World Confederation of Physical Therapy (WCPT), creada en 1951 en Copenhague, y la World Federation of Occupational Therapists (WFOT), fundada en Inglaterra en 1952.

Si los expertos anglosajones y nórdicos califican este proyecto de “moderno” (United Nations, 1952), es porque desean desacreditar los métodos europeos de la reeducación, sobre todo, la aparición de una legalidad socialista en el ámbito del empleo de los lisiados de guerra

³ Archivo de la Sociedad de las Naciones, caja 3070, n.36403. Child Welfare Committee, Welfare of Blind Children. Report by the Sub-Committee. Geneva, League of Nations. April 11th, 1932.

(medidas de cuotas elevadas, derecho al empleo para todos los inválidos cualquiera que sea su productividad).

A partir del final de los años 1940, este proyecto noratlántico se propaga a escala internacional por la acción de los organismos intergubernamentales (ONU, OIT, OMS, UNESCO). Estos organismos adoptan así en 1952 un programa internacional coordinado de rehabilitación basado en los principios noratlánticos. Este programa contiene una serie de normas sobre la inserción profesional de los inválidos (colocación selectiva en el medio competitivo, talleres protegidos para los menos productivos, etc.), que la OIT define posteriormente con la aprobación de la recomendación (n°99) sobre la adaptación y la readaptación profesional de los inválidos en junio de 1955⁴. Esta norma legal es una recomendación muy enmarcada en la economía de mercado. Esta norma devalúa la obligación de empleo en beneficio de otras medidas menos apremiantes para las empresas privadas (publicidad, colocación selectiva, constitución de talleres protegidos). La recomendación n°99 ratifica el cambio de la orientación de las políticas de inserción profesional de los inválidos hacia proyectos conformes a la legalidad liberal, de acuerdo con el proyecto noratlántico.

Este proyecto de modernización de las políticas de asistencia a las personas inválidas desarrolladas por los organismos intergubernamentales se apoya pues en un conjunto de normas legales, de formas institucionales, de prácticas profesionales, al igual que sobre un vocabulario específico (concepto de rehabilitación) que proceden mayoritariamente del espacio noratlántico. Pues los funcionarios de estos organismos proceden de los países de la zona (Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Noruega, Finlandia). Además, durante los años 1950 y 1960, este proyecto noratlántico conoce una fuerte extensión geográfica así como una legitimidad creciente. Sin embargo, posteriormente, se verá impugnado parcialmente por la aparición de otros proyectos de innovaciones sociales con una dimensión mundial: algunos países socialistas promueven a partir de los años 1950 una rehabilitación profesional basada en la colocación selectiva de las personas inválidas en las cooperativas de trabajo o en secciones industriales, y algunos países en vías de desarrollo promueven a partir del fin de los años 1950 una formación profesional simplificada en los trabajos agrícolas y artesanales, sin alfabetización obligatoria, manteniendo el individuo en su comunidad de origen y respetando la cultura y los costumbres del individuo.

Varios proyectos de innovación en el ámbito de la rehabilitación coexisten y se suceden a escala internacional, pero el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación se institucionaliza a escala internacional a mediados de los años 1950.

2. Circulaciones transnacionales e influencia de los proyectos europeos en Argentina y Brasil (1920'-1950')

A partir de las primeras décadas del siglo XX, los protagonistas de los países de Sudamérica participan de los intercambios transnacionales sobre las distintas causas en el campo de la discapacidad (mutilados de guerra, víctimas del trabajo, ceguera, sordera). Las circulaciones de estas ideas a nivel transnacional son múltiples y de una gran diversidad, por

⁴ OIT, recommandation (n°99) sur l'adaptation et la réadaptation professionnelle des invalides, juin 1955.

lo que resulta difícil entenderlos. Para solucionar este problema, el historiador Pierre-Yves Saunier sugiere reconstituir regímenes circulatorios, “concebidos como regularidades que encuadran las posibilidades de los agentes, los contenidos, las direcciones y los impactos de las circulaciones” (Saunier, 2008). Para ello, el historiador debe esforzarse en entender los intentos de los protagonistas para ordenar el espacio de los flujos, y la manera en que estas circulaciones constituyen recursos para los protagonistas locales.

2.A. La inserción rápida de los médicos brasileños y argentinos en las redes europeas de la rehabilitación

Se puede observar un primer régimen circulatorio en el ámbito de la reeducación (rééducation) durante el primer tercio del siglo XX, polarizado en torno a las experiencias de algunas ciudades europeas. Este primer régimen circulatorio es liderado por varias ONG del ámbito de la reeducación (SICOT, ISCC, AIMPP). Sus principales agentes son cirujanos ortopédicos y traumatológicos. Varios médicos brasileños y argentinos son miembros de la Sociedad internacional de cirugía ortopédica y traumatológica (SICOT) y de la Internacional Society for crippled children (ISCC). Sólo dos médicos brasileños (Luiz de Rezende Puech, Francisco Elias de Godoy Moreira) y dos argentinos (Oscar Marottoli, José Valls) son miembros de la SICOT en 1930. El número de participantes aumenta progresivamente y al final de los años 1940, 9 Argentinos y 6 Brasileños son miembros de la SICOT (SICOT, 1950 : 21-22). Gracias a estas redes, el brasileño Francisco Elias de Godoy Moreira visita servicios de cirugía ortopédica en Francia, Austria e Inglaterra, y efectúa períodos de prácticas con el profesor Konrad Biesalski en Berlín y con el profesor Vittorio Putti en Bolonia (Napolí, Blanc, 2000 : 40). El argentino Oscar Marottoli se especializa también en varios países europeos, en particular, en Alemania con el Dr. Biesalski, y en el Hospital-Escola Massachussets en Estados Unidos. Algunos especialistas europeos se trasladan también a países sudamericanos, como el profesor italiano Vittorio Putti que viene a São Paulo en junio de 1936 con motivo del congreso inaugural de la Sociedad brasileña de Ortopedia y Traumatología⁵.

Los cirujanos argentinos y brasileños viajan sobre todo a algunas ciudades europeas (París, Lieja, Berlín, Viena, Bolonia, Londres, algo menos a Madrid o Barcelona) para perfeccionar su formación. Se apropian así los métodos europeos de la rehabilitación funcional y profesional. Durante la segunda Guerra Mundial, las dificultades de comunicación entre el continente europeo y Sudamérica conducen a los expertos sudamericanos a irse hacia los Estados Unidos para seguir su formación en rehabilitación.

Durante el período de entreguerras, los organismos intergubernamentales (SDN, OIT) participan poco a la difusión de las ideas europeas sobre la rehabilitación en los países de América Latina, únicamente publican informes oficiales, y envían misiones de asistencia técnica. En 1934, se encarga a Adrien Tixier, jefe del servicio de los seguros sociales de la OIT una misión de estudio sobre los seguros sociales en Brasil, Argentina y Chile⁶. Aunque se trata de una misión de estudio, es muy probable que haya aconsejado también a los agentes

⁵ Folha de São Paulo, São Paulo, 30 de maio de 1936, p. 14.

⁶ Folha de São Paulo, São Paulo, 27 de outubro de 1934, p. 11.

involucrados localmente sobre los principios que deben guiar los seguros de incapacidad. Es entonces uno de los pocos funcionarios internacionales especializados en políticas de rehabilitación de mutilados de guerra y de víctimas del trabajo. Si promueve la necesidad de una rehabilitación profesional ante sus interlocutores, seguramente lo hace a título individual ya que la opinión oficial de la OIT es mucho más moderada en este aspecto.

A partir de mediados de los años 1930, las conferencias regionales de los Estados de América miembros de la OIT fomentan el derecho a la rehabilitación de las víctimas del trabajo, recogidas a continuación por la Asociación internacional de la seguridad social y las conferencias interamericanas de Seguridad social.

Gracias a la incorporación de los protagonistas de Sudamérica a las ONG, y a la intervención de la OIT así como a las conferencias interamericanas organizadas sobre este tema, las ideas europeas sobre el derecho de los inválidos a la rehabilitación profesional y al empleo se difunden progresivamente en Argentina y Brasil durante el período de entreguerras. A principios de los años 1940, estas ideas progresan en ambos países gracias a las conferencias y a los cursos dispensados por los médicos. Adquieren una mayor visibilidad en Argentina gracias a la organización de dos conferencias internacionales sobre los inválidos (1943; 1946). Durante la conferencia organizada en Buenos Aires en 1943, los médicos piden encarecidamente la instauración de instituciones especializadas en el tratamiento de las víctimas del trabajo y de los niños impedidos. La mayoría de ellos piden también la aprobación de una legislación que enmarque la rehabilitación profesional de las víctimas, y el empleo obligatorio de un determinado porcentaje de los inválidos reeducados profesionalmente tanto en las administraciones públicas como en las industrias (AOI, 1947 : 38).

La difusión progresiva de las ideas europeas de rehabilitación de los inválidos no implica automáticamente la legitimación de estas ideas ni la construcción de políticas sectoriales de rehabilitación (destinadas a los mutilados de guerra, a las víctimas del trabajo, a los ciegos).

2.B. La instauración de una política de rehabilitación de los mutilados de guerra en Brasil

Los Gobiernos argentinos y brasileños organizaron durante mucho tiempo políticas de asistencia a los mutilados de guerra basadas en la entrega de pensiones y la posibilidad de vivir en asilos. Durante la guerra de la Triple Alianza contra Paraguay (1864-1870), el Gobierno brasileño crea en 1868 un Asylo dos Inválidos da Patria sobre la isla del Bom Jesús, que acoge más de mil veteranos. En Argentina, una asociación de veteranos mutilados de guerra se movilizan a partir de 1867 para recoger fondos y construir un Hospicio de Inválidos en Buenos Aires. Pero algunos años después de su fundación, este hospicio cambia de función y nombre.

Argentina se abstuvo de toda participación activa en la segunda Guerra Mundial, sin embargo, Brasil bajo la presión de los aliados, decide comprometerse a su lado a partir de mediados del año 1942. En julio de 1944, manda un cuerpo de 23500 soldados perteneciendo

a las tres fuerzas armadas para combatir con los ejércitos americanos que intervienen en la campaña de Italia. Este cuerpo expedicionario, llamado Força expediçõnaria Brasileira, combate durante ocho meses (julio de 1944-mayo de 1945) con un balance de 454 muertos y alrededor de mil heridos.

