

Gildas Brégain

Para una historia transnacional de la discapacidad

**Argentina, Brasil y España
Siglo XX**

Serie Crítica y discapacidad

 **CLACSO**

Para una historia transnacional de la discapacidad

Brégain, Gildas

Para una historia transnacional de la discapacidad :
Argentina, Brasil y España siglo XX / Gildas Brégain. - 1a ed.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-813-195-5

1. Discapacidad. 2. Política Internacional. 3. Políticas
Públicas. I. Título.

CDD 305,908

Diseño de tapa: Mariana Migueles

Diseño del interior: Eleonora Silva

**Para una historia
transnacional de la discapacidad**

Argentina, Brasil y España

Siglo XX

Gildas Brégain



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Secretaria Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory y Marcela Alemandi - Gestión Editorial

Nicolás Sticotti - Fondo Editorial



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana

Para una historia transnacional de la discapacidad. Argentina, Brasil y España. Siglo XX

(Buenos Aires: CLACSO, mayo de 2022).

ISBN 978-987-813-195-5



CC BY-NC-ND 4.0

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | clacso@clacsoinst.edu.ar |

www.clacso.org



Este material/producción ha sido financiado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi. La responsabilidad del contenido recae enteramente sobre el creador. Asdi no comparte necesariamente las opiniones e interpretaciones expresadas.

Índice

Prólogo.....	9
<i>Carolina Ferrante</i>	
Introducción	17
Primera parte. Génesis y metamorfosis de las políticas públicas internacionales en materia de discapacidad (1918-1983).....	43
Capítulo 1. La aparición de los problemas públicos transnacionales de la invalidez y de la ceguera (1918-1945).....	49
Capítulo 2. Las metamorfosis sucesivas de la política internacional en materia de discapacidad (1946-1983).....	163
Capítulo 3. El papel de los organismos internacionales en el proceso de categorización de los “inválidos”	289
Segunda parte. Las trayectorias nacionales de las políticas públicas en materia de discapacidad en Argentina, Brasil y España.....	339
Capítulo 4. El socorro a los mutilados de guerra y los inválidos civiles (1918-1955)	345

Capítulo 5. La reorientación de las políticas de rehabilitación bajo la influencia de las Naciones Unidas y las agencias especializadas (1956-1967)	403
Capítulo 6. Las lentas transformaciones de las trayectorias nacionales de las políticas públicas en materia de discapacidad bajo las dictaduras	461
Capítulo 7. La radicalización de los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas.....	521
Conclusión	577
Bibliografía	609
Abreviaciones	649
Anexo de imágenes.....	655

Prólogo

Conocí a Gildas Brégain una mañana de marzo del 2010 en Buenos Aires, en el marco del Seminario Permanente de Investigadores sobre Discapacidad organizado por Liliana Pantano en la Universidad Católica Argentina. Ambos estábamos en el proceso de elaboración de nuestras tesis doctorales y –tras oír su presentación– supe que me encontraba ante uno de los futuros referentes, en el ámbito latinoamericano, del campo de la discapacidad. Tanto la originalidad de preguntarse por algo que estaba allí en las fuentes, pero nadie había ido a revisar, como la pasión en la transmisión y la problematización de lo dado me hicieron sentir esa intuición.

Han pasado más de diez años de ese encuentro y, hoy, con toda certeza puedo afirmar que mi percepción se hizo realidad. No fue necesario esperar una década. Y no lo digo porque tenga el privilegio y el regalo de considerar a Gildas mi amigo, sino que lo señalo con objetividad.

A partir del 2011, desde la circulación misma de su trabajo, se ha convertido en una referencia ineludible para los estudios críticos en discapacidad en América Latina. Sus aportes para historiar las luchas por los derechos de las personas con discapacidad en nuestra región, cristalizados en una cantidad notable de artículos de revistas y de capítulos de libro, han sido fundamentales en varias direcciones.

En primer lugar, los mismos fueron centrales en señalar y abordar un área de vacancia significativa: la historia de la discapacidad latinoamericana. Si la historia de la discapacidad es uno de los campos problemáticos menos abordados dentro de la tradición de los *Disability Studies* a nivel global, tal como señala Roy Hanes (2018) en la introducción a la compilación *The Routledge History of Disability*, América Latina y el Caribe es la región donde esta deuda es más notoria.

En segundo lugar, justamente, las contribuciones generadas por Brégain han sido un constante grito de atención respecto a la relevancia epistemológica y política de introducir la problematización histórica de la discapacidad en nuestros abordajes locales de la discapacidad. Al evidenciar las características, los devenires y la creatividad que adquirieron las luchas por el reconocimiento de las personas con discapacidad en varios países de nuestro continente, nos invitó a dialogar críticamente con análisis más generales, elaborados siguiendo grandes tendencias de Occidente, donde el mundo anglosajón –a partir de la emergencia del modelo social de la discapacidad en los años sesenta y los setenta– devendría el punto de inflexión en la exigencia de los derechos de este colectivo en clave ciudadana. Este hito estableció una continuidad que se extiende a nuestros días con la firma de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a principios del siglo XXI, ante la Asamblea General de Naciones Unidas.

En este sentido, si mayoritariamente el desarrollo de los estudios sociales en discapacidad en la región se dio en sus inicios, a comienzos de este siglo, con una fuerte impronta teórica nutrida de los *Disability Studies* anglosajones y, con ellos, la recuperación de categorías como “modelo médico” o “modelo social de la discapacidad”, las diversas producciones de Brégain, desde su aparición, junto a la de otros colegas, nos llevaron a discutir y dialogar con estas nociones desde la especificidad sociohistórica local.

Desde estos planteos se establecían generalizaciones muy amplias, no siempre contrastables en los escenarios locales. Además,

aun sin intención explícita, se invisibilizaba la creatividad ejercida desde los activismos locales, los cuales no solo eran poco conocidos desde la memoria colectiva, sino que también constituían piezas clave para comprender el estado actual de las condiciones de vida de las personas con discapacidad en nuestros espacios sociales.

De este modo, en gran medida, estos trabajos de Gildas Brégain han sido uno de los responsables –en sintonía con el trabajo, las inquietudes y la complicidad de otros colegas de nuestro continente– de que los estudios críticos en discapacidad latinoamericanos emergieran, al llevarnos a advertir que, en rigor, si los *Disability Studies* nos habían enseñado que no existía la discapacidad por fuera de referencias culturales, sociales y políticas precisas, no era posible emprender una empresa crítica sino a partir del pensamiento situado e histórico, reconstruyendo el espacio de los puntos de vista. No quiero decir que esta invitación estaba ausente de la propuesta de los *Disability Studies*, sino que en las apropiaciones locales no existió una plena conciencia de esta admisión. Cuando un campo de saber se desarrolla en un escenario acotado, existe un enorme trabajo por hacer y en ocasiones la reconstrucción de las ideas puede volverse inabordable. En este sentido, los trabajos de Brégain nos allanaron el camino y, también instalaron una alarma: “el pasado se halla inscripto en el presente, en la forma de estados cristalizados que adquieren las condiciones de vida de las personas con discapacidad en espacios acotados”.

Ahora bien, aquellas indagaciones desarrolladas por Brégain, y que tanto nos han impactado, se enmarcaban en la realización de su proyecto de tesis doctoral, que implicó un trabajo de campo descomunal, recorriendo archivos y realizando entrevistas en Suiza, España, Argentina, Brasil. En el año 2018 esta tesis fue publicada como libro, pero en francés. De este modo, “la historia completa” que hilvanaba aquellas producciones, por las barreras idiomáticas, no era accesible para una importantísima proporción de sus lectores latinoamericanos. La posibilidad de que CLACSO, y la serie creada por el Grupo de Trabajo en Estudios críticos en discapacidad publique este

texto en libre acceso, en una versión ampliada en español, constituye un aporte inconmensurable que exponencia las implicancias positivas que ya poseía su obra en nuestra región.

Creo que no exagero si afirmo que “barajar las cartas y dar de nuevo” en el campo de los estudios de la discapacidad, es el gesto que concreta Brégain a través de *Para una historia transnacional de la discapacidad. Argentina, Brasil y España. Siglo XX*. Radicalizando y desplegando la problematización histórica, a través de una mirada transnacional y comparada, la lectura de este texto nos interpela definitivamente a repensar nuestras categorías de abordaje de la discapacidad. El impacto de esta invitación ya no se reduce al ámbito iberoamericano ni al latinoamericano, sino que atañe al área amplia de los *Disability Studies* y del activismo por los derechos de las personas con discapacidad.

La reconstrucción que realiza Brégain respecto al papel de los organismos intergubernamentales en el siglo XX en la delimitación del problema de la discapacidad como asunto público y la descripción de los múltiples sentidos y temporalidades en juego nos llevan a replantear la pertinencia de pensar en términos de modelos en el campo de la discapacidad a nivel local. ¿En qué medida categorías como modelo médico o modelo social de la discapacidad invisibilizan matices, inconsistencias y discusiones internacionales y locales?

Llamando la atención respecto a cómo los derechos son construcciones sociales e históricas, que deben ser analizadas contemplando los contextos de producción y de apropiación, Brégain nos advierte sobre el peligro de caer en lecturas formalistas y abstractas de los mismos. Los significados con los cuales son producidos los derechos pueden ser contradictorios o completamente diferentes en los contextos de apropiación.

Nuestro autor, reconstruyendo el espacio de los puntos de vista, analizando tanto la circulación de ideas y los sentidos en discusión desde los puntos de producción y apropiación e inscribiéndolos en la complejidad geopolítica y la especificidad institucional, social, económica y política local, nos invita a realizar un trabajo muy cercano

al del etnógrafo: desnaturalizar lo dado y restituir el sentido imputado en una red de relaciones sociales.

A la vez, la introducción de la historia comparada permite hacer emerger y resaltar lo específico de cada caso nacional, evitando pretensiones universalistas que aplastan las singularidades locales, como así combatir empirismos donde la perspectiva ultrafocalizada no permite hablar más de un caso aislado y puntual. Dicho de otro modo, el ejercicio transnacional/comparado habilita a ver el bosque, sin perder de vista cada árbol que, con un conjunto de hojas, raíces y troncos singulares, lo componen en su colorido.

En este punto, el abordaje desarrollado por Brégain a través de este libro rompe con la idea de que la historización es sólo una cuestión del pasado. Las políticas contemporáneas de discapacidad poseen marcas pretéritas, ya que estaban construidas a partir de significantes de larga data. En este aspecto, este texto realiza otra contribución inmensa que es reconstruir genealógicamente la amplísima mayoría de las ideas que pueblan el bagaje de las luchas por el reconocimiento de las personas con discapacidad en el siglo XXI. Cualquiera que investigue y sea activista por el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad hallará aquí el origen de ideas y discusiones en relación con la rehabilitación, los saberes médicos respecto a la discapacidad, educación, empleo, barreras arquitectónicas, derechos sexuales y reproductivos, demandas de las personas con discapacidad en los espacios acotados, perspectivas religiosas de la discapacidad y una larguísima lista de etcéteras. Asimismo, se encontrarán aquí zonas de vacancia en la investigación en el campo de la discapacidad que son generosamente señaladas por Brégain.

Analizar la discapacidad como una cuestión social de larga data, con sucesivas metamorfosis en una geografía variable, tal como realiza Brégain en este libro, constituye una invitación a complejizar la perspectiva y advertir la necesidad imperiosa de incluir siempre una perspectiva diacrónica de la discapacidad. Esta complejización permite dar visibilidad al papel de los múltiples actores locales,

insertarlos activamente en la circulación de ideas Norte-Sur, atender las especificidades de las estructuras y relaciones sociales locales, ser muy precavidos respecto a las “modas” teóricas que a veces lleva a la importación acrítica de categorías producidas en contextos centrales.

Existen algunos aspectos más de la mirada histórica que desarrolla Gildas Bregain y que son un aporte para el modo de hacer investigación social crítica en discapacidad, que deseo destacar y se asocian a la importancia de:

- Desarrollar una mirada interseccional, que permita destacar desde el análisis aquello que los actores significan y delimitan como discapacidad y sus sujetos de derecho, pero también prestar mucha atención a los aspectos que son excluidos o tácitamente asumidos en cruce con otros modos de opresión (asociados a género, etnia, clase social, etc.).
- Romper con periodizaciones pre-establecidas y advertir la existencia de temporalidades múltiples, no reducibles a una única línea de tiempo donde gradualmente se superan miradas denigratorias.
- Contemplar de modo amplio el espectro de esferas y actores determinantes de las miradas sociales de la discapacidad en un espacio social acotado y no reducirlo únicamente a las perspectivas médicas, para incorporar las miradas religiosas, jurídicas, institucionales, empresariales, sindicales y de los múltiples activismos situados.
- Partir de un supuesto de la acción que contemple a los actores sociales como agentes activos que, si se hallan en relaciones desiguales de poder en un mundo atravesado por relaciones de dependencia de larga data, no son meros reproductores de ideas, para así poder advertir las resistencias, la creatividad y la circulación de ideas Sur-Norte.

- Respetar los sentidos de los actores locales, rescatando la especificidad de sus reclamos.

Un último aspecto que considero valioso de resaltar el trabajo de Gildas, que permanecerá invisible para quien lee, tiene que ver con la generosidad académica. He podido llevar adelante muchas de mis investigaciones gracias a las fuentes que él me compartió. La solidaridad entre colegas y el privilegio de la causa, antes que el ego personal es un rasgo de un investigador que antepone el activismo genuino con la causa y creo que es muy meritorio de imitar y promover.

Estos son solo algunos motivos por los cuales invito fervorosamente a leer este texto. Estoy convencida que existen muchísimos más elementos destacables, diálogos y discusiones que los estudios críticos en discapacidad latinoamericanos podrán encontrar a partir de las ideas esbozadas por Brégain en función de hacer su propia lectura respecto al por qué, el cómo y el para qué de una historia transnacional de la discapacidad.

Carolina Ferrante

Introducción¹

Desde septiembre de 1962 hasta septiembre de 1963, el experto británico Norman Phillips llevó a cabo, por cuenta de la Organización Internacional del Trabajo, una misión de asesoramiento para el Gobierno argentino sobre la rehabilitación profesional de los inválidos. Se trató de la primera de una larga serie de misiones que efectuaría para los gobiernos de numerosos países latinoamericanos (Chile, Costa Rica, Perú, Brasil, Colombia, Venezuela). La acción desplegada por Phillips en estos países no ha sido hasta hoy estudiada. Esto no resulta en absoluto sorprendente. La influencia de los expertos internacionales generalmente ha sido pasada por alto debido a la escasa producción historiográfica sobre las políticas públicas en materia de discapacidad en Argentina, Brasil y España.

En estos países, el sector de la asistencia a las personas con discapacidad históricamente dominante –ya sea la educación especial o la rehabilitación profesional– ha sido objeto de relatos históricos sistemáticos. Así, la historia de la educación especial se ha desarrollado

¹ Este libro es una versión aumentada del libro *Pour une histoire du handicap au XXIe siècle. Approches transnationales (Europe et Amériques)*, ya publicado en francés por Presses Universitaires de Rennes en 2018. Fue traducido por el autor, Gildas Brégain, y corregido por la traductora profesional Ariadna Barroso Calderón, con la ayuda financiera de la Maison des Sciences de L'Homme de Bretagne (MSHB) y del Laboratorio Arenes (UMR 6051).

bastante en España (Herraiz Gascueña, 1995; Del Cura, 2007; Albéniz y Lopez 2009) y en Brasil (Jannuzzi, 2004; Mazzota, 1991; Bueno, 1993), pero brilla por su ausencia en Argentina. En este país, el sector de la rehabilitación ha sido objeto de breves relatos históricos por parte de profesionales del sector. En Brasil, el único estudio sobre la rehabilitación se refiere a la ciudad de San Pablo (Souza, 2010). En España, los pocos trabajos universitarios al respecto se centran en el primer tercio del siglo XX y en los años 1950 y 1960 (Palacios Sánchez, 1990; Porras Gallo, 2007; Martínez-Pérez, 2009; Aguila Maturana, 2000).

Además, esta producción historiográfica oculta uno de los aspectos fundamentales de las políticas públicas en materia de discapacidad. Estas son el resultado de múltiples interacciones y cada una implica una mayor o menor diversidad de actores con intereses divergentes: las autoridades gubernamentales, algunos responsables administrativos, comunidades organizadas (en primer lugar, las asociaciones privadas, pero también las instituciones religiosas, los sindicatos, etc.) y, a veces, actores internacionales.

Precisamente, esta obra pretende colmar estas lagunas, interesándose en la influencia de las movilizaciones de las comunidades organizadas y de las transferencias culturales transnacionales en la fabricación de las políticas públicas nacionales. El objetivo consiste en reconstituir la génesis y el desarrollo de las políticas públicas en materia de discapacidad en España, Argentina y Brasil, adoptando una perspectiva transnacional. Esta obra se inserta en el campo de la *Disability History*, una corriente historiográfica anglosajona que procura escribir la historia de las personas discapacitadas a partir de una concepción social y cultural de la discapacidad (Longmore y Umansky, 2001). Dicha corriente invita a los historiadores a considerar a las personas discapacitadas como actores de su historia individual y colectiva, así como a reconsiderar la complejidad de las jerarquías sociales, integrando la discapacidad como uno de los múltiples factores de diferenciación social (Kudlick, 2003).

La conflictiva construcción de las políticas públicas

Las políticas públicas en materia de discapacidad son el resultado de un “conjunto de acciones, decisiones, interacciones y relaciones de fuerza evolutivas” (Lagroye, Francois y Sawicki, 2006, p. 507) entre múltiples actores (Estados, ONG, personal de los organismos intergubernamentales, etc.), cuyos recursos son extremadamente desiguales. Las interacciones entre los distintos actores implicados se producen generalmente en contextos bastante restrictivos, que varían según el régimen político. Durante estas interacciones, surgen numerosos conflictos sobre la definición de las políticas públicas que deben llevarse a cabo, pues cada uno de los actores interpreta de manera subjetiva la naturaleza de los problemas que deben resolverse. Los principales debates giran en torno a las “‘fronteras’ del sector, así como a la definición de las actividades que forman parte de este” (Muller, 2005, p. 181), pero también en torno a los actores que asumirán la gestión de estas nuevas políticas, que no incumbe necesariamente al Estado. Los distintos actores llegan a plantearse una nueva distribución de las responsabilidades en la atención a las personas con discapacidad, entre la familia, las asociaciones privadas, los distintos niveles administrativos (el municipio, las provincias, el Estado, etc), las instituciones religiosas, los sindicatos y el sector mercantil.

Una nueva distribución de las responsabilidades puede conducir a la modificación de las características y de los perímetros de acción de cada uno de estos actores. La redefinición de las responsabilidades del Estado genera con frecuencia la creación o la supresión de instituciones administrativas, o la modificación de las atribuciones de una institución administrativa ya existente. Pierre Bourdieu y los promotores de la socio-historia del Estado han mostrado ya el interés de reconstruir la génesis de las instituciones administrativas (Buton y Mariot, 2009). Esto permite desnaturalizar su existencia, “haciendo resurgir los conflictos y las confrontaciones de los

primeros comienzos y, con ello, las posibilidades descartadas” (Bourdieu, 1994, p. 107).

Las políticas públicas en materia de discapacidad resultan pues de una elección operada por los gobernantes, que jerarquizan los intereses, se pronuncian sobre las distintas reivindicaciones de los actores implicados y optan finalmente por una solución entre múltiples posibilidades. Así, la solución obtiene una legitimidad particular por el hecho mismo de haber sido adoptada por un poder público.

Derechos subjetivos y a geometría variable

La sociología política del derecho entiende el derecho como “el producto de una construcción social, institucional y política a la cual contribuyen los profesionales del derecho y los conocimientos jurídicos” (Commaille y Duran, 2009, p. 15). Fruto de múltiples interacciones entre actores sociales, los derechos otorgados son por lo tanto subjetivos. Además, el derecho constituye un recurso movilizad por los actores sociales y los profesionales del derecho con un objetivo estratégico (Israël, 2009). Si los actores movilizan así el derecho, es que creen en su eficacia para ordenar el mundo social, para señalar las injusticias y garantizar la igualdad de trato entre todas las personas implicadas. Este fenómeno está vinculado a la “potenciación del derecho (junto a otros tipos de peritajes académicamente consagrados) como herramienta de construcción, de formalización y de resolución de los problemas públicos” durante el siglo XX (Gaïti y Israël, 2003, p. 27).

El estatus del derecho defendido es muy variable en su contenido de un actor a otro. Los usos del derecho en las movilizaciones colectivas difieren también según los contextos institucionales, sociales y políticos de cada país. Por lo tanto, es necesario admitir “la plurivocidad del derecho y de sus usos, que no debe sin embargo incitar a negar las restricciones impuestas por su formalismo particular” (Israël, 2009, p. 171). Por otra parte, la defensa de los derechos en la

escena pública puede acompañarse de prácticas ampliamente sustentadas en la caridad privada (por ejemplo, las colectas públicas). No hay pues un paso lineal y continuo de la práctica de la caridad a la defensa de los derechos, sino más bien un proceso largo, caótico, no lineal, de extensión progresiva del uso del concepto de derechos a todos los actores sociales, que se apoderan de él y abandonan o no, según elijan las prácticas caritativas y la defensa de la caridad.

Las innovaciones jurídicas (leyes, decretos, reglamentos) son normas que orientan a largo plazo las políticas públicas. La fuerza del derecho se basa principalmente en la violencia simbólica legítima ejercida por el Estado, manifestada por la objetividad aparente del derecho, y su alta tecnicidad. Según Bourdieu, “el derecho es la forma por excelencia del discurso en acción, capaz, por su propia virtud, de producir efectos. No está de más afirmar que *hace* al mundo social, aunque sin olvidar que este se hace a su vez por aquel” (1986, p. 13). Intentaremos entender el sentido y la finalidad de los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales que garantizan los derechos de las personas con discapacidad, analizando los conflictos existentes entre los actores que participan en su elaboración y evaluando en qué grado se tienen en cuenta las reivindicaciones de los actores no estatales.

Las primeras movilizaciones individuales o colectivas que reivindican derechos (y no una simple “protección”) para las personas con discapacidad aparecen en los tres países en momentos distintos del siglo XX. Se producen en primer lugar a partir de bases sectoriales (para los ciegos/para la rehabilitación de los “inválidos”/para la educación de los “anormales”). Estas movilizaciones cambian permanentemente, tanto desde el punto de vista del contenido como de la forma. Las asociaciones (de las personas con discapacidad y sus familiares, de profesionales) desempeñan un papel central en la defensa de los derechos, pero otras comunidades organizadas (Iglesias, sindicatos, empresas privadas) bien apoyan, bien se oponen a la adopción de algunos derechos para las personas con discapacidad por lo que merecen ser estudiadas.

Movilizaciones asociativas restringidas en tiempo de dictadura

Es indispensable analizar las movilizaciones asociativas en un periodo de tiempo largo para entender las múltiples maneras mediante las que las asociaciones han intentado orientar las políticas públicas en materia de discapacidad (acción radical, presión, negociación, etc). Este tipo de análisis permite detectar en qué medida algunos acontecimientos, algunas configuraciones políticas, constituyen ventanas de oportunidad para las movilizaciones asociativas, al modificar las relaciones de fuerza políticas en su favor.

Los gobiernos de Juan Perón, en Argentina (hasta el 1955), y de Getúlio Vargas y Juscelino Kubitschek, en Brasil, constituyen periodos favorables para los movimientos asociativos. Estos gobiernos desarrollan políticas sociales para proteger a los trabajadores e intentan democratizar sus países al favorecer el ejercicio de la ciudadanía por grandes sectores de la sociedad. Fomentan la existencia de movimientos sociales e intentan controlarlos.

Por el contrario, los periodos de dictadura y de regímenes autoritarios que conocen España (1939-1975), Brasil (1964-1985), y Argentina (1966-1973; 1976-1983) obstaculizan considerablemente las movilizaciones asociativas. La acción de las asociaciones es fuertemente restringida por la existencia de un control administrativo severo y por la importancia de la censura y de la represión. Las autoridades militares fomentan algunas formas de sociabilidad, autorizan algunas y prohíben otras. El régimen franquista que toma forma a partir de octubre de 1936 y se instala definitivamente en toda España en 1939 se caracteriza por una ideología conservadora y nacional-católica. La represión contra los republicanos es masiva, varios cientos de miles son encarcelados, mientras que otros son ejecutados. El régimen establecido pretende ser una alternativa a la democracia parlamentaria, organizando un “régimen orgánico” donde la familia, el municipio y el Sindicato Vertical encarnan la voluntad popular.

La presión del régimen franquista se atenúa muy sutilmente con la aprobación de una nueva legislación sobre las asociaciones en 1964. Las dictaduras militares brasileñas (1964-1985) y argentinas (1966-1973 y 1976-1983) se caracterizan tradicionalmente como regímenes autoritarios burocráticos, que tienen por objetivo organizar la dominación de algunas clases sociales en favor de las fracciones superiores de la burguesía transnacional (Devoto y Fausto, 2008, p. 365). Se definen también por el cierre de los canales democráticos de acceso al Gobierno, por el uso de la represión, la censura, las desapariciones y por el exilio de numerosos militantes e intelectuales. Si la represión de los movimientos asociativos es muy importante en Argentina entre 1976 y 1983, las asociaciones brasileñas gozan de una mayor libertad de acción para negociar tras 1978-1979.

Un ensayo de historia transnacional

Para explicar las divergencias y las convergencias de las políticas públicas en materia de discapacidad desarrolladas en los tres países (Argentina, Brasil, España), nos parece indispensable tener en cuenta los intercambios culturales transnacionales que contribuyen a la transformación de las políticas públicas nacionales. De hecho, en el momento de elaborar una ley o una política pública, las asociaciones y los poderes públicos hacen referencia con regularidad a ejemplos extranjeros o a la información difundida por las instituciones internacionales. Además, los gobiernos a veces piden el asesoramiento de especialistas enviados por las instituciones internacionales.

Por lo tanto, nuestra investigación se inspira en las contribuciones de la historia transnacional y de la historia cruzada. Estas tendencias historiográficas están aún en curso de institucionalización y sus límites metodológicos aún no se han fijado definitivamente. Mantienen fuertes lazos con la historia global (Maurel, 2013) y la historia conectada (Subrahmanyam, 1997) que desean también sobrepasar el marco de los Estados y de las naciones. Ninguna definición de

la historia transnacional despierta la unanimidad entre los historiadores. Pierre-Yves Saunier la define como una historia que se interesa por las interacciones, conexiones y circulaciones entre las naciones y a través de las naciones durante los 200-250 últimos años y que no es una historia de las naciones (Saunier, 2013, pp. 11-12). No obstante, podría parecer ligeramente abusivo hablar de historia transnacional antes de 1960, habida cuenta del predominio de la forma imperial en Europa hasta esa década (Cooper, 2010, p. 190).

Los promotores de la historia cruzada ahondan en una reflexión sobre la historia comparada ya iniciada por Marc Bloch en un artículo fundador de 1928,² pero casi sin repercusión en el transcurso del siglo XX. Hacen hincapié en la necesidad de estudiar las múltiples transferencias culturales entre los países –que pueden de hecho ser reversibles–, la variabilidad histórica de las categorías estudiadas, así como las variaciones existentes entre las distintas escalas geográficas (Werner y Zimmermann, 2003). Tomar en cuenta estos elementos ofrece un marco de análisis muy complejo, lo que obliga al investigador a adoptar un planteamiento a la vez reflexivo y empírico.

Escribir una historia cruzada supone prestar atención a las distintas escalas de análisis. Los representantes de las personas con discapacidad “actúan, simultáneamente o sucesivamente, a distintos niveles: municipal, nacional, o incluso internacional, de modo que estas distintas escalas se constituyen en parte las unas a través de las otras” (Werner y Zimmermann, 2003, p. 22). Mediadores entre las distintas escalas, estos representantes construyen su saber a partir de categorías analíticas a menudo importadas de los países occidentales y prácticas de observación de la discapacidad forjadas sobre todo localmente. Aunque el marco nacional sea el nivel prioritario de comparación, tenemos en cuenta algunas particularidades

² Marc Bloch recomendaba desarrollar un análisis comparado de las sociedades vecinas y contemporáneas “constantemente influenciados unos por otros”, prestando atención a los cambios de conceptos y de vocabularios “según los lugares y los tiempos” (Bloch, 1928, p. 32).

provinciales (o estatales en Brasil) y municipales, que son innovadoras y hacen progresar el marco nacional. El estudio del nivel municipal (limitado generalmente a las ciudades más grandes, Madrid, Buenos Aires y San Pablo) es también necesario para comprender las luchas que requieren respuestas locales, por ejemplo, el derecho de venta ambulante para las personas con discapacidad. Este estudio no pretende sin embargo observar con exactitud la pluralidad de las situaciones locales.

Un proyecto global de modernización de las políticas en materia de discapacidad promovido por las Naciones Unidas y las agencias especializadas

Tomar en cuenta las transferencias transnacionales incita a plantearse la singularidad de la trayectoria de las políticas públicas de cada nación en función del alcance de las posibilidades conocidas por los especialistas integrados en las redes transnacionales militantes,³ y de las normas promovidas por las organizaciones intergubernamentales.

Durante el periodo de entreguerras, las organizaciones intergubernamentales comienzan a interesarse por la causa de algunas categorías de personas con discapacidad (ciegos, mutilados de guerra, víctimas de accidentes laborales, simples de espíritu, etc.), pero la acción en este ámbito sigue siendo muy limitada. Las organizaciones intergubernamentales no se comprometen en la asistencia a las personas con discapacidad (mediante la aprobación de normas, la promoción de nuevas prácticas profesionales, la concesión de una asistencia técnica, etc.) hasta algunos años después de la Segunda

³ Pierre Bourdieu cita los trabajos de Lucien Febvre, quien puso de manifiesto “que un autor solo puede ser comprendido si se reconstruye el espacio de posibilidades dentro del cual ha construido su pensamiento, el universo de determinaciones sociales que hacen posible una creación singular al mismo tiempo que lo limitan” (Bourdieu, 1995, p. 113).

Guerra Mundial. Todos los organismos especializados de las Naciones Unidas (OIT, OMS, Unesco) desean entonces implicarse en algunos aspectos de la atención a las personas con discapacidad. Esta voluntad de implicarse en una causa común los lleva a mantener relaciones de competencia y de cooperación en estas cuestiones. Las zonas de solapamiento de competencias o de complementariedad de acción entre los organismos especializados son tan importantes que conducen rápidamente a una acción coordinada bajo los auspicios de las Naciones Unidas. En 1952, este organismo adopta un programa internacional coordinado de rehabilitación de los discapacitados físicos, que se amplía a continuación a los discapacitados mentales. Este programa internacional favorece la organización de políticas de rehabilitación (*rehabilitation*) “modernas” en numerosos países del mundo. El sector de la rehabilitación (traducido por “adaptación y readaptación” en francés y en español) pretende agrupar lo que antes estaba incluido en sectores relativamente distintos (reeducación funcional y profesional de los inválidos, protección social de los ciegos, protección social de los sordos, educación especializada). Por tanto, este término en inglés designa entonces el conjunto de las prácticas destinadas a permitir a las personas con una discapacidad física o mental “recuperar el máximo de sus capacidades físicas y mentales y reintegrarse en el papel social, profesional y económico que pueden desempeñar”.⁴

Una de las hipótesis de nuestro trabajo es que las organizaciones intergubernamentales adoptan un programa internacional y luego una serie de textos normativos cuyo contenido se alinea globalmente sobre un proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación (*rehabilitation* en inglés). El empleo de esta expresión merece ser justificada. Podría, erróneamente, consolidar la idea de que un proyecto occidental de modernización se impone en zonas “atrasadas”. Esta visión de una modernidad única, homogénea y hegemónica,

⁴ OIT, *Recommandation n°99 sur l'adaptation et la réadaptation professionnelles*, junio de 1955.

defendida por los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial, es errónea y debe ser rechazada (Eisenstadt, 2000, p. 24). Las sociedades no occidentales poseen su propia visión del progreso y son también capaces de formular proyectos de modernización, lo que nos obliga a contar con la existencia de múltiples proyectos de modernización. El uso de esta expresión debe pues limitarse a los casos donde los protagonistas formulan sus proyectos de innovaciones sociales recurriendo a la polarización tradición/modernidad (Cooper, 2010, p. 158). Ahora bien, precisamente, a principios de los años cincuenta, los expertos internacionales elogian la modernidad del programa internacional de rehabilitación. No resulta sorprendente, ya que las grandes potencias (Estados Unidos, Francia, Reino Unido, URSS) comparten en esta época la misma convicción –los proyectos de modernización económica y social son necesarios–, lo que contribuye a hacer de la modernización uno de los principales objetivos de la acción de los organismos intergubernamentales (Cooper, 2010, p. 200).

La utilización de esta expresión nos permite centrar la atención en los vínculos que unen un conjunto de normas legales, configuraciones institucionales, especialidades profesionales y un vocabulario específico, construido como un conjunto coherente de marcadores de progreso en un ámbito social particular (la discapacidad) por militantes transnacionales. El proyecto de modernización de la rehabilitación (*rehabilitation*) se caracteriza sobre todo por una legalidad liberal en el ámbito del empleo, con la denegación de las medidas de cuota aplicadas a las empresas privadas, la creencia en una productividad potencialmente igual de los inválidos, la valorización del empleo selectivo en el medio competitivo para los trabajadores discapacitados productivos, la constitución de talleres protegidos para las personas discapacitadas juzgadas poco productivas y aquellas en desempleo, y una tendencia a la igualación de las condiciones de vida de las personas inválidas con las de las válidas. Se caracteriza también por el principio de coordinación de las políticas sectoriales, por una tendencia a la igualación de los derechos entre todas

las categorías de inválidos, por la promoción de la movilidad y del deporte de competición, y por la división de las responsabilidades entre los organismos públicos y las asociaciones privadas. Estas normas se inspiran sobre todo en las experiencias de los países del espacio noratlántico (Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Noruega).

No obstante, un proyecto de modernización no es necesariamente coherente por completo, ni estable en el tiempo. Algunos de sus elementos secundarios pueden desaparecer o aparecer con el paso del tiempo, en particular, después de las confrontaciones con las experiencias exteriores que obligan a los actores a reconsiderar sus propias construcciones ideológicas (Cooper, 2010, p. 178). El objetivo mismo de la modernización de las sociedades puede desaparecer si los actores dejan de hacer referencia a la modernidad en sus discursos. De la misma manera, la base geográfica del proyecto de modernización puede variar durante el tiempo. El proyecto de modernización de la rehabilitación que se construye después de la Segunda Guerra Mundial es un proyecto híbrido, basado en múltiples experiencias geográficamente situadas en el espacio noratlántico, y en interacción más o menos limitada con otras experiencias internacionales. Aunque sea percibido como en ruptura total con las experiencias previas por los actores sociales, no lo es (Therborn, 2003, p. 294). Los defensores de este proyecto de modernización deben ser identificados con el fin de aclarar lo que les mueve a rechazar la “tradicición”. Este proyecto de modernización constituye sobre todo un marco interpretativo del progreso en el cual algunos actores se basan para emitir reivindicaciones políticas y sociales (Cooper, 2010, p. 156).

El empleo de esta expresión mantiene un defecto importante: vehicula una concepción uniformemente positiva de este proceso de transformación de las políticas públicas, por lo que encubre así simbólicamente sus consecuencias negativas y sus fracasos potenciales.

La internacionalización de las políticas y del derecho en materia de discapacidad

A través de los estándares que adoptan, los organismos intergubernamentales legitiman pues un proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación. Estas normas internacionales son difundidas después a nivel internacional por la acción de los expertos de los organismos intergubernamentales y de las comunidades organizadas (ONG, Iglesias, etc.) que transfieren este discurso a escala local y nacional (Kott y Droux, 2013, p. 4).

Se debe utilizar el concepto de internacionalización de las políticas públicas en materia de discapacidad. Según nuestro punto de vista, este concepto debe referirse a los procesos de construcción, difusión e institucionalización de paradigmas de políticas públicas, estándares, procedimientos y “formas de hacer” que se definen a nivel internacional por organismos intergubernamentales y que luego se integran o no en las políticas públicas a nivel nacional,⁵ tras su apropiación por parte de los actores locales y las decisiones adoptadas por los gobiernos. Hablar de la internacionalización de las políticas públicas en materia de discapacidad se basa en dos postulados: por un lado, en que existen políticas nacionales suficientemente distintas y, por otro, en que estas políticas nacionales están sujetas a una forma de permeabilidad y a cambios imputables a factores internacionales (Boncourt, 2011, p. 23). Una de las principales hipótesis de nuestro trabajo se basa en la idea de que la definición (o las tentativas de definición) de normas internacionales y paradigmas de políticas públicas internacionales por los organismos intergubernamentales (OIT, OMS, ONU, UNESCO) conduce a cambios significativos en la orientación de las políticas públicas en materia de discapacidad a nivel nacional. Como señala Frederick Cooper, el historiador debe centrarse en identificar los límites de esta internacionalización (2010,

⁵ Esta definición de la internacionalización se basa en la definición de la europeización desarrollada por Radaelli (2006, p. 193).

p. 142). La traducción a nivel nacional de esta dinámica de internacionalización depende de “las configuraciones de interacciones entre los actores preexistentes” (p. 142).

Las normas y estándares internacionales que deben seguirse en las políticas públicas en materia de discapacidad son definidas –a veces de manera conflictiva– tanto por los organismos intergubernamentales como por las numerosas ONG implicadas. Su acción contribuye a la institucionalización de conocimientos, técnicas e instituciones que se consideran universales a partir de entonces. Los textos internacionales sobre derechos (convención, declaración, recomendación) aprobados por los organismos intergubernamentales poseen una verdadera eficacia por su valor performativo. La Conferencia Internacional del Trabajo aprobó la *Recomendación núm. 99 sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos* en junio de 1955. El 20 de diciembre de 1971, la Asamblea de las Naciones Unidas adoptó la *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*, que fue seguida de la *Declaración de los Derechos de los Impedidos* el 9 de diciembre de 1975. Todas estas normas, elaboradas en nombre del interés colectivo de la humanidad, se construyen en el seno de organismos intergubernamentales que constituyen no solo lugares donde se escenifica la confrontación Este-Oeste, sino que son también “espacios políticos y sociales, centros de tránsito” entre los países de los bloques de la Guerra Fría (Kott, 2011a, p. 144). En este libro queremos arrojar luz sobre la génesis del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y los principales textos normativos adoptados por la OIT y las Naciones Unidas.

Las resoluciones adoptadas en conferencias internacionales o por las asambleas de los organismos internacionales tienen efectos ambivalentes. Por un lado, proporcionan una base para la movilización política de ciertos actores en los países estudiados. Por otro lado, estas resoluciones son documentos normalizadores, que tienden a reducir el número de utopías y alternativas previamente consideradas por los actores (Hassenteufel, 2005, p. 128), a favor de las únicas

soluciones políticas “aceptables” por los actores dominantes en la esfera internacional.

El objetivo de nuestro estudio es entender cómo las interacciones, las circulaciones, pueden producir cambios en las políticas públicas nacionales. En los tres países estudiados, las políticas públicas se ven afectadas por un proyecto global de modernización de las políticas en materia de discapacidad (el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación) según una intensidad y una temporalidad variables.

Es necesario observar los fenómenos complejos de circulación de información (obras, periódicos, escritos diversos, etc.) y de personas (mediadores), pero también los fenómenos de apropiación del conocimiento y de ideas. Este fenómeno de apropiación “se refiere a las formas por las cuales la civilización o los grupos receptores transforman y distorsionan las contribuciones para adaptarlas a su propio contexto cultural y a sus propias necesidades sociales” (Ruggiu, 2007, p. 386). No hay que olvidar el examen de las posibles resistencias a la transferencia de un grupo a otro, o de las desconexiones resultantes de dificultades lingüísticas, divergencias ideológicas, discontinuidades culturales o disensiones de carácter pragmático. El principal objetivo es identificar el estatus social y político de las personas que se apropian estas ideas o las rechazan, ya que su estatus determina en gran medida la futura difusión de la información.

Los expertos internacionales sobre la discapacidad, que trabajan en organizaciones internacionales, en grandes asociaciones nacionales o en administraciones, constituyen los principales agentes de estas transferencias culturales transnacionales. Estos expertos (médicos, profesionales de la rehabilitación, asistentes sociales, etc.) mantienen contactos regulares entre ellos y participan de dinámicas comunes.

Para dar un sentido a la multitud de flujos circulatorios existentes a escala internacional, Pierre-Yves Saunier sugiere reconstituir regímenes o configuraciones circulatorias y conectivas, “concebidos como la regularidad que dirige las posibilidades de los actores, los

contenidos, las direcciones y los impactos de los flujos circulatorios” (2010, p. 152). Para ello, el historiador debe tratar de entender las tentativas de los actores para ordenar el espacio de los flujos y la manera en que estos flujos constituyen recursos para los actores locales. Se trata de identificar “las interacciones sostenibles entre los actores mutuamente identificados que participan en estos flujos, ya sea en forma de competición, cooperación o jerarquía” (Saunier, 2008, p. 16). Desde su creación, los organismos intergubernamentales han desempeñado un papel importante en la organización de estos flujos circulatorios (información, expertos, becarios, material). Son sus administraciones, junto con los responsables de las principales ONG del sector, las que determinan los regímenes circulatorios en los ámbitos de la discapacidad.

Marco geográfico y cronológico

Después de una investigación preliminar en varios países (Francia, Argentina, España, Uruguay y Paraguay), decidimos centrarnos en el análisis de los casos de Argentina, Brasil y España. Los primeros constituyen las dos potencias de América del Sur y sus políticas sociales se extienden por lo general a nivel regional. Argentina fue el primer país de América Latina en adoptar una ley sobre la protección integral de las personas discapacitadas en 1981, tras lo cual varios funcionarios argentinos fueron enviados a Uruguay y a Paraguay para redactar proyectos de legislativos en esa materia de discapacidad. Por otra parte, España desempeña un rol polarizador en la circulación de la información en materia de discapacidad en el ámbito iberoamericano durante el primer tercio del siglo XX y a partir de finales de los años sesenta. Así pues, en los setenta y ochenta se institucionalizó un espacio iberoamericano de intercambio de información sobre la discapacidad, lo que facilitó la convergencia gradual de las políticas públicas en materia de discapacidad a nivel iberoamericano.

Estos tres países (Argentina, Brasil y España) experimentaron regímenes dictatoriales durante los años sesenta y setenta que obstaculizaron las movilizaciones políticas en favor de los derechos de las personas discapacitadas. También comparten una proximidad lingüística que facilita los intercambios entre ellos. Tanto el español como el portugués están marginados en las instituciones intergubernamentales, dominadas por el inglés y el francés durante el periodo estudiado. Como resultado, la terminología sobre la discapacidad en estos países es a menudo el resultado de la apropiación y de la traducción de las denominaciones francófonas y anglosajonas por parte de los actores locales.

Nuestro estudio abarca un período de seis décadas, de 1918 a 1983. A partir de los años veinte, varios organismos intergubernamentales (SDN, OIT, etc.) asumen cuestiones sociales como las de mutilados de guerra, víctimas de accidentes laborales y ciegos, a raíz de la interpe-lación de actores asociativos o gubernamentales. A escala nacional, el periodo de entreguerras se caracterizó por la aparición de movili-zaciones de ciegos en los tres países estudiados y de asociaciones de inválidos civiles en España. Los años cincuenta marcaron un punto de inflexión en las políticas públicas internacionales en materia de discapacidad, con la aprobación del programa internacional de re-habilitación coordinado por las Naciones Unidas (1952) y la adopción de la *Recomendación núm. 99 de la OIT en 1955*. A partir de los años cincuenta, varios especialistas enviados por organismos interguber-namentales estuvieron circulando en los tres países estudiados con el fin de considerar la organización de un programa nacional de re-habilitación. Se organizaron institutos nacionales de rehabilitación en Argentina y Brasil en 1956 y en España en 1957.

Los primeros años de la década de los ochenta marcaron el final de un ciclo para las políticas públicas internacionales en materia de discapacidad, con la organización del *Año Internacional de los Impedi-dos* (1981) y el *Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos* (1983-1992). En ese mismo periodo, cada país siguió cuidadosamente las recomendaciones de la ONU y adoptó una ley de protección integral

de las personas discapacitadas (en 1981 en Argentina, 1982 en España, 1989 en Brasil).

Historicizar el concepto de *rehabilitation*

Si bien es posible distinguir varios sectores de acción pública a principios del siglo XX (reeducación médica y profesional, educación de los anormales, protección social a los ciegos), las fronteras de estos sectores varían con el tiempo, superponiéndose a veces, distanciándose en otros momentos. Además, la partición sectorial no es similar según los niveles (internacional, nacional, local), ya que el grado de consolidación de cada sector varía en función de las decisiones sobre inversión adoptadas por las autoridades públicas y las asociaciones.

Centramos nuestro estudio en el sector de la rehabilitación, cuyas fronteras varían con el transcurso del tiempo. Este enfoque se justifica por varios motivos. Por un lado, las políticas de rehabilitación tendían a abarcar otras políticas sectoriales (educación especial, protección social para los ciegos, etc.) durante la década de los cincuenta a escala internacional. Por otra parte, el sector de la rehabilitación es un sector pertinente para observar las continuidades y discontinuidades de la acción de los organismos intergubernamentales debido a la pronta aplicación de una política de reeducación funcional y profesional para los mutilados de guerra y las víctimas de accidentes laborales. Por último, el primer texto aprobado por los organismos internacionales sobre los derechos de las personas discapacitadas se refiere a la rehabilitación (*Recomendación núm. 99 de la OIT*). Las modalidades de aplicación del derecho al trabajo constituyen el tema más polémico entre los protagonistas durante el periodo estudiado.

Varios autores tratan de entender el sentido del proceso de rehabilitación desde una perspectiva filosófica o antropológica. Henri-Jacques Stiker analiza así el nacimiento de la rehabilitación en las décadas de los años veinte y treinta como una práctica cuyo objetivo principal es reintegrar al inválido dentro de la conformidad social,

guiado por el deseo de borrar o hacer desaparecer su anomalía (Stiker, 2005, p. 146). La inadaptación de los inválidos debe compensarse para permitirles adaptarse a las condiciones de una sociedad industrial consideradas como normales. El desarrollo de la rehabilitación a lo largo del siglo XX ha sido concebido durante mucho tiempo con la impronta de una visión “médica” única de la discapacidad, reduciendo la persona discapacitada a su deficiencia, al menos hasta los años setenta, cuando se produce un cambio hacia una rehabilitación más centrada en las necesidades de la persona asistida. Sin embargo, investigaciones recientes muestran que sería erróneo y reductor considerar que la rehabilitación ha conocido una transformación desde una perspectiva biomédica hacia un enfoque social de la discapacidad, centrado en la persona (Gzil et al., 2007, p. 1617). De hecho, existen numerosas otras interpretaciones de la discapacidad (médicas, sociales, religiosas, industriales, etc), y varias de estas interpretaciones pueden coexistir simultáneamente en el mismo país.

El sentido tradicional de la rehabilitación, como el conjunto de acciones médicas, terapéuticas, sociales y profesionales dirigidas a las personas incluidas en la categoría de “discapacitado”, proviene de la palabra inglesa *rehabilitation*, que se ha impuesto progresivamente después de la Segunda Guerra Mundial en la escena internacional. Esta globalización ha sido impulsada por países anglosajones, especialmente por los Estados Unidos y el Reino Unido. Hasta finales de la década de los años cincuenta, el contenido, los límites y los desafíos de la rehabilitación se debaten a nivel internacional y existen otros términos en muchas lenguas para designar ciertos componentes de este proceso (reeducación, readaptación, recuperación, reconstrucción).

Para aclarar las implicaciones del concepto de *rehabilitation*, nos parece pertinente interesarnos por el papel de las instituciones internacionales en la delimitación del perímetro de las prácticas cubiertas por el término *rehabilitation* y en la institucionalización de este término a nivel internacional. Esta perspectiva de investigación pone de relieve la coexistencia de varias concepciones simultáneas

de rehabilitación en diferentes áreas geográficas. De este modo, pretendemos evitar un escollo a menudo perceptible en la literatura sobre rehabilitación, la naturalización de la concepción anglosajona de *rehabilitation*. Se debe prestar atención a la polisemia y a la variabilidad del sentido de este concepto histórico en el espacio y el tiempo. En cuanto al período de entreguerras, parece más conveniente hablar de *reeducción funcional y profesional*, ya que esta es la terminología utilizada en los textos internacionales y prevalece en la mayoría de las legislaciones francófonas sobre la asistencia a los mutilados de guerra y a los inválidos civiles. La OIT emplea así el término *rééducation professionnelle* (“reeducción profesional” en español) en la *Recomendación núm. 22 sobre indemnización por accidentes de trabajo*, que aprobó en 1925.⁶ La versión inglesa de esta recomendación utiliza la expresión *vocational reeducation*, que refleja la preeminencia del francés en el lenguaje técnico sobre la terminología americana de la época (*vocational rehabilitation*).

El uso de dos términos diferentes para calificar las políticas de asistencia a los inválidos durante la primera (*rééducation*) y la segunda mitad del siglo XX (*rehabilitation*) tiene la ventaja de diferenciar estos dos períodos. Si bien esta distinción terminológica es coherente a nivel internacional, resulta cuestionable a nivel nacional, si se tienen en cuenta la diversidad terminológica y las continuidades (en términos de infraestructuras, personal, normas, etc.) que existen en este sector durante el siglo XX.

Este giro del concepto francófono *rééducation* hacia el concepto anglosajón *rehabilitation* revela una transformación radical en los desafíos de este sector a mediados del siglo XX. Sin embargo, la conservación de este último término a lo largo de la posterior segunda mitad del siglo no significa que no experimente ningún cambio. Así pues, debe quedar claro que “la identidad nominal de los conceptos y de las técnicas oculta la profunda transformación de los desafíos y

⁶ OIT, *Recommandation n°22 sur la réparation des accidents du travail (indemnités)*, 1925.

de las relaciones de poder y, por tanto, de los hábitos sociales” (Christin, 2001, p. 5).

El cruce de múltiples fuentes fragmentarias

Nuestra investigación se basa en muchas fuentes: archivos internacionales (SDN, OIT, OMS, UNESCO, Unesco, ONU), archivos administrativos nacionales, archivos asociativos, archivos parlamentarios, revistas asociativas, prensa oficial y nacional, entrevistas, actas de congresos. Analizamos documentos oficiales producidos por las organizaciones internacionales, pero también notas, correspondencia, memorandos e informes contenidos en los archivos de estas organizaciones. Estos documentos, destinados al uso interno, proporcionan información sobre la naturaleza de las relaciones que se establecen entre todos los actores involucrados en la construcción de las políticas públicas y la contribución real de cada uno de ellos (Kott, 2011b, pp. 15-16). A nivel nacional, se ha privilegiado el estudio de los archivos de las principales asociaciones interlocutoras del poder político federal o nacional (federaciones de asociaciones de padres de niños con discapacidad intelectual, asociaciones de ciegos, asociaciones de personas discapacitadas físicas). Los documentos más interesantes en los archivos asociativos son las memorias anuales y las actas de las reuniones del comité directivo.

En los tres países, los archivos administrativos relacionados con la producción de políticas públicas no son de fácil acceso. Contienen documentos administrativos preparados por un director administrativo o un grupo de trabajo para uso interno, así como correspondencia enviada por las asociaciones.

Para completar estos datos, recogimos los informes oficiales publicados por las administraciones sobre las políticas públicas en materia de discapacidad. Estos informes públicos tienen por objeto la evaluación del estado de las políticas públicas y el hacer visibles los nuevos objetivos. Proporcionan información estadística útil, pero la

presentación de estos datos suele ser sesgada, ya que tiende a demostrar la amplitud y la eficacia de las políticas públicas.

En Brasil y España, se logró consultar los archivos parlamentarios, que nos proporcionan información muy valiosa sobre las demandas legislativas de las distintas comunidades organizadas (asociaciones, iglesias, empresas privadas, etc.). En los tres países también se ha consultado la prensa oficial, que contiene los debates parlamentarios sobre los proyectos de ley y las leyes que nos interesan.

También se ha consultado la prensa de forma puntual para obtener información adicional sobre determinados acontecimientos o reuniones políticas. Se ha recurrido a entrevistas con testigos de la época, ya fueran líderes asociativos, funcionarios administrativos o simples activistas, que revelan su verdad, es decir, un fragmento de memoria que ha sido moldeado por el olvido y la imaginación, pero también una interpretación de lo vivido en función de la actualidad y de quien los entrevista. Estas entrevistas fueron realizadas entre 2008 y 2011 a personas con discapacidad de un determinado capital cultural, social, político o económico.

La confrontación de todas estas fuentes permite proporcionar elementos explicativos sobre la internacionalización del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación en los tres países estudiados. No obstante, no se deben infravalorar los límites del análisis propuesto. En primer lugar, nuestra comprensión de la construcción de las políticas públicas en materia de discapacidad es incompleta, ya que por falta de tiempo se excluyeron del análisis varias enfermedades endémicas (lepra, tuberculosis, paludismo, etc.), susceptibles de provocar incapacidad. Además, nuestra percepción del proceso de internacionalización es restringida. Las fuentes consultadas no permiten conocer las actividades de las grandes fundaciones americanas, ni el conjunto de los intercambios de información. Se contabilizan con más facilidad los viajes oficiales o las estancias de formación de los profesionales, que los viajes de ocio de los actores, que también pueden dar lugar a intercambios de información y experiencias. No tuvimos ocasión de consultar los archivos

de las ONG (RI, FIMITIC, ILSMH, etc), pero logramos compensar parcialmente esta laguna analizando las actas publicadas de los congresos de estas organizaciones. No obstante, estos documentos reflejan bastante mal el vigor de los debates y ocultan los intensos intercambios que tienen lugar fuera de las sesiones oficiales (Kaeser, 2010, p. 22). En ausencia de fuentes personales (diarios íntimos, cartas), no es fácil examinar los mecanismos de apropiación de la información. Vamos pues a limitarnos a analizar la participación de los agentes de los tres países estudiados en los congresos internacionales.

Además de estas limitaciones, el principal escollo en este análisis a nivel internacional reside probablemente en la escasa consideración de los fenómenos de circulación de la información y de producción de las normas a nivel regional (panamericano o latinoamericano o iberoamericano, europeo). En efecto, algunos organismos regionales (Comunidad Económica Europea, Organización de los Estados Americanos) se apropian de las iniciativas y las normas promovidas por los organismos intergubernamentales (OIT, OMS, ONU) y su acción entra después en competencia o en complementariedad con la de los otros organismos (OIT, OMS, ONU) (Cayet y Rosental, 2013, pp. 10-11). Nuestra comprensión del impacto de las políticas públicas es incompleta ya que abordamos la cuestión de la recepción de la acción pública principalmente bajo el prisma de datos cuantitativos, es decir, el número de individuos afectados por una política pública. Las fuentes disponibles raramente permiten mencionar la calidad de las prestaciones ofrecidas, así como los parámetros reales de acceso a estas políticas. Sería muy interesante incluir en el estudio los procesos por los cuales los individuos deciden obtener o no los beneficios de una determinada política pública y por qué prefieren a veces recurrir a tratamientos y sistemas de atención alternativos, populares, étnicos u otros. Pero estas cuestiones requerirían otra metodología, más bien de tipo antropológico, lo que necesitaría otro estudio. Lo mismo sucede con la cuestión de la experiencia concreta de las personas con discapacidad que siguen estos procesos de rehabilitación (Ville, 2008).

La originalidad de nuestra tesis consiste pues en reconstituir la génesis y el desarrollo de las políticas públicas en materia de discapacidad, en una perspectiva cruzada entre tres países: España, Argentina y Brasil. Se trata en primer lugar de entender los mecanismos y los límites de la internacionalización del proyecto noratlántico de modernización de la *rehabilitation* en estos tres países.

Los principales desafíos de las políticas en materia de discapacidad han evolucionado a lo largo las décadas, pero estos cambios no se realizan al mismo ritmo según las escalas geográficas y los territorios en cuestión. Por lo tanto, en una primera parte se trata de la construcción de las políticas internacionales en materia de discapacidad y en una segunda parte de la construcción de las políticas públicas a nivel nacional, ambas partes estructuradas cronológicamente.

El primer capítulo explica la génesis de las políticas internacionales en materia de discapacidad, focalizándose sobre la aparición de los problemas públicos transnacionales de la incapacidad y la ceguera (1918-1945). El segundo capítulo trata de las metamorfosis sucesivas de la política internacional en materia de discapacidad (1946-1983). Esta división cronológica refleja el cambio operado a escala internacional a raíz de la Segunda Guerra Mundial, con la unificación de todas las cuestiones relativas a la discapacidad en torno a una sola problemática, la rehabilitación integral de los “discapacitados” de inspiración liberal. El tercer capítulo analiza el papel de las instituciones internacionales en el proceso de clasificación de los “inválidos” (1920-1981).

La segunda parte intenta distinguir la temporalidad de las políticas públicas en materia de discapacidad comunes a los tres países estudiados. Para esto, es necesario articular al menos tres cronologías, la vinculada a la internacionalización de las normas y paradigmas de las políticas públicas, la vinculada a la clasificación de la acción pública a nivel nacional y la de los regímenes políticos, que influyen sobre los tipos de interacciones posibles a nivel nacional. Estas cronologías son distintas, pero hay interacción entre ellas. Como

Argentina, Brasil y España no pertenecen a los países fundadores del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación, la intervención de los organismos intergubernamentales constituye un importante marcador cronológico de la temporalidad nacional de sus políticas públicas. Se abordará en el capítulo cuatro la construcción de las políticas nacionales heterogéneas de rehabilitación de los inválidos (1920-1955); en el capítulo cinco, la reorientación de estas políticas tras la intervención de las Naciones Unidas y de las agencias especializadas en el ámbito de la rehabilitación (1956-1967); en el capítulo seis, la lenta transformación de las políticas públicas bajo las dictaduras (1968-1983); y por último, en el capítulo siete, las movilizaciones radicales por los derechos de las personas con discapacidad durante esta última década.

Primera parte

**Génesis y metamorfosis de las políticas
públicas internacionales en materia
de discapacidad (1918-1983)**

Esta primera parte pretende explicar la génesis y las metamorfosis sucesivas de las políticas públicas internacionales en materia de discapacidad. Nuestro análisis se centra únicamente en las políticas públicas multilaterales adoptadas por las organizaciones internacionales, es decir, en todos los programas de acción asumidos por las organizaciones internacionales, cuyos efectos van mucho más allá del marco de un territorio nacional (Petiteville y Smith, 2006, p. 362). Estas políticas sociales se desarrollan en un largo periodo de tiempo según un proceso no lineal y constituyen soluciones a situaciones problemáticas convertidas en “problemas públicos” por los actores involucrados.

Deseamos mostrar cómo se construyen y se conceptualizan las cuestiones relativas a la discapacidad (invalidez, ceguera, etc.) como problemas públicos a nivel internacional y cómo luego se reformulan estas cuestiones durante el siglo XX. La aparición de un problema público es el resultado de una sucesión de acciones: actores sociales dotados de cierto estatus identifican una situación problemática a partir de la experiencia de un desorden (no conforme a las normas sociales vigentes); realizan un estudio “que permite circunscribir una situación que hay que regular o controlar y determinar progresivamente los componentes y los desafíos que presenta” (Cefaï y Terzi, 2012, p. 10); luego utilizan su capital relacional, social, político

y económico para constituir públicos (profanos o expertos) afectados por esta situación problemática y dar a conocer esta situación en múltiples foros de debate; demuestran así que estos problemas públicos requieren una respuesta que supere la soberanía nacional; luego logran convencer a las organizaciones internacionales para que resuelvan este problema; el problema se convierte a partir de entonces en objeto de intervención pública para las organizaciones internacionales y se institucionalizan las soluciones adoptadas.

Al realizar el estudio, se define y se circunscribe el problema, se denuncian algunas causas geográficamente localizadas –sin designar sistemáticamente a los responsables– y se encuentran soluciones. Estos actores sociales formulan el problema en función de la información que tienen, de su cultura (jurídica, científica, política), de sus intereses y de las soluciones adecuadas que se barajen. Si el estudio es bueno una vez finalizado, permite atribuir una objetividad factual y moral a una situación problemática (Cefai y Terzi, 2012, p. 19-20). El problema puede después ser redefinido a medida que el equilibrio de relaciones de fuerza cambia y/o surgen nuevos actores.

El proceso de transformación de una situación de desorden en un problema público transnacional no es lineal. En efecto, el reconocimiento de un problema social no está directamente relacionado con la gravedad de este desorden en la vida de las personas, sino que depende más bien de la movilización de los actores para legitimarlo, de su estatus en la jerarquía de las cuestiones sociales, de su integración en el ámbito de competencias de una administración o de una asociación, de la amenaza que representa para el orden social, así como de las posibilidades existentes para resolverlo (Bonetti, 1993).

Los elementos de una situación problemática se hallan generalmente en varios universos sociales, pero los actores pueden construir, identificar y tratar el problema en un solo universo o varios universos, según su elección. Debido a la complejidad y al alcance de toda situación problemática que se plantea a nivel internacional, es probable que varias organizaciones intergubernamentales reivindicquen el hacerse cargo de este problema.

Deseosas de ampliar su campo de competencias, estas organizaciones compiten por la apropiación del problema, por la asignación de causalidades, por la propuesta de soluciones adecuadas para abordarlo y por la distribución de responsabilidades políticas. Estas relaciones conducen a una distribución más o menos permanente de los campos de competencias entre las organizaciones y a determinar el grado de autonomía de acción de cada una de ellas. Las relaciones entre las organizaciones pueden caracterizarse por la cooperación, la división del trabajo, la emulación, la rivalidad, la dominación, la eliminación o la subversión (Saunier, 2012). El tratamiento administrativo de un nuevo problema por parte de las organizaciones internacionales conduce muchas veces a la creación de secciones administrativas especializadas y a la contratación de agentes administrativos especializados, encargados de llevar a cabo estudios y de poner en marcha una política internacional sobre el tema. Estos funcionarios internacionales están jurídicamente desvinculados de los Estados.

Las organizaciones internacionales constituyen “espacios estructurados por relaciones entre individuos y grupos de actores que, a su vez, contribuyen a su (re)estructuración” (Kott, 2011b, pp. 15-16). Por lo tanto, es necesario deshacerse de la imagen monolítica de las organizaciones y mostrar tanto la pluralidad de voces dentro de cada una de ellas como el tipo de relaciones que los individuos mantienen dentro del conjunto institucional (Revel, 1995, p. 72). El estudio de la trayectoria biográfica de los funcionarios internacionales es útil para percibir mejor la multiposicionalidad de los individuos que trabajan en estas organizaciones, las múltiples lealtades (con un gobierno, una fundación, etc.) a las que están sometidos durante su trabajo. Sin embargo, por falta de fuentes, nos limitaremos aquí a mencionar brevemente la trayectoria profesional de los funcionarios internacionales especializados en discapacidad.

El objetivo principal consiste en medir el papel de las ONG, de los Estados, de los sindicatos y de las iglesias en la construcción de problemas públicos relacionados con la discapacidad, en la delimitación

transnacional de los derechos de las personas con discapacidad y en la construcción de las políticas públicas internacionales en materia de discapacidad. También deben definirse las modalidades y los límites de la internacionalización de las políticas públicas en materia de discapacidad. La geografía de los territorios donde se movilizan los actores que contribuyen a la construcción de problemas públicos a nivel internacional y la de los territorios afectados por las políticas públicas internacionales en materia de discapacidad merecen ser identificadas. Esta atención por la geografía permite cuestionar el papel de los países europeos y anglosajones en la construcción de modelos de políticas públicas a nivel internacional, identificar las estrategias geopolíticas y descentrar la mirada hacia otros países del mundo.

Por último, resulta esencial trazar la génesis de las categorías de intervención pública de las organizaciones internacionales en el campo de la discapacidad. Estas categorías constituyen referencias constantes en la mente de los actores para clasificar a las poblaciones implicadas, asignarles un estatus y definir las políticas que se les destinan. Estas categorías estructuran por tanto los modos de construcción, tratamiento y percepción de los problemas (Dubois, 2003, p. 352).

Capítulo 1

La aparición de los problemas públicos transnacionales de la invalidez y de la ceguera (1918-1945)

El 28 de abril de 1919, los participantes en la Conferencia de la Paz de París adoptaron un pacto por el que se establecía la Sociedad de las Naciones (SDN). Esta nueva organización, con sede en Ginebra, tenía como objetivo principal promover el desarme y velar por el mantenimiento de la paz. En 1920, la Sociedad de las Naciones reunía a 42 países, procedentes en su mayoría de Europa y América Latina. Los Estados Unidos se abstuvieron de adherirse a ella porque el Senado se negó a ratificar el Tratado de Versalles. Sin embargo, los Estados Unidos contribuyeron considerablemente a la financiación y ejecución de las actividades de la Liga a través de las fundaciones estadounidenses (Tournes, 2012). Ausentes inicialmente, Alemania y la URSS acabaron integrando la Liga en 1926 y 1934 respectivamente. La Liga, que constituía entonces el centro de gravedad de las relaciones internacionales, permaneció centrada en Europa durante mucho tiempo. Es más, Francia y Gran Bretaña dominaban en ese tiempo la organización.

Tras la constitución de la Liga, se crearon otras instituciones afiliadas, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de Higiene (OH) y el Comité de Protección de la Infancia (en francés, Comité de Protection de l'Enfance, CPE). En 1919, se

fundó una Sección de Higiene provisional dentro de la Liga para hacer frente a los estragos causados por la gripe española y las epidemias de tifus. La Organización de Higiene, constituida en 1922, tomó el relevo de la sección provisional. La Sección de Higiene, dirigida por el médico polaco Ludwik Rajchman, es el órgano ejecutivo de la OH, que desarrolla rápidamente un amplio programa de acción, estudiando casi todos los temas propuestos en el ámbito de la prevención y la lucha contra las enfermedades. Sin embargo, un gran número de estos estudios técnicos fueron limitados o se suspendieron por falta de financiación o de personal (Borowy, 2009, p. 135). Su acción se centraba en la estandarización biológica y la lucha contra determinadas enfermedades infecciosas (paludismo, tuberculosis, cáncer, enfermedad del sueño), apoyándose en colaboradores científicos de prestigio. Contribuyeron a los intercambios científicos internacionales sobre el tema y participaron en la promoción de la medicina social a partir de los años 1930.

Creada en 1919, la Organización Internacional del Trabajo (cuya Secretaría es la Oficina Internacional del Trabajo) tiene por objetivo promover soluciones reformistas a los problemas sociales a través del diálogo entre los actores sociales a fin de evitar los conflictos sociales y económicos (Rodgers et al., 2009, p. 2). Una paz universal y duradera solo es posible sobre la base de la justicia social. Por su composición tripartita (patronos/trabajadores/Estados), la OIT rompía radicalmente con el modelo de economía estatista implementado en la URSS. Por lo tanto, es coherente considerar la OIT como el producto de una primera guerra fría (Kott, 2011a, p. 144). Durante el periodo de entreguerras, la Oficina Internacional del Trabajo elaboró una serie de reformas sociales que regulaban las condiciones del trabajo industrial y agrícola en el marco del sistema económico capitalista (Kott, 2008, p. 29). Estas reformas se inspiraban en las tradiciones socialista reformista y liberal social. Elaboradas por expertos y aprobadas en forma de convenio o recomendación, estas normas pretendían ser universales. La acción de la OIT apuntaba también al “desarme moral” de los pueblos europeos, con el fin de evitar una

nueva guerra mundial. En este sentido, la OIT, al igual que la Liga, contribuyeron a la reconstrucción de un espacio europeo durante el periodo de entreguerras (Horne, 2004, p. 235).

En 1924, después de negociar con la Asociación Internacional para la Protección de la Infancia (AIPE), la Liga acordó crear un Comité de Protección de la Infancia (CPE) dentro de la Sección Social de la Secretaría de la Liga. Se trasladó entonces a Ginebra al personal de la oficina de la AIPE para formar la secretaría del CPE (Droux, 2011, pp. 28-31). El CPE estaba integrado por delegados gubernamentales (con derecho exclusivo a la toma de decisiones), representantes de la OIT y de la Sección de Higiene y asesores de organizaciones privadas comprometidas con la protección de la infancia. Al inicio de su actividad en 1925, el CPE tenía como objetivo prioritario la actuación a favor del niño normal, pero también se proponía prestar interés al problema de los niños anormales (Miller, 1995, p. 162). No tenía los recursos necesarios para tales ambiciones y contaba con personal reducido y no especializado en el trabajo social. El CPE se disolvió en 1936 a favor de otro comité compuesto exclusivamente por representantes gubernamentales, el Comité de Asuntos Sociales.

Fundado en 1859, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) trabajaba tradicionalmente en favor de los heridos y víctimas de la guerra, pero a finales del año 1918 extendió su acción a las víctimas de hambrunas y epidemias (Herrmann, 2012). El CICR está dirigido por ciudadanos suizos unidos en la defensa del prestigio de su país. La Liga de Sociedades de la Cruz Roja (LSCR) se formó en mayo de 1919 por la Cruz Roja Americana, que quería orientar la acción de la Cruz Roja hacia actividades médicas relacionadas con la paz. Durante las décadas siguientes, estas dos organizaciones coexistieron actuando en el campo humanitario en nombre de la caridad. El CICR sigue siendo una organización más poderosa y geográficamente más abierta que la LSCR, que permanece bajo influencia anglosajona.

La Liga y sus instituciones afiliadas (OIT, OH, CPE) se encuentran atravesadas por múltiples tensiones, vinculadas a las divergencias ideológicas y religiosas de los actores y a los rencores de la guerra. La

Primera Guerra Mundial causó transformaciones contradictorias (sur-gimiento del comunismo y del fascismo, aspiración al pacifismo de ciertos actores, emergencia de los Estados Unidos como gran potencia, permanencia en el eurocentrismo de los actores europeos) que influyeron en las elecciones y decisiones de los actores (Girault y Frank, 2004, p. 159). Por ideología política, las organizaciones comunistas se negaron a colaborar con la Sociedad de Naciones y la OIT, al considerarlas organizaciones burguesas al servicio del imperialismo y el liberalismo.

Estas nuevas instituciones intergubernamentales (SDN, OIT, OH) y las ONG (CICR, LSCR) se hacen con las cuestiones sociales relacionadas con la invalidez de manera selectiva, en función de sus campos de competencia, de la coyuntura del momento (guerra, epidemias, etc., que aceleran la inclusión en el orden del día de algunas cuestiones), de las decisiones estratégicas adoptadas por los dirigentes de las organizaciones y del grado de movilización de las redes transnacionales militantes (*Transnational advocacy networks*) en torno a cada cuestión social. Estas redes transnacionales reúnen a “todos los actores relevantes que trabajan a nivel internacional sobre un tema y que están vinculados por valores comunes, un discurso común e intercambios densos de información y servicios” (Keck y Sikkink, 1998, p. 2). Así pues, agrupan actores heterogéneos (representantes de las ONG y de los Estados, de funcionarios de organismos intergubernamentales, etc.) que se comprometen en favor de una causa. Cada una abarca el conjunto de luchas políticas en torno a un tema común dirigidas por una diversidad de actores con posiciones divergentes, aunque vinculadas entre sí por eventos unificadores, la multiposicionalidad de los individuos y un engranaje de redes asociativas (Bereni, 2012, p. 30). Existen numerosos conflictos en el seno de las redes asociativas, debido a las aspiraciones divergentes de los actores y a los desafíos diplomáticos que pesan sobre la acción de las organizaciones. Las redes transnacionales militantes en favor de las causas relativas a la invalidez (inválidos de guerra, ciegos, sordos, etc.) se institucionalizan progresivamente con la creación de asociaciones internacionales a partir de la primera década del siglo XX.

Constituyen un cúmulo de experiencia y especialización que las nuevas organizaciones intergubernamentales (SDN, OIT, OH, CPI) van a movilizar rápidamente para construir sus nuevas políticas sociales al terminar la Primera Guerra Mundial.

Tras la Primera Guerra Mundial, la gestión del futuro de cientos de miles de mutilados de guerra constituye una gran preocupación de la Liga y del Comité Permanente Interaliado para el Estudio de las Cuestiones sobre los Mutilados de Guerra (CPI), que reúne a unos diez países aliados. Las políticas públicas internacionales se construyen entonces haciendo una distinción entre las políticas de asistencia a los mutilados de “guerra” y las políticas destinadas a los inválidos categorizados como “civiles”.

Durante el periodo de entreguerras, las organizaciones internacionales solo estudian verdaderamente a fondo las cuestiones de la invalidez y de la ceguera, mientras que otras cuestiones (la sordera, etc.) no llegaron a ser incluidas en el orden del día, a pesar de la movilización de algunos actores. ¿Con qué medios y con qué argumentos las redes transnacionales militantes logran imponer ciertas cuestiones –y no otras– en el programa de las organizaciones internacionales? ¿Cómo explicar la jerarquía de prioridades establecida por estas organizaciones?

Fin de la guerra y gestión transnacional del problema de los mutilados de guerra

Al terminar la Primera Guerra Mundial, varias organizaciones intergubernamentales (OIT, CPI, OH) así como el CICR se preocupan por el futuro de los mutilados de guerra y desean implicarse en este ámbito.

La legitimación del problema de los mutilados de guerra

Varios factores contribuyen a la consolidación del problema de los mutilados de guerra y a su gestión transnacional: el gran número de

mutilados de guerra y su poder a nivel nacional, la adopción de legislaciones nacionales en su favor, así como los progresos realizados en las técnicas de rehabilitación.

A nivel internacional, entre seis y siete millones de hombres acababan mutilados como consecuencia de la guerra. La mayoría de ellos tienen entre veinte y cuarenta años. Cinco países (Alemania, Francia, Gran Bretaña, Italia, Rusia) tienen que ocuparse de más de 800.000 mutilados cada uno, mientras que otros países (Austria, Checoslovaquia, Estados Unidos, Polonia, Reino de los Serbios, Croatas y Eslovenos) tienen que atender entre 100.000 y 350.000 mutilados. En todos estos países, los mutilados de guerra se agrupan en asociaciones cuyas posiciones políticas son generalmente antagónicas (apoliticismo, comunismo, catolicismo social, etc.). Por su gran número de miembros y por el hecho de representar a las víctimas de la guerra, estas asociaciones se convierten en actores potentes e ineludibles para el poder político.

Las asociaciones de mutilados de guerra adhieren generalmente a los roles y a las identidades convencionales. Su pundonor las lleva a valorar el sacrificio de los soldados y a sus miembros mutilados (Gerber, 2012, p. xiii). Para resolver el problema de su futuro profesional, las grandes asociaciones de mutilados de guerra de varios países europeos (Reino Unido, Alemania, Austria, Francia, Italia) reclaman que todos los empleadores privados y públicos se vean obligados a contratar un determinado porcentaje de inválidos entre su personal (International Labour Office [ILO], 1921, p. 4). Al mismo tiempo, los responsables políticos se enfrentan al aumento considerable de los gastos económicos ligados a las pensiones de los mutilados y desean aumentar la mano de obra disponible para el fortalecimiento productivo de la nación. Los profesionales de la rehabilitación están más preocupados por la consolidación de sus intereses profesionales (Ortuzar, 2011, p. 61). Bajo la presión de estos distintos actores, el deber tradicional de asistencia a los mutilados de guerra (pensiones, centros asistenciales) se transforma en un deber de reinserción profesional.