A finales de enero de 1945, el gobierno instaura una política de rehabilitación de los mutilados de guerra creando la comisión de rehabilitación de los inválidos (incapazes) de las fuerzas armadas (CRIFA) por el decreto ley n°7270⁷. Los dirigentes del CRIFA mandan a un médico ortopedista, Luthero Vargas (hijo de Getulio vargas) en misión de estudio en los Estados Unidos, con el fin de examinar la organización de los centros de rehabilitación de los mutilados de guerra.

Más tarde la CRIFA habilita un centro de rehabilitación en Rio de Janeiro, para que en él se dispensen cuidados médicos, así como una rehabilitación funcional y profesional. Los soldados mutilados se ven obligados a someterse al proceso de rehabilitación profesional y a las correspondientes operaciones quirúrgicas, si quieren mantener su derecho a pensión. Los mutilados juzgados aptos para trabajar tienen que aceptar el empleo ofertado por la comisión y los mutilados colocados, cuyo empleo está mal remunerado, conservan salarios equivalentes a su situación anterior. El artículo 12 del decreto n°7.270 obliga a los empleadores públicos o privados con más de 25 empleados a integrar al menos a 2% de las personas readaptadas en su plantilla. Esta política de colocación afecta a un escaso número de beneficiarios, varios centenares a lo sumo, lo que supone que el gobierno no tiene necesidad de ejercer una fuerte presión sobre las empresas privadas para colocar al conjunto de los mutilados de guerra rehabilitados. Este sistema autoritario provoca descontento entre los soldados, y éstos exigen que la rehabilitación profesional sea voluntaria⁸.

La insuficiente dotación en aparatos técnicos de la CRIFA no le permite desarrollar todas las actividades previstas, lo que reduce sus posibilidades de acción. Así pues, en 1948, unos parlamentarios recomiendan la extinción del CRIFA, teniendo en cuenta su elevado costo, y del escaso número de soldados mutilados realmente reeducados (1 hombre, y 50 aún en curso de tratamiento)⁹. No obstante, la influencia de los antiguos dirigentes militares de la FEB sobre la política brasileña, permitió que la CRIFA se mantuviera durante las décadas siguientes, a pesar de su costo importante y del escaso número de beneficiarios.

A diferencia de varios países europeos, Brasil no amplía sus servicios de rehabilitación profesional destinados a los mutilados de guerra a otras categorías de inválidos. Tanto en Brasil como en Argentina, las guerras no permitieron intensificar a largo plazo el desarrollo y el perfeccionamiento de las técnicas de rehabilitación.

2.C. La inserción de medidas legislativas a favor de la rehabilitación profesional de las víctimas del trabajo en Brasil, que permanecen sin efecto

⁷ Decreto-Lei n°7270, 25 de janeiro de 1945. Regula os casos de invalidez e de incapacidade física para o serviço militar.

⁸ Diário do Congresso Nacional, 19 de dezembro de 1950, p. 9892.

⁹ Diário do Congresso Nacional, 19 de dezembro de 1950, p. 9891.

Argentina y Brasil figuran, junto con Chile y Perú, entre los primeros países de Sudamérica que garantizaron los derechos de los trabajadores accidentados, con el fin de evitar la acentuación de los conflictos sociales entre los patronos y los trabajadores, y las consecuencias sociales del desempleo que sufre Europa (Romero, 2006: 102). Las primeras legislaciones simplemente instauran indemnizaciones para una serie de víctimas, pero las revisiones legislativas que se hacen en algunos países durante las décadas siguientes (Chile, Brasil) comportan medidas destinadas a promover la rehabilitación profesional de los trabajadores accidentados. En Brasil, estas modificaciones se producen bajo la Presidencia de Getulio Vargas. Su voluntarismo en este sector puede explicarse por dos factores: por una parte, su deseo de garantizar un mejor estatuto a los trabajadores, por otra parte, su sensibilidad frente a este tema, ya que su hijo Getulio Vargas filho murió a raíz de una epidemia de poliomielitis en enero de 1943, por culpa de la falta de tecnología en el país para salvarlo (pulmones de acero) (Napoli, Blanc, 2000: 44).

En noviembre de 1944, el Gobierno de Getulio Vargas adopta el decreto ley n°7036, que reforma las modalidades de asistencia a los trabajadores accidentados. El empleador se ve obligado a asegurar su empleado sobre los riesgos de accidentes laborales, y a ofrecerle la asistencia médica que necesite, así como una indemnización¹⁰. El decreto preve que todos los inválidos del trabajo tienen derecho a una rehabilitación profesional, prestada por un Serviço de Readaptação profissional. Este servicio dispensará los cuidados en fisioterapia, en cirugía ortopédica y reparadora, así como una formación profesional en escuelas profesionales especiales (art. 93). El funcionamiento de este servicio de rehabilitación profesional, al igual que el de las escuelas profesionales especiales, se somete a la publicación de una reglamentación posterior que no se publicará nunca. Aunque inserta la rehabilitación profesional de las víctimas del trabajo en su legislación, el Estado brasileño no desarrolla ninguna política real en este sentido. No establece ninguna institución de rehabilitación profesional de las víctimas del trabajo hasta principios de los años 1950.

Argentina no toma medidas que determinen la rehabilitación profesional obligatoria de las víctimas del trabajo en su legislación, con gran pesar de los médicos argentinos. En 1946, en la Segunda conferencia sobre el bienestar de los lisiados, los especialistas de la reeducación recomiendan modificar la legislación laboral con el fin de incluir la rehabilitación y organizar clínicas del trabajo para la rehabilitación de las víctimas (AOI, 1947: 558). Durante esta conferencia, el nuevo secretario de la Salud, Ramón Carrillo, defiende en su discurso una “asistencia integral del inválido” que rehabilite al hombre y le ofrezca un trabajo. Su discurso es voluntarista, declarando que es urgente crear “talleres nacionales de educación integral de los lisiados” (AOI, 1947: 34). Pero este discurso no se ve reflejado por ninguna acción nacional digna de reseñar en el sector de la rehabilitación profesional de las víctimas del trabajo y de los otros inválidos. El Estado no construye ningún hospital traumatológico durante el período peronista. Karina Ramacciotti sugiere que este fracaso está vinculado a la ausencia de acuerdo sobre las modalidades de financiación de tal institución (Ramacciotti, 2009: 152).

¹⁰ Decreto-Lei n°7036, de 10 de noviembre de 1944. Diário Oficial da União, Seção 1, 13 de novembro de 1944, p. 19241.

La inacción del Gobierno peronista en este sector es más significativa si cabe cuando desarrolla al mismo tiempo una acción considerable en el campo de la protección social, y cuando los trabajadores son los protagonistas hegemónico del peronismo (Devoto, Fausto, 2008 : 308). Varios factores pueden haber contribuido a la ausencia de una política de reeducación de las víctimas del trabajo: la escasa movilización de los sindicatos tradicionales en este tema; la negativa de los patronos a asumir la carga financiera de esta rehabilitación profesional y a contratar obreros rehabilitados; la oposición de algunos líderes peronistas a la implicación del Estado en este sector; la debilidad de los recursos presupuestarios del Ministerio de la Salud a partir de 1948; la ausencia de asociaciones de víctimas del trabajo o de inválidos susceptibles de transformarse en apoyo electoral (Brégain, 2012).

Ninguno de los dos países construye un centro de referencia sobre el tratamiento de las patologías del trabajo y sobre la rehabilitación de los accidentados, como lo hacen otros países (Chile, España).

2.D. Una política de reglamentación del empleo de los ciegos en Argentina y Brasil

Ninguno de los dos países aplica una política nacional de rehabilitación profesional de los ciegos antes de los primeros años 1950. En efecto, a pesar de las reivindicaciones de los actores asociativos, los Gobiernos no financian la construcción de un centro de referencia sobre la rehabilitación profesional y la colocación de los ciegos. No obstante, las instituciones nacionales que se encargan de la educación de los ciegos (Instituto Benjamin Constant en Rio de Janeiro, Instituto nacional de ciegos en Buenos Aires) desarrollan algunas actividades de formación profesional (artesanía, pequeñas industrias textiles, encuadernación, etc) para sus alumnos a partir de las primeras décadas del siglo XX. Además, esta acción de formación profesional está garantizada en Brasil por varias asociaciones que organizan talleres profesionales. En Brasil, la *Federação de Cegos Laboriosos* posee así un taller de trabajo para unos treinta hombres ciegos en São Paulo. La *Liga de Proteção aos Cegos* posee también desde los años 1930 una fábrica moderna, mecanizada, dónde trabajan varias decenas de ciegos.

En Argentina, las asociaciones de ciegos ejercen múltiples presiones a partir de 1949 para obtener la constitución de un *Consejo Tiflológico Nacional* que promovería la rehabilitación social y profesional de los ciegos. Algunos diputados apoyan esta petición¹¹ pero nunca será aprobada por las asambleas parlamentarias.

En Brasil, en 1958, el Presidente de la República aprueba la organización de una *Campaña Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficitarios Visuais* (C.N.E.R.D.V.) en el Instituto Benjamin Constant (IBC)¹², encargada de crear y favorecer el funcionamiento de los centros de rehabilitación y de los talleres protegidos. Dos años más tarde, el estatuto de la campaña se modifica, y pasa a depender directamente del Ministerio de Educación. Ahora, su acción se centra completamente en la educación por medio de subvenciones para las

¹¹ Diario de Sesiones de la Camara de Diputados, 21 de septiembre de 1949, p. 3619-23.

¹² Decreto n° 44.236, de 1 de agosto de 1958. Institui a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficitários Visuais.

asociaciones y las instituciones existentes, y se llama Campanha Nacional de Educaçao de Cegos (CNEC).

Los responsables políticos argentinos y brasileños no desarrollan ninguna política de reeducación profesional de los ciegos, dejando que las asociaciones privadas se encarguen de ello. No obstante adoptan medidas legislativas que favorecen el empleo de los ciegos, accediendo así a las demandas de las asociaciones. En Brasil, a principios del año 1943 los dirigentes del IBC logran convencer a los Ministerios de la Marina y del Trabajo de contratar en su administración varios de sus antiguos alumnos ciegos rehabilitados profesionalmente. Este planteamiento representa un éxito tan importante para los dirigentes del IBC que desean agradecerse a los responsables políticos. Así, el 31 de julio de 1943, por iniciativa del IBC, varias asociaciones de ciegos de Rio de Janeiro y de São Paulo desfilan en las calles de Rio de Janeiro para manifestar su simpatía a los Ministros de Marina y del Trabajo¹³. Esta gestión de colocación de los ciegos en las administraciones públicas realizada por el IBC se formaliza rápidamente con la aprobación de un decreto del Presidente de la República en octubre de 1943 a propuesta del director del departamento de asistencia y de sanidad pública, el Dr. Luiz Simões Lopes. Este decreto autoriza el departamento administrativo del servicio público a estudiar las modalidades de empleo de los individuos con capacidades de rendimiento reducido - en primer lugar los ciegos - en las administraciones públicas¹⁴. A continuación los ciegos rehabilitados por el IBC acceden más fácilmente a un empleo en las administraciones del servicio público. Unos años más tarde, en 1948, los diputados aprueban una ley determinando que las Administraciones públicas deben comprar prioritariamente el material fabricado por la Liga de Proteção aos Cegos do Brasil, en idéntica condición de precio y de calidad¹⁵. A principios de los años 1950, el diputado Heitor Beltrão deposita un proyecto de ley destinado a crear a un Instituto nacional de rehabilitación de los ciegos, y a obligar a los patronos privados y públicos a contratar un determinado porcentaje de ciegos¹⁶, pero este proyecto no se aprueba. El Gobierno brasileño decide pues facilitar la inserción profesional de los ciegos, sin obligar a las administraciones o a los patronos a contratarlos.

Al contrario, en Argentina, el Gobierno concede a los ciegos derechos profesionales específicos, obligando los establecimientos y dependencias del Estado Nacional, provincial y municipal a contratar un pequeño porcentaje de ciegos rehabilitados. A raíz de la presión de varias asociaciones de ciegos agrupadas en la Junta de Vinculación Tiflológica, se aprueba en agosto de 1950 la ley 13.926 sobre inserción profesional de los ciegos. Esta ley 13.926 preve la obligación para los establecimientos y dependencias del Estado de emplear un por ciento de ciegos entre su personal. Pero el poder peronista no la ratifica en el período previsto legalmente y sólo se acabará reglamentando en 1961 por el decreto n°11.703. Este establece que los establecimientos públicos tengan la obligación de ofrecer a las personas ciegas o amblyopes al menos el 2% de estos puestos.

¹³ O Estado de São Paulo, São Paulo, 30 de julho de 1943, p. 6.

¹⁴ Decreto-lei n°5895, de 20 de outubro de 1943. Autoriza o aproveitamento de individuos de capacidade reduzida e da outras providências

¹⁵ Lei n°566, de 21 de dezembro de 1948. Diario Oficial da União, 23 de dezembro de 1948, p. 18255.

¹⁶ Heitor Beltrão. Projeto de Lei n°2.134, de 1953. Cria o Instituto Nacional de Readaptação dos Cegos. Diario do Congresso Nacional, 3 julho de 1952, p. 6103-6107.

En ambos países, algunos servicios de colocación (término usado en en la época) de los ciegos rehabilitados se organizan. En Brasil, el Serviço Nacional de aprendizagem Industrial de São Paulo dispone a partir de 1953 de un servicio de colocación de los ciegos en la industria, que consigue colocar entre diez y veinte personas cada año. En Argentina, ya, en 1955, las autoridades establecen un departamento técnico en la Dirección Nacional del Servicio de Empleos, que se encarga de colocar a los ciegos en Buenos Aires y su periferia. Compuesto inicialmente de 11 personas, se reduce progresivamente al personal de este departamento técnico a cuatro en 1962 por razones económicas. Este servicio coloca a algunos centenares de ciegos cada año.

El proyecto europeo de rehabilitación influencia fuertemente las políticas establecidas en Brasil, y en menor medida sobre las políticas argentinas. Se construyen algunas políticas sectoriales de rehabilitación a favor de los mutilados de guerra, de las víctimas del trabajo y de los ciegos en Brasil, y a favor de los ciegos en Argentina.

3. La construcción de políticas nacionales de rehabilitación inspiradas por las experiencias noratlánticas a raíz de la intervención de los organismos intergubernamentales.

Ya a mediados de los años 1940, varios profesionales y responsables de asociaciones en Argentina y Brasil viajan a los Estados Unidos u otros países anglo-sajones para informarse sobre rehabilitación. Gracias a estos viajes, y a la difusión de la literatura anglófona, los principios noratlánticos de la rehabilitación llegan a Argentina a partir de finales de los años 1940, y desde principios de los años 1950 en Brasil. No obstante, la asistencia técnica ofrecida por las organizaciones intergubernamentales contribuye a reorientar en gran medida la trayectoria de las políticas públicas hacia el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación.

Así, a principios de los años 1950, las organizaciones intergubernamentales (OMS, OIT, ONU) imponen un nuevo régimen circulatorio en el ámbito de la rehabilitación. Este régimen circulatorio se polariza en torno a las experiencias de las instituciones del ámbito noratlántico (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca). El Reino Unido y los Estados Unidos encarnan entonces las políticas “más modernas” en el campo de la rehabilitación profesional gracias a la aplicación de la colocación selectiva.

Las organizaciones intergubernamentales ofrecen decenas de becas de perfeccionamiento a médicos argentinos y brasileños especialistas en rehabilitación para que puedan formarse en uno de los países del ámbito noratlántico, o asistir a seminarios de formación organizados en los países nórdicos por la ONU, la OMS y la OIT. Numerosos especialistas en rehabilitación de la OMS, la ONU y la OIT, provenientes de los países anglosajones y nórdicos, se mandan a Argentina y Brasil para asesorar a los Gobiernos.

3.A. El envío de expertos provenientes del ámbito noratlántico para asesorar a los gobiernos al final de los años 1950

Ambos Gobiernos solicitan al mismo tiempo la asistencia técnica de las organizaciones intergubernamentales. Varios factores explican esta concomitancia: la mediatización del problema de la infancia sufriendo de poliomielitis después de las epidemias de principios de los años 1950; la promoción de las políticas de rehabilitación por los organismos intergubernamentales; en Brasil a raíz de la fuerte movilización de algunos médicos sobre el tema; y en Argentina gracias a la voluntad política del Gobierno de Aramburu.

En Brasil, en mayo de 1956, el Dr. Godoy Moreira, jefe de la clínica ortopédica y traumatológica del hospital clínico de la Universidad de São Paulo, pide la asistencia técnica de un equipo completo de especialistas de las Naciones Unidas¹⁷. Algunos meses más tarde, el Instituto Nacional de Readaptação vinculado a la clínica ortopédica del Hospital clínico de la USP recibe a dos especialistas de rehabilitación (Paul Albright, Hindley Smith), una ergoterapeuta (la canadiense Isabel Eagles), una fisioterapeuta (la sueca Karen Lundborg), un experto en prótesis (el danés Erik Jensen), así como un experto en rehabilitación profesional (John Humphreys)¹⁸.

En 1957, el Gobierno de Pedro Eugenio Aramburu solicita la asistencia técnica de las Naciones Unidas para atajar las graves epidemias de poliomielitis que devastan los centros urbanos. Esta voluntad de luchar contra la poliomielitis se presenta como una prueba del activismo del nuevo Gobierno, y de la incompetencia del anterior Gobierno peronista (Testa, 2011a : 317). Dos expertos en rehabilitación, el finlandés Esko Kosunen y el americano Paul Abright, realizan misiones de asesoramiento de corta duración (un mes en 1957 y 1958) al Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado de Buenos Aires. Aplicando las recomendaciones de los expertos, la ONU manda, en colaboración con la OIT y la OMS a un especialista en administración de centros de rehabilitación (Hindley Smith), un técnico en prótesis, Erik Jensen (1963; 1965-1967), así como dos expertos en rehabilitación profesional, el francés Jorge-Yves Rouault (1960-1964), y Norman Phillips (1962-1963) para organizar un programa de rehabilitación profesional. Norman Phillips realiza también una misión en Brasil algunos años más tarde.

En ambos países, los expertos apoyan la organización de una política nacional de rehabilitación conforme al proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación, destinado a todas las categorías de personas inválidas, sin discriminación vinculada al origen de la deficiencia o al tipo de deficiencia. Al principio no obstante, las políticas de rehabilitación médica y profesional se limitan a algunas categorías de personas con deficiencia física, en primer lugar a los niños afectados por poliomielitis (Argentina y Brasil), y a las víctimas del trabajo (en Brasil). Los expertos critican esta restricción de los beneficiarios. Así pues, el finlandés Esko Kosunen recomienda a la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) que tenga en cuenta “algunos otros grupos de lisiados que

¹⁷ Archivo del BIT, caja TAP 0-9-1 (C). Copia de una carta, São Paulo, 8 de maio de 1956, Godoy Moreira ao Ministro Sergio Afonso Correia da Costa, vice presidente da Comissão nacional de Assistência Técnica.

¹⁸ Archivo de la ONU, caja S-0175-0188-05. Paul Albright, Development of rehabilitation services for the handicapped in Brazil, prepared for the Government of Brazil. UN, Commissioner for technical assistance, 9 July 1959.

requieren cuidados especiales, como los ciegos, los sordos e incluso los deficientes mentales”¹⁹. La CNRL abre únicamente el campo de los beneficiarios de su política de rehabilitación a otras categorías (sordos, ciegos, etc.) a partir de finales de los años 1960.

La intervención de los especialistas internacionales se topa con configuraciones de distintos actores involucrados en cada país. En ambos casos sin embargo, los organismos públicos se comprometieron poco con el tema, dejando asociaciones privadas desempeñar un papel vanguardista (AOI, ALPI en Argentina; AACD, Lar São Francisco en Brasil). Con su acción, los especialistas internacionales contribuyen a la construcción de centros de demostración en rehabilitación, al desarrollo de nuevas especialidades médicas, a la promoción de leyes liberales en el ámbito del empleo, a la promoción del deporte adaptado, y a la incorporación efectiva de la rehabilitación profesional en las prestaciones de readaptación.

3.B. Una centralización de las normas de la política de rehabilitación tiene éxito en Argentina, y fracasa en Brasil

Según las recomendaciones internacionales, ambos países pretenden centralizar su política de rehabilitación, creando un centro nacional de demostración en rehabilitación (Instituto Nacional de Rehabilitación en Buenos Aires, Instituto Nacional de Reabilitação en São Paulo), y coordinando las actividades públicas y privadas de rehabilitación en el caso de Argentina. La constitución de un centro modelo de rehabilitación tiene por objetivo centralizar en un único lugar el conjunto de las actividades de la rehabilitación “moderna” (fisioterapia, ergoterapia, formación profesional, colocación profesional, psicología, etc.).