Varios países europeos (Francia, Alemania, Austria, Italia, Polonia) adoptaron así entre 1916 y 1924 medidas legislativas que determinaban la obligación de empleo de mutilados de guerra en empresas públicas y privadas. De este modo, ponen en marcha sistemas solidarios de organización social del trabajo con el fin de garantizar la inserción profesional de los mutilados. Además de la norma de las cuotas, algunas medidas legales autorizaban a los empleadores a reducir la remuneración de los mutilados de guerra con un rendimiento inferior y generalmente se imponían sanciones financieras a las empresas que infringían la ley.

Las organizaciones de mutilados solían exigir la igualdad de salario por la misma duración de la jornada laboral, mientras que las organizaciones patronales abogaban por que la retribución fuese definida en función del rendimiento. Las disposiciones legislativas adoptadas constituían normalmente un compromiso entre estas dos posiciones. Francia, que ya había instituido el acceso de los inválidos de guerra a los “empleos reservados” en las administraciones públicas mediante la Ley de 17 de abril de 1916, introdujo la obligación de empleo de una cuota del 10% de mutilados y de otras víctimas de la guerra en las empresas privadas mediante la Ley de 26 de abril de 1924 (Romien, 2005, p. 233). Esta ley autorizaba a los empleadores a reducir la remuneración de los mutilados de guerra en caso de disminución de su rendimiento, aunque al mismo tiempo garantizaba al inválido un salario al menos igual a la mitad del salario normal.

Destinada a personas que habían quedado inválidas en el transcurso de sus vidas, la reeducación médica y profesional de los años veinte tenía por objetivo devolver a los inválidos un estado de salud óptimo –lo más cercano posible del estado de salud previo a la invalidez–, y una capacidad de trabajo productivo. Las prácticas de la rehabilitación profesional no eran homogéneas en el continente europeo. No obstante, pueden observarse tendencias dominantes. Consistían en la instalación de talleres o escuelas de aprendizaje proveídos de herramientas especiales y profesores competentes. Si se toma el ejemplo bastante representativo de Francia, esta reeducación

profesional se basaba en la primacía atribuida a la recuperación de las funciones y a la “reinención de las capacidades de actuación” de los mutilados (Zygart, 2013, p. 22-23). La instrucción profesional que se impartía a los mutilados debe diferenciarse de la que se impartía a los trabajadores sin invalidez. Los inválidos debían ser agrupados en escuelas o centros de reeducación profesional para beneficiarse de la indiferencia social y de la seguridad emocional que conlleva el hecho de estar “entre sí”. Debían ser formados preferiblemente por profesores mutilados con el fin de suscitar dinámicas de identificación y de ambición (Zygart, 2013, p. 30). La libertad de los mutilados en proceso de reeducación era muy restringida, con la obligación de residir en internado y respetar una disciplina rigurosa y horarios predefinidos. Sin embargo, esta reeducación profesional no era una obligación para los mutilados. Los especialistas se mostraban optimistas sobre las capacidades de adaptación, invención e improvisación de los mutilados frente a su nueva actividad profesional. Las primeras estadísticas elaboradas ponían de manifiesto que los mutilados alcanzaban generalmente un rendimiento profesional equivalente a 2/3 o 3/4 del rendimiento de los otros trabajadores.

A partir del final del siglo XIX, se hicieron algunos esfuerzos en los países nórdicos y en Bélgica para crear prótesis en madera y en cuero, e instituir algunas técnicas de reeducación profesional. La Primera Guerra Mundial tuvo un efecto acelerador, permitió el perfeccionamiento de estas prótesis (dedos articulados por tensores, codo articulado, etc.), la formación acelerada de nuevos profesionales y el desarrollo de nuevas especialidades médicas (cirugía ortopédica y traumatológica, medicina física y fisioterapia). Estas nuevas especialidades fueron promovidas por organizaciones profesionales internacionales dirigidas por representantes europeos. En octubre 1929, los profesionales de la cirugía ortopédica y traumatológica fundaron una Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica, que se convirtió rápidamente en la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SICOT). Con sede en Bruselas, esta organización estaba dominada en gran medida por países europeos, pero incluía

también dos asociaciones americanas (de Estados Unidos y Venezuela). Organizó congresos internacionales en París (1930), en Londres (1933) y en Roma (1936).

Al mismo tiempo, surgieron médicos que intentaron especializarse en las terapias físicas (electroterapia, radiología, mecanoterapia, masaje) y reclamaron la independencia de su profesión frente a la cirugía y la traumatología. En Europa, los médicos interesados por estos temas definieron su nueva especialidad como medicina física y fisioterapia. Después de varios congresos internacionales, se fundó una Asociación Internacional de Fisioterapia (AIP) en 1930. Con sede en Lieja, estaba dominada por especialistas francófonos (belgas, suizos, franceses).¹ La asociación buscó el apoyo de la Organización de Higiene para que la fisioterapia fuese obligatoria en los programas de salud pública y de formación de los médicos. No obstante, su gestión no tuvo éxito, porque era necesario estar respaldado por un gobierno.² Los médicos especialistas en terapia física intentaron legitimar su especialidad en los dispositivos tecnológicos relacionados con la electricidad y la mecanoterapia, sin éxito. A pesar de su constitución en organización internacional, no consiguieron que su especialidad médica fuera reconocida por sus colegas. Este fracaso se explica en parte por la disociación de la radiología del resto de la terapia física (Climent, 2001, p. 245). La AIP se transformó a mediados de los años treinta en Asociación Internacional de Medicina Física y Fisioterapia (AIMPP). En 1936, la asociación agrupaba miembros procedentes de una veintena de países, principalmente europeos, pero también del continente americano (Estados Unidos, Argentina, Brasil).

¹ Archivo de la Sociedad de las Naciones [ASDN], R 5912. Carta, I. Gunzburg a la SDN, Amberes, 23 de septiembre de 1930.

² ASDN, R 5912. Traducción de una carta, Prof. Grober a Reichmann, Jena, 25 de enero de 1930.

La solidaridad interaliada, obstáculo a la internacionalización del problema de los mutilados

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) se hace primero con el problema de los mutilados de guerra. En de abril de 1917, el profesor Hector Lévi, de Florencia, propuso al CICR reunir la documentación existente en los dos campos sobre la reeducación profesional de los mutilados de guerra, y organizar a continuación una exposición internacional de aparatos de prótesis. La convocatoria de tal reunión en un país pacífico sería “la primera manifestación internacional de la vuelta al ideal cristiano del amor universal” (Ferrière, 1920, p. 890). En noviembre de 1917, el CICR aprobó la idea de un intercambio internacional de información sobre los cuidados de los heridos graves e inválidos, pero solamente sobre ese punto, ya que otros temas (organización de las ambulancias, reeducación funcional) constituían secretos de defensa nacional, pues podían contribuir “a volver a poner en pie a un combatiente momentáneamente alejado del frente” (Ferrière, 1920, p. 891).

El Comité Internacional distribuyó una circular en este sentido a las sociedades nacionales de la Cruz Roja, pero muchas de estas sociedades se negaron a intercambiar información sobre los cuidados de los inválidos, alegando la sobrecarga de trabajo y el hecho de que los métodos susceptibles de aumentar la aptitud al trabajo de los inválidos que podrían aplicarse en la vida civil también merecían seguir siendo secretos. Por lo tanto, se abandonó el proyecto de exposición internacional. En 1920, el vicepresidente del CICR, el Dr. Frédéric Ferrière, retomó la idea y se declaró favorable a la organización de una exposición internacional sobre prótesis para mutilados de guerra y sobre el trabajo de los mutilados en una conferencia internacional de la Cruz Roja (Ferrière, 1920). Pero este proyecto no llegó a concretizarse, ya que las sociedades nacionales de la Cruz Roja se declararon incapaces de contribuir a la organización de tal exposición internacional.

Constituido en julio de 1917 tras una Conferencia Interaliada para el Estudio de las Cuestiones sobre los Mutilados de Guerra, el Comité Permanente Interaliado para el Estudio de las Cuestiones sobre los Mutilados de Guerra (CPI) desempeñó un papel pionero en la regulación de la asistencia quirúrgica y de la reeducación funcional de los mutilados de guerra. Estaba compuesto por los delegados oficiales de los gobiernos aliados (Bélgica, Japón, Gran Bretaña, dominios británicos, Estados Unidos, Francia, Italia, Portugal, Rumania, Serbia, Rusia, Grecia), pero solo tenía un papel puramente consultivo. El CPI estaba dominado por los belgas y los franceses, que monopolizaban la presidencia y la secretaría. El objetivo del Comité era buscar los métodos más eficaces de reeducación profesional, colocación y protección social en los países aliados. Sus recursos estaban constituidos por subvenciones concedidas por los Estados. El CPI centraba su acción en torno a tres elementos: la organización de una conferencia anual, la publicación de la *Revista interaliada para el estudio de los problemas sobre los mutilados de guerra* y la organización en 1921 de un instituto técnico y científico de prótesis y aparatos ortopédicos en Bruselas. Dirigido por el Dr. Florent Martin, este Instituto estaba situado en locales que pertenecían a la Cruz Roja belga. Disponía de recursos y personal muy limitados, razón por la cual su actividad se limitaba a la búsqueda de información sobre las prótesis y a la publicación de algunos estudios. El CPI organizó también una exposición internacional sobre el trabajo de los inválidos en Gante en abril de 1923.

A partir de octubre de 1919, los dirigentes del CPI quisieron hacerse con el monopolio del estudio del problema de los mutilados e intentaron dejar de lado toda implicación del CICR en este tema. A su modo de ver, la acción de la Cruz Roja debería “limitarse a intervenciones directas en favor de los inválidos” (Ferrière, 1920, p. 892).

Desde 1917 hasta 1920, el CPI favoreció el desarrollo de las actividades de asistencia médica y quirúrgica, y de reeducación funcional. A partir de 1920, la existencia del CPI se vio amenazada por varios factores: por una parte, ya se habían resuelto los aspectos más urgentes

de la cuestión de los mutilados, es decir, los problemas médicos. La protección social se convirtió entonces en el problema prioritario, pero el CPI era poco competente en la materia, y no tenía la capacidad de obligar a los gobiernos a que adoptaran medidas legislativas sobre el tema. Por otra parte, nuevos organismos intergubernamentales (SDN, OIT) estaban desarrollando campos de competencia que invadían las competencias del CPI. Varios gobiernos (británico, serbio, italiano) ya no concedían sistemáticamente su confianza al CPI y recurrían a la OIT para obtener informes de evaluación fiables sobre la reeducación profesional. A partir de 1922, la actividad del CPI disminuyó, los debates eran menos profundos y en general se limitaban a las delegaciones de inválidos francófonas. Las resoluciones aprobadas eran generalmente mal estudiadas y confusas. Los logros del CPI se limitaban entonces a la organización de veladas mundanas (Cabanes, 2014, p. 45).

La dinámica de internacionalización de los problemas sociales transnacionales, que se aceleró con la decisión adoptada el 28 de abril de 1919 por la asamblea de la Conferencia de Paz de crear en Ginebra la Sociedad de las Naciones y luego con el final del bloqueo interaliado en junio 1919 (al que rápidamente siguió la disolución de los organismos económicos interaliados), creó tensión en la dinámica de solidaridad interaliada existente entre los gobiernos y entre las federaciones nacionales de mutilados.

Desde el 29 de abril de 1919, los dirigentes del CPI buscaron reforzar la autoridad de la organización preservando al mismo tiempo su campo de competencias, con la propuesta de que el CPI fuese considerado oficina o comisión de la SDN. La delegación italiana del CPI era especialmente favorable a esta inclusión en la SDN, ya que hubiera permitido obtener la protección jurídica de sus inválidos emigrados que eran extremadamente numerosos, así como abrir el Comité Interaliado a las potencias exenemigas. El 28 de junio de 1920, los miembros del CPI discutieron con amargura de las modalidades de adhesión a la SDN. Mientras que la delegación italiana era favorable a la transformación del CPI en comité internacional y a la

fijación de su sede en Ginebra, los representantes de las delegaciones francesas, belgas y yugoslavas se pronunciaron contra la internacionalización del Comité. Estos últimos pidieron conservar el estatus interaliado y rechazaron la idea de fijar la sede del Comité en un país neutral. Lograron convencer a la mayoría de los miembros del CPI, que rechazó la idea de un comité internacional.³ Se aprobó la adhesión a la SDN mientras no implicara cambios en el perímetro interaliado ni en la sede de la organización.

La solicitud de adhesión del CPI fue transmitida al Secretariado de la SDN, pero los dirigentes de la SDN rechazaron esta demanda. Por una parte, el perímetro interaliado de la organización habría suscitado el rechazo de los representantes de los países neutrales o vencidos en la guerra. Según el secretario general adjunto de la SDN Inazō Nitobe, “un patrocinio parcial podría confirmar los prejuicios existentes que designan la SDN como la camarilla de los vencedores”.⁴ Por otra parte, era probable que el CPI invadiera el ámbito de competencias de la OIT.

En la 4a Conferencia Interaliada organizada en septiembre de 1920, el Gobierno británico indicó por carta que estaba a favor de la extinción del CPI. En su opinión, los problemas de los mutilados deberían remitirse a la OIT y a la Sección de Higiene de la SDN⁵. La gestión de los problemas sociales por parte de los organismos internacionales era necesaria para que los países exbeligerantes pudieran enfrentar sus quejas y garantizar así una paz duradera. Este apoyo de la Sociedad de las Naciones y de la OIT debería también permitir estudiar la rehabilitación profesional de los mutilados de guerra en un marco común al de los inválidos de la paz y comprender así de manera unificada el problema de los inválidos en su conjunto. Pero la mayoría de los delegados, especialmente los belgas, se negaron a

³ *Revue interalliée pour l'étude des questions intéressant les mutilés de la guerre*, agosto de 1920, p. 382.

⁴ ASDN, 1008. Carta, Nitobe al commendatore Anzilotti, 5 de octubre de 1920, I.

⁵ Archivo de la Oficina Internacional del Trabajo [AOIT], MU 9,1/34. Copia de una carta, Thomas al director del Bureau de Roma, Ginebra, 2 de diciembre de 1920.

disolver el CPI. Un delegado francés, René Cassin, propuso una moción de compromiso, que preservaba la autonomía y el carácter interaliado del CPI, pero que lo alentaba a ponerse en contacto con la SDN y la OIT para resolver los problemas de los inválidos de guerra que eran de carácter internacional. Esta moción ganó la mayoría de los votos. El Gobierno británico abandonó el CPI algunos meses más tarde. A partir de septiembre de 1920, los más férreos partidarios de la solidaridad interaliada fueron los designados como presidentes del CPI: Émile Brunet, líder socialista y presidente de la Cámara de Representantes de Bélgica, ocupó la presidencia del CPI desde octubre de 1920 a octubre de 1921. Jacques Teutsch, secretario general de la Unión Nacional de Mutilados e Reformados (Francia), le sucedió.

En septiembre de 1920, los líderes de varias federaciones de mutilados de guerra de los países aliados discutieron sobre la constitución de una federación supranacional en la 4a Conferencia Interaliada. En esta Conferencia, la mayoría de los delegados franceses y belgas se mostraron muy hostiles hacia Alemania y no pensaban colaborar con los Imperios Centrales. La mayoría de los participantes aprobaron la constitución de una federación interaliada. Con sede en París, esta Federación Interaliada de los Inválidos de Guerra (FIIG) tiene por objetivo el mantener la solidaridad entre los países aliados y defender la causa de las víctimas de la guerra. Agrupa asociaciones de los países aliados (Bélgica, Francia, Italia, Portugal, Serbia), pero dos colectivos importantes, la Legión Británica y la Legión Americana, se niegan a formar parte de ella. Estos últimos prefirieron adherirse a la Federación Interaliada de Antiguos Combatientes (FIDAC), que se formó ese mismo año (noviembre de 1920) y reunía tanto a mutilados como a veteranos (*La France mutilée*, 3 de septembre de 1922). La FIIG casi no desarrolló ninguna actividad durante los primeros años, todo lo contrario que la FIDAC. Debido a su escasa actividad, rápidamente la FIIG estuvo sobre aviso. En 1922, algunos dirigentes asociativos consideraron que “ya no tenía la misma razón de ser desde que la FIDAC se había organizado por completo” (*La France mutilée*, 8 de abril de 1923). En septiembre de 1922, los dirigentes asociativos

discutieron sobre la posible extinción de la FIIG en favor de la adhesión de cada una de las asociaciones a la FIDAC o de la creación de una federación internacional.⁶ Pero la mayoría de los delegados belgas y franceses prefirieron una alianza interaliada y bloquearon toda decisión contraria. No se adoptó ninguna decisión definitiva.

Paralelamente a la lógica de solidaridad interaliada defendida por algunos actores franceses y belgas, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) lanzó una dinámica de internacionalización del problema de los mutilados a partir de 1920.

La implicación limitada de la OIT en esta cuestión social (1920-1923)

Ya en 1920, representantes de las federaciones italiana y alemana de mutilados de guerra se dirigieron a la OIT para pedirle que estudiara el problema del empleo de los mutilados de guerra.

En julio de 1920, el director general de la OIT, el socialista Albert Thomas, decidió crear un servicio que se encargara de las cuestiones relativas a los mutilados en la Sección de Seguros Sociales. Este servicio está encargado de estudiar con prioridad los problemas de los mutilados de guerra. Albert Thomas nombró a su cabeza a un joven maestro francés amputado de su brazo izquierdo, el socialista Adrien Tixier. Al haber presidido la federación departamental de los mutilados de guerra del Tarn, este último ocupó la vicepresidencia de la Unión Federal de las Asociaciones Francesas de Heridos, Mutilados, Reformados y Antiguos Combatientes de la Gran Guerra, de sus Viudas, Huérfanos y Ascendientes (UF), y trabajó después como secretario general en la Oficina Departamental de los Pupilos de la Nación del Tarn.

La OIT considera que el problema de los mutilados es de su competencia, puesto que estos últimos constituyen “trabajadores

⁶ AOIT, DADG 6/12. Sixth Interralied conference for studying questions concerning the war disabled, Lublijana, Zagreb, Belgrado, 10-19 de septiembre de 1922.

colocados en condiciones desfavorables y que, al igual que las mujeres y los niños, necesitan un régimen de trabajo verdaderamente humano”.⁷

DOCUMENTO 1. EL DISCURSO DE ADRIEN TIXIER, JEFE DEL SERVICIO DE LOS MUTILADOS, OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1921.

Los mutilados sufrieron un daño, tienen derecho a una reparación; un sistema equitativo de indemnización debe tener en cuenta la reducción de la capacidad de trabajo que se traduce en una disminución de salario.

Para reanudar su actividad, los inválidos generalmente necesitan que se les dote de aparatos especiales; la parte más importante de la prótesis es la prótesis del trabajo. La mayoría de los mutilados se ven obligados, para prepararse a un oficio, a sufrir una rehabilitación profesional, un aprendizaje especialmente duro, que exige el empleo de métodos especiales establecidos por la colaboración entre médicos, técnicos y obreros. Los mutilados, incluso rehabilitados, son generalmente considerados como obreros de excepción y difícilmente encuentran trabajo; la experiencia ha demostrado que es necesario proteger su colocación y controlar el salario que se les asigna. Estas dos cuestiones de colocación y de salario plantean el grave problema de las relaciones entre no inválidos e inválidos en el mercado laboral; hay allí un conflicto de intereses que la guerra ha agudizado en algunos países y que no podrá ser solucionado si no es mediante un acuerdo entre las organizaciones de trabajadores, las organizaciones patronales y las asociaciones de mutilados.

El problema de los mutilados concierne por otra parte todas las épocas y todos los países puesto que los accidentes laborales plantean las mismas cuestiones que las heridas de guerra: indemnización, prótesis, rehabilitación profesional, colocación, etc; pero ha sido profundamente transformado por la guerra. La variedad de las heridas ha proporcionado a los médicos y a los cirujanos un campo de experiencia muy extenso que ha conducido al perfeccionamiento de los métodos de tratamiento y a una evaluación más

⁷ AOIT, MU 1/1/1. Texto mecanografiado titulado “Le Bureau international du Travail et les mutilés”, sin fecha (posterior a marzo de 1922).

exacta de las lesiones; la necesidad de mano de obra ha ocasionado la realización de investigaciones que han renovado la prótesis y la rehabilitación profesional; los mutilados se han organizado en agrupaciones potentes que han impuesto las reivindicaciones dirigidas a los gobiernos y a la opinión pública; en los Estados que han comprometido todas sus fuerzas en la lucha y que tienen millones de trabajadores mutilados, se ha entendido que habría allí, durante muchos años aún, un grave problema social que habrá que solucionar.

Por último, y quizás lo que es aún más importante, el reconocimiento nacional hacia los que han sufrido para defender su país ha dado lugar a una valoración más exacta de su derecho a la reparación del perjuicio que han sufrido. Se ha establecido una suerte de carta de los derechos de los inválidos, variable en la forma, pero incluyendo siempre tres artículos esenciales:

1. El derecho del mutilado a una pensión que le permita vivir convenientemente;
2. El derecho del mutilado a la prótesis y a la rehabilitación profesional que le permitirán utilizar la capacidad de trabajo que aún posea;
3. El derecho del mutilado a la protección de su colocación y de su salario.

La Oficina Internacional del Trabajo, convencida de la importancia general y permanente del problema de los inválidos, considera que es importante dar a conocer los resultados obtenidos durante la guerra y de favorecer su aplicación a los mutilados del trabajo y a los inválidos en general.

Fuente: AOIT. Adrien Tixier, *Organisation d'un service des Mutilés au Bureau International du Travail*, OIT, Ginebra, 28 de febrero de 1921.

La intervención de la OIT es necesaria para proteger el empleo y el salario que se les asigna y así resolver los conflictos de intereses entre las organizaciones de trabajadores, las organizaciones patronales y las asociaciones de mutilados. La acción de la OIT se justifica también por la gravedad, la cronicidad y la amplitud del problema de los mutilados de guerra, cuyo número “ciertamente supera los siete millones” en el mundo, así como por el aumento del número de

víctimas de accidentes laborales debido al desarrollo de la mecanización. La instauración de políticas de asistencia en su beneficio es esencial para que no se conviertan en individuos insatisfechos y rebeldes. Además, los mutilados de guerra “representan una fuerza enorme que la OIT puede utilizar para realizar su propio programa”,⁸ ya que abogan por la paz y piden una mejor organización económica del mundo.

El campo de acción del Servicio de los Mutilados es el resultado de negociaciones entre la dirección de la Oficina Internacional del Trabajo, las asociaciones de mutilados y los miembros del Consejo de Administración de la OIT, así como de las decisiones tomadas por el personal del Servicio de los Mutilados que se enfrenta a dificultades materiales. En julio de 1921, el director de la OIT propuso al Consejo de Administración (CA) de la OIT que convocara un comité internacional de expertos sobre las cuestiones que interesaban a los mutilados (indemnización, prótesis, rehabilitación profesional, condiciones de trabajo y salario). Sin embargo, muchos miembros del Consejo de Administración eran reacios a hacerlo. El representante del grupo patronal, Jules Carlier, primero no quería que la cuestión de los mutilados fuera regulada a nivel internacional, luego, un año más tarde, consideró que la cuestión “incumbía sobre todo a la Cruz Roja”.⁹ Además, el representante de los trabajadores británicos, George Harold Stuart-Bunning, no quería que se adoptara una norma internacional sobre la colocación obligatoria, ya que localmente podría llevar a cuestionar una legislación adoptada tras largos debates.¹⁰ La mayoría de los miembros del Consejo de Administración, en particular los representantes patronales y varios representantes gubernamentales, se negaban a que los temas de las pensiones, de la

⁸ AOIT, MU 1/1/1. Nota titulada “L’Organisation permanente du Travail et les Mutilés”, sin fecha.

⁹ Bureau international du Travail [BIT], *Procès-verbaux de la 12e session du Conseil d’Administration du BIT*, Roma, abril de 1922, p. 164.

¹⁰ BIT, *Procès-verbaux de la 8e session du Conseil d’Administration du BIT*, Stockholm, 5-7 de julio de 1921, p. 231.

reclasificación social y de los salarios fueran estudiados por la OIT, al considerar que estos temas tenían un carácter nacional. Si estaban de acuerdo con que se realizaran estudios sobre la rehabilitación y las prótesis, se oponían a que estos estudios condujeran a la aprobación de recomendaciones o de convenios. Las comisiones de expertos convocadas se reunirían con carácter consultivo. El Consejo de Administración también solicitó una lista unificada de las peticiones asociativas.

Para ello, Adrien Tixier organizó en septiembre de 1921 una primera reunión oficiosa en Ginebra con representantes de seis grandes asociaciones de mutilados de guerra que ya se habían puesto en contacto con la OIT (originarios de Alemania, Austria, Francia, Gran Bretaña, Italia y Polonia). Los delegados acordaron una lista única de resoluciones: se rogaba a la OIT que realizara estudios internacionales sobre múltiples temas (evaluación de la invalidez y de las pensiones, prótesis, rehabilitación profesional, empleo, etc). Los delegados también sugirieron organizar un centro de documentación y un servicio de investigaciones científicas, publicar un estudio, organizar conferencias internacionales de expertos y adoptar un convenio internacional sobre la protección de los inválidos residentes fuera de su país. Una exposición internacional sobre las prótesis de trabajo podría ser organizada.

Finalmente, el Consejo de Administración de la OIT aceptó convocar una conferencia internacional restringida de expertos en prótesis. Esta conferencia organizada en marzo 1922 reunió a seis expertos designados por las asociaciones de mutilados (procedentes de Francia, Gran Bretaña, Italia, Polonia, Alemania y Austria), a otros cuatro expertos especialistas en prótesis y cuidados médicos, así como a representantes de la OH, de la LSCR y del CICR. El Dr. Ludwik Rajchman, director de la Sección de Higiene, aprobó la implicación de la OIT en el ámbito de las prótesis. La Sección de Higiene no reivindicaba en efecto ninguna competencia en el campo de las prótesis y de la ortopedia. En la conferencia, los expertos afirmaron el derecho de los mutilados a una asistencia médica, fuera cual fuera

su lugar de residencia. En un contexto donde varios cientos de miles de inválidos se encontraban desplazados fuera de su país, recomendaron garantizar a estos inválidos emigrados el beneficio de la asistencia médica, de las prótesis y de la ortopedia. Sugirieron que se adoptara un convenio internacional o convenios bilaterales con este fin. Posteriormente, Adrien Tixier facilitó la aprobación de convenios bilaterales sobre este tema entre Polonia y Alemania, Austria y Checoslovaquia, y entre Alemania y Checoslovaquia.

Por otra parte, los expertos presentes apoyaron algunas de las reivindicaciones de los delegados de las asociaciones de mutilados: pidieron a la OIT que organizara un centro internacional de documentación, un servicio de investigación científica y de publicaciones, y una exposición internacional de prótesis y de aparatos ortopédicos. Los expertos propusieron que la OIT utilizara el trabajo ya realizado por el CPI y que incluyera en su presupuesto una suma de 50.000 francos para 1923 con el fin de llevar a cabo los primeros estudios (Tixier, 1923, p. 678). También sugirieron que se convocara otra reunión de expertos sobre el trabajo de los inválidos.

Estas propuestas fueron examinadas por el Consejo de Administración de la OIT en abril y julio de 1922. En el seno del Consejo, los representantes patronales y algunos representantes gubernamentales seguían siendo reacios a abordar este problema. Tras varios debates, el director de la OIT propuso una inversión reducida por parte de la OIT en el ámbito de la rehabilitación con el fin de amparar los resultados obtenidos en el ámbito de las prótesis y de la rehabilitación profesional de los mutilados.¹¹ El Consejo de Administración restringió considerablemente el programa deseado por las organizaciones de mutilados, limitándolo a la publicación de un libro sobre las prótesis. Los miembros del Consejo se negaron a asignar los fondos solicitados, pero acordaron facilitar la conclusión de acuerdos internacionales entre las naciones sobre la protección de los

¹¹ Oficina Internacional del Trabajo [OIT], *Actas de la 12ª reunión del Consejo de Administración de la OIT*, Roma, abril de 1922, p. 164.

inválidos que residían fuera de su país. Unos meses más tarde, Albert Thomas logró maniobrar hábilmente para obtener la autorización de convocar otra pequeña comisión de expertos sobre la reclasificación de los inválidos en el mundo laboral. Después de tranquilizar a los miembros del CA sobre la naturaleza técnica y consultiva de tal reunión, insistió en que esta reunión no generaría ningún costo adicional y permitiría responder a las solicitudes de asistencia técnica de los gobiernos.¹²

Ya en 1920, el Servicio de los Mutilados recibió muchas solicitudes de información por parte de organizaciones nacionales. Para responder a estas solicitudes, se recopiló una gran cantidad de documentación, estudiando la legislación, la prensa asociativa y los informes parlamentarios y administrativos. Para la recopilación de la información, Adrien Tixier contó con el apoyo del secretario de la LSCR, William Rappard, quien pidió a todas las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja que enviaran documentos relacionados con la rehabilitación.¹³ Sin embargo, Adrien Tixier se sintió abrumado por el alcance de la obra, ya que solo dominaba el francés y el inglés, y tenía dificultades para leer alemán. Por lo tanto, solicitó la incorporación de un especialista alemán, que obtuvo con la contratación del austriaco Osvald Stein, un inválido de guerra que trabajaba en la Sección de Inválidos de Guerra del Ministerio de Previsión Social en Viena. Como dominaba las lenguas eslavas, Osvald Stein estaba a cargo de revisar las revistas en alemán, checo, polaco y ruso, y de redactar el boletín en alemán. Su contratación tenía por objeto fomentar las relaciones con los países que habían perdido la guerra. Más tarde, Adrien Tixier obtuvo la incorporación de Germanet, que dominaba el italiano, el francés y el inglés. Aunque se viera reforzado en términos de personal, el Servicio de los Mutilados contaba con escasos recursos financieros.

¹² OIT, *Actas de la 17ª reunión del Consejo de Administración de la OIT*, Ginebra, enero-febrero de 1923, p. 160.

¹³ AOIT, MU 10/4/1. Carta, W. E. Rappard a A. Tixier, Ginebra, 7 de octubre de 1920.

Los resultados concretos de la acción de la OIT en el ámbito de la rehabilitación de los mutilados fueron escasos. Además de proporcionar información a los gobiernos y a las asociaciones, el Servicio publicó estudios sobre la indemnización de las lesiones de guerra en varios países (Francia, Alemania, Austria, Polonia, Checoslovaquia, Gran Bretaña, Estados Unidos), así como sobre la organización de la colocación de los inválidos mediante la obligación de empleo en los servicios públicos y las empresas privadas (en Francia, Gran Bretaña, Alemania, Austria, Italia). A partir de enero de 1922, la OIT publicó un boletín mensual en tres idiomas (francés, inglés y alemán) sobre temas de interés para los mutilados.

Los funcionarios de la OIT convocaron dos reuniones de expertos internacionales, la primera, en marzo de 1922, sobre la asistencia médica y las prótesis y la segunda, en el verano de 1923, sobre el empleo y los salarios. René Cassin y Adrien Tixier eligieron conjuntamente los nombres de los delegados en estas reuniones (Prost y Winter, 2013, p. 56). Adrien Tixier tenía dificultades para conseguir la colaboración de las asociaciones de mutilados: debido a los resentimientos vinculados a la guerra, algunas asociaciones francesas y belgas de tendencia nacionalista se negaban a participar en un encuentro internacional en el que estarían representados los mutilados alemanes. Las organizaciones alemanas también veían con recelo la labor de la OIT, al asociarla con la Sociedad de las Naciones, el Tratado de Versalles y las condiciones impuestas a Alemania, consideradas injustas. Sin embargo, la cooperación entre los delegados de las asociaciones en las reuniones de expertos se vio facilitada por la naturaleza puramente técnica de los debates y su aplicación en un entorno neutral (sede de la OIT) (Prost y Winter, 2013, p. 55).

Una colaboración difícil y durante mucho tiempo estéril entre el CPI y la OIT

Los participantes en la 4ª Conferencia Interaliada recomendaron que los dirigentes del CPI entablaran negociaciones con la Oficina

Internacional del Trabajo y la Sección de Higiene, pero el secretario del CPI, Achille Reisdorff, no tomó ninguna iniciativa en este sentido durante los meses siguientes. La dirección belga del CPI se opuso entonces a cualquier colaboración con la OIT.

Adrien Tixier invirtió entonces grandes dosis de energía para favorecer una colaboración con el CPI, sin éxito. Durante un viaje a Bruselas, el 22 de enero de 1921, Albert Thomas se entrevistó con Émile Brunet, el presidente del CPI, para discutir de las modalidades de colaboración entre las dos instituciones. Brunet exigía conservar el estatus de organismo interaliado, controlar el laboratorio de prótesis y producir la documentación legislativa, jurídica y científica.¹⁴ No se planteaba la disolución del CPI, ni su fusión con la OIT. Albert Thomas le explicó que los problemas de los mutilados de guerra y de las víctimas de accidentes laborales merecían ser tratados conjuntamente. Reafirmó la competencia exclusiva de la OIT con respecto a los mutilados del trabajo y abogó para que la OIT se ocupara de todas las cuestiones internacionales. Recomendó repartir el trabajo de documentación sobre las legislaciones entre los dos organismos y aseguró a Brunet que la OIT no tenía los medios para organizar un laboratorio de prótesis. Además, obtuvo del presidente del CPI la promesa de que todo proyecto de convenio o de recomendación relativo a los mutilados sería examinado por la OIT y que toda iniciativa del CPI a este respecto sería presentada a la OIT. Las modalidades de colaboración entre los dos organismos fueron consagradas luego en un acuerdo formal ratificado por el CPI en marzo de 1921.

En otoño de 1921, las relaciones entre los dos organismos se enfriaron, ya que el CPI estaba muy preocupado por el programa de acción establecido por las asociaciones de mutilados para la OIT, que era muy similar al suyo. Por lo tanto, el CPI no invitó a la OIT a hacerse representar en la 5a Conferencia Interaliada. El CPI se negó hasta el último día a enviar a un representante a la conferencia de expertos de la OIT de marzo de 1922. Luego, en la Asamblea del CPI

¹⁴ AOIT, MU 2/2/0. Copia de carta, A. Thomas à E. Brunet, 5 de febrero de 1921.

del 23 de mayo de 1922, Achille Reisdorff dijo que estaba dispuesto a cooperar con la OIT para controlar mejor su actividad en favor de los mutilados de guerra.¹⁵ Propuso que se admitiera a un representante del CPI en el Consejo de Administración de la OIT y viceversa. Pero los funcionarios del Servicio de los Mutilados rechazaron la idea de que el CPI pudiera pertenecer al Consejo de Administración de la OIT, ya que eso habría significado una derogación al principio de la representación tripartita.¹⁶ Una representación del CPI solo era posible en las comisiones de expertos organizadas por la OIT, y así recíprocamente.

Finalmente, los representantes de los dos organismos (Tixier, Reisdorff) se reunieron el 3 de agosto de 1922 en la sede de la OIT para fijar las modalidades de una colaboración. Su reunión condujo a la conclusión de un protocolo. Este acuerdo preveía la participación de la OIT en las reuniones del CPI y en las Conferencias Interaliadas, y la participación del CPI en las conferencias internacionales de expertos organizadas por la OIT. Preveía la modificación del estatuto del Instituto de Prótesis de Bruselas, que se convertiría en un organismo internacional bajo la dirección de un comité compuesto por representantes de organizaciones internacionales (CPI, OIT, OH, CICR, LSCR), de asociaciones de inválidos y organismos nacionales de seguridad social –incluidos países exenemigos–.¹⁷ El CPI supeditó la internacionalización del Instituto a una condición, el apoyo financiero de la OIT, que en última instancia no obtuvo. El acuerdo del 3 de agosto de 1922 no delimitó las atribuciones respectivas de la OIT y del CPI, ya que Albert Thomas hizo hincapié en el hecho de que “la competencia de la OIT [estaba] fijada de una manera prácticamente intangible por el Tratado de Versailles”¹⁸ y que, por tanto,

¹⁵ AOIT, MU 2/2/0. CPI, Assemblée plénière du 23 mai 1922. Fragmento de la transcripción publicada en “Les Invalides”, 1, marzo-abril de 1922.

¹⁶ AOIT, MU 2/2/0. Carta preparada por los servicios de la BIT en vistas de la negociación del 3 de agosto de 1922, destinada al presidente del CPI.

¹⁷ AOIT, MU 2/2/0. Carta, A. Tixier al Dr. Carrozzi, 22 de octubre de 1923.

¹⁸ AOIT, MU 2/2/0. Protocolo de la reunión del 3 de agosto de 1922 entre A. Thomas y M. Reisdorff.

no podía comprometerse como director a ampliar o restringir esta competencia. Del mismo modo, no se fusionaron las publicaciones de los dos organismos, pero el acuerdo preveía una distribución del trabajo de documentación.

Esta colaboración se tradujo en el aumento de los intercambios de información sobre sus actividades respectivas, la participación de un experto del CPI en la conferencia de 1923, y una colaboración para la publicación de una obra sobre las prótesis, pero no fue más allá. Cuando el Servicio de los Mutilados de la OIT se involucró en el ámbito de las prótesis, el CPI ya había reivindicado este campo de competencia, lo que impulsó a Adrien Tixier a demostrar su diplomacia. Aunque el Consejo de Administración de la OIT autorizó en 1923 la publicación de una obra sobre las prótesis, Adrien Tixier consideró que el Servicio no disponía de las competencias ni del tiempo necesario para escribir un libro de ese calibre. Propuso pues colaborar con el Instituto de Prótesis del CPI. El director del Instituto, Florent Martin, fue el encargado de escribir ese libro y después su contenido fue evaluado y corregido por expertos extranjeros bajo la supervisión del Servicio de los Mutilados. La OIT asignó una financiación de 7000 francos suizos al Instituto de Prótesis del CPI para su redacción. El libro *Les mutilations et les appareils de prothèse (Las mutilaciones y los aparatos de prótesis)* fue publicado por la OIT en 1924, con el apoyo financiero de la LSCR y de varias asociaciones de mutilados de guerra.

En este libro, el Dr. Martin distingue esquemáticamente los aparatos de prótesis europeos, hechos de cuero moldeado sostenido por un armazón metálico, y aparatos de prótesis americanos, hechos de madera a veces recubierta con cuero pergamino (Martin, 1924, p. 51). Describe las prótesis de pierna de cuero como aparatos pesados, porosos, contruidos de manera empírica, generalmente malos y sucios. Por el contrario, la prótesis americana de pierna es ligera, robusta, fácil de mantener y permite la rotación de la rodilla. Constituye pues un “notable progreso en la fabricación de los miembros artificiales” (Martin, 1924, p. 53). El autor aboga por una prótesis mixta,

medio europea, medio americana, construida a partir de virutas de madera, ya que este material se presta a un moldeado preciso. El autor valora muy positivamente las prótesis de brazo americanas, más ligeras y estéticas que los aparatos fabricados según el método europeo (Martin, 1924, p. 183). En el caso de los miembros superiores, el Dr. Martin distingue también la prótesis estética (ligera y rígida, con una función puramente estética) y la prótesis de trabajo, generalmente más pesada y móvil, destinada a devolver la función de prensión en contextos profesionales específicos. Estas prótesis de trabajo deben ser resistentes y fijarse con firmeza al cuerpo. Se estudiaron especialmente en Alemania, Francia, Italia y en Bélgica, con el fin de facilitar la vuelta al trabajo de los mutilados de guerra en los sectores agrícola y artesanal. Algunos especialistas imaginaron entonces prótesis alejadas de la forma natural del cuerpo humano, para aumentar al máximo la capacidad profesional de los mutilados (Fineman, 1999). El autor prefiere la construcción de manos de fieltro para las prótesis estéticas y destaca las prótesis mixtas (estética y trabajo), más prácticas.

La defensa de pensiones altas, de la obligación legal de empleo y del salario íntegro en favor de los mutilados de guerra

Además de la pensión, presentada como una compensación legítima por los daños fisiológicos y morales sufridos por los inválidos, el CPI y el Servicio de los Mutilados de la OIT reclamaron la obligación legal de empleo y la conservación del salario íntegro para los mutilados de guerra. Los dirigentes del CPI desearon que los países aliados mejorasen su legislación social relativa al pago de las pensiones, a la rehabilitación profesional, al suministro de aparatos de prótesis, al empleo de los inválidos y al trato de los inválidos extranjeros.

En septiembre de 1920, los participantes en la 4a Conferencia Interaliada adoptaron una multitud de resoluciones sobre la protección social del inválido. Señalaron que la legislación sobre pensiones adoptada en los países aliados tenía muchas deficiencias,

especialmente en lo que se refería a la evaluación de las pensiones. Por una parte, la evaluación del importe de la pensión no debería solamente basarse en las lesiones físicas, sino que también debería tener en cuenta las necesidades reales de los inválidos (desempleo o trabajo, necesidad de asistencia permanente, etc.). Así pues, deberían asignarse complementos a las pensiones de algunos mutilados que “debido a la gravedad o la forma de su incapacidad, no pueden encontrar un empleo remunerado (grandes inválidos, mutilados cuya colocación resulta imposible, etc.)”, a los que necesitan ayuda permanente y a “los mutilados cuyos aparatos ortopédicos resultan actualmente insuficientes”.¹⁹ Por último, las pensiones atribuidas deben tener en cuenta el aumento constante del coste de la vida. Además, la Conferencia Interaliada ratifica el principio de la contratación obligatoria de los mutilados de guerra por los empleadores privados y públicos. Imbuido en el espíritu de justicia social, este principio debe ser incorporado a la legislación de cada país y su aplicación debe ser garantizada bajo pena de sanciones.

Todos los empleadores privados, independientemente del tamaño de su empresa, “deben estar obligados a contratar un determinado porcentaje de hombres impedidos (*disabled*) capaces de efectuar un trabajo a jornada completa.” Los grandes empleadores debían ser obligados a emplear un pequeño porcentaje de inválidos “que no son capaces de efectuar un trabajo a jornada completa.” Estos inválidos debían disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los trabajadores no inválidos y recibir la misma remuneración. No obstante, la aptitud industrial de cada inválido debía ser comprobada de antemano. Las administraciones públicas también debían reservar un determinado porcentaje de empleos, así como puestos específicos (mensajeros, vigilantes, etc.), para los grandes mutilados. La aplicación de estas medidas coercitivas debía ser acompañada de una represión de la mendicidad. Los participantes en la Conferencia

¹⁹ *Revue interalliée pour l'étude des questions intéressant les mutilés de la guerre*, 5, octubre de 1920, p. 486.

pidieron también la creación de talleres estatales especiales y de colonias agrícolas, así como de asilos regionales para los grandes inválidos cuya colocación en un puesto de trabajo resultara imposible.

DOCUMENTO 2. RECOMENDACIONES ADOPTADAS POR LOS PARTICIPANTES DE LA 4A CONFERENCIA INTERALIADA (1920)

La 4a Conferencia Interaliada, considerando que, en la situación actual, y debido al déficit de mano de obra, la recuperación de todas las fuerzas vivas constituye, para los distintos países, una necesidad ineludible;

que, en este orden de ideas, el reemplazo de las capacidades profesionales de los inválidos de la guerra aparece a la vez como una medida de justicia y como una necesidad social;

que en lo que respecta al interés de los patronos, es importante evitar que algunos de ellos, al negarse a emplear a mutilados, puedan así hacerles la competencia a los demás;

que en lo que respecta al interés de los trabajadores es indispensable que los mutilados se beneficien de las mismas condiciones de trabajo que los trabajadores no inválidos;

que estos resultados solo podrán obtenerse instituyendo la obligación legal de emplear a mutilados;

que los intereses económicos generales y los intereses de los mutilados serán plenamente satisfechos solamente

a) si se instituye en cada país un conjunto de organismos de colocación oficiales o autorizados, aplicándose sin distinción a los trabajadores de todas las categorías y de todas las profesiones, a los cuales deberán comunicarse obligatoriamente todas las ofertas de empleos; b) si la colocación de los mutilados es encomendada a estos organismos de colocación general, en condiciones que deberán fijarse de acuerdo con los Comités encargados de la protección de los mutilados, que efectuarán además el control de los resultados;

Emite las siguientes resoluciones:

XIV. Principio del empleo obligatorio de los inválidos de la guerra. Debe ser consagrado por la ley sin limitación de duración tanto para los patronos privados como para las administraciones públicas. Esta ley debe ser apoyada por sanciones eficaces.

A. Patronos privados.

Es necesario imponer:

Para todas las empresas, grandes y pequeñas, un porcentaje de inválidos con una capacidad de trabajo completa. Además, para las grandes empresas solamente, un porcentaje de inválidos con una capacidad de trabajo reducida; este porcentaje, incluido en el primero, se reducirá suficientemente para evitar la desorganización de la industria.

B. Administraciones públicas.

Empleos manuales: misma resolución que para las grandes industrias privadas. Empleos que no exigen conocimientos especiales y empleos de oficina (grado inferior):

Prioridad absoluta en favor del mutilado en cuanto reúna las condiciones requeridas.

Modificación de las condiciones de admisión en la medida en que sea compatible con las necesidades del servicio;

Reservar rigurosamente algunos empleos, por ejemplo: alguaciles, guardas, etc., a los mutilados, privilegiando en primer lugar a algunas categorías como los inválidos del miembro superior;

[...]

XVI. El salario:

Los inválidos contratados dentro de los límites indicados arriba deben recibir al menos los salarios normales y corrientes concedidos a los trabajadores no inválidos;

Prohibición legal de hacer entrar la pensión la cuenta para el cálculo del salario [...].

Fuente: *Revue inerrallée pour l'étude des questions intéressantes les mutilés de la guerre*, 5, (octubre de 1920), pp. 486-488.

El año siguiente, los participantes en la 5a Conferencia Interaliada se pronunciaron en favor de una rehabilitación profesional de una duración variable y sin plazo de prescripción. Preocupados por el hecho de que los inválidos emigrados no disfrutaban generalmente de ningún derecho en su país de acogida, los participantes exigían que se modificaran las legislaciones nacionales para autorizar su inclusión y asignarles los mismos derechos (seguros sociales, empleo) que a los otros inválidos del país.²⁰ Estos principios debían ser ratificados en un acuerdo interaliado o en acuerdos bilaterales.

Los funcionarios del Servicio de los Mutilados de la OIT comparían las mismas convicciones que los miembros del CPI sobre las necesidades profesionales de los mutilados. Convencidos de que los mutilados se encontraban en una necesidad imperiosa de trabajar, deseaban promover su reclasificación profesional en las empresas privadas y los servicios públicos. Gracias a algunas prótesis funcionales modernas y a la rehabilitación, incluso los inválidos más gravemente afectados podían ser aptos para trabajar. Como los inválidos estaban mal armados “para enfrentar el juego de la ley de la oferta y la demanda” debido a su rendimiento reducido, el recurso a la obligación legal de empleo era imprescindible. Además, de acuerdo con las instrucciones de Albert Thomas, el Servicio de los Mutilados defendía el pago de un salario completo a los mutilados contra las tentativas patronales para reducir el salario en función de la pensión percibida por el mutilado.²¹

Para legitimar esta orientación de la política social y convertirla en una norma social universal (Kott, 2008, p. 33), el Servicio de los Mutilados de la OIT publicó un informe sobre las formas de introducir en las legislaciones la obligación legal de empleo de los mutilados de guerra (ILO, 1921), luego convocó una comisión internacional restringida de expertos del 30 de julio al 2 de agosto de 1923. Esta

²⁰ *Revue interalliée pour l'étude des questions intéressant les mutilés de la guerre*, 5 de octubre de 1921, p. 458.

²¹ AOIT, MU 1/1/1. Nota, A. Thomas para A. Tixier, 23 de junio de 1920.

comisión internacional reunía a representantes de las asociaciones de mutilados de guerra (mayoritarios), a profesionales y a representantes ministeriales procedentes de 12 países. Estos expertos tenían que pronunciarse sobre un informe preliminar redactado por el Servicio de los Mutilados de la OIT. Este informe indicaba que el empleo de los inválidos en los servicios públicos “solo [constituía] una solución parcial” y que, por lo tanto, era también necesario organizar la contratación de los mutilados en las empresas privadas (Bureau international du Travail [BIT], 1923, p. 17). El informe invitaba a los expertos a elegir entre dos modelos de colocación en las empresas privadas. El primer sistema, utilizado en el Reino Unido, estaba basado en la colaboración voluntaria de los empleadores, que se comprometían a ocupar a una proporción de inválidos en condiciones determinadas por el Estado y bajo su control. El segundo sistema era el de la obligación legal de contratación de un porcentaje determinado de inválidos (solución adoptada en Alemania, Italia y Polonia).

Organizados bajo la presidencia de Albert Thomas, los debates son animados. La mayoría de los expertos estaban a favor de la obligación legal de empleo en las empresas privadas pero el representante del Departamento de Rehabilitación del Ministerio británico de Trabajo, Mr. Passmore, se opuso categóricamente en sucesivas ocasiones (BIT, 1923, p. 224; p. 235; p. 261). Los expertos de los Dominios Británicos también eran reacios a introducir la obligación legal de empleo en sus países. Expresando la posición de la mayoría de los expertos, René Cassin fue especialmente crítico con el sistema de colaboración voluntaria. Por una parte, no implicaba una distribución equitativa de la mano de obra inválida entre los patronos. Por otra parte, no garantizaba el empleo de todos los inválidos, ni les aseguraba una estabilidad de empleo en el futuro (BIT, 1923, p. 231). Solo la obligación de empleo permitía garantizar la protección del trabajo de los inválidos a largo plazo, sobre todo durante los periodos de crisis económica.

Por último, los expertos convocados por la OIT “[afirmaron] que, para garantizar de una manera definitiva la reclasificación duradera

de los inválidos en el mundo del trabajo, [era] indispensable recurrir a la obligación legal de empleo, teniendo en cuenta la diversidad de las condiciones del trabajo en las distintas naciones” (BIT, 1923, p. 279). El matiz enunciado al final de la frase fue obtenido por los expertos de los Dominios Británicos. Además, los expertos coincidían en que “el importe de la pensión de invalidez no [debía] tener ninguna repercusión sobre el salario” y que este salario debía en principio “ser igual al salario normal y corriente de los trabajadores válidos que [ejercían] la misma profesión en la misma región” (BIT, 1923, p. 282). No obstante, en algunos casos excepcionales, los inválidos que tenían una capacidad profesional notablemente reducida podían no percibir la totalidad del salario del obrero no inválido, si los acuerdos profesionales aprobados por representantes de asociaciones de inválidos determinaban tales reducciones salariales.

Algunos expertos estaban a favor de la extensión de los beneficiarios de la legislación a otras categorías de inválidos (inválidos laborales, etc), mientras que otros exigían que los beneficios de la contratación estuvieran reservados exclusivamente a los mutilados de guerra. Finalmente, los expertos decidieron que las legislaciones debían aplicarse a todos los inválidos pensionados y que la experiencia adquirida en materia de empleo podría a continuación beneficiar a los inválidos laborales y a los otros impedidos en el futuro.

Durante los años veinte no se adoptó ningún convenio internacional sobre la reclasificación profesional de los mutilados. Sin embargo, desde 1920, Adrien Tixier apoyó personalmente la adopción de una convención que determinara la obligación de contratar a los mutilados. En noviembre de 1920, proyectó constituir una comisión internacional sobre la reclasificación económica de los inválidos de guerra, compuesta por delegados obreros, patronales, gubernamentales y de asociaciones de mutilados.

Esta comisión podría redactar convenios que se someterían al voto de la Conferencia Internacional del Trabajo o de la Asamblea

de las Sociedades de Naciones.²² Pero este proyecto fracasó porque la mayoría de los representantes gubernamentales y patronales del Consejo de Administración de la OIT se negaron en 1921 a convocar una comisión internacional sobre el tema. Muchos de ellos consideraban que la cuestión de la colocación de los mutilados constituía una cuestión eminentemente nacional y no implicaba a todos los Estados.

Es más, Adrien Tixier se dio cuenta muy rápido de que sería difícil obtener la adopción de un convenio que incluyera medidas relativas a la obligación de empleo de los inválidos, ya que estas medidas solo habían sido adoptadas por algunos países europeos, habían sido a menudo concebidas como provisionales y generaban con frecuencia la hostilidad de los representantes patronales y obreros. Por lo tanto, esta medida iba demasiado en contra del ideal de mercado para ser incluida en un convenio de la OIT. Los convenios y recomendaciones adoptados por la OIT articulan generalmente la creación de formas de protección colectiva del trabajo con un pensamiento liberal (maximización de los intercambios de bienes y mercancías) (Cayet y Rosental, 2013, p. 7). Es a menudo en pos de la homogeneización de las condiciones de competencia entre los países por lo que la OIT promueve ciertos derechos sociales a nivel internacional.

En 1923, en la reunión internacional de expertos convocada por la OIT, el presidente de una asociación regional austríaca de víctimas de la guerra, Max Brandeis, presentó una propuesta en la que incitaba a la OIT a adoptar “medidas de carácter legislativo válidas para todos los Estados miembros de la Sociedad de Naciones, medidas que [decretaran] el empleo obligatorio de las víctimas de la guerra y de accidentes laborales en las empresas privadas y [sometieran] la aplicación de estas medidas al control ejercido por la OIT” (BIT, 1923, p. 274). Pero el director de la OIT aconsejó desestimar esta propuesta y el experto austríaco aceptó retirarla.

²² AOIT, MU 10/1/1. Carta, A. Tixier a R. Cassin, 22 de noviembre de 1920.

Otros factores contribuyeron a frenar la adopción de una norma internacional sobre el tema a mediados de los años veinte: por una parte, la aprobación de un convenio habría podido implicar para los Imperios europeos la instauración de políticas de asistencia en sus territorios coloniales. Por otra parte, la OIT no podía contar con un fuerte apoyo político y diplomático de las ONG en la materia. Las organizaciones existentes (FIIG, FIDAC, Internacional de Antiguos Combatientes) no resultaban interlocutores creíbles. Creada en abril de 1920, la Internacional de Antiguos Combatientes (IAC) agrupaba a las asociaciones de antiguos combatientes socialistas revolucionarios de cinco países (Alemania, Francia, Austria, Inglaterra, Italia). En la carta fundadora que adoptaron, estas asociaciones se comprometían a colaborar en cualquier huelga general contra el régimen capitalista, a defender los derechos de las víctimas de la guerra, a realizar una propaganda pacifista y a no colaborar con la SDN y la OIT.²³ Dirigida por su secretario general Henri Barbusse, la IAC rechazó posteriormente toda colaboración con la OIT.

Ya en 1920, René Cassin hizo un llamamiento a Adrien Tixier sobre la necesidad de constituir una federación internacional de mutilados de guerra, que reuniera a asociaciones de ambas partes, con el fin de favorecer la reconciliación entre los dos campos enemigos. En esta época, tanto la FIDAC como la FIIG se negaron a recibir a las asociaciones alemanas y austríacas. El funcionario de la OIT se comprometió a actuar como intermediario entre los mutilados de los países aliados y los de los países exenemigos. Dialogó con los dirigentes de la FIIG para convencerlos de la necesidad de una federación internacional e intentó convencer a los alemanes de que no podían exigir la revisión del Tratado de Versalles como condición esencial para la adhesión a una federación internacional.²⁴ Las reuniones de expertos que convocó entre 1921 y 1923 permitieron crear los primeros vínculos entre algunos dirigentes asociativos franceses,

²³ *Le Combattant... Anti-Guerrier*, París, 25 de julio al 10 de agosto de 1920.

²⁴ AOIT, MU 10/1/1. Copia de carta, A. Tixier a R. Cassin, 9 de diciembre de 1920.

alemanes y austríacos. A pesar de la actitud más abierta de los dirigentes de la UF, la FIDAC y la FIIG mantuvieron su intransigencia durante los años siguientes.

En 1924, René Cassin fue nombrado miembro de la delegación francesa en la SDN como representante de los veteranos, lo que reforzó su respaldo institucional para fomentar colaboraciones internacionales. Durante el verano de 1925, los dirigentes de la UF decidieron convocar un congreso internacional de las asociaciones de mutilados en Ginebra para crear una federación internacional. René Cassin buscó entonces la ayuda de Adrien Tixier y de Osvald Stein para organizar este congreso lo antes posible. El encuentro tuvo lugar en septiembre de 1925 con la ayuda técnica de la OIT y condujo a la creación de una nueva organización, la Conferencia Internacional de Asociaciones de Mutilados de Guerra y Antiguos Combatientes (CIAMAC), de la que Adrien Tixier fue secretario general hasta principios de los años treinta. Con sede en Ginebra, esta organización agrupaba asociaciones procedentes de una decena de países europeos. Además de la defensa de los derechos de los mutilados y víctimas de guerra, la CIAMAC militaba para una reconciliación internacional entre los países que antes eran enemigos, lo que podría garantizar una paz mundial (Prost y Winter, 2013, pp. 59-63; Cabanes, 2014, pp. 65-70). Para ello, organizó conferencias anuales en varias ciudades europeas. La CIAMAC mantenía relaciones tensas con la FIDAC.

La creación de la CIAMAC llegó tarde, el problema de los mutilados de guerra se había resuelto parcialmente con la adopción de legislaciones nacionales y ya no figuraba en el orden del día de la OIT. La CIAMAC constituía no obstante un espacio propicio para la circulación de las legislaciones nacionales sobre las pensiones de invalidez y sobre la rehabilitación, consolidando así las reivindicaciones asociativas locales en favor de la mejora de las legislaciones. En 1927, de acuerdo con una resolución adoptada por los participantes en la 3a Conferencia Internacional de la CIAMAC, los dirigentes de la CIAMAC pidieron a la OIT que convocara una comisión internacional

de expertos para estudiar las condiciones de indemnización de las víctimas de la guerra.

En marzo de 1928, Albert Thomas presentó al Consejo de Administración esta propuesta de informe de evaluación sobre las pensiones de guerra, pero la mayoría de los miembros del Consejo se mostraron reacios a aprobarlo. Efectivamente, los representantes gubernamentales podían temer que los expertos legitimasen el principio de la adaptación de las pensiones al costo de la vida, lo que supondría nuevos gastos. Albert Thomas decidió registrar la respuesta negativa del Consejo de Administración, sin abrir debates ni votación,²⁵ para evitar cualquier argumentación que pudiera provocar la ira de las asociaciones. Algunos años más tarde, la actividad de la CIAMAC se redujo considerablemente, socavada por la salida de los veteranos británicos, el arresto de los delegados alemanes por el gobierno nazi y el rechazo a participar de los veteranos italianos (Prost y Winter, 2013, p. 63).

Cuando estudia la cuestión de los mutilados, la Oficina Internacional del Trabajo se encuentra en competencia directa con el CPI. La conquista de la legitimidad en este sector por parte de la OIT pasa por la contratación de especialistas competentes, la convocatoria a reuniones de expertos, las publicaciones de artículos y libros y la constitución de ONG susceptibles de apoyar su acción. A un periodo de competitividad sorda entre el Servicio de los Mutilados de la OIT y el CPI sucede una fase de negociaciones sobre la distribución de las competencias (de septiembre de 1920 hasta agosto de 1922), seguida de una fase de colaboración infructuosa. Los funcionarios del Servicio de los Mutilados invirtieron toda su energía para hacer del problema de los mutilados un problema internacional, pero encontraron mucha oposición (representantes gubernamentales y patronales, asociaciones belgas y francesas de mutilados de tendencia nacionalista, organizaciones comunistas de mutilados).

²⁵ AOIT, MU 7/6/0. Copia de carta, 23 de mayo de 1928, A. Tixier a L. Viala, presidente de la CIAMAC.

Sin embargo, recibieron el apoyo financiero de la LSCR y el apoyo simbólico de la Sección de Higiene de la SDN para administrar el problema de las prótesis. La acción del Servicio de los Mutilados seguía teniendo un alcance limitado, se reducía a la promoción de ciertas ideas (obligación legal de contratación, mantenimiento del salario), sin que estas fuesen legitimadas por una recomendación. Aunque se tratara de un fracaso a medias a nivel reglamentario, la acción del Servicio de los Mutilados constituyó un éxito rotundo a nivel diplomático, ya que Adrien Tixier consiguió que los dirigentes asociativos francés, belga, alemán y austríaco colaborasen durante las reuniones técnicas, en un contexto en el cual las diplomacias francesas y belgas se mostraban hostiles a cualquier negociación con Alemania. De este modo, el trabajo de Adrien Tixier contribuyó al apaciguamiento de las tensiones entre los actores de los países ex-beligerantes y al mantenimiento de la paz.

En 1923, Adrien Tixier se mostraba pesimista sobre la voluntad de los Estados de organizar políticas de rehabilitación profesional de los inválidos, razón por la cual pidió a las asociaciones privadas de asistencia y, en particular, a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja que se implicaran en este campo (propaganda, creación de centros de rehabilitación) (Tixier, 1923, p. 683). Probablemente, estaba tratando de delegar parcialmente la gestión de este problema, en un momento en que este tendía a desaparecer de la agenda de la OIT.

La dificultad de adoptar derechos para las víctimas de accidentes laborales y los otros impedidos civiles

En los países europeos afectados por la guerra, el empleo regular de miles de mutilados de guerra en los centros de rehabilitación profesional redujo año tras año el número de beneficiarios potenciales de estas políticas, lo que generó un excedente tecnológico y técnico en rehabilitación profesional (Ortuzar, 2011, p. 62). Este excedente alentó a los especialistas a encontrar nuevos públicos para sus instituciones

de rehabilitación profesional con el fin de preservar sus intereses profesionales. En algunos países, este fenómeno se combinó con la presión de las asociaciones de víctimas de accidentes laborales, que reivindicaban el derecho de acceso al proceso de rehabilitación profesional. Como resultado de estas movilizaciones, varios Estados (Alemania, Francia, etc.) extendieron entonces las políticas de rehabilitación profesional a nuevos beneficiarios, en primer lugar, a las víctimas de accidentes laborales. En Francia, la Ley del 5 de mayo de 1924 especifica que los mutilados del trabajo podrán ser admitidos en los centros de rehabilitación profesional de la Oficina Nacional de Mutilados, de Combatientes y Víctimas de la Guerra, a cambio del reembolso de sus gastos de manutención.

La legitimación de los derechos de las víctimas de accidentes laborales a una asistencia sanitaria y a una reparación económica por el daño sufrido

Ya en 1920, Albert Thomas indicó a Adrien Tixier que el objetivo del Servicio de los Mutilados era el de garantizar que todas las víctimas de accidentes laborales y, en general, todos los inválidos, se beneficiasen de todos los progresos técnicos, científicos y legislativos realizados para solucionar los problemas de los inválidos de guerra. Esta ampliación está legitimada por la similitud de los problemas y de las soluciones consideradas, así como por las influencias cruzadas de las legislaciones sobre las pensiones de guerra y los accidentes laborales. En 1922, Adrien Tixier calculó que el número total de inválidos (inválidos de guerra, víctimas de accidentes laborales, otros inválidos civiles) en todo el mundo era de 12 a 15 millones (Tixier, 1923, p. 656).

Dado que las políticas de asistencia a las víctimas de accidentes laborales se limitaban generalmente a la asistencia médica inmediata y al pago de una pensión, los estudios del Servicio de los Mutilados –que a menudo se publicaban en la *Revista Internacional del Trabajo*– tenían por objeto legitimar sus derechos a recibir una

indemnización por el daño sufrido, a las prótesis, a la rehabilitación profesional, a la asistencia médica permanente y al acceso prioritario al empleo. El objetivo consistía también en mejorar la evaluación de las lesiones, gracias a los baremos mejorados tras la experiencia de la guerra. Según la OIT, en 1925:

se dispone ahora de pruebas de que, gracias a un buen tratamiento ortopédico, a un equipo ortopédico racional y a una rehabilitación metódicamente organizada, es probable que un enorme número de inválidos pueda proporcionar un rendimiento cercano al rendimiento normal de un obrero no inválido, si se les ha orientado adecuadamente en la elección de una profesión.

Por lo tanto, era legítimo que las legislaciones nacionales inscribieran el derecho a la prótesis y a la rehabilitación profesional como una obligación del Estado y un derecho de los inválidos. Estas legislaciones debían basarse en el principio del riesgo profesional, la atribución de una indemnización fija a la víctima y el seguro legal del trabajador por parte del patrono o la colectividad (BIT, 1925a, p. 4). Adrien Tixier estaba personalmente a favor de que la rehabilitación fuese gratuita para todas las víctimas de accidentes laborales y, por lo tanto, a expensas de los empresarios o de los aseguradores o, en su defecto, del Estado.

Tixier estaba convencido de que la ampliación de los derechos a las prótesis y a la rehabilitación profesional a todos los asegurados sociales requería que estas cuestiones fueran integradas en la cuestión más amplia de los seguros sociales. Así que, en 1922, pidió a Albert Thomas que le confiara oficialmente el estudio de los problemas de las víctimas de accidentes laborales, ya que existía el gran riesgo de que el CPI se ocupara de esta cuestión si la OIT no se involucraba más.²⁶ Adrien Tixier reclamó pues poder encargarse del seguro de accidentes, así como del seguro de enfermedad. El director de la OIT aceptó esta propuesta. Este cambio de atribuciones fue acompañado

²⁶ AOIT, MU 1/1/1. Nota, A. Tixier para A. Thomas, 22 de septiembre de 1922.

por la disolución de la Sección de los Mutilados a finales de 1923 y su integración en una nueva Sección de Seguros Sociales organizada bajo la dirección de Adrien Tixier. Este servicio conserva lógicamente el estudio de la cuestión de los mutilados y de las víctimas de accidentes laborales. Tixier permaneció a la cabeza de esta sección, compuesta por unos diez miembros, hasta 1936.

En su deseo de ampliar las prestaciones sociales a las prótesis y a la rehabilitación para todas las personas aseguradas, la OIT se vio obstaculizada por varios factores: la ausencia de mención de la rehabilitación profesional en las legislaciones nacionales; el escaso apoyo de las ONG; y la imposibilidad de evaluar el alcance del problema de las víctimas de accidentes laborales, ya que “las estadísticas [...] no [eran] comparables a nivel internacional” (Tixier, 1923, p. 654). Basándose en las estadísticas alemanas y estadounidenses, Adrien Tixier calculó en 1923 que el número de víctimas de accidentes y enfermedades profesionales en los países industrializados era de varios millones (1923, p. 655).

A partir de finales del siglo XIX, los médicos especialistas en cirugía y rehabilitación funcional de las víctimas de accidentes laborales se reunían regularmente en el marco de las redes internacionales sobre seguros sociales. Querían que se reconociera la medicina en torno a los accidentes de trabajo como una especialidad médica. Se organizaron congresos internacionales sobre los accidentes laborales y las enfermedades profesionales en Lieja (1905), Roma (1909), Düsseldorf (1912), Amsterdam (1925), Budapest (1928), Ginebra (1931), Bruselas (1935) y Frankfurt (1938). A finales de los años veinte se constituyó un Comité Internacional Permanente para el Estudio de la Medicina de los Accidentes Laborales. Basado en Zurich, este Comité estaba formado por miembros procedentes de una veintena de países. Estaba claramente dominado por especialistas europeos y estadounidenses. Este Comité Internacional se encargaba de organizar congresos internacionales, que trataban de los aspectos médicos de la cirugía y de la rehabilitación funcional de las víctimas de accidentes laborales, así como de los aspectos legislativos.

A mediados de la década de los años veinte, solo existían asociaciones nacionales de víctimas de accidentes laborales o de inválidos civiles en unos pocos países (entre los cuales se encontraban Francia, Alemania, Bélgica, Suiza y Suecia). Esta movilización de las víctimas de accidentes laborales surgía en un contexto en el que las fallas de la legislación sobre los accidentes laborales dejaban a los principales afectados en unas condiciones de vida miserables y en el que las conquistas de las asociaciones de mutilados de guerra eran de dominio público (De Blic, 2008, p. 123). Ya en 1923 Adrien Tixier ayudó al secretario de la *Fédération Nationale des Mutilés et Invalides du Travail* (FNMIT, Francia), Rémy Raffin, a mantener correspondencia con las organizaciones belgas, suizas y alemanas. Actuó como mediador y traductor durante los primeros intercambios de cartas. El objetivo contemplado era establecer una federación internacional de las víctimas de accidentes laborales lo antes posible para influir sobre las futuras conferencias internacionales del trabajo cuando se analizaran las cuestiones relacionadas con la seguridad social y los accidentes de trabajo.

Pero la creación de esta federación se vio rápidamente obstaculizada por la oposición de las centrales sindicales nacionales y de la Federación Sindical Internacional de Amsterdam, que temían perder la representación de las víctimas de accidentes laborales. El presidente de la Federación Sindical Internacional, Jan Oudegeest, expresó en un principio su firme oposición a la constitución de tal federación internacional ante Adrien Tixier. Dada la importancia de la opinión de este interlocutor para la OIT, Tixier se encontraba en una situación difícil. Vacilante sobre el camino a seguir, consultó a Albert Thomas, quien le sugirió que actuara discretamente a favor de la federación internacional. Adrien Tixier reanudó la discusión con Jan Oudegeest y le dio un argumento contundente: en ausencia del apoyo de la OIT a la creación de tal organización, existía un gran riesgo de que se creara una federación internacional de víctimas de accidentes laborales fuera de Ginebra y Amsterdam, que podría

encontrarse bajo influencia comunista.²⁷ Este argumento lo convenció y Jan Oudegeest aceptó apoyar la idea de crear una federación a finales de junio de 1924.

A partir de 1924, los dirigentes de asociaciones alemanas y francesas y el Servicio de Seguros Sociales de la OIT buscaron la adhesión de otras asociaciones. Entablaron correspondencia con Italia, España, Austria y Checoslovaquia, apoyándose a menudo en las redes socialistas o sindicales. Su objetivo era promover la constitución de federaciones nacionales de víctimas de accidentes laborales en estos países. Pero sus tentativas encontraron un éxito mitigado. En España, la única asociación de inválidos del trabajo contactada, la Sociedad de Inválidos (Barcelona), era comunista y se oponía a cualquier colaboración con la OIT. En Italia, la censura política del régimen fascista retrasó durante mucho tiempo la aparición de una organización nacional: la Associazione Nazionale fra lavoratori Mutilati e Invalidi del Lavoro solo apareció en 1933, en Milán, y permaneció activa apenas unos pocos años (Schianchi, 2014, p. 124). En Austria, se constituyó en 1926 una asociación nacional de inválidos del trabajo, la Erste Österreichische Krüppelarbeitsgemeinschaft (Wegscheider, 2016).

Así pues, solo tres grandes federaciones de mutilados e inválidos del trabajo (Francia, Alemania, Bélgica) se reunieron en Ginebra el 6 de septiembre de 1924, y más tarde, en Le Havre, los días 19 y 20 de junio de 1925, para estudiar la creación de una federación internacional de los mutilados del trabajo. En la reunión de junio de 1925, los participantes crearon oficialmente una federación internacional. Esta Federación Internacional estaba presidida por el francés Baptiste Marcet, en ese momento secretario general de la FNMIT. Nacido en Francia en 1883, quedó huérfano a los 6 años. Luego fue criado por su tío, panadero y líder local del Partido Radical francés. De adulto, fue herrero y militó en el sindicato de los herreros de Saint-Etienne. Tras una lesión estomacal, se hizo responsable de un dispensario del

²⁷ AOIT, MU 8/1/22. Nota manuscrita, A. Tixier, 27 de junio de 1924.

sindicato. Se involucró rápidamente en la creación de la FNMIT, de la que ocupó la Secretaría General de 1925 a 1964. La Secretaría General de la Federación Internacional estuvo a cargo de August Karsten, alemán, presidente de la *Zentralverband der Invaliden und Witwen Deutschlands* y miembro del Partido Socialdemócrata de Alemania en el Reichstag.²⁸

Como indicaba un funcionario de la OIT (Mr. Dechamp) a Adrien Tixier, la Federación Internacional desarrollaba su actividad lentamente, debido a “la falta de hombres, la falta de dinero, la falta de ideas”.²⁹ De manera que el Servicio de Seguros Sociales de la OIT decidió prestarle asistencia en el “trabajo técnico o legislativo de preparación de los congresos”. A pesar del atractivo de los congresos internacionales anuales, la Federación Internacional solo agrupaba a seis federaciones (Francia, Alemania, Bélgica, Países Bajos, Suiza, Austria) en 1931 (Montes, 1991, p. 363). Su actividad se vio frenada abruptamente por el advenimiento de Hitler en 1932, lo que provocó que la poderosa federación alemana se retirase.³⁰

A pesar de su corta existencia, la federación legitimó y mediatizó una serie de reivindicaciones defendidas por las asociaciones nacionales. En la Conferencia Internacional de las Asociaciones de Inválidos del Trabajo organizada en octubre de 1927, los participantes adoptaron una serie de recomendaciones: todos los países debían introducir un régimen de seguro social que cubriera la pérdida de salario causada por el desempleo o el riesgo físico (enfermedad, vejez, invalidez, fallecimiento); debían desarrollar la rehabilitación y la reclasificación profesional de las víctimas de accidentes laborales y estas debían tener prioridad en el empleo; las víctimas debían beneficiarse de una indemnización permanente o temporal igual a la pérdida de ganancia (revisada periódicamente en función de las fluctuaciones del coste

²⁸ AOIT, MU 8/1/7. Traducción de carta, A. Karsten a los organismos de inválidos del trabajo de Bélgica, Alemania, Francia y España, Berlín, 19 de mayo de 1925.

²⁹ AOIT, MU 7/16/3, carpeta 1. Nota, A. Tixier para A. Thomas, 3 de noviembre de 1927.

³⁰ Riksarkivet [SE/RA], 730032/1/F/F14a/1. Carta, B. Marcet a K. Nilsson, Saint Etienne, 27 de mayo de 1948.

de la vida) y los que requirieran de la asistencia de un tercero debían recibir una indemnización que cubriera estos gastos; los otros inválidos (en particular, los congénitos) debían también tener acceso a una rehabilitación profesional.³¹ Por último, los participantes protestaron contra la situación de los trabajadores accidentados que regresaban a su país tras haber trabajado en un país extranjero.

DOCUMENTO 3. LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LAS ASOCIACIONES DE INVÁLIDOS DEL TRABAJO, REUNIDA EN BRUSELAS EL 26, 27 Y 28 DE OCTUBRE DE 1927, FIJA ASÍ SU PROGRAMA DE REIVINDICACIÓN

En todos los países, los riesgos de enfermedad, vejez, invalidez, accidente, muerte y desempleo deben estar cubiertos por un régimen de seguros sociales que reparen los daños económicos, así como los daños a la salud y a la integridad física.

En la medida en la que el seguro se revele insuficiente para resolver algunas situaciones particulares, la ayuda del Estado debe producirse mediante la aplicación de leyes de asistencia que garanticen condiciones de vida decentes y que no impliquen menoscabo político o social.

En cuanto a los seguros, los extranjeros y sus beneficiarios deben ser tratados en igualdad de condiciones que los nacionales.

Los asegurados y en particular los beneficiarios de las prestaciones deben colaborar y participar en la aplicación de las leyes de seguro y asistencia.

En lo que se refiere especialmente a las medidas legislativas destinadas a permitir la ratificación de los convenios internacionales sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, la conferencia determina sus reivindicaciones como sigue:

1º) El ámbito de aplicación de las leyes que garantizan la reparación de los accidentes laborales debe extenderse a todos los trabajadores manuales e intelectuales, aprendices o empleados de todas las categorías de empresas

³¹ AOIT, MU 7/16/3, carpeta 1. Anexo al balance de la misión llevada adelante en Bruselas los días 26, 27 y 28 de octubre, Mr. Dechamp.

o instituciones y, en particular, a los trabajadores agrícolas y empleados domésticos.