Este proyecto de centralización de las normas sobre rehabilitación es un verdadero éxito en Argentina, y un fracaso en Brasil. En Argentina, en el marco de un programa nacional contra la poliomielitis, la CNRL asume desde 1956 la gestión de un Instituto modelo de rehabilitación, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) en Buenos Aires, al igual que de un centro especializado sobre la rehabilitación respiratoria de los niños afectados por la poliomielitis (centro Maria Ferrer) (Testa, 2011b: 89). El INR dispone de recursos considerables durante los primeros años de su actividad, y posee equipamientos modernos, y un numeroso personal (más de 800 personas) y es multidisciplinar. El INR logra definir las normas nacionales que deben seguirse en el campo de la rehabilitación y concentrar a largo plazo la oferta de formación de los profesionales.

Sin embargo, en Brasil, el Instituto Nacional de reabilitação (INAR) de São Paulo no llega a constituirse en centro de referencia nacional en rehabilitación, sobre todo por la escasa inversión financiera del Gobierno federal y del Gobierno del Estado de São Paulo, y de las dificultades de aplicación del programa de asistencia internacional. El funcionamiento del centro modelo de rehabilitación se enfrenta inmediatamente a varios obstáculos: hay poco personal especializado, y varios de ellos trabajan a tiempo parcial. Por otra parte, los gastos del Instituto son limitados y administrados por el hospital clínico. El material imprescindible

¹⁹ Archivo de la ONU, caja S-0175-0106-03. Esko Kosunen, Report on short-term survey and advisory mission to Argentina, 30 January 1959, Report TAA/ARG/4, p. 23.

para un funcionamiento adecuado de las secciones de fisioterapia, ergoterapia ocupacional y del taller ortopédico se encarga muy tarde en Alemania, a causa de las reticencias de la administración a pagar los elevados gastos de importación²⁰. Además, el profesor Godoy Moreira, jefe de la clínica ortopédica y traumatológica, desea limitar la actividad del Instituto a la rehabilitación médica. Además el superintendente del INAR, el Dr. Lourdes, se implica poco en la gestión del Instituto, y el jefe de la misión de las Naciones Unidas, Paul Albright, no logra ponerse de acuerdo con ella ya que la juzga autoritaria y codiciosa²¹. Descontento por la lentitud del desarrollo del programa, Paul Albright dimite del INAR a finales de abril de 1958. Otro médico le sustituye, el Dr. Hindley Smith. Repetidas veces, los expertos internacionales proponen medidas para consolidar el estatuto del INAR. Aconsejan el empleo de un equipo a tiempo completo, el traslado de los servicios a un nuevo edificio, la concesión de una autonomía presupuestaria y administrativa, así como una ampliación de las funciones de formación profesional y colocación²². Por último, una modificación de la estructura administrativa se produce en 1958, pero no se corresponde con los deseos de los expertos internacionales. Ese año, el gobernador del Estado de São Paulo ratifica el 18 de diciembre de 1958 el decreto-lei nº5029 que crea el Instituto de Reabilitação como un Anexo del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital clínico de la USP. El Instituto pierde por lo tanto su carácter de referencia nacional. Si el decreto concede una autonomía administrativa y financiera al IR, este último permanece muy conectado al Hospital clínico de USP y su actividad permanece esencialmente concentrada sobre la rehabilitación médica. A lo largo de los años 1970, la actividad del Instituto sigue siendo escasa, y otras entidades públicas (centros de readaptación del IAPI, del Hospital Sara Kubitschek, etc) o privadas (AACD, ABBR) pasan a ser referencias a escala nacional, reduciendo así el papel del IR en este ámbito. Por último, al final de los años 1960, una sección del hospital clínico se hace cargo de las actividades médicas del IR, y las actividades de rehabilitación profesional del IR se reparten entre otras instituciones.

A finales de los años 1950, el IAPI manda construir un centro de rehabilitación profesional modelo en Rio de Janeiro, que desempeña el papel de centro piloto para los otros centros de rehabilitación profesional de la seguridad social. A invitación del Dr. Orlando Massa Fontes, el experto Paul Albright participa durante seis meses (julio a diciembre de 1958) a la elaboración de este Instituto modelo de rehabilitación²³.

La Associação de ajuda a criança defeituosa (AACD) inaugura en 1963 un Centro “modelo” de rehabilitación en São Paulo, cuyos programas y planificación se elaboran en colaboración con la ISWC, el World Rehabilitation Fund y el Departamento de rehabilitación

²⁰ Archivo de la ONU, caja S-0175-0188-05. Paul Albright, Development of rehabilitation services for the handicapped in Brazil, prepared for the government of Brazil, 9 July 1959, Restricted.

²¹ Archivo de la ONU, caja S-0175-0188-05. Esko Kosunen, Report on visit to São Paulo, september 13 to 17, 1957.

²² Archivo de la ONU, caja S-0175-0188-05. Paul Albright, Report on United Nations technical assistance program rehabilitation of the Handicapped. Instituto Nacional de Reabilitação, São Paulo, Brazil, 1957-1958.

²³ Archivo de la ONU, caja S-0175-0188-05. Paul Albright, Report on United Nations Technical Assistance Program. Rehabilitation of the Handicapped. Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), Rio de Janeiro, Brasil, 1958.

profesional del Gobierno federal de los Estados Unidos. Gracias a este apoyo internacional, la AACD se convierte en un polo regional de formación para los técnicos en ortésis y prótesis.

En Argentina, se constituye rápidamente un organismo de coordinación de las actividades públicas y privadas de rehabilitación, la Comisión Nacional para la Rehabilitación de los Lisiados (CNRL). La CNRL favorece la creación de comisiones de rehabilitación en cada provincia que reúnen a los agentes involucrados a nivel público y privado de este sector. Logra así crear una red de centros públicos y privados de rehabilitación apoyando financieramente a los Gobiernos provinciales, a los municipios y a las asociaciones privadas que se comprometen con esta política. Esko Kosunen califica esta acción de “un gran éxito”²⁴. No obstante, la CNRL no logra imponer criterios elevados de asistencia como condiciones para obtener subvenciones, y deja un enorme margen de maniobra a las asociaciones privadas, invitándolas a coordinar ellas mismas sus actividades.

En Brasil, en 1956 el poder federal nombra al profesor Godoy Moreira como coordinador nacional de las políticas de rehabilitación. Pero conflictos personales con algunos dirigentes de instituciones públicas y privadas, en particular, con el Doctor Bomfim (AACD) impiden llevar a bien el trabajo de coordinación²⁵. Además, Paul Albright, jefe de la misión de las Naciones Unidas, es comisionado en 1957-1958 para organizar y coordinar las actividades de las instituciones públicas y privadas en el sector de la rehabilitación a escala federal. El experto de la OIT John Humphreys desea también involucrarse en la coordinación de las actividades del sector de la rehabilitación profesional. El Dr. Godoy Moreira está furioso de esta intromisión en su campo que merma su poder, y frena tanto como le es posible la acción de los expertos internacionales en estos ámbitos. Por lo tanto, la coordinación establecida en Brasil resulta ser un fracaso. No obstante, a principios de 1965, las autoridades brasileñas reúnen una Comissão permanente de reabilitação profissional da previdência social, encargada de la planificación y de la coordinación de la acción de las instituciones de la seguridad social en el ámbito de la rehabilitación profesional. La acción de esta comisión es eficaz, pero su campo se limita a las instituciones de la seguridad social. En 1967, el experto Norman Phillips recomienda al Gobierno que amplíe la composición de esta comisión a otras instituciones (Ministerios, asociaciones privadas, sindicatos, etc), con el fin de constituir un Consejo nacional asesor para los lisiados (ILO, 1967: 41). Pero esta tentativa no es exitosa.

3. C. La promoción de nuevas profesiones médicas y paramédicas

En ambos países, especialistas de la OMS ayudan a la organización de cursos de formación para los profesionales locales (ergoterapeutas, fisioterapeutas, médicos fisiatras). Se organizan así con cierta regularidad algunos cursos en el Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado en Buenos Aires a partir de 1956, y en el Instituto de Reabilitação de São Paulo entre 1958 y el principio de los años 1960. En Brasil, el Dr. Hindley Smith desempeña un papel decisivo en la elaboración de los cursos simplificados (en 2 años) en el instituto de São Paulo, siguiendo las recomendaciones de la OMS en cuanto a cursos

²⁴ Ibid.

²⁵ Archivo del BIT, caja TAP 0-9-1 (C)- 1. Letter, São Paulo, July 18th 1958, J. A. Humphreys to Mr R. Lyman, Chief of Manpower division, ILO.

simplificados para los profesionales de los países en vías de desarrollo. Las primeras profesoras son expertas enviadas por las Naciones Unidas (Karen Lundborg e Isabel Eagles). En Argentina, son expertas británicas no comisionadas por la OMS las que imparten los primeros cursos de fisioterapia y ergoterapia en 1956. A continuación, en 1958 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manda a dos expertas americanas, una en fisioterapia (Senorita Dashstron) y otra en ergoterapia ocupacional (Senorita Ruby Kroom) durante un año. No obstante, para elaborar el programa de los cursos de la escuela nacional de ergoterapia y fisioterapia inaugurada en 1958, los representantes argentinos de la CNRL no desean aplicar los cursos simplificados propuestos por la OMS, y prefieren seguir las recomendaciones de la organización internacional de los ergoterapeutas (WFOT). Recurren entonces a un equipo británico de fisioterapeutas y ergoterapeutas de la Dorset House de Oxford (Testa, 2011b : 131). Con su acción, estos especialistas internacionales participan de un nuevo reparto de las especialidades médicas según el género, basado en el modelo noratlántico de la rehabilitación. Las profesiones de ergoterapeutas y fisioterapeutas, supeditadas a los médicos, están tradicionalmente reservadas a las mujeres. Este nuevo reparto de las especialidades de la rehabilitación lleva pronto a la constitución de nuevas asociaciones profesionales de fisioterapeutas, ergoterapeutas y médicos fisiatras en ambos países. La OMS contribuye al refuerzo de las especialidades médicas asignando becas de perfeccionamiento en ergoterapia y fisioterapia en el extranjero. Sin embargo, la contribución de los especialistas de la OMS y la ONU en la formación de los profesionales de la rehabilitación y en la organización de las especialidades médicas se debe relativizar ya que otros protagonistas organizan cursos de formación en ergoterapia y en fisioterapia en los dos países a partir del final de los años 1950.