2°) Todos los accidentes ocurridos durante o a causa del trabajo, incluidos los que se producen a la ida o a la vuelta del trabajo, deben dar lugar a reparación.

3°) Todas las enfermedades profesionales deben asimilarse a accidentes laborales (deben considerarse como enfermedades profesionales las lesiones corporales, causadas, agravadas o reveladas por el trabajo).

4°) La reparación debe ser calculada sobre la totalidad del salario.

5°) Las indemnizaciones permanentes o temporales deben ser iguales a la pérdida de ganancia.

6°) La víctima a quien sus lesiones obliguen a recurrir a la asistencia o a la ayuda constante de un tercero debe recibir una indemnización que cubra los gastos que resulten de ello.

[...]

7°) Las rentas asignadas deben revisarse periódicamente y seguir las fluctuaciones del coste de la vida y de los salarios.

8°) Las viudas y las parejas deben recibir una renta igual al 30% del salario de la víctima. Cuando la viuda tenga una incapacidad de ganancia de al menos un 50%, la renta debe ser igual a la mitad del salario. Toda viuda cuyo marido haya fallecido en posesión de sus derechos a una pensión de al menos un 50% tiene derecho a la renta.

9°) Los huérfanos deben recibir una pensión, de un 20% para los huérfanos de padre y de un 25% para los huérfanos de padre y madre. Todo huérfano cuyo padre haya fallecido en posesión de sus derechos a una pensión de al menos un 50% tiene derecho a la renta.

10°) Los ascendientes que estaban a cargo de la víctima o que hubieran estado a cargo de este último si hubiera vivido tienen derecho a una renta igual que la asignada a los huérfanos.

11°) La rehabilitación y la reclasificación profesional deben ser desarrolladas por todos los medios. Las víctimas deben beneficiarse del empleo con prioridad.

12º) La asistencia médica debe incluir todos los medios terapéuticos y extenderse a la prevención, así como al suministro, al mantenimiento, a la reparación y a la renovación de los aparatos de prótesis.

Estas reivindicaciones generales establecidas por la conferencia de ningún modo causan perjuicio a las reivindicaciones particulares de las organizaciones nacionales. Estas se comprometen a perseguir por todos los medios a su alcance la realización de las decisiones de la conferencia.

Fuente: AOIT, MU 7/16/3, carpeta 1. Anexo al balance de la misión llevada adelante en Bruselas los días 26, 27 y 28 de octubre por Mr. Dechamp.

La creación de la Federación Internacional se produjo demasiado tarde para influir en el contenido de las normas internacionales sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales que se debatieron en la OIT en 1924 y 1925, pero la Federación presionó a los gobiernos nacionales para que ratificaran dichas normas.

En 1924, la OIT preparó un anteproyecto de reglamento que regulaba el régimen de indemnización de las víctimas de accidentes laborales. La OIT era favorable a la aprobación de un convenio sobre el tema, al igual que la mayoría de los gobiernos consultados, excepto el Gobierno británico que quería una recomendación (BIT, 1925a, p. 140). Al pedirles su opinión sobre el tema, los gobiernos expresaron opiniones divergentes sobre el alcance del régimen de reparación de los accidentes laborales, los riesgos cubiertos y la gama de servicios prestados. Para tener esto en cuenta, la OIT preparó varios proyectos de convenios y recomendaciones en vez de un único convenio.

En su informe final sobre la indemnización de los accidentes laborales, la Oficina Internacional del Trabajo valoró las respuestas de los países favorables a la ampliación máxima del ámbito de aplicación (en los establecimientos industriales, comerciales y agrícolas públicos y privados) y que hacían pocas excepciones en cuanto a los beneficiarios (Dinamarca, Polonia, Australia, Bulgaria, Gran Bretaña, etc.) (BIT, 1925a, p. 153). Favoreció las opiniones progresistas en términos de riesgos cubiertos y prestaciones (suministro y renovación

periódica de los aparatos ortopédicos y de las prótesis) y previó al mismo tiempo la posibilidad de excepciones para los países que no desearan someterse a esta normativa. Sin embargo, no se incluyó el derecho a la rehabilitación profesional en el proyecto de convenio.

La asamblea de la OIT adoptó el 10 de junio de 1925 el Convenio n°17 relativo a la indemnización de los accidentes de trabajo. Esta disposición tenía por objeto garantizar algunas prestaciones a los obreros, empleados o aprendices contratados por empleadores públicos o privados en caso de accidente laboral. No obstante, cada Estado miembro podía excluir determinadas categorías de beneficiarios (trabajadores a domicilio, etc.).³² Este Convenio favorecía el pago inmediato de una pensión o de una indemnización fija a la víctima afectada por una incapacidad permanente. Un complemento de indemnización debía asignarse a las víctimas que requirieran de la asistencia constante de un tercero. El Convenio confería a las víctimas el derecho a la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, y el derecho “al suministro y a la renovación normal, por el empleador o el asegurador, de los aparatos de prótesis y de ortopedia cuyo uso se [reconociera] como necesario”.

La asamblea de la OIT aprobó un convenio sobre la reparación de las enfermedades profesionales,³³ seguido de otro sobre la igualdad de trato de los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de reparación por accidentes de trabajo.³⁴ Adoptó a continuación la Recomendación n°22 sobre la cuantía mínima de las indemnizaciones de reparación por accidentes de trabajo.³⁵ Este documento determinaba la cuantía mínima de la pensión que se debía asignar proporcionalmente al grado de incapacidad del individuo, por ejemplo, una pensión correspondiente a los dos tercios del salario anual de la

³² Organización Internacional del Trabajo [OIT], *Convention (n°17) sur la réparation des accidents du travail*, 1925.

³³ OIT, *Convention (n°18) sur les maladies professionnelles*, 1925.

³⁴ OIT, *Convention (n°19) sur l'égalité de traitement (accidents du travail)*, 1925.

³⁵ OIT, *Recommandation (n°22) sur la réparation des accidents du travail (indemnités)*, 1925.

víctima en caso de una incapacidad permanente total. Especificaba en su sección IV que las legislaciones nacionales debían garantizar la rehabilitación profesional de las víctimas de accidentes laborales “por los medios que las legislaciones nacionales [juzgaran] más apropiados” y se alentaba a los gobiernos a que apoyaran a las instituciones de rehabilitación.

En junio de 1933, la asamblea de la OIT aprobó dos convenios sobre el seguro de invalidez, el primero relativo a los trabajadores de la industria y de los sectores no agrícolas (nº37) y el segundo relativo al sector agrícola (nº38). La adopción de estos convenios revestía un aspecto bastante vinculante para los Estados miembros, alentados a establecer un seguro obligatorio de invalidez y a conceder una pensión de invalidez a los trabajadores que padecieran una incapacidad general que les impidiera obtener una remuneración suficiente por su trabajo. Sin embargo, las múltiples excepciones permitían a los Estados reducir el alcance del seguro de invalidez y limitar los beneficiarios de las pensiones de invalidez.

Si bien se mencionaba en un caso la “reeducación profesional” (*vocational rehabilitation* en la versión inglesa) de las víctimas, las normas de la OIT de este periodo se centraban en la necesidad de indemnizar a las víctimas de accidentes laborales y no mencionaban medidas que facilitaran su colocación en un empleo.

Al preparar el proyecto de Convenio sobre la reparación por accidentes de trabajo, la Comisión de reparación de los accidentes de trabajo rechaza en primer lugar por mayoría una enmienda relativa a la rehabilitación de las víctimas de accidentes laborales.³⁶ En la 7a sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), los representantes de los Gobiernos español y francés presentaron dos enmiendas destinadas a incorporar el derecho a la rehabilitación de las víctimas de accidentes laborales en el proyecto de convenio. La idea fue muy criticada, en particular, por los representantes del Gobierno

³⁶ Conférence internationale du Travail [CIT], 7e session, 1925, *Compte-rendu des travaux*, BIT, Ginebra, 1925, p. 258.

británico, ya que este derecho solo estaba consagrado en unas pocas leyes nacionales (España, Países Bajos), tal como se lee en la misma documentación. Por este motivo, la asamblea decidió posponer el estudio de esta cuestión y propuso fusionar las enmiendas francesas y españolas para prever su inserción en una recomendación sobre el tema. Durante el debate del proyecto de recomendación sobre la cuantía mínima de las indemnizaciones de reparación por accidentes de trabajo, las delegaciones francesa y española propusieron un artículo redactado del siguiente modo:

- La reeducación profesional de las víctimas de accidentes de trabajo deberá ser garantizada por los medios que las legislaciones nacionales juzguen más apropiados.
- Los gobiernos deberán incentivar a las instituciones que tengan por objeto dicha reeducación.
- La pensión del trabajador reeducado no podrá ser reducida por motivo de su reeducación.³⁷

Tal como se lee en el documento, el representante del gobierno del Imperio Británico, Mr. Bannatyne, se oponía a esto y propuso un artículo alternativo, que relativizaba la obligación de los gobiernos de desarrollar la rehabilitación y que no establecía ninguna restricción en la fijación de la pensión. Su propuesta de artículo fue rechazada por una estrecha mayoría. Cuando se votó el proyecto de artículo franco-español, los dos primeros párrafos fueron aprobados por una amplia mayoría, pero el último párrafo sobre las pensiones fue rechazado por 52 contra 51.³⁸ Por consiguiente, los dos primeros párrafos fueron incluidos en la sección IV de la Recomendación n°22. La reticencia a incorporar el derecho a la reeducación profesional en los textos internacionales se explica tanto por su rareza en las

³⁷ *Conférence internationale du Travail [CIT], 7e session, 1925, Compte-rendu des travaux, BIT, Ginebra, 1925, p. 444.*

³⁸ *Conférence internationale du Travail [CIT], 7e session, 1925, Compte-rendu des travaux, BIT, Ginebra, 1925, p. 450.*

legislaciones nacionales, como por las dificultades de organización de estas políticas. Por una parte, la creación de centros de prótesis y de rehabilitación era percibida como una política costosa tanto para los Estados como para las aseguradoras: costear el equipo de médicos y técnicos, los equipamientos, la reeducación profesional (de seis meses a dos años) y la manutención de la víctima del trabajo durante este periodo representaban una inversión considerable.

Si bien era relativamente fácil cubrir estos costos en los países donde existía un seguro obligatorio contra los accidentes de trabajo, el problema era de otra naturaleza en los países donde el seguro era libre y los países donde se podía elegir el asegurador (BIT, 1925b, p. 351). En estos últimos países, solo el Estado o las instituciones autónomas de derecho público podían lograr una buena organización técnica de la reeducación profesional. Por otra parte, como los representantes patronales comenzaban a exigir la fijación o la revisión de la cuantía de la pensión después del proceso de reeducación profesional, algunos movimientos obreros percibían la inclusión del derecho a la reeducación profesional como una amenaza al derecho de las víctimas de accidentes laborales a percibir una pensión elevada.

Aunque la OIT se implicó en favor de la reeducación médica de víctimas de accidentes laborales a partir de los años veinte, su compromiso a favor de la reeducación profesional fue tímido. A pesar de todo, las Conferencias Regionales de los Estados de América miembros de la OIT y de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), así como las Conferencias Interamericanas de la Seguridad Social (CISS), se hicieron eco de esta preocupación a partir de los años cuarenta. Las Conferencias Regionales de los Estados de América miembros de la OIT, organizadas en 1936 en Santiago de Chile y en 1939 en La Habana, invitaron a los organismos de seguros sociales a asumir los servicios de rehabilitación para las víctimas de accidentes laborales y la distribución de prótesis. Las CISS hicieron hincapié en sucesivas ocasiones en la inclusión de la rehabilitación profesional en las prestaciones proporcionadas a los trabajadores accidentados, junto con la atención médica y la compensación económica.

En 1940, la CISS aprobó una resolución que instaba a los organismos de protección social a establecer centros de rehabilitación profesional para los inválidos e invitaba a los empleadores a reservar un cierto número de puestos a los trabajadores reeducados. Todas estas recomendaciones contribuyeron a legitimar el derecho de las víctimas de accidentes laborales a la rehabilitación profesional ante los gobiernos, pero no tenían la legitimidad conferida por las resoluciones de la OIT.

El compromiso limitado de los organismos intergubernamentales en la protección social de los ciegos y de los sordomudos

La construcción de las redes transnacionales militantes para la causa de los sordos comenzó a mediados del siglo XIX. A partir de 1834, se celebraron numerosos banquetes de sordomudos en París, donde a menudo se recibía a sordos extranjeros. En 1867, surgió una Sociedad Universal de Sordomudos de las ruinas de otra asociación, la Sociedad Central de Sordomudos (Cantin, 2014, p. 89). Dirigida por Ferdinand Berthier, esta Sociedad Universal organizaba banquetes anuales en honor del Abad Charles-Michel de L'Épée y publicaba regularmente un boletín. El liderazgo de una asociación de carácter internacional por parte de Francia fue facilitado por la amplia difusión de la lengua de señas francesa, gracias a la presencia de docentes sordos franceses en instituciones de enseñanza para sordos en el extranjero (Estados Unidos, México, Brasil, etc.) (Cantin, 2014, p. 79). La Sociedad Universal se vio rápidamente debilitada por la guerra franco-prusiana y la Comuna de París, y más tarde fue disuelta en 1887, debido a la muerte de Ferdinand Berthier (1886) y a la competencia de una asociación anticlerical de sordomudos (Cantin, 2014, p. 104).

La organización de estas redes transnacionales se aceleró a partir de 1873. Durante las décadas siguientes, se organizaron congresos de sordos o sobre ellos en varios países europeos (Alemania, Suecia, Austria, Hungría, Suiza, Francia, etc.) y en los Estados Unidos (Murray, 2007, p. 60). En el contexto de una creciente prohibición o el

destierro de la lengua de señas –legitimada en 1880 por el Congreso Internacional para Mejorar la Suerte de los Sordomudos, celebrado en Milán (Envre, 2008 ; Buton, 2009, pp. 221-268)–, los congresos internacionales organizados por los sordos en general tenían como objetivo discutir de los métodos pedagógicos, valorizar la lengua de señas como lengua universal y denunciar la degradación de la situación profesional de los docentes sordos (Benvenuto y Seguillon, 2014, p. 143).

Las redes transnacionales de ciegos se crearon a partir de 1873 con la organización regular de congresos internacionales de docentes ciegos o de ciegos en países europeos (Francia, Bélgica, Inglaterra, Alemania, Austria y Hungría). Estas redes se institucionalizaron parcialmente a principios del siglo XX, con la creación de varias ONG. Fundada en 1900 por el suizo Jean-Jacques Monnier, la Asociación Internacional de Estudiantes Ciegos (AEA) tenía por objetivo promover la cooperación internacional entre los intelectuales ciegos, el estudio de las lenguas clásicas y lenguas extranjeras, la estandarización del braille, la publicación de libros y manuales en braille y su distribución entre los miembros. Constituida en 1904 bajo la dirección del francés Theophile Cart, la Asociación Internacional Esperantista para Ciegos (*Esperanta Ligilo. Lingvo Internacia por Blinduloj*) reunió rápidamente a ciegos esperantistas procedentes de diez países europeos. Su sede se encontraba en París.

En 1913 se creó la Asociación de Mujeres Ciegas de Lengua Alemana, que reunía a mujeres de Alemania, Austria, Hungría, Suiza, Noruega, Suecia y, más tarde, de Polonia (*Le Valentin Haiüy*, julio-agosto-septiembre de 1930, p. 52). Esta asociación tenía por objetivo proteger a las mujeres ciegas, proporcionarles trabajo a domicilio y fomentar su instrucción. Publicaba una revista en braille titulada *Die Frauenwelt*.

La Primera Guerra Mundial trastornó completamente la configuración de las redes transnacionales de sordos y de ciegos, provocando el cese de las conferencias internacionales, la retirada de algunos miembros, a partir de entonces “enemigos”, y la muerte de

otros. Incluso llevó a la desaparición de la Asociación Internacional Esperantista para los Ciegos en 1915. No obstante, la guerra también favoreció el nacimiento de solidaridades transnacionales, como la iniciativa lanzada por la francesa sorda Yvonne Pitrois para asistir a los sordos desplazados por la guerra en Europa, que recibió numerosas contribuciones de los Estados Unidos, de Australia y de otros países europeos (Murray, 2007, pp. 89-90). Las redes transnacionales se reconstituyeron tras la guerra.

Durante los años veinte, varias ONG defendían los derechos de los ciegos: la Asociación Internacional de Estudiantes Ciegos; la Asociación Universal de Ciegos Esperantistas (reconstituida en 1923 bajo el nombre de *Universala Asocio de Blinduloj Esperantistoj-UABE*) (Kreitz, 1972); la Federación Internacional de Ciegos de Guerra; la Unión Mundial de los Músicos Ciegos (fundada en 1924); la Unión Latinoamericana de Ciegos (fundada en 1923); el Comité Internacional para la Propaganda de los Ciegos, fundado en 1926 por un intelectual español ciego, Antonio Las Heras Hervás. En mayo de 1926, durante una conferencia panamericana, este último pidió a los delegados de la LSCR su apoyo para la constitución del Comité Internacional para la Propaganda de los Ciegos. Pero los delegados de la LSCR se negaron a ayudarlo, ya que les parecía poco serio e incapaz de realizar el proyecto, a pesar de la exactitud de sus ideas teóricas.³⁹ La actividad del Comité Internacional parece muy limitada, este solo reúne probablemente a algunos dirigentes españoles y latinoamericanos.

Presidida por Joseph Kreitz y Paul Rémy, la Asociación Universal de Ciegos Esperantistas (UABE) agrupaba en 1924 a más de 200 miembros de unos veinte países diferentes. En 1931, la UABE cambió su nombre por el de *Universala asocio de blindulorganizajxoj* (UABO). Organizaban congresos cada año, al margen de los congresos internacionales de esperantistas. Reunían generalmente entre cincuenta y cien personas ciegas, que discutían de múltiples temas (empleos en las industrias, perros guías, etc.). En 1932, después de un debate sobre los elementos

³⁹ ASDN, R 699. Carta, F. Humbert a R. Crowdy, primero de abril de 1927.

distintivos (brazalete, bastón de ciego, silbato) necesarios para proteger a los ciegos que circulaban en la vía pública, se pronunciaron a favor del bastón blanco con una insignia en forma de estrella (*Le Valentin Haüy*, octubre-noviembre-diciembre de 1932, p. 82).

A los ojos de numerosos líderes europeos, la única y verdadera organización internacional era la Asociación Internacional de Estudiantes Ciegos (AEA). Si bien la actividad de la AEA cesó durante la Primera Guerra Mundial, ya que la censura militar prohibía la circulación de los textos en braille (AEA, 1922, p. 3), se reanudó progresivamente durante los años veinte, con la convocatoria de congresos regulares (París, 1925; Asís, 1926; Marburg-Lahn, 1927; Viena, 1929). Agrupaba a menos de un centenar de miembros procedentes de una decena de países, que eran universitarios (estudiantes o titulados) o intelectuales (profesores, directores, publicistas). Su actividad se estancó al final de los años veinte puesto que los criterios de adhesión eran restringidos y su campo de acción, reducido. Por este motivo, los dirigentes de la AEA deseaban fundar una nueva organización internacional que se interesase por todas las cuestiones de asistencia, educación y previsión social. Esta organización debería contar con el apoyo de algunos gobiernos u organismos intergubernamentales (SDN, OIT), para poder invitar oficialmente a los gobiernos a los congresos internacionales y así ejercer una mayor influencia sobre las políticas nacionales. Estos dirigentes asociativos querían en primer lugar organizar un gran congreso internacional, que permitiera definir las mejores prácticas de asistencia a los ciegos y oficializar la constitución de una Federación Internacional para el Bienestar de los Ciegos. La idea que guiaba a estos dirigentes asociativos no era obligar a los Estados, sino animarlos a actuar a través de la promoción de los trabajos de especialistas, “que se [acabarían imponiendo] por sí mismos con el tiempo” (AEA, 1930, p. 4).

En 1929, se organizó un primer congreso en Viena para determinar las cuestiones prioritarias. Se designaron una veintena de comisiones especializadas, encargadas de redactar informes sobre una serie de cuestiones (previsión social, renta, perros guías, ayuda en

el trabajo, profesiones, mujeres ciegas, educación, enseñanza, etc.) para el próximo congreso. Estas comisiones estaban dominadas por alemanes, austríacos e ingleses, que acudieron en gran número al congreso. Los participantes aprobaron la constitución de un Comité Ejecutivo para la Preparación de los Congresos Internacionales de Ciegos, cuyo objetivo consistía en preparar los futuros congresos internacionales de ciegos. Este Comité estaba presidido por el alemán Carl Strehl, un universitario polígloto fundador de una academia para ciegos en Berlín. Los otros miembros eran también europeos. Se distinguían, en particular, Godfrey Mowatt, un magistrado de Sussex, gobernador del *Royal Normal College for the Blind*, y W. McG. Eagar, formado como trabajador social y secretario general del *National Institute for the Blind*.

En el congreso de Viena, los participantes estadounidenses obtuvieron el apoyo de los miembros del Comité para organizar un Congreso Internacional centrado en el trabajo de los ciegos en Nueva York en 1931. En este encuentro, se reafirmó la necesidad de una federación internacional de ciegos. Los miembros del Comité Ejecutivo para la Preparación de los Congresos Internacionales de Ciegos siguieron considerando la posibilidad de celebrar un gran congreso internacional tiflológico hasta finales de los años treinta, sin conseguir, no obstante, organizarlo. En efecto, el proyecto no tuvo éxito por falta de recursos económicos y de apoyo de los gobiernos, en un contexto de crisis económica mundial y de auge del fascismo. Aunque no lograron convocar un gran congreso internacional, los intelectuales europeos ciegos no cejaban en el empeño de formar una federación internacional. En 1933, la Unión Italiana de Ciegos se puso de acuerdo con la *Fédération nationale des aveugles civils* (Francia) para constituir una Federación Internacional de Uniones de Ciegos.⁴⁰ Esta última reunía al principio a representantes de asociaciones de cinco países europeos (Francia, Italia, Alemania, Bélgica, Holanda).

⁴⁰ Archives de la Fédération des aveugles et amblyopes de France [AFAAF]. Réunion du bureau fédéral de la Fédération nationale des aveugles civils, 13 de enero de 1933.

Polonia se unió a ellos más tarde (Le Temps, 26 de julio de 1937, p. 5). Ignoramos las actividades y las pretensiones de esta organización. La Segunda Guerra Mundial puso fin a su existencia.

En el ámbito de la protección social de los sordos, existían a finales de los años veinte dos organizaciones internacionales de sordos de reciente creación: el Comité Internacional de Deportes Silenciosos, creado en París en 1924 (Seguillon, 2002), y el Salón Internacional de Artistas Silenciosos, fundado en París en 1926. El francés Eugène Rubens-Alcais presidía el Comité Internacional de Deportes Silenciosos. Era un militante sordo fundador de la Federación Deportiva de Sordomudos de Francia. El Comité Internacional agrupaba en 1934 a deportistas de 15 países, casi todos europeos. Fundado por el escultor francés François Crolard y el español Valentín de Zubiaurre, el Salón Internacional de Artistas Silenciosos tenía por objeto ayudar a los artistas sordos, ya fuera para acompañarles en sus estudios, ya para exponer sus producciones artísticas. Se organizaban exposiciones internacionales de artistas sordos regularmente en París, reuniendo artistas procedentes de una decena de naciones, en su mayoría europeas. Una tercera ONG, la Asociación Francesa y Extranjera de Sordomudos para su Promoción General, creada en 1917, pretendía llevar su acción más allá de las fronteras nacionales, pero no alcanzó a ser organización internacional.

Los dirigentes de estas ONG colaboraron a veces para organizar algunos congresos, como el 4o Congreso Internacional de París (1931). Este congreso estuvo presidido por Henri Laufer, presidente de la Asociación Francesa y Extranjera de Sordomudos, y el secretario del Congreso fue nada menos que Eugène Rubens-Alcais. Se organizaron otros congresos internacionales durante el periodo de entreguerras (Ligère, 1924; Praga, 1928; Argel, 1930; Lieja, 1930; Búfalo, 1930; París, 1937), pero estos congresos fueron espacios de debates más nacionales que internacionales en realidad. A finales de los años veinte, los participantes a los congresos internacionales contemplaron constituir una Liga Internacional de Sordomudos, compuesta por intelectuales sordos de todas las naciones. Se votan algunas mociones

en este sentido en los Congresos Internacionales de Sordomudos de Praga (1928) y de Lieja (1930). Esta organización internacional debería permitir mejorar la suerte de los sordomudos “de todas las razas”, difundir sus aspiraciones, es decir, todas las medidas destinadas a garantizar que “cada sordomudo tuviera las mismas condiciones en la sociedad que los hombres normales” (Rubens-Alcais, 1931, p. 95) y obtener la adopción de resoluciones por parte de organismos intergubernamentales (en particular, la SDN) que podrían tener una incidencia en la acción de todos los gobiernos. A pesar de estas decisiones, no se creó ninguna liga a principios de los años treinta, ya que surgieron fuertes disensiones entre los miembros de la junta directiva provisional, encargada de redactar los estatutos y de organizar los futuros congresos internacionales. El presidente de la junta directiva provisional de la Liga, el sordo alemán Fritz Alberghs, era el antiguo dirigente fundador de la asociación Reichsverband der Gehörlosen Deutschlands. Era entonces un militante activo del partido nazi. Los otros dirigentes berlineses de la junta directiva le obligaron a abandonar la Presidencia de la Liga, que se hundió a continuación (Rubens-Alcais, 1931, p. 109). En el Congreso de París en 1931, se designó una nueva junta directiva para constituir la Liga Internacional. Pero los dirigentes franceses designados, Henri Laufer y Eugène Rubens-Alcais, tampoco lograron conformar esta Liga. Por un lado, era difícil ponerse de acuerdo con los otros dirigentes sordos sobre la forma estatutaria (liga, comité, unión) y sobre los objetivos. Por otro lado, los dirigentes sordos sentían gran animadversión entre sí por razones personales o por diferencias de opinión.

A nivel internacional, los movimientos que luchaban por los derechos de los sordos estaban más divididos y eran menos poderosos que los de los ciegos. Los movimientos por los derechos de los ciegos se distinguían también por su pretensión de obtener compensaciones económicas para compensar una supuesta menor productividad.

La mayoría de las ONG que defendía la causa de los ciegos difundían la idea de que la ceguera constituía la más grave de las incapacidades. En 1930, la Asociación Internacional de Profilaxia de la

Ceguera (AIPC) hizo un llamamiento en favor de la prevención de la ceguera, a través de una definición dramática: la consideró como una de las peores desdichas a los ojos de los hombres. Por el contrario, Antonio Las Heras Hervás consideraba que la ceguera “[era] una incapacidad parcial que [debía] solamente tenerse en cuenta para las actividades donde la vista [era] indispensable e insustituible” y eso justificaba el acceso prioritario de los ciegos a determinados empleos (1932, p. 35). En esta época, aparecieron por tanto definiciones muy divergentes de la ceguera, para legitimar una acción hacia la prevención y los cuidados, o hacia la inserción profesional.

Durante los años veinte, numerosas asociaciones de ciegos consideraban que los ciegos deben tener ciertos derechos (prioridad al empleo, exención de impuestos individuales, reducción en las tarifas de transporte, jubilación anticipada) con el fin de compensar las desventajas económicas y sociales que sufrían. Además del derecho a la pensión y el derecho al alojamiento en hogares para ciegos ancianos y sin recursos, las asociaciones de distintos países reivindicaban un acceso prioritario a concursos administrativos y a determinados puestos de trabajo, alegando las escasas oportunidades de empleo de los ciegos. Además, para compensar su menor productividad y sus elevados gastos de transporte (vinculados a la contratación de un guía), varias asociaciones consideraban que el trabajador ciego debería beneficiarse de compensaciones económicas, como la exención de impuestos individuales o un subsidio de compensación, así como de reducciones en las tarifas de transporte. Varias de estas demandas surgieron en el Congreso de Viena en 1929. Así pues, entre las sugerencias hechas individualmente por los congresistas, figuraban la atribución de un subsidio de compensación para los trabajadores ciegos y la instauración de medidas para facilitar el empleo de los ciegos en la industria. Delegados de varios países (Alemania, Finlandia, Hungría) pidieron la obtención de una tarifa reducida (o incluso la gratuidad) para los viajes en tren (AEA, 1930, p. 23). Algunos años más tarde, en el Congreso Internacional de los ciegos esperantistas de la UABO, los participantes pidieron la atribución a los ciegos de

una “justa compensación por ganar menos y gastar más” (*Le Valentin Haiüy*, octubre-noviembre-diciembre de 1934, p. 95). Muchas asociaciones nacionales de ciegos también reclamaban su autodeterminación mediante la participación activa o el liderazgo de la política del bienestar social de los ciegos. Por ejemplo, la Primera Asamblea de la *Federación Hispanica de Ciegos* aprobó una carta dirigida al gobierno afirmando:

Es evidente que los ciegos necesitamos para llevar a buen término nuestros deseos la colaboración entusiasta de los Poderes públicos y de nuestros hermanos videntes, pero es preciso que éstos pasen a la categoría de colaboradores y los ciegos a la de directores en sus propios problemas [...]. No solicitamos vuestra compasión, antes al contrario, la rechazamos y la creemos perjudicial; sólo aspiramos a las compensaciones económicas que el menor rendimiento industrial del obrero ciego necesita.⁴¹

Aunque también reivindicaban prioridad en el acceso al empleo, la mayoría de las asociaciones de sordomudos de la época no exigían ningún privilegio económico o compensación. A diferencia de los ciegos, los sordomudos no pueden justificar ninguna reducción de productividad en los oficios agrícolas, artesanales o industriales, o un excedente de gastos en los transportes. La única reivindicación de tipo económico se refería al periodo post-educativo: al observar las dificultades de acceso al empleo, los participantes en el 4o Congreso Internacional de Sordomudos de París manifestaron su deseo de que se garantizara durante al menos un año la subsistencia material de los sordomudos (Rubens-Alcais, 1931, p. 115). Se expresaron a favor de la admisión de los sordomudos en las Administraciones o en las fábricas, nacionales o municipales. Los sordomudos también debían poder tener acceso a la carrera docente.

⁴¹ “Primera Asamblea de la Federación Hispanica de Ciegos”, *Boletín Oficial del Centro Instructivo y Protector de Ciegos*, 17 de mayo de 1932.

Las principales reivindicaciones de las asociaciones de sordomudos se referían a la educación. Al igual que las asociaciones de ciegos, pedían en general que el Estado se encargara de la financiación y de la organización de la escolaridad de los niños. En 1931, en el Congreso de París, Eugène Rubens-Alcais afirmó que “la instrucción de los sordomudos no [debía] depender ni de la beneficencia, ni de la limosna, sino del Estado” (Rubens-Alcais, 1931, p. 111). Durante este Congreso, los representantes sordomudos expresaron el deseo de “que se [debía] enseñar a hablar a todos los niños sordomudos cuando [entraran] en la escuela, y que se [debía] [...] emplear la mímica para quienes no lo [consiguieran]” (Rubens-Alcais, 1931, p. 118). En resumen, consideraban que “el mejor sistema para la educación de los sordomudos [debía] ser una combinación de la palabra, la escritura, la dactilología y las señas”. Exigían también que los profesores de sordomudos fueran contratados con un nivel educativo certificado (bachiller) y tras un largo periodo de prácticas (3 años).

Los participantes al Congreso querían que los sordos realizaran su formación y su actividad profesional junto con las personas oyentes, en el sistema ordinario. Su formación profesional debería pues llevarse a cabo en talleres situados fuera de las instituciones especializadas. Proponían varias medidas para facilitar la inserción profesional en el medio ordinario: enseñanza comercial o administrativa, creación de oficinas de empleo por los poderes públicos, creación de clases de enseñanza superior.

Las ONG de sordos tenían poco o ningún contacto con las organizaciones intergubernamentales, a diferencia de los líderes de asociaciones de ciegos que interpelaban desde 1920 a los funcionarios de la OIT, de la Sección de Higiene y del Secretariado de la Sociedad de Naciones para que se preocuparan de los problemas de los ciegos. En agosto de 1920, Paul Rémy, secretario general del *Office français d'Assistance dans le Travail pour les Aveugles*, rogó a la OIT que estudiara la posibilidad de aprobar una legislación internacional sobre el trabajo de los ciegos con el fin de garantizar el acceso de los ciegos a

un empleo.⁴² Según él, el ciego poseía generalmente una productividad inferior (del 50 al 60%) a la del trabajador válido y no encontraba empleo a causa “del egoísmo del patrono”. Esta reglamentación internacional debería determinar la obligación para el Estado, los departamentos y los municipios de contratar a ciegos cualificados en una proporción de un 5% de la plantilla; y la introducción de cláusulas que exigieran que una parte (por ejemplo, el 10%) de los suministros comprados por el Estado, los departamentos y los municipios se asignara a obreros ciegos.

No obstante, Paul Rémy adjuntó una carta indicando que era posible estudiar la cuestión más general de la reglamentación del trabajo de los “anormales” (anormales físicos y sensoriales, mentales, sociales).⁴³ Aconsejaba sin embargo al jefe del Servicio de los Mutilados que se centrara en primer lugar en los ciegos y pospusiera la reglamentación del trabajo de los anormales. De la misma opinión que Paul Rémy, Adrien Tixier indicó a Albert Thomas que había que establecer prioridades y le propuso ocuparse únicamente de los ciegos.⁴⁴ Adrien Tixier poseía ya sólidas competencias en el ámbito de la reeducación profesional de los ciegos de guerra. Como esta orientación fue aprobada por su superior, emprendió en septiembre 1920 un estudio internacional sobre las condiciones de trabajo de los ciegos. La Liga de Sociedades de la Cruz Roja lo ayudó en este estudio, pidiendo a sus filiales nacionales que enviasen informes sobre la reeducación de los ciegos, que se remitían a continuación a la OIT. Sin embargo, Tixier se enfrentó a obstáculos en su estudio, debido a la lentitud de los intercambios en múltiples idiomas y de la actitud hostil del Comité británico encargado de las relaciones con la OIT, que consideraba que esta cuestión no incumbía a la OIT sino a la Organización de Higiene.⁴⁵ Sorprendido por esta posición, Adrien Tixier defendió las

⁴² AOIT, MU 11/1/22. Documento titulado “Requête des travailleurs aveugles à M. le Directeur du Bureau du Travail de la Ligue des Nations, Paris, 10 août 1920”.

⁴³ AOIT, MU 11/1/22. Carta, P. Rémy a A. Tixier, Champigny, 5 de agosto de 1920.

⁴⁴ AOIT, MU 11/1/22. Copia de carta no fechada, A. Tixier a A. Thomas, ¿agosto de 1920?

⁴⁵ AOIT, MU 11/0/2/1. Carta, O. Allen a A. Thomas, 11 de marzo de 1921, .

competencias de la OIT en el ámbito del empleo de los ciegos.⁴⁶ Ante la dificultad de reunir información, reconoció en 1921 que “la OIT no [estaba] pues en condiciones, como se pensaba en principio, de publicar documentación verdaderamente general e internacional sobre las condiciones de trabajo de los ciegos”.⁴⁷

A raíz del estudio, Adrien Tixier constató que, en varios países (Francia, Gran Bretaña, Alemania, Austria), los ciegos obtuvieron la reserva del suministro del Estado o de las colectividades públicas de determinados productos como los cepillos y las escobas. No obstante, este derecho de venta automática no se inscribió en ninguna legislación nacional. Por lo tanto, no se podía considerar ningún proyecto de convenio internacional sobre la materia, y especialmente porque este derecho de prioridad constituía una cuestión comercial que no era de la competencia de la OIT. Adrien Tixier admitió también que una reglamentación internacional sobre el trabajo de los ciegos (que determinase la reserva de puestos o la obligación de contratación) le parecía prematura, ya que este tipo de medidas encontraba mucha oposición y solo unos pocos países las habían incluido en sus legislaciones. Aconsejaba tan solo hacer propaganda sobre el rendimiento de los ciegos, para dar a conocer la exitosa experiencia del trabajo de los ciegos en la industria llevada a cabo en Francia, Alemania e Inglaterra. Dos años después, el director de la OIT también defendió ante la Conferencia General de Comunicaciones y Tránsito celebrada en Barcelona en 1923 el derecho de los trabajadores ciegos a beneficiarse de una tarifa especial (pagando un billete único) cuando viajaran con su guía en el transporte público (*La Provincia*, 12 de agosto de 1923). El tema fue estudiado por un comité de la conferencia, que luego envió cuestionarios a muchos países de todo el mundo. A continuación, se elaboró un informe en el que se describían diversas experiencias internacionales (Sudáfrica, Bélgica, etc.), pero no se sabe

⁴⁶ AOIT, MU 11/0/2/1. Copia de carta, A. Tixier a Oswald Allen, 16 de marzo de 1921.

⁴⁷ AOIT, MU 9,1/34. A. Tixier, “L’organisation du travail des aveugles”, p. 1.

si esta propuesta condujo a la adopción de una convención internacional sobre este pase especial para los trabajadores ciegos.

Tres años después del estudio de la OIT sobre los ciegos, Paul Rémy, uno de los dirigentes de la UABE, quiso organizar un servicio internacional de información en esperanto sobre los ciegos en el seno de la OIT. Para ello, propuso a uno de los funcionarios de la OIT, Mr. Tarelli, mantener correspondencia en braille con todos los ciegos esperantistas del globo. Si bien al principio estaba dispuesto a centralizar la información, Tarelli moderó el entusiasmo de Paul Rémy en otoño de 1925 e indicó al director de la OIT que no tenía ni el tiempo ni las competencias suficientes en braille para realizar esta tarea.⁴⁸ Este último aprobó las “tan sabias” observaciones de Tarelli y admitió que las dificultades técnicas no permitían a la OIT asumir tal correspondencia.⁴⁹

Durante los años veinte, la acción reglamentaria de la OIT se limitó a prevenir la ceguera en la industria, mediante la aprobación de recomendaciones sobre prevención de accidentes laborales y mejora del alumbrado industrial. A diferencia del estudio de la OIT sobre los ciegos que terminó fracasando, el estudio realizado sobre los niños ciegos por el Comité de Protección de la Infancia (CPE) desembocó en una recomendación a favor del derecho a la educación en 1932.

El CPE abordó la cuestión de la infancia ciega en 1926, después de que Antonio Las Heras Hervás, presidente del Comité Internacional para la Información y Propaganda de los Ciegos, enviara un informe sobre el tema. En su informe, este último señalaba la urgencia de la cuestión de los ciegos. Denunciaba la escasez de escuelas encargadas de la instrucción de los ciegos, la explotación de los ciegos para la mendicidad y la percepción de la ceguera como una inferioridad irremediable.

Esperaba que la jefa de la Sección de Asuntos Sociales, Rachel Crowdy, “consiguiera que la Secretaría emprendiera un estudio

⁴⁸ AOIT, MU 11/1/22. Nota, M. Tarelli para A. Thomas, 26 de octubre de 1925.

⁴⁹ AOIT, MU 11/1/22. Nota, A. Thomas para M. Tarelli 28 de octubre de 1925.

sobre esta dolorosa cuestión”⁵⁰ y ofreciera su ayuda. Recomendaba la creación y la reorganización de escuelas especiales según principios modernos (separación de los ciegos y de los sordomudos, división por grupos de edad) bajo control gubernamental y la aprobación de leyes que determinasen la enseñanza obligatoria para los ciegos.

Este informe convenció a los miembros del CPE para incluir la cuestión de la infancia ciega en el orden del día de su tercera sesión (del 2 al 7 de mayo de 1927). Cuando se pidió a Antonio Las Heras Hervás que escribiera un informe más completo sobre el tema, no se encontraba disponible debido a un viaje a los Estados Unidos, así que finalmente fue el francés J. Martin, inspector de división del Ministerio de Trabajo e Higiene, quien entregó un informe completo a los miembros del CPE. El experto francés hizo un balance negativo de la escolarización de los niños ciegos en las escuelas públicas comunes (con los niños videntes) y pidió que su educación fuera obligatoria, financiada por el Estado y realizada en clases especializadas.

En el mismo periodo, la Secretaría del CPE emprendió la recopilación de información sobre la infancia ciega a través de varias ONG (AEA, AIPE, LSRC, Unión Internacional de Ayuda a la Infancia) y de numerosas administraciones nacionales. El estudio de esta cuestión duró muchos años, ya que la persona encargada de redactar un informe sobre esta cuestión, la oftalmóloga danesa Estrid Hein, consideraba que este problema ya estaba siendo tratado por otros organismos (OIT, OH, Congreso de Oftalmólogos), que solo el aspecto social de la cuestión era responsabilidad del CPE y que ella no tenía la competencia necesaria para evaluar este tema.⁵¹ Por lo tanto, prefirió dejar este asunto en manos de la Sección de Higiene. Sin embargo, los delegados de la OIT de la Sección de Higiene no veían ningún inconveniente en que el CPE se encargase de la cuestión, razón por la cual se invitó a Estrid Hein a que prosiguiera el estudio en colaboración con los otros organismos de la SDN.

⁵⁰ ASDN, R 699. Copia de carta no fechada (¿1926?), A. Las Heras Hervás a R. Crowdy.

⁵¹ ASDN, R 3069. Carta, E. Hein a R. Crowdy, 4 de septiembre de 1929.

En la octava sesión del CPE, en abril de 1932, Estrid Hein presentó las conclusiones formuladas por un subcomité de expertos compuesto por el Dr. Hein, el Dr. Frédéric Humbert, el Dr. J. Martin y Mr. Velghe. El CPE aprobó una resolución: los niños ciegos debían ser definidos en el ámbito de la enseñanza como aquellos que “debido a su falta de visión, [tenían] grandes dificultades para leer libros escolares o que solo [podían] leer a riesgo de dañar su vista”.⁵² Todos los niños ciegos debían recibir instrucción obligatoria y gratuita, complementada con formación profesional. Esta enseñanza “[debía] impartirse preferentemente en institutos para ciegos o en escuelas o clases organizadas especialmente para ciegos totales o para niños con visión reducida”. La resolución establecía que las autoridades públicas debían cubrir los gastos de manutención de los niños ciegos pobres y financiar su enseñanza primaria y profesional. Los gobiernos debían también facilitar el acceso a la enseñanza secundaria y superior a los adolescentes ciegos que pudieran beneficiarse de ella.

Estas medidas aprobadas por el CPE implicaron grandes cambios en la organización de la enseñanza de los ciegos, que hasta entonces había estado dominada en numerosos países europeos por las organizaciones religiosas. El Gobierno de los Países Bajos, al igual que otros, se mostró reacio a apoyar las ideas de instrucción obligatoria de los ciegos y de la implicación pública en este ámbito.⁵³ Además, estas medidas legitimaban la enseñanza de los ciegos en escuelas especializadas, devaluando así la instrucción de los ciegos en clases comunes (con videntes), practicada desde finales del siglo XIX en algunas escuelas públicas de varios municipios europeos (Dublín, Angers, Lille). Se criticaba también otro método educativo practicado en países musulmanes, la enseñanza oral del Corán a los niños ciegos en las escuelas coránicas.

⁵² ASDN, R 3070. Child Welfare Committee, *Welfare of Blind Children. Report by the Sub-Committee*, Ginebra, League of Nations, 11 de abril de 1932.

⁵³ ASDN, R 3070. Carta, secretario general del MAE al secretario general de las SDN, La Haya, 18 de agosto de 1932,

En los años siguientes, el representante del gobierno británico, apoyado por otros representantes gubernamentales, militó para reducir el campo de estudio sobre la infancia ciega. Según él, los estudios tan amplios constituían un derroche de tiempo y energía.⁵⁴ Como resultado, el CPE decidió centrar su estudio en los métodos de detección de la ceguera entre los niños en edad preescolar. Publicó el informe *Le dépistage des enfants aveugles* en 1935.

Entre 1928 y 1935, fracasaron varias tentativas de incluir en el orden del día del CPE la cuestión de los niños sordos. En marzo de 1928, algunos miembros del CPE sugirieron que el estudio de los métodos de educación de los sordomudos se integrara en la investigación emprendida sobre la educación de los niños ciegos. Pero el “Comité [consideró] preferible aplazar esta cuestión para el programa de una próxima sesión”.⁵⁵ Tres años más tarde, en abril de 1931, la delegada de las organizaciones internacionales de mujeres, la feminista suiza Émilie Gourd, propuso estudiar los problemas de los niños sordomudos durante las próximas sesiones.⁵⁶ Pero no se dio curso a esta petición, probablemente porque la agenda del CPE seguía sobrecargada.

Del mismo modo que el CPE daba prioridad al análisis del problema de los niños ciegos frente al de los sordos, la Sección de Higiene de la Sociedad de Naciones emprendió en primer lugar un estudio sobre los ciegos y la prevención de la ceguera en 1927, antes de realizar cinco años más tarde un estudio sobre la sordera. A raíz de la propuesta del representante del Gobierno británico, Sir George Buchaman, la Sección de Higiene inició en noviembre de 1927 un estudio internacional sobre la protección de los ciegos. Este estudio estaba siendo realizado por expertos del Ministerio de Higiene británico (George Hawley, D F.R. Lovett) bajo la supervisión del Dr. Pantaleoni (Sección de Higiene). El director de la OIT informó rápidamente al director de

⁵⁴ ASDN, R. 4720. Carta, Harris a E. Ekstrand, 19 de diciembre de 1934.

⁵⁵ ASDN, R 3069. Documento titulado “Extract from the Report on the Work of the 4th Session of the Child Welfare Committee, march 1928”.

⁵⁶ ASDN, R 3070. *Rapport sur les travaux de la Septième session (14-20 avril 1931)*, Ginebra, 20 de abril de 1931.

la Sección de Higiene del deseo de la OIT de participar en la elaboración de este estudio y del informe. Deseaba así reafirmar el campo de competencia de la OIT en el ámbito de la protección profesional de los ciegos (educación y orientación profesional, seguros sociales, contratación, trabajo y salarios). Pero los cuestionarios se enviaron a 57 naciones sin que la OIT fuera consultada. No obstante, la organización del trabajo contribuyó al informe final completando dos capítulos relativos a la formación profesional de los ciegos y a su empleo en la industria. La investigación dio lugar a la publicación de un *Informe sobre la protección de los ciegos en los distintos países* en inglés (septiembre de 1929) y luego en francés (enero de 1930). Este informe solo abordaba parcialmente las causas y la profilaxis de la ceguera, para no interferir en la labor de la Asociación Internacional para la Prevención de la Ceguera. Se basaba en el supuesto de que “la ceguera se [distinguía] de otras lesiones físicas [...] por sus graves efectos de carácter económico”, ya que los ciegos tenían dificultades extremas para alcanzar el nivel de productividad de los videntes (OH, 1929, p. 11). Las instituciones británicas (*National Institute for the Blind*, *National Institute of Industrial Psychology*) procuraron establecer científicamente este déficit de productividad, desarrollando estadísticas sobre los efectos que tenían los diferentes grados de ceguera, las actividades y los métodos de dirección, sobre la calidad y la rapidez del trabajo. Estas estadísticas permitían determinar de forma rigurosa las operaciones que los ciegos podían realizar convenientemente, con el fin de colocarlos más fácilmente y mejor en los oficios industriales. Tras sus análisis, estas instituciones consideraron que dos tercios de los ciegos eran incapaces de trabajar convenientemente y que, por tanto, debían recibir una ayuda financiera.

Este informe no recomendaba específicamente ningún derecho, pero se refería de manera muy positiva a numerosas experiencias en el ámbito de la asistencia, el empleo y la educación. Destacaba la intervención de los Estados (sobre todo de los Estados Unidos y de los del Imperio Británico) en favor de los ciegos; en particular, en la educación, la formación profesional y el empleo. El informe era

muy favorable a la enseñanza en braille en las escuelas especiales, integradas en los sistemas nacionales de enseñanza (OH, 1929, p. 16).

Podían organizarse varias formas de empleos para favorecer la inserción profesional de los ciegos: talleres especiales; instituciones que facilitaran el trabajo manual a domicilio; formación universitaria; empleo en fábricas ordinarias (según las experiencias llevadas a cabo en Estados Unidos y Canadá); la obligación legal de contratación; trabajos domésticos; el ejercicio de oficios artesanales o de servicios gracias a la concesión de monopolios (masaje, venta de tabaco, licencia de explotación de cines). Se realizó un balance moderado de la experiencia alemana de obligación legal de contratación de los ciegos, con la enumeración de los problemas planteados por la aplicación de esta legislación (ineptitud de algunos ciegos, ignorancia de los patronos, rendimiento inferior, etc.). El informe recomendaba pues contratar únicamente a ciegos sanos y competentes, para un puesto de trabajo adecuado, y eximir a los patronos del pago de indemnizaciones en caso de accidente de los trabajadores ciegos. Mencionaba también las distintas formas de complementos al salario para los ciegos trabajadores a causa de su productividad inferior (complemento salarial invariable, complemento proporcional al salario, gratuidad de comida y techo, salario fijo elevado, etc.). Era necesario velar para que “todo sistema de complementos salariales fuese establecido para fomentar la producción y no para disminuirla” (OH, 1929, p. 69). Los talleres especiales gozaban de numerosas ventajas (supervisión por expertos, compañerismo, producción vendida con facilidad, etc). Sin embargo, no había en número suficiente, era difícil hacerlos prosperar y en sí mismos no podían constituir la solución al problema del empleo de los ciegos, debido a su concentración en algunas ciudades. El informe recomendaba emplear en los talleres especiales bajo la supervisión de personal vidente y de tomar solamente a los obreros ciegos capaces de ofrecer un rendimiento satisfactorio.

A raíz de la publicación de este informe, consciente del interés de la Organización de Higiene en la causa de los ciegos, el francés Pierre Henri sugirió en el Congreso de Viena de 1929 que se encargara a la

SDN el estudio de todo lo referido a la higiene de los ciegos. Pero la mayoría de los miembros presentes en el Congreso de Viena consideraron que “no [parecía] de utilidad práctica encargar a la Sociedad de las Naciones este asunto” (AEA, 1930, p. 7). Prefirieron constituir una Comisión de Higiene, que debía solicitar la cooperación de la SDN y de la LRCS si fuese necesario. No obstante, aceptaron la idea de que el próximo congreso internacional de ciegos se reuniera bajo los auspicios de la SDN, con el fin de facilitar que delegados gubernamentales acudieran al congreso.

Posteriormente, uno de los miembros del Comité Ejecutivo para la Preparación de Congresos Internacionales de Ciegos, el Dr. Godfrey Mowatt, fue el encargado de elaborar un memorándum en favor de un Centro Internacional de Información para los Ciegos y de detallar las diferentes formas de apoyo posibles de la SDN al Comité. Este apoyo estaba previsto mediante la designación de un funcionario encargado de recoger y responder a las solicitudes de información, el establecimiento de un Comité sobre el Bienestar de los Ciegos con un secretariado permanente en la Sección de Higiene o mediante el reconocimiento de una Oficina Internacional de Información sobre los Ciegos establecida por otras personas.⁵⁷ El informe de Mowatt favorecía la tercera solución, que permitiría a la Oficina Internacional realizar toda una serie de funciones (difusión de la información, conferencias, promoción, experimentaciones sociales, etc.). El informe concluía con una solicitud de patrocinio de la futura Conferencia Internacional.

Este memorándum se transmitió a continuación al Secretariado General de la SDN gracias al apoyo de Lord Grey de Fallodon, amigo personal del secretario general, Eric Drummond.⁵⁸ Informados de las propuestas contenidas en el informe del Dr. Mowatt, los dirigentes de la Sección de Higiene y de la OIT se posicionaron a favor de

⁵⁷ ASDN, R 5844. Documento titulado “International Bureau for the Blind”, adjunto a la carta del 23 de febrero de 1930, Frey of Fallodon a E. Drummond.

⁵⁸ ASDN, R 5844. Nota del secretario general, 27 de febrero de 1930.

la creación de un Centro Internacional de Información sobre los Ciegos, que podría estar asociado de facto a la SDN.⁵⁹ Pero diez días después, los miembros del Secretariado General de la SDN tomaron una decisión en otro sentido: consideraron que la cuestión del bienestar de los ciegos no alcanzaba una amplitud internacional o nacional tal como para poder ser integrada en las actividades ordinarias de la SDN o para que un subcomité sobre el tema fuese creado en la SDN.⁶⁰ La SDN podría, no obstante, aceptar apoyar un Instituto Internacional de Información, si uno o más gobiernos aceptaban fundarlo y financiarlo. En resumen, los miembros del Secretariado General de la SDN no deseaban que la SDN se involucrara financieramente en este tema y se mostraron reacios a patrocinar la futura Conferencia Internacional sobre los Ciegos. No se oponían a la organización de una reunión con los representantes de ciegos, pero deseaban que fuera informal y que no condujera a ninguna asunción de responsabilidad por parte de la SDN.

En junio de 1930, varios representantes del Comité Ejecutivo para la Preparación de Congresos Internacionales de Ciegos (Godfrey Mowatt, McG. Eagar, Georges Raverat, Carl Strehl) se entrevistaron en una reunión informal con una comisión de investigación de la SDN, compuesta por representantes del Secretariado General, de la Sección de Higiene y de la OIT, con el fin de presentar las peticiones inscritas en el informe Mowatt. Durante la reunión, la mayoría de los participantes estaban a favor de la centralización de la información sobre los ciegos, pero cada organismo (Sección Social, Sección de Higiene y OIT) deseaba ver su campo de competencia reconocido y respetado.⁶¹ El subsecretario general, Mr. Dufour-Féronce, moderó el entusiasmo de los delegados ciegos: la SDN no podía ni crear ni

⁵⁹ ASDN, R 5844. Nota dactilografiada, Rajchman a Dufour-Feronce, 17 de marzo de 1930.

⁶⁰ ASDN, R 5844. Documento titulado "Note by the secretary-general", 27 de marzo de 1930.

⁶¹ ASDN, R 5844. "Projet de création d'un centre international pour les aveugles", reunión del 17 de junio de 1930.

dirigir una oficina internacional sobre este tema. Para que una oficina quedase bajo la protección de la Liga, primero tendría que ser constituida por un tratado intergubernamental. Además, la SDN no podía conceder protección al Comité Ejecutivo para la Preparación de Congresos Internacionales de Ciegos, pues solo las asociaciones gubernamentales internacionales podían beneficiarse de ella.⁶² Así que Dufour-Féronce recomendó a los delegados ciegos que formasen una asociación internacional respaldada por los gobiernos. No obstante, las Secciones de Higiene y de Cooperación Intelectual se manifestaron dispuestas a ofrecer cierta asistencia técnica a una futura oficina internacional privada (distribución de correspondencia, ayuda a la publicación, envío de un delegado al congreso internacional).

A pesar de la respuesta negativa de la SDN, los dirigentes ciegos continuaron con su iniciativa. En 1931, en el Congreso de Nueva York, aprobaron la creación de una Oficina Privada Internacional para los Ciegos en París. Esta sede tenía múltiples funciones: recopilar y difundir información, estudiar las cuestiones internacionales, determinar las recomendaciones destinadas a los gobiernos. Se le encargó, en particular, “recomendar a todos los Estados, a través de la SDN, la institución y la aplicación de un estatuto social para los ciegos” (*La Voix des aveugles*, abril-mayo de 1931). Entre la decena de miembros que componían el Comité Ejecutivo de esta Oficina, destacaban varias personalidades: Robert Irwin, formado como educador de niños ciegos, expresidente de la American Association of Workers for the Blind (1923-1927) y luego director ejecutivo de la American Foundation for the Blind; Paul Guinot, ciego formado como masajista, fundador de la Fédération nationale des aveugles civils (Francia); Georges Raverat, antiguo periodista, secretario general del American Braille Press for War and Civilian Blind en París. Los líderes ciegos lograron obtener el apoyo financiero de dos tiflófilos estadounidenses

⁶² ASDN, R 5844. “Scheme of Mr. Mowatt for an international centre for the Blind. Preliminary discussions”, primera reunión celebrada en Ginebra, 16 de junio de 1930, p. 4.

(Mr. Cromwell y Mr. Migel) para financiar el Secretariado de la Oficina durante tres años. No obstante, este Comité no inició su actividad, porque los filántropos estadounidenses estaban descontentos con la constitución de una Federación Internacional de las Uniones de Ciegos, que percibían como un organismo competidor, y se negaron pues a poner en funcionamiento el Comité (*La Voix des aveugles*, febrero-marzo de 1932).

En junio de 1932, el representante del Gobierno de la Unión Sudafricana en la SDN, el comandante F. F. Pienaar, sugirió que se encargara a la Sección de Higiene la realización de una investigación internacional sobre los sordos similar a la que se llevó a cabo sobre los ciegos. Este estudio ayudaría al *Nacional Council for the Deaf* de la Unión Sudafricana en su trabajo (elaboración de estadísticas, prevención de la sordera, elección de métodos educativos). Al transmitir a los otros miembros del Comité de Higiene la petición del Gobierno de la Unión Sudafricana, el director de la Sección de Higiene añadió que solamente los problemas estadísticos, así como las causas y las medidas preventivas de la sordera implicarían al Comité de Higiene.⁶³ El Dr. Rajchman recomendó que el Comité de Higiene nombrara una comisión de expertos sobre este tema.

En octubre de 1932, el Comité de Higiene estudió la petición sudafricana. Varios miembros estaban a favor, pero el delegado inglés, el Dr. Georges Buchanan, propuso esperar los resultados de una investigación realizada en Gran Bretaña sobre los sordos por el Dr. Alfred Eichholz antes de emprender una investigación internacional.⁶⁴ Esta propuesta se aceptó y se encargó al Dr. Wasserberg que gestionara la cuestión de la sordera en la Sección de Higiene y que recogiera toda la información disponible. A petición de este último, el Dr. Eichholz, experto reconocido en materia de cuidados y educación de sordos, redactó en noviembre de 1932 una propuesta de investigación

⁶³ ASDN, R 5936. Health Organisation, "International Survey of the Deaf", decimonovena sesión del Comité de Higiene, Ginebra, 12 de septiembre de 1932.

⁶⁴ ASDN, R 5936. V. Lavallée, "Historique de l'Etude sur la surdité", enviada a Mr. Kullman, 26 de mayo de 1934.

internacional sobre los problemas de los sordos.⁶⁵ Recomendó que una única organización se encargase de realizar una investigación internacional que incluyera los siguientes temas (estadísticas, aspectos médicos, aspectos educativos, aspectos industriales, aspectos sociales, deficientes visuales y sordo-ciegos). El Dr. Wasserberg, con la ayuda del Dr. Eichholz, elaboró a continuación un cuestionario de investigación con 27 preguntas sobre varios temas (estadísticas, métodos educativos, prevención, empleo, deporte, legislación, etc.). Uno de los objetivos de la investigación era saber si los sordomudos formaban o no una categoría de personas con padecimientos específicos a causa de la sordera.

En octubre 1933, después de haber estudiado el informe de Alfred Eichholz y el cuestionario propuesto, el Comité de Higiene aprobó la realización de una investigación internacional sobre la sordera. Sin embargo, esta investigación debería limitarse a los aspectos médicos del problema (estadísticas, causas, tratamientos, prevención), ya que los otros aspectos (educación, empleo) dependían de la competencia de otros organismos. Esta investigación debería incluir a los sordomudos, a los sordos y a los duros de oído. El director médico estaba encargado de coordinar esta investigación y de preparar un informe tras consultar a las autoridades competentes de la Unión Sudafricana.⁶⁶

Este cuestionario sobre la sordomudez y la sordera se envió a continuación a los gobiernos de los países miembros del Comité de Higiene, así como a otros países. La Sección de Higiene solo recibió respuestas de una decena de países y estas respuestas fueron decepcionantes. Así pues, el representante de la Unión Sudafricana declaró al Dr. Rajchman que “los resultados de [esa] investigación

⁶⁵ ASDN, R 5936. Carta, A. Eichholz al Dr. Wasserberg, 30 de noviembre de 1932.

⁶⁶ Organisation d'Hygiène, *Rapport au conseil sur les travaux de la vingtième session du Comité d'Hygiène, tenue à Genève du 27 octobre au 1er novembre 1933*, Ginebra, primero de diciembre de 1933, p. 8.

preliminar no [eran] muy prometedoros”.⁶⁷ En mayo de 1934, este último informó al Comité de Higiene de que el estudio de la cuestión de la sordera no podía resolverse hasta que se obtuvieran estadísticas fiables sobre el número de sordos y de duros de oído.⁶⁸

Si bien era posible obtener estadísticas fiables sobre los sordomudos, pocos países disponían de estadísticas sobre los sordos y los duros de oído (Reino Unido, Alemania, Estados Unidos). Por lo tanto, era imposible evaluar el alcance del problema y establecer las medidas de prevención adecuadas. Las estadísticas sobre los sordomudos eran por otra parte poco útiles, ya que no existía ningún tratamiento médico para tratar la sordomudez. Además, las soluciones eugénicas adoptadas en 1933 por el Gobierno del Reich (esterilización forzada, aborto forzado) parecían impensables para los miembros de la Sección de Higiene favorables a una medicina social no eugénica (Weindling, 1995, p. 147). Las medidas preventivas coherentes se limitaban pues a la lucha contra las enfermedades infecciosas. Varios miembros del Comité de Higiene aprobaron las conclusiones del director médico y el Comité de Higiene prorrogó pues el estudio del problema. La interrupción de este estudio se vio facilitada por la necesidad de reducir el número de temas estudiados a causa de la disminución de las subvenciones de la Fundación Rockefeller a la Organización de Higiene durante los años treinta y por la muerte en febrero de 1933 del principal experto, el Dr. Eichholz. No se publicó ningún informe oficial sobre el tema y no se adoptó ninguna recomendación.

Al parecer, la Sección de Higiene de la SDN no mantuvo ninguna relación con las ONG de sordos y no apoyó activamente al Comité Ejecutivo para la Preparación de Congresos Internacionales de Ciegos. En cambio, colaboró de manera fluida con las dos ONG involucradas

⁶⁷ ASDN, R. 6073. Carta, Geneva, 24 de septiembre de 1934, representante acreditado de la Unión Sudafricana al Dr. Rajchman.

⁶⁸ Health Organisation, *Report to the Council on the Work of the Twenty-first session of the Health Committee, Geneva, May 11th to 16th, 1934*, Ginebra, 7 de junio de 1934, p. 15.

en la prevención de la ceguera, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Asociación Internacional de Profilaxia de la Ceguera.

Desde principios de los años veinte, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja (LSCR) había sido llamada a comprometerse en la prevención de la ceguera, pero su actividad fue absorbida por otros problemas urgentes durante mucho tiempo (LRCS, 1929, p. 9). En 1926, decidió finalmente tratar el problema, a raíz de una recomendación de la Conferencia Panamericana de la Cruz Roja y de la inclusión del problema de la infancia ciega en la agenda del CPE, que indicaba la vigencia de este problema. Al año siguiente, la Sección de Higiene de la LSCR emprendió una investigación internacional ante las asociaciones protectoras de los ciegos en distintos países. Para redactar el informe de esta investigación, el Dr. F. Humbert, dirigente de la Sección de Higiene de la LSCR, colaboró con un dirigente de la *United States National Society for the Prevention of Blindness* (Lewis H. Carris), que constituía entonces una de las organizaciones de prevención de la ceguera más avanzada del mundo. La LSCR publicó en 1929 este informe sobre la prevención de la ceguera. Este tenía como objetivo reunir todas las iniciativas adoptadas de forma dispersa por las autoridades públicas y privadas y las organizaciones intergubernamentales (OH, OIT) para prevenir la ceguera. El informe detallaba las distintas causas de la ceguera (tracoma, enfermedades venéreas, oftalmia neonatal, viruela, etc).

En septiembre de 1929, la LSCR organizó una Conferencia para la Profilaxia de la Ceguera en Scheveningue. A invitación del Dr. Humbert, participaron varios miembros de la Secretaría de la SDN y de la Sección de Higiene (Dr. Pantaleoni, Dr. Lutrario, Dr. Jitta). En esta Conferencia, los participantes crearon la Asociación Internacional de Profilaxia de la Ceguera (AIPC), con el apoyo de la LSCR y de la *United States National Society for the Prevention of Blindness*. Asentada en París, la organización estaba presidida por el médico francés De Lapersonne y el vicepresidente era el Dr. Park Lewis. La AIPC tenía por objetivo evaluar las causas de la ceguera, promover las medidas profilácticas y mejorar los cuidados dispensados a los niños ciegos.

Inicialmente, la AIPC centraba su acción en la lucha para reducir los accidentes oculares en la industria, la lucha contra las enfermedades infecciosas en los países de ultramar y las colonias, y en la creación de clases especiales para educar a los niños con baja visión (como las que existían en Estados Unidos y en Gran Bretaña). Los dirigentes de la AIPC querían insertar en las legislaciones sobre los accidentes oculares el principio de bonificación por tratamiento inmediato o de la incapacidad temporal parcial, para que los obreros pudieran preservar la vista.

La AIPC se benefició al principio del apoyo administrativo de la LSCR y del apoyo financiero del ministro francés de Salud Pública, pero la crisis económica mundial frenó el desarrollo de la asociación. Desde julio de 1930, el presidente de la AIPC pidió al Secretariado de la SDN que apoyara la acción de la ONG. Este apoyo permitiría obtener el apoyo financiero de numerosas personalidades y dar a conocer la actividad de la AIPC.⁶⁹ El presidente transmitió también un llamamiento mundial para la prevención de la ceguera que deseaban publicar. Alegando la existencia “como mínimo de dos millones y medio de ciegos”, este llamamiento mundial hacía hincapié en la necesidad de una acción internacional de prevención de la ceguera, en particular, a causa de la circulación de personas con tracoma en Oriente. Pero la AIPC abandonó el proyecto de llamamiento mundial al año siguiente. Por una parte, no tenía los recursos necesarios para lanzarlo y, por otra parte, los dirigentes de la AIPC querían adaptar la propaganda a las condiciones de cada país y, por lo tanto, actuar a través de comités nacionales. La AIPC organizó conferencias internacionales todos los años en París (de 1931 a 1934) y luego en Londres (1935).

Aunque trabajaban sobre el mismo tema, la OH y la AIPC desarrollaron relaciones de cooperación, que se materializaron en el intercambio de información y publicaciones, y en la representación regular de la Sección de Higiene en las conferencias de la AIPC.

⁶⁹ ASDN, R 5844. Carta, Prof. de Lapersonne a Max Pantaleoni, 17 de julio de 1930.

El fracaso de la inclusión en la agenda de las cuestiones sobre los niños lisiados y los niños débiles del espíritu

Durante el periodo de entreguerras, la cuestión social de la “debilidad mental” era considerada según dos lógicas divergentes, una lógica eugenista dominante y una lógica minoritaria de protección de los derechos. La “debilidad mental”, la sordera y la ceguera eran consideradas como categorías de invalidez y podían pues a veces ser incorporadas a la categoría de “lisiados/inválidos/impedidos”. Sin embargo, las causas de los niños lisiados y de los niños “retrasados mentales” no adquirieron el mismo eco mediático que la causa de los ciegos. Las tentativas para incluir los problemas de estos niños en la agenda de las organizaciones intergubernamentales eran raras, con poco apoyo de los gobiernos y las ONG. Solo unas pocas organizaciones estaban realmente involucradas en estos temas, la Asociación Internacional de Protección de la Infancia, la International Society for the Crippled Children y la Société internationale pour la pédagogie de l'enfance déficiente. Fundada en Zurich en 1937, esta última desarrollaba su acción en el mismo momento en que los organismos intergubernamentales (SDN, OIT, CPE) experimentaban una acusada desaceleración de su actividad.

Para promover su causa, estas ONG se apoyaban en los recientes avances en los derechos del niño para legitimar nuevos derechos. En 1924, la SDN aprobó la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, elaborada por la Union internationale de secours aux enfants (UISE), que prevé en su artículo 2 que “el niño enfermo debe ser atendido; el niño deficiente debe ser ayudado”.

Desde su creación en 1913, la Asociación Internacional de Protección de la Infancia (AIPE) se había involucrado en la protección del niño anormal, que constituía uno de sus objetivos oficiales. Se interesó por los aspectos educativos (enseñanza especial) y judiciales (tribunales especiales) desde el primer congreso internacional celebrado en Bruselas en julio de 1913. Posteriormente, la AIPE estudió la detección de niños anormales, el estatus de los internados (régimen

familiar supervisado), el seguimiento postescolar de los anormales (por el trabajo manual).⁷⁰ La AIPE decidió estudiar la protección de los niños ciegos y sordomudos a partir de 1923 y luego amplió el ámbito de acción a los niños impedidos durante los años treinta.

Fundada en octubre de 1921 en Elyria (Ohio, Estados Unidos), la *International Society for the Crippled Children* (ISCC) tenía como objetivos promover los programas de cuidados médicos, la educación y la orientación profesional para los niños impedidos, servir de centro de información en este ámbito y fomentar la creación de sociedades nacionales. Estuvo presidida por el estadounidense Edgar Allen y luego por Paul King, ambos miembros activos del Rotary Club Internacional. Desde principios de los años veinte, el presidente de la ISCC, Edgar Allen, defendió la idea de que los niños impedidos tenían derecho a la educación y a la igualdad de oportunidades (Groce, 2014). En su congreso mundial celebrado en Londres en 1939, la asociación modificó sus estatutos y su nombre por el de *International Society for the Welfare of Cripples* (ISWC), incorporando así a los adultos impedidos en su ámbito de acción.

Desde 1922, varias reuniones internacionales del Rotary Club adoptaron recomendaciones que invitaban a todas sus filiales a actuar en favor de los niños impedidos, ya fuera organizando campamentos de verano, financiando aparatos ortopédicos o sillas de ruedas, creando una sociedad nacional para los niños impedidos o cooperando con alguna organización de este tipo. Como todas las actividades del Rotary Club, las actividades desarrolladas en este sector tenían por objeto fomentar la construcción de una red social utilitarista entre la clase burguesa con titulación y legitimar el ejercicio de su dominación social a través de una asistencia social paternalista y residual (Cousin y Chauvin, 2010, p. 127). El activismo del Rotary en favor de los niños impedidos contribuyó a la creación de

⁷⁰ ASDN, R 1028. *Bulletin Journalier du Deuxième Congrès international pour la protection de l'Enfance*, Bruselas, 18-21 de julio de 1921, p. 7.

asociaciones nacionales en varios países (en primero lugar, los pertenecientes al Imperio Británico), que se adhirieron rápidamente a la ISCC.

La ISCC organizó varias conferencias internacionales en los países europeos (Ginebra, 1929; La Haya, 1931; Budapest, 1936; Londres, 1939), lo que permitió extender la causa de la infancia impedida en estos países. En estas conferencias, los aspectos médicos eran los que más se desarrollaban. Los aspectos legislativos eran discutidos tan solo por un pequeño círculo de delegados.

Durante el Congreso de la ISCC en La Haya (1931), los participantes discutieron de los sistemas de atención a los niños impedidos. Diferenciaron tres modelos: el sistema de ayuda “voluntaria”, es decir, la acción privada y caritativa (encarnada por Inglaterra); el sistema de acción pública por parte del Estado (encarnado por Alemania); y el sistema combinado Estado/acción privada (encarnado por Suecia).⁷¹ Los miembros del Congreso finalmente acordaron que la implementación de la política de rehabilitación de los niños impedidos debía llevarse a cabo a través de una colaboración entre las autoridades públicas y las asociaciones privadas. Esta posición obviamente estuvo influenciada por la orientación económica del Rotary, favorable a la existencia de una acción privada caritativa. Si bien el presidente de la ISCC, el rotario Paul King, hacía hincapié en sus discursos públicos en la necesaria colaboración de las autoridades públicas con las asociaciones privadas, numerosos médicos dentro de la ISCC defendían la gestión de esta cuestión social por el Estado. En el Congreso de 1936, los participantes recomendaron la urgente aprobación de legislaciones que determinaran el censo de los impedidos, los cuidados ortopédicos, la educación, la formación profesional y una oportunidad razonable de colocación en el empleo.

En marzo de 1926, Charlotte Whitton, del *Canadian Council on Child Welfare*, propuso que el Secretariado del CPE realizara una

⁷¹ ASDN, R 3094. Documento titulado “Resolutions adopted at the Tenth Annual Convention of the ISCC”, Cleveland, Ohio, 15 de abril de 1931, p. 15.

investigación sobre los mejores métodos de tratamiento de los niños “débiles del espíritu” y sobre los métodos de tratamiento médico y educativo de los niños lisiados (*estropiés*) para que estas cuestiones fuesen analizadas en una futura sesión del CPE. Charlotte Whitton estaba muy implicada en la promoción de los derechos del niño y ocupaba una posición central en el CPE, gracias a su aspiración a la representatividad de organizaciones francófonas y anglosajonas, y al papel de intermediario desempeñado por Canadá entre la SDN y los Estados Unidos (Marshall, 2008, p. 53).

En 1926, el subcomité de enlace del CPE se mostró favorable a la inclusión de la cuestión de los métodos de tratamiento educativo de los niños “débiles del espíritu” (por ejemplo, los que no podían acceder al sistema escolar ordinario debido a un déficit mental) en el orden del día de la próxima sesión del CPE. Los miembros consideraron que este problema era competencia del CPE y revestía una gran importancia a nivel médico-social y humanitario. Estos niños debían beneficiarse de los mejores tratamientos para estar en condiciones de “llevar en la medida de lo posible una vida normal”. Este subcomité propuso que el Secretariado realizara una investigación bastante amplia sobre los niños “débiles del espíritu” (legislaciones, clasificaciones, estadísticas, instituciones, métodos de selección profesional, métodos de adaptación a la vida social).

Al considerar esta propuesta, algunos miembros del CPE “[expresaron] el temor de que el plan propuesto [fuera] demasiado amplio y [dificultara] la compilación de una documentación completa”.⁷² Por el contrario, el Dr. G. Bäumer deseaba que esta investigación se ampliara a la cuestión de la protección de estos niños por el Código Penal. El representante de la OIT indicó que la cooperación de la OIT sería indispensable para analizar los aspectos profesionales de esta investigación. A propuesta del Conde Carton de Wiart, se nombró un subcomité para redactar un proyecto de cuestionario sobre el tema. Pero el subcomité de redacción no se molestó en reunirse, ya que el

⁷² ASDN, R 700. CPE, *Rapport sur les travaux de la troisième session*, mayo de 1927, p. 2.

subcomité encargado de la agenda decidió posponer esta cuestión. Finalmente, en la cuarta sesión, el CPE decidió no incluir inmediatamente esta cuestión en su programa, oficialmente debido a la magnitud de la cuestión y a la sobrecarga de su programa de acción. El predominio de la lógica eugenista en el tratamiento de los “retrasados mentales” en los países del espacio atlántico también pudo justificar esta decisión. No obstante, el CPE apeló a la AIPE para obtener una definición de los niños “débiles del espíritu”. El Dr. Paul-Boncour, director del Instituto médico-pedagógico de Vitry, redactó un informe sobre el tema, en el cual subrayaba la dificultad de definir la debilidad mental en los adultos y, *a fortiori*, en los niños para los que solo se podía hablar de retraso (atraso). Concluía en que “[era] retrasado o débil mental todo niño que [era] considerado incapaz de alcanzar el nivel de un niño normal de diez años, pero cuya edad mental [sería] al menos de siete años o [estaría] por encima de este nivel”.⁷³ La posibilidad de realizar un estudio sobre los niños “débiles del espíritu” fue descartada definitivamente en 1935, cuando el CPE centró sus actividades en los niños normales.