3.D. Una rehabilitación integral difícil de aplicar: La lenta incorporación de la rehabilitación profesional y de la colocación selectiva

En ambos países, la visita de los expertos en rehabilitación profesional impulsa una dinámica progresiva de integración de los servicios de rehabilitación profesional en las prestaciones ordinarias de rehabilitación. Así, Paul Albright recomienda a los centros de rehabilitación que visita (INAR en Brasil, INR y centro de rehabilitación para niños lisiados en Argentina) que refuercen su acción en el ámbito de la rehabilitación profesional (ergoterapia, orientación profesional, colocación selectiva)²⁶. A continuación, expertos en rehabilitación profesional enviados a Argentina (Georges Yves Rouault, Norman Phillips) y a Brasil (John Humphreys, Norman Phillips) hacen lo propio en el INAR, el INR, y en otros centros de rehabilitación que visitan. Participan en la organización de servicios de formación profesional y de colocación selectiva. Estos servicios de colocación insertan individualmente a los candidatos calificados en las administraciones y en las empresas voluntarias, y favorecen la instalación de algunas personas con discapacidad como trabajadores por cuenta propia. Los expertos encuentran numerosas dificultades para desarrollar los programas previstos. En Brasil, John Humphreys logra formar rápidamente a dos Brasileños en el tema, Otto Marques Da Silva (como especialista en colocación) y Wilma Seabra Mayer (como consejera de

²⁶ Archivo de la ONU, caja S-0175-0106-03. Paul Albright, Report on the Centro de Rehabilitacion para niños lisiados, Mar del Plata, p. 4.

orientación profesional) pero estos dos especialistas no trabajan a tiempo completo en el INAR. Además, los dirigentes de este Instituto son reacios a organizar una sección de rehabilitación profesional como lo pide John Humphreys, prefiriendo centrar su acción en los aspectos médicos. El escaso número de pacientes de la clínica ortopédica que pueden ser rehabilitados profesionalmente complica la tarea del experto de la OIT, ya que los especialistas brasileños en formación carecen de pacientes²⁷. Por último, representantes de las Naciones Unidas y de la OIT logran convencer al director del INAR, Godoy Moreira, de la utilidad de ampliar las actividades del Instituto a la pre-profesionalización y a la orientación profesional. En diciembre de 1958, una unidad preprofesional entra en funcionamiento, impartiendo formaciones en relojería, en zapatería, y en reparación de radio. Pero las autoridades administrativas aceptan financiar un supervisor para esta unidad preprofesional sólo a partir de finales de 1959. De 1958 a julio de 1966, 663 pacientes benefician de las prestaciones del departamento de rehabilitación profesional, y el INAR u otras instituciones colocan a 393 pacientes²⁸.

En Argentina, en 1962 el experto Jorge-Yves Rouault concibe un proyecto de gran escuela de formación profesional para inválidos fuera del INR, capaz de acoger a más de 300 alumnos, pero lo abandona rápidamente por culpa de las dificultades económicas y del desinterés de las autoridades²⁹. Por último, favorece la creación de un centro de rehabilitación profesional integrado al INR. A causa de las restricciones presupuestarias sucesivas, esta idea sólo se concreta tardíamente y de forma limitada. El centro abre sus puertas a finales del año 1963, y sólo acoge unos veinte aprendices, luego 50 alumnos en 1968. Georges-Yves Rouault lamenta la falta de personal especializado en el centro de formación profesional, y de dinero para la construcción de edificios adjuntos, pero todas sus solicitudes son denegadas por las autoridades administrativas argentinas³⁰.

En ambos países, los especialistas de la OIT efectúan un trabajo de socialización de los actores locales para darles a conocer las orientaciones de las normativas preconizadas por la OIT (colocación selectiva, denegación de la obligación de contratación para las empresas privadas, etc). Fomentan la inculcación de las prácticas de trabajo capitalista (disciplina del trabajo y del tiempo, concepto de rendimiento y de mérito en el trabajo) a los profesionales del sector y a los trabajadores con discapacidad. Norman Phillips desaconseja a los Gobiernos argentinos y brasileños que adopten una legislación que impone a las empresas privadas la obligación legal de contratar lisiados (ILO, 1967: 41 ; OIT, 1964: 15), no obstante se muestra favorable a la atribución de puestos para los inválidos rehabilitados en las instituciones públicas, en particular, en las instituciones de la seguridad social. En Brasil, John Humphreys recomienda la aprobación de una legislación que prohíba toda discriminación en la contratación de personas lisiadas debido a su deficiencia, favoreciendo incluso su contratación

²⁷ Archivo del BIT, caja TAP 069-1 (C)-1. J. A Humphreys, Progress Report 5, november 12, 1958, to Mr Alberto Lagnado, Director of Field Office, Lima.

²⁸ Archivo del BIT, caja TAP 0-9-1 (C). Norman Phillips, Progress Report n°2, 1st july to 31st august 1966.

²⁹ Archivo del BIT, caja TAP 0-2-1 (H)-1. Georges Yves Rouault, Progressive report n°9. period covered july 1st to august 31st 1962

³⁰ Ibid.

con la creación de un fondo de indemnización para los accidentes de los trabajadores lisiados (second injury funds)³¹.

Con el ensalzamiento de la eficiencia en su discurso, los especialistas de la OIT logran que una concepción liberal de la rehabilitación profesional y del empleo de los inválidos sea dominante entre los profesionales de la rehabilitación de los dos países (médicos, dirigentes administrativos). En su mayoría, de ahora en adelante, estos aprueban los principios de las legalidades liberales en el ámbito del empleo de los inválidos (creación de talleres protegidos, promoción de la colocación selectiva, rechazo de la idea de cuota de contratación obligatoria para las empresas privadas). Sin embargo, en ambos países, los agentes implicados en asociaciones que se apropiaron de antemano las referencias del proyecto europeo de modernización de la reeducación (derecho al empleo gracias a un sistema de cuota) se oponen a veces a las recomendaciones de los especialistas de la OIT. En Argentina, algunas personas lisiadas como Gino Andrés Valeri se muestran escandalizadas por la promoción por representantes de la OIT de legalidades liberales en el ámbito del empleo de los inválidos, y reclaman la aprobación de una legislación que determine la obligación de contratar a los inválidos³².

Durante el período 1955-1968, se observan cambios importantes de la legislación nacional en el ámbito del empleo de los inválidos en Brasil. La legislación (Lei orgânica da previdência social y su decreto de reglamentación) determina que las empresas vinculadas a la protección social y que tengan entre 20 y 200 empleados deban reservar un 2% de estos puestos para los inválidos rehabilitados, las que tienen entre 201 y 500 empleados deben reservar un 3%, y entre 501 y 1000 empleados, 4%, y más de 1001 empleados, 5%³³. El Departamento nacional da previdência social, con otras instituciones, se encarga de fijar los puestos que las personas rehabilitadas deban ocupar en las instituciones de protección social. Esta ley sólo se refiere a las personas rehabilitadas, es decir, suficientemente competitivas, y su aplicación es limitada a un escaso número de empresas vinculadas a la protección social. No prevé por otra parte medidas estrictas y vinculantes de aplicación. En Argentina, ninguna legislación nacional se aprueba sobre este tema. No obstante, en 1958 el gobernador federal de la provincia de Buenos Aires adopta el decreto ley 1804, que obliga a todas las empresas de la provincia con más de 15 trabajadores a reservar al menos 2% de los puestos de trabajo para los trabajadores inválidos rehabilitados³⁴. Sin embargo, los representantes del mundo de la industria privada y del comercio rechazan con fuerza este decreto, que luego se declarará inconstitucional por el Supremo tribunal de justicia de la provincia de Buenos Aires.

A partir de 1956, la intervención de los organismos intergubernamentales impulsa una reorientación de las políticas públicas de rehabilitación hacia el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación. Si los expertos hacen generalmente recomendaciones

³¹ Archivo del BIT, caja TAP 0-9-1 (C)-1. Copy of a letter, 2 december 1958, São Paulo, Prof F. E. Godoy Moreira to Mr Jansson.

³² Gino Andrés Valeri, «Acaso la Ley prohíbe trabajar al Lisiado? No, pero tampoco lo protege!», Revista del Club Marcelo J. Fitte, Buenos Aires, año I, n°1, abril de 1967.

³³ Decreto n°3807 de 26 de agosto de 1960. Regulamento geral da Lei Organica da Previdência Social ; Decreto n°48.959, de 19 de setembro de 1960, Regulamento geral da Previdência Social.

³⁴ Decreto-Ley 1804, 19 febrero 1958.

similares en ambos países, su aplicación no conduce a los mismos resultados. Es cierto que las políticas de rehabilitación de ambos países convergen progresivamente hacia el proyecto noratlántico ya que los Gobiernos de cada país intentan constituir un centro nacional de rehabilitación, promueven la rehabilitación “integral” y el deporte adaptado, favorecen la creación de nuevas especialidades médicas (ergoterapia, fisioterapia, médicos fisiatras), y promueven legislaciones liberales en el ámbito del empleo de los inválidos.

Sin embargo, esta convergencia es solo parcial : el desarrollo de la rehabilitación profesional se efectúa a un ritmo lento, y algunas personas lisiadas se niegan a someterse a la disciplina del trabajo que se les impone. La trayectoria de las políticas públicas de los dos países divergen en varios aspectos. Brasil se distingue por la fuerte implicación de la seguridad social en la financiación de centros de rehabilitación, y el fracaso de la centralización de las normativas de esta rehabilitación. En efecto, las autoridades brasileñas descuidan el Instituto de São Paulo a favor de otros centros de rehabilitación de la seguridad social. Mientras que Argentina se distingue por la denegación de la financiación de las actividades de rehabilitación por la seguridad social, y por el éxito de la centralización de las normativas de la rehabilitación. La asistencia técnica dispensada en Argentina beneficia al país a largo plazo, mientras que la asistencia dispensada en Brasil se diluye rápidamente. Finalmente, las configuraciones económicas, sociales y culturales específicas de los países de América Latina contribuyen a la creación o al mantenimiento de desfases con el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación. La importancia de la economía informal lleva a los dirigentes de los mayores municipios argentinos y brasileños a aceptar la reglamentación de la venta ambulante para solucionar el problema del empleo de los inválidos. Así, el municipio de São Paulo controla la actividad de los vendedores ambulantes deficientes físicos con la adopción de la ley n°5440³⁵. La aplicación del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación es pues muy imperfecta.