Cuando se les preguntó si era pertinente un estudio sobre los niños lisiados, la Sección de Higiene y la Comisión Internacional de Cooperación Intelectual respondieron de forma negativa. Por consiguiente, el subcomité de enlace del CPE recomendó abandonar el estudio de esta cuestión, tanto más que resultaba difícil circunscribir sus límites dada la diversidad de las definiciones del término lisiado (*estropié*).⁷⁴ No obstante, el subcomité de enlace aconsejó a la OIT que ampliara sus investigaciones sobre la formación y la orientación profesional de los niños lisiados.

En 1929, la cuestión de la infancia lisiada se volvió a incluir en la agenda del CPE tras la movilización de la International Society for the Crippled Children. Esta intentó ganar el apoyo de la SDN

⁷³ ASDN, R 3086. Document “Enfants faibles d’esprit. Définition établie par le Dr. G. Paul-Boncour”, Ginebra, 11 de abril de 1929.

⁷⁴ ASDN, R 700. Liaison Sub-Committee, Child Welfare Committee, primera sesión celebrada en Ginebra, 27 y 28 de agosto de 1926, p. 10.

invitándola a asistir a la World Conference of Workers for Crippled organizada en Ginebra a finales de julio de 1929. Deseosos de organizar una acción unificada a nivel internacional, los participantes en esta Conferencia aprobaron una resolución que incitaba el CPE y la OH a investigar sobre el censo, el tratamiento, los cuidados, la instrucción y la formación profesional, la colocación de los lisiados, así como sobre la prevención de la invalidez.⁷⁵ Estas investigaciones deberían concluir en la redacción de informes y la rápida adopción de recomendaciones internacionales. Los participantes también solicitaron a la SDN que estableciera un servicio especializado sobre esta cuestión para recoger y difundir la información sobre el tema. Algunas semanas más tarde, los dirigentes de la ISCC enviaron las resoluciones adoptadas por la Conferencia al secretario general de la SDN, pero este tema no se incluyó en el orden del día de la sexta sesión del CPE.

La ISCC buscó entonces el apoyo de varios miembros de sus redes (Grace Abbott, del Servicio de Protección de la Infancia de Washington y antigua colaboradora del CPE; el Dr. Murk Jansen, médico ortopedista de la Clínica de Leiden) para incluir este tema en el orden del día. Grace Abbott señaló a Erik Einar Ekstrand, secretario de la Sección de Asuntos Sociales, el interés de crear una oficina de información sobre la infancia impedida.⁷⁶ El Dr. Jansen recurrió al representante gubernamental belga Henry Carton de Wiart para presentar un memorándum que resumiera las peticiones de la ISCC en la séptima sesión del CPE.⁷⁷ Henry Carton de Wiart era católico, antiguo primer ministro belga (1920-1921) y ardiente defensor de los derechos del niño.

⁷⁵ ASDN, R 3094. CPE, Copia de la Resolución n°4 adoptada el 2 de agosto de 1929 de la Primera Conferencia mundial por los lisiados, celebrada en Ginebra el 16 de septiembre de 1929.

⁷⁶ ASDN, R 3094. Copia de carta, G. Abbott a E. Ekstrand, Washington, 30 de marzo de 1931.

⁷⁷ ASDN, R. 3094. Copia de carta, E. G. Brackett al Dr. M. Jansen, Boston, 17 de marzo de 1931.

Redactado bajo la dirección del cirujano ortopédico Elliott Gray Brackett, este memorándum presentaba el problema de los impedidos (*handicapés*) como un problema internacional de gran magnitud (sin mencionar ninguna estimación). Se trataba a la vez de una cuestión médica, humanitaria, económica (ya que representaban individuos improductivos) y social (ya que su inactividad se traducían en “descontento”), cuya resolución requería la cooperación de la SDN. El memorándum solicitaba el establecimiento en la SDN de una Oficina Internacional de Información encargada de recoger y difundir los datos sobre los cuidados médicos, la educación y la formación profesional de los niños lisiados e impedidos (*handicapped*).⁷⁸

En abril de 1931, Henry Carton de Wiart presentó al Comité de Protección de la Infancia (CPE) el memorándum de la ISCC. La petición de la ISCC fue respaldada por varios delegados gubernamentales (Alemania, Francia, Gran Bretaña, Italia, Uruguay). El CPE acogió pues favorablemente esta propuesta en principio, pero, debido a que la agenda estaba completa, el Comité decidió “incluir posteriormente al programa de sus trabajos el estudio de los problemas relacionados con la protección y la educación de los niños lisiados”.⁷⁹ Esta decisión preocupó a la International Society for Crippled Children, que reiteró durante los años siguientes sus peticiones ante la SDN.

En agosto de 1931, el presidente de la ISCC instó a la SDN a actuar en favor de los niños lisiados presentes en el mundo (12 millones), en particular, para prevenir las enfermedades discapacitantes que afectaban a los niños de África y Asia.⁸⁰ Adjuntó también la Carta de los Derechos de los Niños Lisiados adoptada durante el encuentro

⁷⁸ ASDN, R 3094. Memorial to the League of Nations requesting the establishment within the proper section of the League of an international bureau of information for the collection of data pertaining to the care, education and treatment of the Crippled and of the Handicapped and the dissemination of such information. Ingresada al registro el 7 de mayo de 1931.

⁷⁹ ASDN, R 3070. CPE, *Rapport sur les travaux de la Septième session (14-20 avril 1931)*, Ginebra, 20 de abril de 1931.

⁸⁰ ASDN, R 3094. Carta, E. Allen al Secretario General de la Liga de las Naciones, Elyria, 17 de agosto de 1931.

Second World Conference of Workers for the Crippled en La Haya, en julio de 1931.

DOCUMENTO 4. CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS LISIADOS ADOPTADA DURANTE EL EVENTO SECOND WORLD CONFERENCE OF WORKERS FOR THE CRIPPLED EN LA HAYA, JULIO DE 1931.

Resolution nº11. Adopting “the crippled children’s charter”.

Whereas, the International Society for Crippled Children, in Tenth Annual Convention assembled, at Cleveland, Ohio, declared the “Crippled Child’s Bill of Rights”, in which and through which there is for the first time stated, from the standpoint of the child, a program for the prevention of crippling conditions, the locating of the crippled child, its care, treatment and education, and finally, its placement in the life of the world; and

Whereas, the statement has been presented by the President of the International Society to this Conference for consideration; and

Whereas, in our opinion such statement constitutes a concise, comprehensive and appealing declaration of the claims of the crippled child upon society, and should be widely distributed throughout the world; therefore, be it

Resolved, by the Second World Conference of Workers for the Crippled, convened in the City of the Hague, this third day of July, 1931, that we hereby, with certain changes in phraseology, approve, ratify and adopt such statement as an expresion of this conference.

This statement is as follows:

THE CRIPPLED CHILDREN’S CHARTER

The Second World Conference of Workers for the Crippled, convened in the City of the Hague, this third day of July, 1931, hereby declares generally in favor of securing throughout the world for every crippled child that fair chance in life which is the birthright of every human being, and specifically –

- I. For every child proper pre-natal, and intra-natal care to the end that congenital deformity, insofar as it is humanly and scientifically possible, be prevented.
- II. For every child, development under clean, wholesome, healthful conditions. In declaring this right, we undertake to use our influence to the end that children everywhere, through proper legislation, both local and general, and through proper supervision and protection, may grow to manhood and womanhood free from crippling conditions caused by insufficient nourishment, improper food, or unsanitary environment, and free, so far as possible, from danger of accident, wounding or maiming.
- III. For every crippled child, the earliest possible expert examination, diagnosis and treatment, so that permanent crippling may be prevented by early and effective care.
- IV. For every crippled child, not only the earliest possible treatment, but the most effective continuing care, treatment and nursing, including the use of such appliances as are best calculated to assist in remedying or ameliorating its condition.
- V. For every crippled child, an adequate education. Without this, all other provisions, unless for the relief of actual suffering, are vain.
- VI. For every crippled child such care, treatment, education and vocational training as will fit him or her self-support, either wholly or partially, as the conditions may dictate. Without such practical application education is likewise purposeless.
- VII. For every crippled child vocational placement, for unless the child—boy or girl—after having been given physical care and treatment, and after being educated and trained, is actually placed in a proper position in the life of the world, all that has gone before is of no avail.
- VIII. For every crippled child, considerate treatment, not only from those responsible for its being and for its care, treatment, education, training and placement, but from those with whom it is thrown into daily contact, so that, so far as possible, it may be spared the stinging jibe or the bitter taunt, or, worse still, the demoralizing pity of its associates.

IX. For every crippled child, spiritual, as well as bodily development, and, without regard to particular religious or denominational belief, nourishment for spiritual growth.

X. In brief, not only for its own sake, but for the benefit of society as a whole, for every crippled child the best body which modern science can help it to secure; the best mind which modern education can provide; the best training which modern vocational guidance can give; the best position in life which its physical condition, perfected as best it may be, will permit, and the best opportunity for spiritual development which its environment affords.

Compuesta de diez artículos, esta Carta de los Derechos de los Niños Lisiados (*Crippled Children's Charter*) afirma su derecho a ser respetados, a ser rehabilitados física y espiritualmente. Todo niño lisiado tiene derecho a ser examinado y tratado por un experto, a recibir aparatos ortopédicos, una educación y una formación profesional, así como a ser colocado en un empleo conforme a su orientación profesional. La utilización de las técnicas más “modernas” en cada ámbito (sanitario, educativo, profesional, etc.) debe permitirle alcanzar la mayor independencia posible y establecer relaciones sociales normales. También afirma el derecho de todos los niños a nacer y crecer en buena salud, a ser atendidos de forma precoz para evitar toda deformación congénita y a ser protegidos de cualquier entorno peligroso, insalubre o de cualquier actitud discriminatoria. Esta Carta de Derechos retoma globalmente la carta aprobada en abril de 1931 por la décima Convención Anual de la ISCC en Cleveland (Ohio). Las medidas sobre la eliminación de escaleras y la instalación de rampas en los transportes, que habían sido discutidas en las convenciones anuales de la ISCC desde 1930, no figuraban en la lista de los derechos inscritos en la Carta. Como lo señala Suzanne Commend, los participantes en esta conferencia promovían una concepción social de la infancia impedida, señalando el papel de los factores socioeconómicos y la falta de higiene en la aparición de la invalidez, pero su discurso seguía siendo ambiguo, ya que también legitimaban ciertos

valores eugenistas, como el deseo de erradicar la invalidez en la sociedad (*the eradication of crippledom*) (Commend, 2019).

Las estrategias desplegadas por los dirigentes de la ISCC para ganarse los favores del CPE y de la SDN (reiteración de las solicitudes, invitación a las conferencias internacionales, apoyo político de Henry Carton de Wiart) fortalecieron los vínculos entre la ISCC y la SDN, pero no terminaron por dar satisfacción a la petición de la ISCC. Este fracaso está probablemente vinculado a la escasa proyección de las legislaciones nacionales en la materia y a la incapacidad de la ISCC de generar debates internacionales de calidad sobre los aspectos legislativos.

La reorientación del programa de acción de la OIT a raíz de la Segunda Guerra Mundial: el compromiso en favor de la rehabilitación profesional de todas las categorías de inválidos

El contexto de la Segunda Guerra Mundial propició un renovado interés por la rehabilitación profesional de los inválidos, ya que las sociedades se enfrentaban a la necesidad de proporcionar una salida profesional a millones de ellos. En 1944, se redefine el mandato de la OIT con la aprobación de la Declaración de Filadelfia, que destaca la dignidad del trabajo y fija como objetivo el pleno empleo con el fin de promover la justicia social. Ratifica también el principio de igualdad de oportunidades en el ámbito educativo y profesional. Esta declaración prevé que la OIT tenga la obligación solemne “de fomentar [...] programas que permitan [...] emplear trabajadores en ocupaciones en que puedan tener la satisfacción de utilizar en la mejor forma posible sus habilidades y conocimientos y de contribuir al máximo al bienestar común” (Rodgers et al., 2009, p. 283). Esta declaración fue integrada en 1946 en la constitución enmendada de la OIT. El mismo año, la OIT se convirtió en un organismo especializado de la ONU.

Miembro de la OIT desde 1934, Estados Unidos fue adquiriendo un peso cada vez más importante en la organización, hasta el punto

de obtener la elección de un jurista estadounidense, David Morse, para el puesto de director de la OIT en 1948.

En 1944, la OIT propuso a la Conferencia Internacional del Trabajo que adoptara una recomendación sobre el empleo, que contenía varios párrafos sobre la rehabilitación profesional, la reserva de empleos y la obligación de empleo para todas las categorías de inválidos.⁸¹

Encargada de estudiar el texto, la Comisión para el Empleo aprobó la idea de que todos los inválidos, “cualquiera que [fuese] el origen de la invalidez”, tenían los mismos derechos a la formación profesional y a la colocación. Durante las discusiones, los representantes gubernamentales de los Estados Unidos pidieron la supresión de los párrafos que generaban la obligación para los patronos de asumir la formación profesional y la contratación de los inválidos. Los miembros de la Comisión aceptaron eliminar la obligación de formación profesional para los empleadores. En cambio, se negaron a suprimir la mención de la obligación de contratación tras la oposición categórica del representante británico de los empleadores “por el hecho de que los dos casos eran completamente diferentes”, tal como se lee en la propuesta de la CIT. En opinión de los representantes de los patronos británicos, su responsabilidad social exigía emplear inválidos rehabilitados y cualificados. Los representantes gubernamentales de Estados Unidos propusieron suprimir la mención de un acceso prioritario de los “trabajadores afectados por una grave incapacidad” a algunos puestos. A su modo de ver, “era deseable evitar cualquier limitación de las oportunidades de empleo abiertas a los trabajadores inválidos, que podría resultar del hecho de que ciertos empleos les fueran reservados”, tal como se lee en el mismo documento (p. 345). Sin embargo, se plantearon objeciones en la Comisión y se retiró esta enmienda. Las soluciones preconizadas en el proyecto de recomendación eran más variadas que la reserva de puestos de trabajo en las empresas privadas y públicas, al tenerse en cuenta las experiencias

⁸¹ CIT, 26e session, 1944, *Compte-rendu des travaux*, BIT, Montreal, 1947, p. 344.

británicas y estadounidenses en el ámbito de la rehabilitación profesional (creación de talleres protegidos, promoción sobre las capacidades de los inválidos, colaboración con los patronos). El texto preveía, en particular, que la formación profesional de los inválidos debía efectuarse con personas no inválidas y en las mismas condiciones que ellos, en la medida de lo posible.

La Conferencia Internacional del Trabajo adoptó sin modificación alguna el texto propuesto por la Comisión para el Empleo. Esta Recomendación (n°71) relativa a la organización del empleo durante la transición de la guerra a la paz incluye pues un artículo así redactado:

- 1) Se deberían adoptar medidas especiales para garantizar a los trabajadores inválidos igual número de oportunidades para ingresar en un empleo que aquellas de que gocen otros trabajadores. Se debería inducir a los empleadores por medio de una amplia publicidad y por otros medios, e incluso obligarlos, cuando ello fuere necesario, a emplear un número razonable de trabajadores inválidos.
- 2) En ciertas ocupaciones que se presten especialmente al empleo de trabajadores gravemente inválidos, dichos trabajadores deberían tener un derecho de prioridad en relación con todos los demás trabajadores.
- 3) Se deberían efectuar, en estrecha colaboración con las organizaciones de empleadores y de trabajadores, los esfuerzos necesarios para proteger a los trabajadores inválidos contra toda discriminación que no esté relacionada con su capacidad de trabajo y su rendimiento y para eliminar los obstáculos que se opongan a su contratación, especialmente la posibilidad de gastos más elevados en caso de indemnización por accidente.
- 4) Se deberían poner a disposición de los trabajadores inválidos, que no hayan sido reeducados para un empleo normal, facilidades de empleo en centros especiales, a fin de que puedan desempeñar

un trabajo útil que no haga la competencia al empleo de otros trabajadores.⁸²

Tras la aprobación de esta recomendación, la Comisión para el Empleo del Consejo de Administración de la OIT preparó un informe sobre el empleo de los inválidos en 1945. El organismo, que reunía a representantes de los trabajadores, de los patronos y de los miembros gubernamentales, estaba fuertemente dominada por los anglosajones (ILO, 1945, p. ii). La versión final del informe consideraba el empleo selectivo como principal solución al problema del trabajo. Era un método desarrollado en varios países occidentales (Estados Unidos, Gran Bretaña, luego Canadá, Finlandia y Dinamarca) desde hacía una veintena de años. La contratación selectiva consistía en la cuidadosa selección de un empleo conforme a las capacidades del trabajador y a las necesidades del puesto de trabajo. Este método, apenas balbuciente durante los años veinte, adquirió prestigio desde entonces gracias a la construcción de instrumentos científicos (estadísticas sobre el rendimiento y la productividad de las personas rehabilitadas en la industria, utilización de pruebas psicotécnicas). Una persona impedida debía ser colocada en un empleo “en el cual su deficiencia (*disability*) no [constituyera] una desventaja profesional (*work handicap*)” (ILO, 1945, p. 223). Este método permitía ampliar el abanico de oportunidades profesionales de las personas impedidas, al valorar mejor sus capacidades personales, y contribuía a acabar con los prejuicios de los patronos sobre las capacidades de los trabajadores impedidos. Los especialistas admitían que no estaban en condiciones de pronunciarse definitivamente sobre las modalidades de esta colocación, es decir, si debía efectuarse por las instancias ordinarias de colocación de los trabajadores o por una instancia especializada (ILO, 1945, p. 189). Los redactores del informe parecían no obstante favorecer la primera solución (en vigor en Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá y Dinamarca).

⁸² Recommandation (n°71) concernant l'organisation de l'emploi au cours de la transition de la guerre à la paix, p. 580.

Los redactores consideraban que la obligación legal de empleo no era absolutamente necesaria, puesto que la colocación selectiva ya era un instrumento eficaz para igualar las oportunidades profesionales. Se criticó mucho la reserva de algunos puestos de trabajo para las personas impedidas. Los autores del informe detallaron pormenorizadamente la posición de las administraciones canadienses y estadounidenses, que se oponían a este tipo de medidas, susceptibles de limitar, en su opinión, el espectro de oportunidades profesionales para las personas impedidas.

El informe destacaba la experiencia de Estados Unidos en materia de inserción profesional. Ahora bien, allí la obligación legal de empleo era considerada inútil, contraproducente y antagónica con respecto al método de colocación selectiva. Muchos especialistas estadounidenses consideraban que el sistema de cuotas podía agravar la discriminación hacia las personas impedidas. También se destacaban los casos de otros países que favorecían la cooperación con los patronos en lugar de la aplicación rígida de la obligación legal de empleo: es el caso de Gran Bretaña que, aunque eligió adoptar una legislación que determinaba la obligación de contratación en 1944, ofrecía una gran flexibilidad a las organizaciones patronales para aplicar esta medida. Por último, los redactores del informe consideraban que la decisión para un país de introducir una medida de cuota debía variar según la amplitud y la naturaleza de los problemas con los que se encontraban las personas impedidas para entrar en competición con los otros trabajadores.

Además de la obligación de empleo y de la colocación selectiva, otras propuestas podían favorecer el empleo de las personas impedidas en el medio competitivo: la promoción de las capacidades profesionales de las personas impedidas ante los patronos y los sindicatos, y la reducción de los costos de indemnización de los accidentes laborales para las personas impedidas. Por otra parte, se podían proporcionar ayudas para la instalación como trabajadores independientes a las personas impedidas “que ya no [podían] asumir los horarios, la disciplina o el desorden de la vida en la fábrica, o aquellas cuya

libertad de movimiento [estaba] severamente restringida” (ILO, 1945, p. 169). El desarrollo de los empleos protegidos era necesario para ocupar a las personas severamente impedidas poco productivas, o incluso a las personas impedidas aptas para realizar un trabajo competitivo pero excluidas de este debido a una alta tasa de desempleo. El empleo protegido era un concepto reciente, introducido en las medidas públicas instauradas por las autoridades británicas y estadounidenses a principios de los años cuarenta, en el marco de la economía capitalista. La idea implícita era evitar que las empresas privadas y las administraciones públicas tuvieran que contratar a las personas severamente impedidas y percibidas como menos productivas, con el fin de preservar sus altos niveles de productividad. Los principios y el funcionamiento de los talleres protegidos debían ajustarse a las condiciones mínimas de trabajo existentes en las fábricas, con el fin de facilitar la futura salida profesional en el medio competitivo. Los talleres protegidos debían ser entidades sin ánimo de lucro, subvencionados por los poderes públicos, con el fin de poder concentrar su acción en el empleo de las personas severamente impedidas (ILO, 1945, p. 183). Se destacaba también la experiencia de los talleres protegidos rusos, situados dentro de las plantas industriales, ya que permitían acercar a las personas severamente impedidas a la vida industrial y social normal.

El 30 de junio de 1950, la OIT adoptó la Recomendación n°88 sobre la formación profesional de los adultos, cuya sección V (párrafos 26 a 34) dedicada a los inválidos reanudaba la orientación definida previamente, que consideraba la no discriminación en función del origen de la invalidez, la selección en función de las oportunidades reales de empleo, la colocación selectiva, la formación profesional junto con los trabajadores no inválidos.

Una utopía dañina para la especie humana: las múltiples consecuencias de la difusión de las ideas eugenistas

Aunque la historiografía sobre la eugenesia es muy abundante, solo ha tratado de manera relativamente marginal la relación entre la eugenesia y la discapacidad, aparte del estudio de las prácticas de esterilización y el caso específico de las políticas de eutanasia de la Alemania nazi. La historiografía ha puesto de relieve la existencia de dos tendencias principales en la eugenesia, una forma “atlántica” de eugenesia que se extendió a los países anglosajones, los países nórdicos y la Alemania nazi, y una forma “latina” de eugenesia que se extendió a partes de Europa y América Latina y era más moderada. La identificación de estas tendencias resulta de una amalgama entre dos cosas distintas pero que interactuaban: la corriente científica eugenista y las políticas eugenistas llevadas a cabo en un territorio. El uso de esta dicotomía puede dar la falsa impresión de posiciones homogéneas dentro de la misma unidad geográfica.

Génesis y diversidad de las concepciones eugenésicas atlánticas y latinas

A partir de finales del siglo XIX, la ideología eugenista se extendió y se desarrolló en varios países de la esfera atlántica (Estados Unidos, Alemania, Suecia, Canadá) (Mitchell y Snyder, 2003). Promovidas por médicos e intelectuales, las propuestas eugenistas eran muy variables de un país a otro y de un período a otro, pero tuvieron en común el objetivo de mejorar el patrimonio genético de cada territorio. El movimiento internacional de eugenesia se estructuró, en primer lugar, en torno al *Permanent International Eugenics Committee* (PIEC), fundado en Londres en 1912, y más secundariamente en las conferencias internacionales de demografía, población, antropología, genética, emigración, higiene mental y prevención de deficiencias. La guerra de 1914-1918 interrumpió temporalmente los intercambios

transnacionales entre eugenistas de diferentes países, pero estos últimos aprovecharon entonces los desastrosos efectos de la guerra en la salud de la población para promover sus ideas para el mejoramiento de la raza (Kühl, 2015, p. 36). Al final de la guerra, los eugenistas estadounidenses tomaron el liderazgo del movimiento eugenista internacional gracias a los avances científicos y políticos en este campo (legislaciones estatales sobre esterilización coercitiva y sobre selección racial de los inmigrantes) y a la política exterior expansionista del país (Kühl, 2015, p. 39). Organizaron el Segundo Congreso Internacional de Eugenesia en Nueva York en 1921. Los alemanes y austríacos fueron excluidos de las conferencias del PIEC debido a la feroz oposición de los franceses y belgas a su participación (Kühl, 2015, p. 43). La dirección del PIEC (compuesta esencialmente por eugenistas americanos y británicos) trató de marginar a los eugenistas franceses que se oponían a las medidas coercitivas anglosajonas (esterilización, etc.).

En 1925, el Permanent International Eugenics Committee se convirtió en la International Federation of Eugenic Organizations (IFEEO), una organización presidida primero por el británico Leonard Darwin, luego por el estadounidense Charles Davenport y más tarde por el alemán Ernst Rüdin. Los dirigentes de la IFEEO querían que la pertenencia a la IFEEO se limitara únicamente a los eugenistas de origen europeo. Por consiguiente, excluyeron las asociaciones de eugenesia india, china y japonesa, pero aceptaron integrar las asociaciones de eugenesia de las colonias europeas (Sudáfrica, Kenya, Indias Orientales Neerlandesas) dominadas principalmente por europeos (Kühl, 2015, p. 54). Los líderes de la IFEEO también trataron de marginar a los eugenistas socialistas que consideraban que la selección genética solo podía lograrse mediante la abolición de la injusticia social (Kühl, 2015, p. 68), así como a los eugenistas feministas. Los líderes de la IFEEO, como Davenport y Darwin, se opusieron así a los métodos de control de la natalidad promovidos por las feministas a favor de la eugenesia (como la estadounidense Margaret Sanger), es decir, el uso de anticonceptivos (Kühl, 2015, p. 64).

En 1932 se organizó otro congreso internacional de eugenesia, cuyos temas reflejaban el dominio de los eugenistas británicos, americanos y alemanes dentro de las redes científicas. La secretaria de la oficina londinense de la IFEO, Cora Hudson, era una ferviente defensora de la esterilización de los indeseables, lo que disgustaba mucho a los eugenistas de los países latinos, especialmente a los italianos. La promoción de otras ideas como la superioridad de la raza blanca, la existencia de una raza nórdica o el antisemitismo, dieron lugar a grandes conflictos. La acumulación de tensiones llevó a la salida de la sociedad italiana de eugenesia de la IFEO en 1932 (Turda y Gillette, 2014, p. 168). La intensificación de las tensiones entre eugenistas de países latinos, anglosajones y alemanes en el seno de la IFEO condujo en octubre de 1935 a la estructuración de una coalición de asociaciones eugenistas de América Latina y Europa del Sur (Italia, Francia, Bélgica, y luego España), la *Federación internacional latina de sociedades de Eugenesia* (Turda y Gillette, 2014, p. 174). Esta Federación estaba presidida por el italiano Corrado Gini, ardiente promotor de la eugenesia “latina” desde 1932 (Berlivet, 2016). Sin embargo, esta Federación solo organizó un congreso internacional en París en agosto de 1937, mientras que el segundo previsto en Bucarest en septiembre de 1939 fue aplazado indefinidamente.

El objetivo de la eugenesia atlántica era preservar la supuesta pureza de las razas “blancas” (en particular de la raza “nórdica”, considerada la más pura) y su superioridad dentro de la supuesta jerarquía de razas. Como muchos eugenistas americanos, Charles Benedict Davenport condenó las mezclas raciales (entre “blancos”, “indios”, “negros”, etc.) que podían conducir a la degeneración de las razas y representaban un gran peligro para la estabilidad social, porque los individuos frutos de “mezclas raciales” “sufr[ían] desarmonía física y mental” (Kühl, 2015, p. 57). La preocupación por las “mezclas raciales” estaba particularmente vinculada a la numerosa emigración de europeos, asiáticos y de individuos del Oriente Medio a las Américas. A partir de finales de los años veinte, las concepciones de la raza y de las naciones evolucionaron, y los eugenistas

anglosajones eran ahora convencidos de que cada nación era el resultado de una mezcla de razas, pero también de que la proporción de las otras razas debía limitarse lo más posible para limitar el riesgo de “bastardización”. Algunos eugenistas de los países anglosajones, nórdicos o alemanes, minoritarios en sus países, tenían sin embargo una visión crítica de la jerarquía de las razas. Durante los años treinta, el antropólogo neoyorquino Otto Klineberg defendió así una interpretación antirracista de las pruebas de inteligencia del ejército americano realizadas durante la Primera Guerra Mundial (Kühl, 2015, p. 55).

Esta eugenesia atlántica se caracterizó por la creencia en el determinismo hereditario, la importancia que se daba a la investigación genética humana y animal (genes, cromosomas, mutaciones genéticas, etc.) y la promoción de métodos coercitivos (ingeniería genética, selección racial de los inmigrantes, esterilización forzada, eutanasia forzada, institucionalización forzada y vuelta al trabajo de los que podían trabajar, etc.). Los defensores de la eugenesia atlántica deseaban evitar la reproducción de un grupo más o menos grande de individuos considerados imperfectos para evitar la degeneración de la raza blanca y mejorar el acervo genético de cada territorio. Para convencer de la pertinencia de las medidas que proponían, los defensores de la eugenesia atlántica insistían en la carga económica y social que estos individuos “indeseables e improductivos” representaban para el presupuesto de las instituciones públicas y privadas, y el peligro que representaban para la estabilidad de la sociedad.

El deseo de restringir la reproducción de los “indeseables” se dirigía principalmente a los deficientes intelectuales y enfermos mentales. Estas personas eran consideradas como personas con defectos hereditarios e incurables, defectos que se manifestaban también por otros rasgos indeseables (criminalidad, alcoholismo, etc.). A menudo se extendía a todas las personas susceptibles de tener niños llamados “defectuosos” (ciegos con una ceguera hereditaria, lisiados congénitos, etc.) o a otras categorías de individuos considerados socialmente indeseables (criminales, locos, etc.). Muchos eugenistas

estadounidenses como Harry Laughlin abogaban por la adopción de medidas de esterilización para un gran número de personas “defectuosas”. El decano del Royal Southwark Ophthalmological Hospital, el Dr. J. Myles Bickerton, pidió la esterilización de las personas ciegas e incluso el aborto si las mujeres ciegas ya estaban embarazadas. Además de la esterilización, se proponían otras medidas para limitar el nacimiento de niños defectuosos, como la introducción de desincentivos económicos al matrimonio de las personas afectadas. El Dr. Lucien Howe, miembro del Howe Laboratory of Ophthalmology (Universidad de Harvard), apoyó la introducción de un certificado prematrimonial obligatorio. Pidió que los Estados legislaran para que el matrimonio esté sujeto a la presentación de un certificado que acreditara la ausencia de ceguera de los ascendientes y que, a falta de dicho certificado, los novios entregaran mil dólares a las autoridades públicas para que el niño ciego que pueda nacer de dicho matrimonio no sea una carga para la comunidad (Slaughter Stalvey, 2014, p. 16).

Estas ideas eugenésicas florecieron después de la Primera Guerra Mundial y, especialmente, después de la crisis económica de 1929, en un contexto en el cual los gobiernos estaban ansiosos por reducir el gasto público. Las principales organizaciones que difundieron estas ideas a nivel internacional fueron la IFEO, el Eugenics Record Office, de Long Island, Nueva York, el Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, human Genetics and Eugenics, de Berlín, y el Galton Laboratory, de la Universidad de Londres. Esta ideología se desarrolló y se consolidó a través de numerosas obras “científicas” basadas en la demografía, la psicología, los árboles genealógicos, las estadísticas, la investigación de las causas genéticas de las deficiencias mentales o físicas y los intentos de clasificar los tipos de deficiencias mentales. Los dirigentes de la IFEO querían lograr una normalización internacional de las mediciones antropológicas y de las pruebas de inteligencia a fin de identificar mejor, de manera comparativa, las características de cada raza (calidad física, intelectual y espiritual del material hereditario) y las diferencias entre las razas. Estas

investigaciones estaban sesgadas por el uso de una concepción obsoleta de la herencia humana y sus prejuicios raciales. El objetivo final era demostrar la incuestionable superioridad de la raza blanca (especialmente la nórdica), y la inferioridad de otras razas, “bastardos” y seres inferiores. Debido a esta falta de objetividad, los dirigentes de la IFEO no consiguieron que su disciplina sea reconocida como una verdadera ciencia, por lo que la IFEO no logró incorporar el International Research Council (Kühl, 2015, p. 73).

La “eugenesia latina” se construyó en oposición a esta eugenesia “atlántica”. Las bases de esta eugenesia “latina” se construyeron gradualmente durante los años veinte y treinta mediante múltiples intercambios entre eugenistas de muchos países europeos (en particular Francia e Italia), y de América Latina. El presidente de la Federación Latina, Corrado Gini, insistía en sus discursos en la importancia del respeto a la integridad personal en la eugenesia promovida por los países latinos (Turda y Gillette, 2014, p. 174) y en el rechazo categórico de las medidas de control de la natalidad neomaltusianas. A finales de los años treinta, los eugenistas latinos conceptualizaron sus métodos eugenésicos como “positivos” en contraste con los métodos eugenésicos “negativos” de la esfera noratlántica. La eugenesia latina se caracterizaba por una concepción amplia de las políticas destinadas al mejoramiento progresivo de la población y del individuo, basadas en la adopción de un programa de salud pública y bienestar social. Los eugenistas latinos recomendaban tanto el desarrollo de la puericultura, la fertilidad, la natalidad y la educación familiar (incluidos los programas de educación física). En este marco, la asistencia social y la educación a los niños “idiotas” o “tarados” podía formar parte de los proyectos eugenésicos de algunos eugenistas latinoamericanos (Talak, 2005). El objetivo de estos programas de salud pública y bienestar social era doble: promover el crecimiento demográfico, pero también mejorar la salud de la población combatiendo, en particular, el avance incontrolable de las enfermedades crónicas (venéreas, tuberculosis) y las enfermedades congénitas. La mayoría de los eugenistas latinos eran partidarios de una política migratoria

asimilacionista y relativamente abierta, y de un control de la higiene prematrimonial (asesoramiento prematrimonial o certificado médico prematrimonial voluntario). Por lo tanto, esta eugenesia latina tenía a menudo un tono muy moralizador y apoyaba la interferencia del Estado en la intimidad privada.

Los eugenistas latinos criticaban vehementemente la supuesta superioridad racial nórdica. Compartían una concepción neolamarquina de la herencia, considerando que un ambiente y una cultura saludables jugaban un papel fundamental en el mejoramiento genético de la población. Sin embargo, los eugenistas latinos no estaban totalmente desinteresados en la genética. Cuando estudiaban el tema, sostenían que la genética y el medio ambiente podían explicar ciertas enfermedades como el mongolismo (Turda y Gillette, 2014, p. 187); o que las encuestas de los descendientes de matrimonios sordomudos demostraban el bajo riesgo de transmisión hereditaria de la sordera-mudez (Ferreri, 1934, p. 264). Los eugenistas latinos compartían una cultura científica común, fuertemente influenciada por la cultura católica. Casi todos los eugenistas latinos estaban en contra de cualquier práctica intervencionista en materia de reproducción (control de la natalidad, esterilización y castración) y en contra de la ingeniería genética.

Los eugenistas latinos tenían, sin embargo, opiniones divergentes entre ellos sobre tres elementos: las consecuencias de las mezclas raciales, la esterilización coercitiva y la exigencia de un certificado médico prematrimonial. En efecto, mientras que el italiano Corrado Gini y los eugenistas cubanos se alineaban con las posiciones anglosajonas contra la mezcla racial y estaban convencidos de la superioridad de la raza europea, la mayoría de los eugenistas mexicanos y brasileños defendían la igualdad entre las razas y glorificaban la diversidad racial y el indigenismo (Turda y Gillette, 2014, p. 137). Por otra parte, algunos actores latinos aislados estaban a favor de medidas más restrictivas de esterilización, como el mexicano Antonio F. Alonso, quien estaba a favor de la castración de “ciertos degenerados” (Turda y Gillette, 2014, p. 138). Por último, la mayoría de los

eugenistas rechazaban la idea de los certificados médicos premaritales obligatorios, pero algunos estaban a favor.

Varios países encarnaron sucesivamente el “modelo a seguir” dentro de los países latinos: primero Francia (con la promoción de la puericultura y del pronatalismo), luego Italia (a partir de los años veinte con las políticas fascistas pro-familias, pro-natalistas y anti-aborto de Mussolini) y más tarde España durante los años cuarenta. Muchos especialistas italianos (Filippo Bottazi, Carlo Foa, Nicola Pende, Corrado Gini) viajaron a los países de América Latina a finales de los años veinte y treinta para promover sus ideas. El italiano Nicola Pende promovió el uso de la biotipología, que daba prioridad a la salud del individuo en una concepción correctiva de la eugenesia (Turda y Gillette, 2014, p. 180). Los cubanos promovieron el concepto de “homicultura” en toda la América Latina para describir la ciencia que tenía por objeto la reproducción, la conservación y el mejoramiento de las especies humanas (Turda y Gillette, 2014, p. 152).

Sin embargo, esta dicotomía entre estas dos tendencias de la eugenesia debe ser matizada. Por un lado, había circulaciones e intercambios entre los proponentes de las dos tendencias. Muchos eugenistas de países latinos (como el italiano Corrado Gini, el argentino Victor Delfino, el brasileño Renato Kehl, entre otros) participaron en ciertos congresos internacionales organizados por el PIEC y luego la IFEO. Estos prolongados intercambios con eugenistas anglosajones, nórdicos o alemanes a veces modificaron sus ideas previas. Así, después de una prolongada estancia en Nueva York con ocasión del *Second International Congress of Eugenics* en 1921, el cubano Domingo Ramos se hizo amigo íntimo de Harry Laughlin (de los ERO) y a su regreso se convirtió en un ardiente defensor de las teorías americanas sobre la eugenesia. Por otro lado, los líderes de los *Eugenics Record Office* desarrollaron una verdadera estrategia de internacionalización de sus ideas para promover la pureza y el dominio de la raza blanca. Apoyaron la organización de las conferencias panamericanas sobre eugenesia y militaban para que los países latinoamericanos siguiesen las políticas eugenistas de ciertos estados americanos (restricción de

la migración, esterilización de defectuosos, certificados médicos prematrimoniales). Harry Laughlin y Charles Davenport consideraban que el cubano Domingo Ramos constituía un elemento clave para la expansión de su influencia entre los eugenistas latinoamericanos (Turda y Gillette, 2014, p. 151). De hecho, Ramos propuso a los participantes de la Primera Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura de las Repúblicas Americanas que se adoptara un *Código Panamericano de Eugenesia y Homicultura*, fuertemente influenciado por los eugenistas americanos. La mayoría de los participantes rechazaron este código, que establecía en particular que las personas con defectos genéticos demasiado graves debían ser esterilizadas o segregadas.