4. La lenta transformación en las trayectorias nacionales de las políticas públicas de la discapacidad durante las dictaduras

A mediados de los años sesenta, la atención cotidiana a las personas con discapacidad en los dos países estudiados sigue dependiendo principalmente de la solidaridad familiar y, en menor medida, de la solidaridad asociativa o religiosa. Los Estados han desarrollado varias políticas sectoriales, basadas en la deficiencia (asistencia a los ciegos, etc.) o en el tipo de servicios (rehabilitación médica y profesional, educación especial, etc.), caracterizadas por una oferta de servicios muy reducida y selectiva.

A finales de los sesenta, la idea de los derechos de las personas con discapacidad se generalizó en el discurso de las ONG y de los organismos intergubernamentales. Aunque había en ese momento regímenes dictatoriales en Argentina (1967-1973 y 1976-1983) y Brasil (1964-1985), estos discursos sobre los derechos de las personas con discapacidad fueron difundidos localmente por algunas asociaciones, por la prensa y, a veces, incluso por los gobiernos. Pero esta idea del derecho no se difunde uniformemente en todas las esferas

³⁵ Prefeitura do Municipio de São Paulo, Lei n°5440, de 20 de dezembro de 1957. Estabelece medidas de proteção em benefício dos vendedores ambulantes de capacidade física reduzida.

sociales y en todos los territorios estudiados. Esto se debe al peso de la censura y del control político, así como a la forma en que las distintas asociaciones, así como los profesionales del sector, se apropian de esta noción de derechos y la difunden. Mientras que Argentina vivió una fase temporal de apertura democrática con el regreso de Perón entre 1973 y 1976, en 1976 se instauró una nueva dictadura, conocida como el “Proceso de reorganización nacional”, que hizo un uso intensivo de la represión. En Brasil, el régimen vivió una fase de apertura democrática lenta, gradual y controlada a partir de 1974 (Kucinski, 2001), que permitió gradualmente que los movimientos sociales y asociativos se expresaran con mayor libertad, especialmente entre 1978 y 1979.

Para garantizar que todas las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de calidad, las organizaciones intergubernamentales (Naciones Unidas, OMS, OIT) recomiendan la coordinación de las políticas sectoriales (rehabilitación profesional, educación especial, etc.), el compromiso del Estado con la financiación, la gestión y la prestación de servicios de rehabilitación y educación especial; la participación de los organismos de seguridad social en la financiación de la educación especial y de los servicios de rehabilitación; y la inclusión de los derechos de todas las categorías de personas con discapacidad en la legislación.

La promoción internacional del concepto de los derechos de las personas con discapacidad refuerza la convicción de los actores argentinos y brasileños de la necesidad de redistribuir las responsabilidades institucionales del cuidado de las personas con discapacidad entre la familia, el Estado, el mercado, la sociedad civil organizada y la Iglesia. Las ONG argentinas y brasileñas son unánimes en reclamar el fortalecimiento del papel del Estado en la financiación de las políticas públicas, pero no están de acuerdo sobre la necesidad de asignar la responsabilidad de la prestación de servicios al Estado o a instituciones privadas sin fines de lucro.

4.A. Una oferta de servicios caritativa y débil bajo las dictaduras

A finales de los años sesenta, varios países europeos (Suecia, Dinamarca, Francia, etc.) lograron financiar los servicios de rehabilitación y educación especial a través de la seguridad social. Por el contrario, tanto en Argentina como en Brasil, la financiación de los servicios de educación especial y rehabilitación sigue siendo muy diversificada. La financiación pública (del Estado, de la seguridad social, etc.) sólo cubre una parte muy pequeña de las necesidades económicas de las instituciones. En Brasil, el *Instituto Nacional da Previdência Social* (INPS) sólo financia la rehabilitación profesional de los asegurados accidentados en el trabajo y, de manera más residual, las instituciones que prestan asistencia a los discapacitados (excepcionais) a través de su servicio social. En Argentina, algunas obras sociales proporcionan voluntariamente prestaciones de rehabilitación, educación especial o asistencia a las personas con discapacidad (directa o indirecta), mediante la firma de acuerdos de financiación con algunas instituciones privadas de rehabilitación o educación especial. En ambos países, los Estados participan moderadamente en la prestación de servicios directos de educación especial, dejando así un lugar importante para que las asociaciones privadas los presten.

Las asociaciones que gestionan instituciones de rehabilitación o de educación especial trataban de obtener una financiación sostenible de las autoridades públicas, sin mucho éxito. Sin embargo, las grandes asociaciones gestoras de instituciones estaban dotadas de un fuerte capital social y relacional, y se beneficiaban con facilidad de subsidios públicos puntuales. Debido a la precariedad y a la insuficiencia de la financiación pública, la gran mayoría de estas grandes asociaciones conservaba algunas formas de recaudación de fondos privados (festivales de caridad, colectas públicas) administradas por comisiones de mujeres. En Brasil, la campaña de recaudación de fondos organizada por la *Associação de ajuda a criança deficiente* permitió recaudar cada año varios cientos de miles de cruzeiros³⁶. Para compensar la debilidad de las subvenciones públicas, las asociaciones gestoras de instituciones deben también buscar apoyo financiero de empresas privadas, fundaciones o clubes sociales (Club de Leones, Club Rotary, Automóvil, etc.). Por lo tanto, las asociaciones siguen recurriendo a la caridad privada, pero los recursos económicos así obtenidos siguen siendo insuficientes e irregulares.

Como consecuencia lógica de esta falta de recursos económicos, la oferta de servicios de educación especial y rehabilitación sigue siendo residual a lo largo de la década. Bajo las dictaduras de Argentina (1966-1973 y 1976-1983) y de Brasil (1964-1985), los servicios de educación especial y rehabilitación se ampliaron, pero aun así sólo llegaron a una minoría de beneficiarios. Al final de las dictaduras, menos del 15% de los niños discapacitados de cada país tenían acceso a una educación, especializada o no. De hecho, según las estadísticas disponibles, aproximadamente 60.000 niños con discapacidad estaban escolarizados en 1983 en Argentina (Voegeli de Goetz, Vivot, 1986: 113) y 159.000 en 1987 en Brasil (Jannuzzi, 2004: 152). Además, la oferta pública y privada de formación profesional (o de rehabilitación) para las personas con discapacidad es mínima. Sin embargo, afecta a una mayor proporción de personas en Brasil (entre 10.000 y 25.000 por año durante la década del 70) gracias a la actividad desarrollada por el departamento de rehabilitación del Instituto Nacional da Previdência Social. El déficit en la oferta de rehabilitación profesional por parte de los organismos públicos es mucho mayor en Argentina (129 personas rehabilitadas profesionalmente en 1970 por el Servicio Nacional de Rehabilitación) que en Brasil.

En ambos países, estas políticas seguían dependiendo de la caridad, aunque el presupuesto asignado a este sector aumentó en Brasil en la década del 70. Es cierto que la mayoría de los actores que actuaban en las instituciones de asistencia públicas y privadas no consideraban con compasión a las personas con discapacidad que atendían. Pero el mantenimiento de un sistema de financiación caritativo, y la ausencia de secularización de estas políticas, hacían inevitable que algunas personas con discapacidad que vivían en institución vivieran experiencias de infantilización e instrumentalización durante las ceremonias de homenaje a los “benefactores”.

4.B. La presión de las asociaciones para que se apruebe una ley de protección integral de las personas con discapacidad

³⁶ AACD, Relatório da Campanha de fundos de 1971 da Associação de Assistência a Criança Deficiente, sob a presidência do Dr Jacob Pedro Carolo, São Paulo, AACD, janeiro de 1972, p. 9

Desde 1967 en Brasil, y desde 1971 en Argentina, las asociaciones (incluyendo las asociaciones de padres de niños con deficiencia mental) tomaron medidas para que los gobiernos adoptaran leyes para la protección integral de las personas con discapacidad, con éxito en Argentina, pero no en Brasil. Desarrollaron sus reclamos con cautela en el contexto de las dictaduras militares brasileña (1964-1985) y argentina (1966-1973 y 1976-1983), que se definían por el cierre de los canales democráticos de acceso al gobierno, el uso de la represión, de la censura y de las desapariciones (Devoto y Fausto, 2008: 365).

En Brasil, la *Federação nacional das Associações de pais e amigos dos excepcionais* (FENAPAES) ha intentado en varias ocasiones, desde finales del decenio de 1960, que se aprobara una ley sobre la protección del menor excepcional, de conformidad con el párrafo 4 del artículo 145 de la entonces Constitución Federal. En octubre de 1967, los diputados organizaron un comité parlamentario especial para redactar un proyecto de ley sobre el menor excepcional. Esta comisión llevó a cabo un trabajo intensivo consultando muchos especialistas y asociaciones. A continuación, aprobó por unanimidad un proyecto de ley³⁷. Pero este anteproyecto fue abandonado rápidamente, ya que la aprobación del Ato Institucional No. 5 llevó a la clausura del Congreso. En 1978, el diputado Thales Ramalho defendió una enmienda constitucional (nº12) destinada a garantizar la mejora de las condiciones sociales y económicas de los discapacitados (educación especial, asistencia, acceso a los edificios públicos), que fue adoptada en octubre de 1978³⁸.

En 1981, durante el Año Internacional de las Personas con Discapacidad, se creó un comité parlamentario especializado encargado de sintetizar en un solo proyecto de ley las diversas propuestas legislativas en favor de las personas con discapacidad³⁹. Los parlamentarios designados llevaron a cabo una amplia consulta con funcionarios del gobierno, representantes de asociaciones, profesionales y personas con discapacidad para preparar un proyecto de ley. Este proyecto de ley sobre los derechos de las personas con discapacidad fue aprobado por la Asamblea de Diputados en diciembre de 1981, pero circuló durante varios años entre las distintas comisiones del Senado, antes de ser finalmente rechazado en 1989.

Durante toda la dictadura, las asociaciones brasileñas nunca lograron obtener la adopción de una ley que garantizara todos los derechos de las personas con discapacidad. Sólo durante la transición a la democracia se cumplió esta esperanza, con la adopción de la Ley nº7.853 de apoio as pessoas portadoras de deficiência en 1989.

En Argentina, los dirigentes de la Federación argentina de Entidades pro atención del disminuido mental (FENDIM) se reunieron con parlamentarios en agosto de 1974 para discutir un posible proyecto de ley para la protección integral de las personas con discapacidad, sin ningún éxito. Luego, en octubre de 1976, negociaron con los líderes de la dictadura para obtener la aprobación de un proyecto de legislación integral de reconocimiento

³⁷ Archivo de la Cámara dos Deputados, Brasília. Seção SEDOL, CE (O8) 1967, Caixa 1. Comissão especial para elaborar projeto de lei que atualize a legislação pertinente ao menor excepcional, Ata da 21ª reunião. 28 de novembro de 1968.

³⁸ Jornal de Brasília, Brasília, 14 de outubro de 1978.

³⁹ Archivo de la Cámara dos Deputados, Brasília. Seção SEDOL, Fundo CE (01) 1981, caixa 1, 2, 3.

de derechos y obligaciones de personas discapacitadas⁴⁰. La FENDIM logró entonces negociar con los miembros de la Junta Militar gracias a la proximidad de su líder, el coronel retirado Juan López, con el general Videla. Pero el proceso de negociación fue bastante lento, y siguió en el escritorio de la administración a la espera de que se tomara una decisión hasta 1980. Ese año, la Directora del Servicio Nacional de Rehabilitación, Alicia Amate de Esquivel, fue nombrada Vicepresidenta del Comité Internacional para la Preparación del Año Internacional de las Personas con Discapacidad (IYDP). Participó en varias reuniones internacionales sobre el tema y decidió consultar a las principales asociaciones del sector a fin de elaborar un proyecto de ley sobre la protección integral de las personas con discapacidad. Se preparó un nuevo proyecto de ley, diferente del que defendía inicialmente la FENDIM. Finalmente, el General Videla acordó firmar la Ley 22431 sobre la protección integral de las personas discapacitadas en marzo de 1981. La adopción de esta ley fue un instrumento utilizado por las autoridades militares para afirmar el respeto de los derechos humanos en un contexto de dictadura. Para las autoridades militares, parecía indispensable mantener el estado de bienestar -o al menos dar a los ciudadanos la impresión de ello- para evitar el resurgimiento de la oposición y su consolidación (Devoto y Fausto, 2008: 392).

4.C. La imposible aprobación de una legalidad cosmopolita subalterna

En Argentina, las asociaciones más dinámicas reclamaron una legislación que impusiera una cuota para el empleo de las personas discapacitadas en las empresas públicas y privadas. En 1974, las asociaciones agrupadas en la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado presionaron a los parlamentarios para que aprobaran una ley que obligara a las empresas y administraciones privadas a emplear al menos 4% de personas con discapacidad en su personal. En Brasil, algunas asociaciones abogaron por la aplicación de un sistema de cuotas desde 1977 para que todos los discapacitados accedieran al empleo. Pero unos años más tarde, en octubre de 1980, se llegó a un consenso entre las asociaciones de personas con discapacidad en contra de la idea del empleo obligatorio. Fuertemente influenciados por la posición estadounidense sobre el tema, la mayoría de los líderes de las asociaciones brasileñas consideraron que el sistema de cuotas era una medida discriminatoria, innecesaria y caritativa.

Al defender la idea de una legislación coercitiva para el empleo de las personas con discapacidad en las empresas privadas, las asociaciones desean lograr una legalidad cosmopolita subalterna, es decir, una norma jurídica contrahegemónica, basada en principios de solidaridad y no en la maximización de los beneficios de las empresas privadas (Sousa Santos, Rodríguez-Garavito, 2005: 1-27). Cuando desearon obtener una legalidad subalterna, las asociaciones se enfrentaron a una fuerte oposición por parte de los representantes de los empleadores. En efecto, los representantes de las empresas y de las industrias consideraban que la obligación de contratar a personas discapacitadas que han sido rehabilitadas en sus empresas privadas podía perjudicar su rendimiento industrial y sus beneficios. En Brasil, la Confederação Nacional da Industria y la Confederação Nacional do Comercio se oponía vehementemente a todos los proyectos de ley que establecían la obligación legal del empleo en empresas privadas presentados en las asambleas parlamentarias durante la dictadura (1964-

⁴⁰ Archivo de la FENDIM, Buenos Aires. Caja antecedentes de la ley 22.431. Copia de una carta, Buenos Aires, FENDIM al General Videla presidente de la Nación. Octubre 1976.

1985). Por ejemplo, el Senador Orestes Quercia presentó un proyecto de ley (No. 173) en 1980 que determinaba la reserva obligatoria de ciertos empleos para parapléjicos en empresas públicas y privadas, bajo pena de fuertes sanciones financieras. En una carta firmada el 23 de septiembre de 1980, el Presidente de la *Confederación Nacional de la Industria* informó al Presidente del Senado que rechazaba el proyecto de ley. Entre los argumentos expuestos, el Presidente consideraba que “la obligación legal propuesta (...) consistiría en una **intervención superflua** en la economía interna de las empresas, cuyos empleados deben ser elegidos únicamente en función de sus capacidades y de las necesidades del servicio, tengan o no deficiencias físicas”⁴¹.

En Argentina, la movilización de la Unión Nacional Socio-económica del Lisiado dio lugar en noviembre de 1973 a la presentación de un proyecto de ley que contenía sus reivindicaciones. Este proyecto de ley, titulado Comisión Nacional de Discapitados, exigía que las administraciones públicas y privadas y las empresas emplearan al menos 4% de personas con discapacidad en los empleos existentes. También preveía la creación de un organismo oficial encargado de sancionar con multas las infracciones de esta medida. Cuando se consultó al abogado Victor Walter Greppi para que emitiera el dictamen del Servicio Nacional de Rehabilitación sobre este proyecto de ley, este criticó la idea de una cuota de puestos de trabajo reservados para las personas con discapacidad en las empresas privadas⁴². sin éxito. En septiembre de 1974, los parlamentarios aprobaron esta ley 20.923, conocida como Comisión Nacional de Discapitados. Aunque la ley exponía a las empresas privadas a una obligación, la contratación de trabajadores discapacitados, los intereses financieros de estas empresas estaban en mayor parte garantidas, ya que el 70% del salario pagado a los trabajadores discapacitados es deducible del impuesto sobre la renta. La ley coincide bastante bien con la orientación política del poder peronista de la época, que intentaba conciliar -hasta cierto punto- los intereses de los trabajadores y de las empresas privadas. Sin embargo, esta ley no fue regulada durante el período del gobierno constitucional peronista, y fue abrogada durante la dictadura (1976-1983). La obligación para las empresas privadas de contratar a personas con discapacidad desapareció con la adopción de la ley de protección integral de las personas discapacitadas aprobada por el General Videla en marzo de 1981 (ley 22.431). Esta ley mantiene la obligación de contratar únicamente para las empresas públicas y las administraciones públicas. Aunque varias asociaciones de personas con discapacidad física y sensorial habían abogado por el mantenimiento de la cuota del 4% en las administraciones públicas y en las empresas privadas, los debates durante la elaboración del proyecto de ley habían llevado al rechazo de la solución coercitiva en las empresas privadas. Para fundamentar su decisión, los expertos jurídicos se basaban en la jurisprudencia que había declarado la inconstitucionalidad de la disposición 1804/58⁴³. Sin embargo, la orientación política del régimen militar, que tendía a liberar a las empresas privadas de todas las

⁴¹ Archivo del Senado Federal (Brasilia), PL n1980/173°, carta do 23septembre 1980, Rio de Janeiro, Domicio Velloso da Silveira, Presidente da Confederação Nacional da Industria, ao Senador Luiz Viana Filho, Presidente do Senado Federal, Brasilia.

⁴² Archivo de la Biblioteca de la Universidad de San Martín (Argentina). Donación de María Rosa Guilligan. Dr Victor Greppi, Jefe de Grupo de Trabajo de coordinación (SNR), Expediente n°2020-20739/73-8, 27 de diciembre de 1973.

⁴³ Entrevista con Alicia Misa de Bustos Fierro, Buenos Aires, 13 marzo de 2009.

obligaciones sociales hacia los trabajadores, ha influido indudablemente en la decisión de eximir a las empresas privadas de esta obligación de contratar a trabajadores rehabilitados.

En Brasil, la Ley Nº5890, aprobada en junio de 1973, suprimía la responsabilidad para las empresas de protección social de contratar a un determinado porcentaje de personas discapacitadas rehabilitadas, modificando el texto del artículo 55 de la Ley orgánica de previsión social. Esta nueva fórmula del artículo 55 determinaba que el INPS era responsable de expedir un certificado de competencia profesional para cada asegurado rehabilitado, en el que se definían todas las profesiones que éste podía ejercer⁴⁴.

Bajo las dictaduras, la movilización de los actores asociativos a favor de una legalidad cosmopolita subalterna fue muy difícil, ya que tenían que enfrentarse a actores poderosos (representantes de los empleadores, funcionarios administrativos del sector de la rehabilitación, algunos expertos internacionales de la OIT). La orientación política de las dictaduras, que tendían a liberar a las empresas privadas de todas las obligaciones sociales hacia los trabajadores, hacía que fuera imposible adoptar dicha legislación.

4.D. El impacto moderado de la dinámica de la desectorización coyuntural

A nivel internacional, la promoción de la idea de coordinación de las políticas sectoriales de la discapacidad fue acompañada a principios de los años cincuenta por una unificación de las identificaciones de las personas con discapacidad (bajo la categoría de *handicapped*, luego *disabled*), y por una tendencia hacia la igualación de derechos atribuidos a las diferentes categorías de personas con discapacidad. En los dos países estudiados, durante el período 1968-1982, estas dinámicas internacionales (promoción de la idea de coordinación administrativa, igualación de los derechos de las diversas categorías de personas con discapacidad) llevaron a cuestionar las características fundamentales de las políticas sectoriales previamente establecidas: la asignación de derechos específicos a una subcategoría (ciegos, inválidos de guerra), así como la existencia de organismos administrativos encargados de llevar a cabo una política sectorial (en general específica a una subcategoría). Esta dinámica induce una tendencia hacia la desectorización de la rehabilitación, la educación especial, la asistencia a los ciegos y sordos, lo que coloca a los diversos actores en una posición inestable y cambiante (Dobry, 2009: 479-483).

En ambos países se observa, por lo tanto, un proceso de desectorización coyuntural de las políticas sectoriales de la discapacidad durante la década 1968-1982. Algunos actores locales exigían entonces con vehemencia la coordinación de las políticas sectoriales, y desarrollaban proyectos con este fin. El impulso de la coordinación de las políticas públicas de la discapacidad surgió en diferentes sectores administrativos según los países. En Brasil, el Ministerio de Educación promovió el inicio de una unificación de estas políticas públicas, mientras que en Argentina es el sector de la rehabilitación el que desempeñó este papel. En Brasil, la *Federação nacional das Associações de Pais e amigos dos Excepcionais* (FENAPAEs) pidió la creación de una fundación privada para orientar las políticas públicas

⁴⁴ Presidência da Republica, Lei nº5890, de 8 de junho de 1973, Altera a legislação de previdência social e da outras previdências.

de asistencia a las personas con discapacidad⁴⁵, sin éxito. Por el contrario, en Argentina, la *Federación argentina de Entidades pro-atención del disminuido mental* exigió la participación del Estado en la coordinación administrativa de las políticas públicas de la discapacidad. En ambos países, los intentos de coordinación interministerial de las políticas sectoriales de la discapacidad iniciados por los organismos públicos han dado escasos resultados, ya que gran parte de la política de la discapacidad no se organizó. Por otra parte, otros actores asociativos, en particular algunas asociaciones de padres de niños con deficiencia mental y de ciegos, siguieron exigiendo la creación de un organismo interministerial dedicado específicamente a su problema (discapacidad mental, ceguera).

Sin embargo, esta dinámica de dessectorización coyuntural tuvo un impacto bastante fuerte en las áreas de asistencia a los ciegos y de asistencia a los mutilados de guerra. En Brasil, la especificidad de la política de rehabilitación de los mutilados de guerra desapareció en 1975 con la extinción de la *Comissão de readaptação dos incapazes das forças armadas (CRIFA)*⁴⁶. En el mismo país, los funcionarios desarrollaron un proyecto para coordinar las políticas de educación especial y de rehabilitación, considerando la creación de una *Coordenação nacional de educação especial e reabilitação*, que absorbería la *Campanha Nacional de educação dos cegos* y la *Campanha Nacional de educação e readaptação de deficientes mentais*⁴⁷. Pero finalmente, en 1973, el gobierno decidió mantener una clara distinción entre las políticas de rehabilitación y de educación especial, creando el *Centro Nacional de Educação Especial*, que absorbió la *Campanha Nacional de educação dos cegos* mediante la adopción del Decreto No. 72425. Los ciegos no adquirieron ningún derecho profesional específico. En Argentina, los ciegos perdieron algunos derechos profesionales anteriores (2% de cuota en las administraciones) con la adopción de una nueva legislación (ley n°20923 de 1974; ley n°22431 de 1981), que concedió derechos profesionales iguales para todas las categorías de personas con discapacidad (Brégain, 2012).

Conclusión

Las trayectorias de las políticas públicas sobre discapacidad de los dos países estudiados se ven influenciadas primero por el proyecto europeo de modernización de la reeducación, y luego por el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación. Los demás proyectos de innovación social con repercusión mundial (proyecto socialista, proyecto de innovación de los países en vías de desarrollo) tienen poca influencia en estos países.

A partir de 1956, la intervención de los organismos intergubernamentales condujo a una reorientación de las políticas públicas de rehabilitación hacia el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación, pero este proyecto sólo se ejecutó parcialmente. En ambos países, los cambios en las políticas públicas de la discapacidad siguieron siendo limitados bajo las dictaduras, debido a varios factores: por un lado, las administraciones fueron reacias a renunciar a su autonomía de acción en favor de una entidad administrativa coordinadora o

⁴⁵ Mensagem da APAE, janeiro-maio 1975, n°2, p. 30

⁴⁶ Decreto 76487 de 22 de outubro de 1975, que dispõe sobre a extinção e destinos do patrimônio da Comissão de Readaptação dos Incapazes das Forças Armadas, é da outras providências.

⁴⁷ Archivo Nacional, sede Brasília, SEPLAN/MEC, caixa 190. Grupo de trabalho, Anteprojeto de regimento da coordenação nacional de educação especial e reabilitação, 1972.

unificadora. Por otra parte, los Estados no establecieron un sistema de financiación suficiente y adecuado para los servicios destinados a las personas con discapacidad. En los dos países la situación se apartó mucho del ideal de una educación obligatoria y gratuita para todos los niños con discapacidad, y la prestación de servicios de rehabilitación sigue siendo reducida. Por último, los regímenes dictatoriales se han abstenido de imponer normas estrictas sobre el empleo de las personas con discapacidad y sobre la accesibilidad hacia las empresas privadas.

Las políticas públicas de la discapacidad durante las dictaduras argentinas y brasileras estaban, por lo tanto, en gran medida en conflicto con varios principios fundamentales del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación, que ha sido matizado por las experiencias extranjeras (participación del Estado en la financiación y prestación de servicios; universalización de los derechos; coordinación de las políticas sectoriales). Finalmente, la adopción de una ley sobre la protección integral de los derechos de las personas con discapacidad tuvo lugar en la Argentina durante la dictadura (1981) y varios años después del fin de la dictadura en Brasil (1989).

Bibliografía

AOI (1947), *Segunda Conferencia para el bienestar del lisiado. Relatos oficiales, contribuciones y discusiones*, Buenos Aires, octubre de 1946, Buenos Aires : Ed. Orestes A. Capello.

ARMUS, Diego (2005), « Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940 », in Diego Armus (comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Buenos Aires : Lugar editorial, p. 65-99.

BREGAIN, Gildas (2012), « Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974) », in Liliana Pantano (comp.), *Discapacidad y Investigación*, Buenos Aires : Editora Universidad Católica Argentina, p. 111-165.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (1923), *Le placement des invalides. Réunion d'experts pour l'étude de l'organisation du placement des invalides (Genève, 31 juillet, 1er et 2 août 1923)*, Genève : BIT.

DEVOTO, Fernando, FAUSTO, Boris (2008), *Argentina Brasil 1850-2000. Un ensayo de historia comparada*, Buenos Aires : Editorial Sudamericana.

DOBRY Michel (2009), « révolutions, crises, transitions », in Olivier Fillieule, Lilian Mathieu, Cécile Péchu (dir.), *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris : Presses de Sciences Po, p. 479-483.

GROCE, Nora Ellen (2014), « Disability and the League of Nations : the Crippled Child's Bill of Rights and a call for an international bureau of information, 1931 », *Disability and Society*, vol. 29, n°4, p. 503-515.

HASSENTEUFEL, Patrick (2005), « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale. Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol. 55, n°1, p. 113-132.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION (1945), *The training and Employment of Disabled persons. A preliminary Report*, Montreal : ILO.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION (1967), *Report to the government of Brazil on the vocational rehabilitation and placement of the Disabled, ILO/TAP/Brazil/R. 10*, ILO : Geneva.

JANNUZZI, Gilberta de Martino (2004), *A educação do deficiente no Brasil, dos primórdios ao início do século XXI*, São Paulo : Autores associados.

KUCINSKI, Bernardo (2001), *O fim da ditadura militar*, São Paulo : editora Contexto.

LAGROYE, Jacques ; FRANCOIS, Bastien ; SAWICKI, Frédéric (2006), *Sociologie politique*, Paris : Presses de Sciences Po et Dalloz.

NAPOLI, Manlio ; BLANC, Claudio (2000), *Ortopedia Brasileira. Momentos, crônicas e fatos*, Tamboré : Oesp grafica SA.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (1964), *Informe al Gobierno de la Republica argentina sobre la colocacion selectiva de los invalidos, OIT/TAP/Argentina/R.8*, Ginebra.

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

RAMACCIOTTI, Karina Inés (2015), «Diálogos transnacionales entre los saberes técnicos e institucionales en la legislación sobre accidentes de trabajo. Primera mitad del siglo XX», *Historia, Ciências, Saude-Manguinhos*, vol. 22, n°1, p. 201-219.

ROLLAND, Denis (2005), « Introduction », In Denis Rolland et Daniel Aarão Reis Filho (dir.). *Modernités alternatives. L'historien face aux discours et aux représentations de la modernité*, Paris : L'Harmattan.

ROMERO, Luis Alberto (2006), *Historia contemporanea da Argentina*, Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor.

SANTOS, Boaventura de Sousa, RODRIGUEZ-GARAVITO, César (ed.) (2005), *Law and Globalization from below. Towards a Cosmopolitan Legality*, New York : Cambridge studies Press, p. 1-27.

SAUNIER, Pierre-Yves (2008), « Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940 : projets et ingénierie de la convergence et de la différence », *Genèses*, n°71, p. 4-25.

SICOT (Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie) (1931), *Premier congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie, Paris, octobre 1930, Procès-Verbaux*, Paris :Imprimerie R. Fischlin.

SICOT (1950), *Quatrième congrès international de chirurgie orthopédique, Amsterdam, 13-18 septembre 1948. Procès-Verbaux, rapports, discussions et communications particulières*, Bruxelles :Imprimerie Lielens.

TESTA, Daniela (2011a), « Poliomiélitis : La "herencia maldita" y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires », *Intersticios. Revista Sociología de Pensamiento Critico*, vol. 5 (2), p. 309-323.

TESTA, Daniela (2011b), *La lucha contra la poliomiélitis. Intermitencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971)*, Tesis de Maestría (dirección Karina Ramacciotti), FLACSO : Buenos Aires.

THERBORN, Göran (2003), « Entangled Modernities », *European Journal of Social Theory*, v.6, n.3, p. 293-305.

UNITED NATIONS (1952), *Modern Methods of Rehabilitation of the Adult disabled. Report of a group-training course organized by the United Nations with the co-operation of the WHO and ILO, Held in Sweden, Finland and Denmark, 8 september-7 november 1952*, New-York : United Nations Publication.

VOEGELI DE GOETZ Lucrecia M. A., VIVOT Alejandro Rojo (1986), *La educación especial en la Argentina. Aproximación metodológica a su tratamiento estadístico*, IIN : Montevideo.

WERNER, Michael et ZIMMERMANN, Bénédicte (2003), « Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 1, p. 7-36.