Por otra parte, se puede observar una cierta evolución de las posiciones de los eugenistas latinos desde finales de los años veinte y durante los años treinta, hacia una mayor proximidad hacia las ideas eugenésicas atlánticas, con la creciente influencia de la perspectiva mendelista y la adopción de posiciones proteccionistas al nivel racial. Tras un viaje a Alemania en 1928 y su encuentro con Hermann Muckermann y Eugen Fisher, el brasileño Renato Kehl fue convencido de la necesidad de revalorizar el determinismo genético, y a su regreso defendió la esterilización de los degenerados y de los criminales (Turda y Gillette, 2014, p. 146). Por otra parte, en el campo anglosajón, durante los años treinta surgió una nueva generación de eugenistas (Frederick Osborn, C. P. Blacker), que defendía ideas eugenistas desprovistas de racismo y de prejuicios de clase y abiertas a la consideración del medio ambiente en el estudio de la genética (Kühl, 2015, p. 75).

Durante los años veinte, varios representantes del clero católico se movilizaron activamente contra las prácticas neomaltusianas (en particular la esterilización) que, a su juicio, infringían las libertades individuales, aunque a veces cooperaban en la promoción de la eugenesia latina. De hecho, algunos estaban a favor de la introducción del certificado prematrimonial voluntario (Jordan, 1929, p. 19) y del asesoramiento matrimonial para limitar el nacimiento de niños

“defectuosos”. Para evitar la difusión de ideas eugenésicas coercitivas, el Papa Pío XI reafirmó los fundamentos del matrimonio cristiano en una encíclica publicada el 31 de diciembre de 1930. En esta carta encíclica condenó enérgicamente la medicina eugenésica, los métodos de aborto y la esterilización de mujeres y hombres considerados “anormales”. Aunque admitía que se debía desalentar el matrimonio para aquellos que podían producir hijos defectuosos, el Papa consideraba que nadie podía impedirles que se casaran y tuvieran hijos. Por lo tanto, aconsejaba que se animara a los fieles a elegir con cuidado a su futuro cónyuge, pensando en la vida de los hijos que vendrán. La Iglesia se apoyaba en la voluntad individual de cada uno, que debía encontrar en su fe la fuerza para hacer los sacrificios necesarios.

Estas ideas eugenésicas “atlánticas” y “latinas” se difundieron ampliamente a nivel internacional, en las dos Américas, en Europa occidental y oriental, pero también en los territorios africanos y asiáticos colonizados por los europeos. Fueron interiorizadas incluso por movimientos de izquierda (comunistas, anarquistas, feministas, etc.) o por movimientos de personas discapacitadas. En efecto, los dirigentes de las asociaciones de lisiados eran permeables a ciertos elementos del discurso eugenista, en particular a la idea de que la existencia humana podía generar un costo social o constituir un valor si contribuía a la producción. En general, estaban convencidos de la necesidad de evitar el nacimiento de niños lisiados; algunos incluso favorecían los métodos coercitivos de reproducción. En Francia, los dirigentes de la Association des infirmes de France abogaron en 1931 por

un control médico en la vida matrimonial, con el fin de limitar en la medida de lo posible el número de nacimientos infelices, debido evidentemente a deficiencias temporales o permanentes de las partes contratantes, a lesiones orgánicas, a desequilibrios nerviosos, o incluso a causas desconocidas, por decir lo menos. (Rubens-Alcais, 1931, p. 151).

En Alemania, en defensa de su derecho a casarse y a tener hijos, los dirigentes de la asociación de personas lisiadas Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge insistían en que la mayoría de las deficiencias físicas no eran hereditarias. Sin embargo, no excluían la posibilidad de restringir la procreación de determinadas categorías de personas (individuos con trastornos mentales, deficiencias múltiples) (Weinert, 2011, p. 72).

Políticas de eugenesia “atlántica” y “latina” aplicadas con distinta intensidad y modalidades según los países

Influenciados por las propuestas de los eugenistas, los dirigentes políticos de varios países de América del Norte, Europa y América Latina adoptaron medidas legislativas eugenésicas en diversas formas según el territorio. Me limitaré aquí a distinguir la diversidad de las medidas adoptadas y sus repercusiones en las poblaciones discapacitadas, así como a señalar algunos casos emblemáticos a nivel internacional.

Las medidas legislativas más estrictas tenían dos objetivos: la exclusión de las poblaciones “indeseables” de la convivencia con la población “sana” y el control de su procreación. Las medidas de exclusión social podían adoptar diferentes formas: la organización de exámenes obligatorios de los enfermos hereditarios para identificarlos; la prohibición de entrada en el territorio de las personas susceptibles de hacer degenerar la raza blanca (con la adopción de leyes migratorias restrictivas); la exclusión de los “lisiados” (en primer lugar los ciegos, sordos, leprosos, etc.) de los puestos de enseñanza y de otros puestos en la administración pública; la segregación socioespacial y el internamiento en asilos de los deficientes mentales; la disminución de la financiación de las instituciones asistenciales y educativas, lo que llevó al deterioro de sus condiciones de vida; y, por último, la eutanasia de las personas “indeseables”.

Cerca de diez países adoptaron medidas para la esterilización forzosa de ciertas categorías de indeseables: muchos estados de los

Estados Unidos a partir de 1907 (Indiana, Washington, etc.), algunos estados de Canadá (Alberta en 1928, Columbia Británica), el cantón de Vaud en Suiza en 1928, Dinamarca en 1929 y 1934, el Estado de Veracruz en México en 1932, luego Alemania en julio de 1933, Noruega en 1934, Finlandia en 1935, Suecia en 1935 y 1941, Estonia en 1937. Estas medidas de esterilización forzada se dirigían generalmente a “deficientes mentales”, “degenerados”, epilépticos y enfermos mentales. Más raramente, a otros rangos de personas con enfermedades hereditarias y a otras categorías de “indeseables” (delincuentes sexuales, criminales, epilépticos, drogadictos, alcohólicos, etc.). La adopción, el 14 de julio de 1933, de la legislación alemana sobre la esterilización de todas las personas con deficiencias físicas o mentales se dio a conocer muy rápidamente a nivel internacional. Un eugenista alemán, Falk Ruttke, se refirió a esta decisión como algo legítimo: Según él, el Estado tenía derecho a pedir a los deficientes que sacrificaran su fertilidad; de hecho, en tiempos de guerra el Estado pedía a los mejores ciudadanos que sacrificaran sus vidas (Kühl, 2015, p. 125). Esta política de esterilización era muy amplia, afectó a unos 200.000 hombres y mujeres entre 1934 y 1937, la mayoría de los cuales eran deficientes intelectuales. En los Estados Unidos, aunque estas políticas de esterilización se decidieron por motivos ideológicos, se desarrollaron rápidamente con un objetivo práctico: controlar el comportamiento sexual en instituciones superpobladas (asilos o instituciones educativas) en las que convivían adultos de ambos sexos (Castles, 2002).

Solo un país adoptó un programa de eutanasia colectiva y coercitiva: Alemania. Ya en 1935, Hitler no descartó el uso de la eutanasia, pero planeó llevarla a cabo solo después de que la guerra hubiera comenzado (Brown, 2018, p. 427). La mayoría de los eugenistas alemanes se oponían a la eutanasia en ese momento, considerando que la mejor solución para la selección genética seguía siendo la esterilización de las personas afectadas (Kühl, 2015, p. 124). No obstante, la primera eutanasia se llevó a cabo ya en 1938, con el fin de satisfacer la petición de una familia con un hijo gravemente deficiente. La buena voluntad de la profesión médica para llevar a cabo este gesto llevó

a las autoridades a generalizar este programa de eutanasia desde el otoño de 1939, cuando Polonia entró en guerra. El programa se dirigió inicialmente a los recién nacidos con deficiencias graves, que debían ser detectados y notificados por los médicos, y luego enviados a centros especiales donde se les aplicaban diversos tratamientos médicos. El programa pronto se amplió para incluir a todos los niños hasta los 17 años. Se habían abierto más de 22 centros con este fin, lo que provocó la muerte de 5.200 niños deficientes en Alemania por diferentes métodos: el uso de medicamentos, la inanición, los experimentos médicos (Brown, 2018, p. 428). Los padres generalmente desconocían las causas reales de la muerte de su hijo. Unos años más tarde, el régimen nazi creó el programa Aktion T4, que organizó la eutanasia de unos 70.000 deficientes, con el consentimiento y la colaboración de muchos médicos.

Las medidas de control de la procreación de los indeseables también adoptaban una amplia variedad de formas, que infringían más o menos las libertades humanas. Algunos dispositivos eran muy perjudiciales para las libertades humanas, como la esterilización coercitiva y el aborto forzoso (practicado principalmente en los países nórdicos y en Alemania). Otras medidas eran más respetuosas con estas libertades, como la legalización del aborto voluntario por motivos eugenésicos (como en Cataluña y Rumania). Algunas medidas específicas estaban destinadas a influir en la composición de las parejas a través de la ley: la prohibición del matrimonio de personas con ciertos defectos hereditarios o enfermedades contagiosas (lepra, enfermedades venéreas, etc.) mediante la introducción de certificados médicos premaritales obligatorios; la restricción de las parejas potenciales (para ciertas personas con defectos hereditarios, que eran esterilizadas); la reducción de las prestaciones sociales asignadas a las parejas casadas con defectos hereditarios (como las parejas de ciegos) para disuadirlas de casarse (como en el Estado de Nueva Jersey). Otras medidas tenían por objeto evitar la composición de parejas con defectos hereditarios sin actuar a través de la ley: era el caso de la separación estricta de los sexos en los centros educativos

y asilos (para ciegos, enfermos, etc.) con el fin de evitar cualquier riesgo de relaciones entre internos. Muchos líderes de instituciones educativas (como la Perkins School for the Blind), médicos y líderes religiosos recomendaron oralmente a las mujeres ciegas que permanecieran solteras y no tuvieran hijos (Slaughter Stalvey, 2014, pp. 21-26). La internalización de estos mandatos médicos o religiosos llevó obviamente a algunas mujeres deficientes o ciegas a permanecer solteras, a renunciar a tener hijos o a limitarlos por medios anticonceptivos (métodos de conteo o preservativos).

Al mismo tiempo, algunos programas tenían por objeto promover el nacimiento de niños sanos y valiosos, mediante experimentos sociales (como los hogares y guarderías “Lebbensborn”, destinados a fomentar el nacimiento de niños “de raza aria”), la introducción de concursos para el bebé más sano (como en Italia) o simplemente la mejora de las condiciones de vida antes y después de la procreación (subsidios familiares, exención fiscal para compensar los gastos de maternidad, etc.).

La falta de inversión de las organizaciones internacionales en la lucha contra las ideas eugenésicas “atlánticas”

Durante el período de entreguerras, las organizaciones intergubernamentales (OIT, Sociedad de las Naciones) no lucharon abiertamente contra las ideas eugenésicas anglosajonas y nórdicas que estaban en pleno apogeo a finales de la década de los años veinte. El director de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, el Dr. Ludwick Rajchman, nunca tomó una posición pública sobre el tema de la eugenesia. Además, en abril de 1930, la Sección de Higiene declinó la invitación del presidente de la IFEO para nombrar un representante de la Sociedad de las Naciones dentro de la IFEO, argumentando que la eugenesia no entraba dentro de su campo de competencia.⁸³ Esta cortés negativa a colaborar se explicaba probablemente por la

⁸³ ASDN, R 2184. W. F. Schubert a Charles Davenport IFEO, Ginebra, 29 de abril de 1930.

hostilidad de los líderes de la Sección de Higiene hacia las políticas eugenistas coercitivas de inspiración anglosajona y nórdica. El Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones discutió el tema sólo marginalmente. La británica Janet Campbell sugirió a los miembros del Comité *rapporteur pour la protection de la mère, l'hygiène de la première enfance et de l'enfance d'âge préscolaire* que incluyeran medidas de control de la natalidad, pero la mayoría de los miembros se opusieron a ello porque estaban fuertemente influenciados por la moral católica (Weindling, 1995, p. 146-149). Finalmente, el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones desarrolló programas de medicina social que convergían hacia ciertos elementos de la eugenesia latina (política pro-natalista, consideración del medio ambiente en el bienestar de las madres y los niños y la mortalidad infantil, etc.). La directora de la Sección de Asuntos Sociales y Tráfico de Opio de la Sociedad de las Naciones, Rachel Crowdy, estuvo más a favor del control de la natalidad, pero se abstuvo de cualquier discurso público sobre el tema (Weindling, 1995).

La eugenesia era un tema en gran medida periférico al ámbito de competencia de la OIT. Sin embargo, su primer director, Albert Thomas, reconoció en privado la utilidad del control de la natalidad y la eugenesia para mejorar las cualidades de la población mediante la selección progresiva.⁸⁴ En 1938, el segundo director de la OIT, Harold Butler, acordó enviar un corresponsal a la Tercera Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura. Dijo que estaba “complacido de poder asociar a la [OIT] con el trabajo de estas conferencias y así mostrar su interés en los aspectos sociales de los problemas a ser examinados”.⁸⁵

Los dirigentes de la Sección de Higiene y de la OIT adoptaron, pues, una actitud de indiferencia o de apoyo discreto a las ideas de la eugenesia latina, pero sin impugnar nunca públicamente los

⁸⁴ AOIT, PO 1000/2/2. Nota, Albert Thomas para M. Gianturco, 10 de octubre de 1929.

⁸⁵ AOIT, PO-1000/9. Carta, Harold Butler al Ministro de Relaciones Exteriores, 8 de junio de 1938, Bogotá.

fundamentos de la eugenesia “atlántica”. Al hacerlo, ayudaron a facilitar la victoria de las ideas eugenistas atlánticas culturalmente a escala internacional durante los años 1930. Por último, solo la Unesco emprendió una verdadera lucha contra uno de los fundamentos científicos de la eugenesia “atlántica” al adoptar una *Declaración sobre la Raza (Statement on Race)* en julio de 1950. Esta declaración afirmaba que los estudios biológicos habían demostrado que el concepto de raza no tenía ningún fundamento y que no había ninguna justificación científica para una discriminación basada en él (Kühl, 2015, p. 140).

En conclusión, es difícil conocer las múltiples influencias de las diferentes tendencias eugenistas en la vida de las personas discapacitadas. La eugenesia anglosajona y nórdica ha tenido sin duda un efecto devastador, dramático y masivo en la vida de ciertas categorías de deficientes en muchos países europeos y americanos: han sido víctimas de esterilización forzosa, a veces han sido asesinados mediante programas de eutanasia, han sido segregados en instituciones, se les ha prohibido casarse o emigrar a América, han sido excluidos de ciertos trabajos, han visto deteriorarse sus condiciones de vida en instituciones o en casa debido a la ausencia de trabajo. Un punto de aclaración merece ser subrayado: esta eugenesia atlántica no atribuía el mismo valor a las diferentes categorías de personas discapacitadas: los deficientes intelectuales y los enfermos mentales eran considerados los más dañinos e indeseables para la reproducción de la raza, seguidos de las personas con deficiencias congénitas (deficientes físicos, sordos, ciegos, etc.). Por el contrario, los mutilados de la guerra, por su sacrificio por la nación, su demostración de valentía y el carácter no hereditario de su deficiencia, veían su capital genético percibido positivamente por la mayoría de los eugenistas anglosajones. En Gran Bretaña, los mutilados de guerra afirmaban en sus discursos su contribución a la raza y la importancia de su matrimonio y reproducción para el futuro de la raza (Bourke, 2015).

La eugenesia latina tenía efectos más contradictorios. Por un lado, legitimaba la idea de que se debían limitar los nacimientos de las personas con enfermedades hereditarias, pero también la idea de que la existencia de los deficientes era indeseable y que, por lo tanto, sus vidas tenían menos valor que las de otros seres humanos. Por otra parte, debido a su creencia en el efecto correctivo y beneficioso del medio ambiente y la educación, la eugenesia latina podía legitimar y alentar la educación y la rehabilitación de los deficientes, pero esas ideas han permanecido marginales dentro del movimiento eugenista. La práctica de la rehabilitación tenía una relación compleja con la eugenesia. La rehabilitación tenía claramente como objetivo la normalización de los individuos y su productividad, apoyando así la idea de que la utilidad de la vida humana dependía de la salud y de la productividad potencial de los individuos. La práctica de la rehabilitación marginaba y estigmatizaba aún más a los deficientes no rehabilitados y no productivos. Sin embargo, es probable que la existencia misma de los deficientes rehabilitados y productivos contradecía los discursos eugenistas sobre la inutilidad, la improductividad y el costo social de los deficientes.

Durante el periodo 1918-1945, los organismos intergubernamentales (SDN, OIT, OH, CPE) trataron con prioridad los problemas de los mutilados de guerra, de las víctimas de accidentes laborales y de los ciegos, debido a la fuerte movilización asociativa y sindical en su favor. Solo los derechos de estas categorías de impedidos fueron legitimados por recomendaciones internacionales, a saber, los mutilados de guerra (CPI, 1920), las víctimas de accidentes laborales (OIT, 1925) y los ciegos (CPE, 1932). En el ámbito de la rehabilitación de los mutilados de guerra, fueron las normas de los países de la Europa continental las que se legitimaron a nivel internacional por la acción del CPI y de la comisión de expertos de la OIT (obligación legal de contratación, mantenimiento del salario). En el ámbito de las víctimas de accidentes laborales, la OIT legitimó el derecho a la rehabilitación médica (cuidados gratuitos, prótesis), pero solo se

comprometió tímidamente en favor de la rehabilitación profesional de estas víctimas. También reconoció el derecho a la pensión para todos los asegurados sociales inválidos. En el ámbito de los ciegos, fueron las normas anglosajonas de protección social de los ciegos las que se legitimaron a nivel internacional por la labor de la Sección de Higiene. No se llevó a cabo ninguna investigación sobre los niños “débiles del espíritu” y la investigación realizada sobre los sordos por la Sección de Higiene (1933) no dio lugar a ningún informe oficial. Estos fracasos en la gestión de las cuestiones de los sordos y de los niños “débiles del espíritu” se pueden explicar por una serie de factores: la escasa movilización asociativa sobre estos temas, la dificultad de circunscribir estos problemas y de proporcionar datos fiables sobre estos temas, la escasa legitimación de los derechos de estas categorías de impedidos a nivel nacional, la ausencia de soluciones preventivas o curativas. Entre todos los organismos, fue la OIT la que desarrolló la mayor actividad normativa en materia de discapacidad durante el periodo de entreguerras.

Después de la Primera Guerra Mundial, una serie de países de la Europa continental desarrolló un proyecto de innovaciones sociales en el sector de la rehabilitación funcional y profesional de los mutilados de guerra y de las víctimas de accidentes laborales, que los médicos concibieron como moderno y/o progresista. Era el lenguaje técnico francés (*rééducation*) el que prevalecía sobre la terminología estadounidense (*rehabilitation*) en los textos internacionales del periodo de entreguerras. Defendido por distintos actores (asociaciones de mutilados de guerra, médicos especialistas de ortopedia, traumatología, fisioterapia, la OIT y el CPI), el proyecto europeo de rehabilitación profesional de los mutilados tomó forma a partir de los servicios y beneficios ofrecidos a los mutilados de guerra. Se basaba en un conjunto de elementos: la instauración de nuevas especialidades médicas (ortopedia, traumatología, fisioterapia); la creación de instituciones (hospitales-escuela, escuelas de rehabilitación, talleres profesionales); el uso de prótesis modernizadas; la afirmación de los derechos de los mutilados de guerra a pensiones elevadas, a la

rehabilitación y al empleo: el recurso a la obligación legal de empleo y la defensa de una remuneración igual a la de los trabajadores no inválidos; la atribución de los derechos condicionada por el origen de la deficiencia (guerra, accidentes laborales). Este proyecto tenía por objeto igualar a nivel económico las condiciones de vida de los mutilados de guerra con las de los otros trabajadores. Se basaba en normas “ideales” que diferían a menudo de la realidad que resultaba de la aplicación de las legislaciones nacionales de los países europeos (pensiones modestas, capacidad de las infraestructuras de rehabilitación profesional consecuyente –aunque insuficiente–, baja tasa de empleo).

El proyecto europeo constituye un ideal de justicia social apoyado por distintos actores, que no siempre se ponen de acuerdo sobre sus componentes. Los funcionarios del Servicio de los Mutilados de la OIT defendían globalmente este proyecto europeo, pero eran favorables a la equiparación de los derechos de todas las categorías de inválidos, cualquiera que fuera el origen de la deficiencia. Este proyecto europeo evolucionó también a la largo de los años, ya que las asociaciones de inválidos del trabajo se apropiaron este ideal y exigían beneficiarse de la política de rehabilitación profesional. Además, el proyecto europeo de la reeducación se oponía en algunos puntos a la política de rehabilitación desarrollada en Estados Unidos a raíz de la aprobación de la Ley del 2 de junio de 1920, basada en la ampliación de la política de rehabilitación a todas las categorías de impedidos (inválidos de guerra, del trabajo y otros impedidos), bajo el control del *Federal Board for Vocational Education*, y en la ausencia de un sistema de cuota.

Por lo tanto, puede hablarse del “esbozo de un proyecto europeo de modernización de la reeducación (*rééducation*)”, cuya estructuración queda inacabada. Para que este concepto sea válido, es necesario aportar algunos matices: por una parte, los métodos e instrumentos de la reeducación funcional y profesional no son sistemáticamente calificados de “modernos”, ya que algunas innovaciones importantes en este sector son más bien conceptualizadas como “progreso”; por

otra parte, los principios de la rehabilitación se discuten con intensidad a nivel internacional tan solo durante un corto periodo (1918-1925), durante el cual los expertos adoptan acuerdos específicos. Durante la década siguiente, la experiencia de los países de Europa continental sobre el tema y, en particular, la organización solidaria del mercado laboral, no adquiere una legitimidad indiscutible a nivel internacional. Esto se debe a varios factores: a la crisis económica de 1929 que situó el problema del empleo de los inválidos en último lugar; a la ausencia de convenio de la OIT que hubiera podido legitimar las técnicas europeas de la reeducación; a la difusión geográfica limitada de los informes de expertos de la OIT (Europa, Balcanes, América Latina); a la escasa extensión geográfica de las redes internacionales de la reeducación; a la pluralidad lingüística (alemán, francés, italiano, a veces inglés) en los congresos de reeducación, que frenaba la difusión internacional de estos principios; así como a las numerosas derivas de las políticas de gestión de las personas impedidas en Europa vinculadas al auge de los eugenismos y del fascismo (esterilización, eutanasia, exterminación, etc).

Este proyecto de modernización posee pues coherencia solo durante un corto periodo de tiempo, la primera mitad de los años veinte. Esta coherencia se debe principalmente a la promoción de un conjunto de elementos definidos de manera colectiva a nivel internacional y a los fuertes vínculos entre los actores de estos países, mucho más que a la aplicación de estos principios a nivel nacional. El análisis de los países que participaron en la constitución de varias ONG del sector de la reeducación de los mutilados (FIIG, FIDAC, IAC, CIAMAC, AIMPP, SICOT) pone de manifiesto que algunos países europeos están a la vanguardia de esta rehabilitación: Francia, Italia, Bélgica, Checoslovaquia, Alemania, Polonia, Austria, Bulgaria, Rumania, Reino Unido, Países Bajos, Portugal y Reino de los Serbios, Croatas y de Eslovenos.

Durante los años cuarenta, varios factores contribuyeron a la marginalización de los métodos de la reeducación aplicados en la Europa continental a nivel internacional: por una parte, la Segunda

Guerra Mundial desestructuró las redes europeas de la reeducación (SICOT, AIMPP) y, de ahí en adelante, algunos países de América Latina organizaron los congresos internacionales sobre la rehabilitación (Buenos Aires, 1943 y 1946, México, 1948); por otra parte, se inventaron en Estados Unidos algunas innovaciones técnicas (como prótesis ligeras en plástico) gracias a considerables inversiones públicas y privadas (Groce, 1995, p. 28), sobre todo a partir de principios de los años cuarenta; por último, Estados Unidos adquirió un lugar preponderante en la OIT y orientó su acción hacia una política más liberal, por lo que la OIT legitimó las experiencias anglosajonas en el ámbito de la rehabilitación. Estados Unidos, superpotencia innegable en el campo occidental, se convirtió en el lugar de referencia internacional sobre la rehabilitación, mientras que Alemania e Italia desaparecieron temporalmente de la red mundial urdida en este ámbito.

Capítulo 2

Las metamorfosis sucesivas de la política internacional en materia de discapacidad (1946-1983)

Las políticas internacionales en materia de discapacidad experimentaron grandes transformaciones después de la Segunda Guerra Mundial. Varias organizaciones internacionales mostraron entonces su preocupación por el futuro de los adultos y de los niños heridos física o psicológicamente por la guerra. Los médicos sostenían que la atención médica y psicológica hacia las personas discapacitadas era esencial para evitar comportamientos violentos o antisociales, permitiendo así estabilizar las sociedades y preservar la paz.

En este contexto de posguerra, los problemas de la invalidez, de la ceguera, de la sordera y de la deficiencia mental fueron redefinidos por los actores dominantes en la escena internacional en función de sus preocupaciones y de las relaciones de poder entre ellos. Como veremos en este capítulo, el Gobierno de Estados Unidos quiso imponer, con la ayuda de los demás países anglosajones y nórdicos, una nueva concepción de la discapacidad y de la categoría *handicapped person*, así como una nueva orientación de las políticas públicas en materia de discapacidad basada en la coordinación o en la unificación de las políticas sectoriales, la igualación de los derechos entre todas las categorías de personas discapacitadas, una concepción

liberal de la integración profesional y la aparición de nuevos problemas (barreras arquitectónicas, importancia de los prejuicios sociales de los empresarios). Lo logró durante la primera mitad de los años cincuenta, gracias a su posición dominante en la ONU y al apoyo de los empleadores dentro de la OIT. Este cambio radical en la dirección de las políticas internacionales en materia de discapacidad fue respaldado por la adopción de dos textos internacionales: el Programa Internacional de las Naciones Unidas para la Rehabilitación de las Personas Físicamente Disminuidas (1952) y la Recomendación n°99 de la OIT sobre la adaptación y la rehabilitación profesional de los inválidos (1955). Durante las décadas siguientes, las políticas internacionales en materia de discapacidad conocieron nuevas transformaciones, particularmente importantes durante el periodo de los años de 1967 a 1983 como resultado de varios factores: los cambios en las relaciones de poder entre los organismos intergubernamentales en el ámbito de la discapacidad, la promoción acelerada de los derechos de las personas discapacitadas, la crisis económica y el peso cada vez mayor de los países en vías de desarrollo en los organismos intergubernamentales.

Las nuevas orientaciones de las políticas internacionales en materia de discapacidad que surgieron después de la Segunda Guerra Mundial no constituían innovaciones absolutas, ya que formaban parte de un conjunto unificado de cuestiones sociales (en nuestro caso, todas las cuestiones destinadas a que los “discapacitados” tuviesen cierto espacio en la sociedad) que surgieron en la escena internacional al final de la Primera Guerra Mundial. Para abordar las transformaciones históricas de las políticas internacionales en materia de discapacidad después de la Segunda Guerra Mundial, conviene utilizar la expresión de metamorfosis utilizada por Robert Castel para definir los cambios –incluso fundamentales– de problemáticas que forman parte de la misma problematización.¹ Es neces-

¹ Robert Castel define la problematización como “la existencia de un conjunto unificado de preguntas (cuyas características comunes deben definirse), que surgieron

rio estudiar los cambios sucesivos en la percepción de los problemas relacionados con la discapacidad, las múltiples reformulaciones, las nuevas justificaciones para aplicar las orientaciones novedosas de las políticas internacionales en materia de discapacidad. Como la ONU trató de coordinar todas las políticas sobre discapacidad desde 1950, desde entonces es posible hablar de una política internacional en materia de discapacidad “en proceso de unificación”, aunque diversa en cuanto a sus actores y modalidades.

Un nuevo dinamismo asociativo en el contexto de la Guerra Fría (1946-1983)

Durante la Segunda Guerra Mundial, las ONG del sector de los ciegos (AEA, UABO) y de los veteranos de guerra (CIAMAC) cesaron sus actividades. En el ámbito de la asistencia a los inválidos civiles, solo la ISWC mantuvo sus vínculos internacionales gracias al dinamismo de su secretaria Bell Greve (Groce, 1995, p. 25). Después de la guerra, se crearon nuevas ONG en el sector de los veteranos de guerra (1950), de los ciegos (1951), de los sordos (1951), de los inválidos civiles y de los accidentados laborales (1953), así como organizaciones profesionales internacionales en el campo de la rehabilitación. Este nuevo dinamismo asociativo tuvo lugar en el contexto de la Guerra Fría que influyó en la configuración de las redes asociativas.

La aparición de nuevas organizaciones profesionales internacionales en el ámbito de la rehabilitación

Varias organizaciones profesionales internacionales fueron creadas por actores anglosajones y nórdicos a principios de la década de

en un momento dado (que debe fecharse), que han sido reformuladas varias veces a través de las crisis y mediante la integración de nuevos datos (transformaciones que deben ser periodificadas) y que todavía siguen vigentes en la actualidad” (Castel, 1995, p. 17).

los cincuenta. En 1944, los médicos estadounidenses especializados en electroterapia y mecanoterapia formaron la *American Society of Physical Medicine*. Estos médicos, que antes habían elegido identificarse como especialistas en terapia física (Climent, 2001, p. 239), a partir de entonces prefirieron llamar a su especialidad de forma diferente, ya que los asistentes médicos reivindicaban la identidad de fisioterapeutas (*physiotherapy*). Esta nueva especialidad médica se institucionalizó rápidamente gracias al apoyo de un comité de expertos, el Comité Baruch sobre medicina física, y al apoyo político de Eleanor Roosevelt. En 1947, la Asociación Médica Estadounidense (AMA) reconoció la especialidad de medicina física. Convencidos de la necesidad de centrar esta nueva especialidad en la rehabilitación y en la atención a los discapacitados, varios especialistas (entre ellos Howard Rusk) abogaban por el cambio del nombre de la especialidad en *Physical Medicine and Rehabilitation*. Obtuvieron la aceptación de su propuesta en 1949 por parte de la Asociación Médica Estadounidense (Climent, 2001, p. 240). La especialidad se basó a partir de entonces en los tratamientos destinados a un grupo de enfermos, los discapacitados (Climent, 2001, p. 244). Construida a partir de competencias técnicas, esta profesión tenía como objetivo promover la recuperación de las capacidades funcionales de las personas discapacitadas y, en general, mejorar su autonomía.

La legitimación de la especialidad de medicina física y rehabilitación fue acompañada de la transformación de otras especialidades paramédicas subordinadas relacionadas con la rehabilitación de los discapacitados, la terapia ocupacional (*occupational therapy*) y la fisioterapia (*physical therapy*). La fisioterapia era una profesión de cuidados, que combinaba habilidades técnicas de manipulación corporal (conocimientos anatómicos y médicos) y habilidades interpersonales. En 1946, el especialista en rehabilitación médica de la OIT, el Dr. H. A. de Boer, definió el objetivo de la fisioterapia como el mantenimiento de la aptitud física general y la restauración o mantenimiento de la parte o función lesionada (De Boer, 1946, p. 36). Esta actividad estaba sujeta a las instrucciones del médico especialista en

rehabilitación, quien definía el programa y la duración de los ejercicios en los aparatos (bicicletas estáticas, etc.). En los Estados Unidos, la terapia ocupacional, que inicialmente tenía como objetivo encauzar a las personas con problemas mentales, se centró entonces en los mutilados tras la Segunda Guerra Mundial. En 1958, los miembros del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS consideraron que la terapia ocupacional “[tenía] por objeto restaurar las funciones disminuidas incentivando el paciente a realizar un trabajo artesanal o industrial”, o un juego en el caso del niño (OMS, 1958, p. 12). En los países occidentales, algunas asociaciones de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales reclamaban con insistencia el reconocimiento de su cualificación mediante un largo plan de estudios (tres años), la autonomía para definir los parámetros de su intervención y la independencia de su actividad respecto a la de los médicos fisiatras (Prud’homme, 2008, p. 262).

Estas tres especialidades médicas construidas en los países del Atlántico Norte (Estados Unidos y Reino Unido en primer lugar) fueron institucionalizadas durante las décadas de los años cincuenta y sesenta por dos mecanismos relacionados entre sí. Por un lado, los actores anglosajones y nórdicos formaron nuevas organizaciones profesionales a nivel internacional: la International Federation of Physical Medicine (IFPR) fundada en Londres en julio de 1952, la World Confederation of Physical Therapy (WCPT) constituida en 1951 en Copenhague y la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) creada en Inglaterra en 1952. Estas nuevas organizaciones profesionales marginaron a las más antiguas: la Association internationale de médecine physique et de physiothérapie, con sede en Lieja, y la Fédération internationale des masseurs-kinésithérapeutes, con sede en París. Por otra parte, la OMS y las Naciones Unidas confirieron legitimidad a estas especialidades médicas dentro del Programa Internacional Coordinado de Rehabilitación. Al asignarles una función definida y monopolística en los programas nacionales de rehabilitación, las Naciones Unidas y la OMS proporcionaban protección

a estas profesiones. La OMS concedió cientos de becas en terapia ocupacional, fisioterapia, medicina física y rehabilitación.

A mediados de la década de los cincuenta, pueden identificarse dos intentos de estandarización internacional de los conocimientos profesionales requeridos para las profesiones de terapeutas ocupacionales y de fisioterapeutas. Por un lado, el Comité de Rehabilitación Médica de la OMS preconizaba cursos cortos de formación para los países en desarrollo y un control estricto del trabajo de los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales por parte de los médicos fisiatras (OMS, 1958, p. 20), mientras que la WFOT y la WCPT recomendaban cursos de formación más largos (de dos años y medio a tres años) a fin de legitimar una posición jerárquica superior y una relación más igualitaria con los médicos.

En 1963, la WFOT definió la terapia ocupacional como el tratamiento de incapacidades físicas o mentales a través de actividades constructivas para promover la restauración funcional (OMS, 1969, p. 8). La práctica de actividades manuales o artísticas debía permitir a la persona con discapacidad recuperar la mayor autonomía posible. La formación impartida debía incluir cursos sobre el tratamiento de las anomalías psíquicas y físicas, el desarrollo de actividades terapéuticas, así como una larga práctica clínica. En 1967, la WCPT definió la fisioterapia como un arte y una ciencia de los tratamientos físicos que incluyen gimnasia de rehabilitación, calor, frío, luz, agua, masajes y electricidad. El objetivo era, en particular, prevenir y corregir las limitaciones funcionales, y restablecer la máxima movilidad y fuerza muscular del paciente para facilitar sus actividades cotidianas (OMS, 1969, p. 7).

Durante los años cincuenta y sesenta, la acción de las ONG y de las organizaciones intergubernamentales contribuyó, por lo tanto, a la legitimidad internacional de un sistema de especialidades médicas y paramédicas que cubría el campo de la rehabilitación médica, construido en el espacio noratlántico. De estas tres organizaciones, la WCPT era la que tenía más poder. Tenía el privilegio de estar presente en el Comité Directivo de la *Conference of World Organizations*

Interested in the Handicapped (CWOIH), que reunía a todas las ONG interesadas en la rehabilitación de personas discapacitadas.

Los veteranos: pérdida progresiva de poder en el campo de la rehabilitación de estos actores esenciales

Ya en 1946, los líderes asociativos franceses y belgas planeaban la creación de una nueva organización mundial de veteranos. Tras varios intercambios con asociaciones de otros países, en noviembre de 1950 se celebró una asamblea constituyente en la sede de la Unesco en París. Esta reunión formalizó la creación de la *Fédération mondiale des organisations d'anciens combattants* (WVF, por sus siglas en inglés). La Federación tenía por objeto defender los intereses materiales y morales de los veteranos y de sus familias, promover la integración de los veteranos y las víctimas de la guerra, además de promover la paz internacional y la aplicación de los derechos humanos. Las asociaciones fundadoras provenían de ocho países: Francia, Bélgica, Italia, Turquía, Estados Unidos, Yugoslavia, Luxemburgo y Países Bajos. Rápidamente se sumaron nuevos miembros. La WVF reunía a 20 países en 1953 y a 49 países en 1967. La Federación estuvo presidida por el francés Albert Morel (1950-1957) y luego por el holandés Willem Van Lanschot (1957-1994). La Secretaría General estuvo a cargo de estadounidenses: Eliott Newcomb, Curtis Campaigne, Norman Acton y William O. Cooper. No tardó en ser reconocida como entidad de carácter consultivo por las Naciones Unidas (1951) y la OMS (1956).

Desde 1951, la Federación dio la máxima prioridad a la rehabilitación de los veteranos discapacitados dentro de todas sus actividades. Al constatar que varios millones de veteranos discapacitados de la Segunda Guerra Mundial carecían de una rehabilitación adecuada, la segunda Asamblea General de la WVF adoptó un programa internacional de rehabilitación para veteranos discapacitados. Aunque los dirigentes de la WVF atribuían a los gobiernos la responsabilidad

primordial en el desarrollo de la rehabilitación de las víctimas de la guerra, consideraban urgente actuar en solidaridad con los veteranos discapacitados. El Programa Internacional de Rehabilitación de los Inválidos de Guerra de la WVF seguía la misma orientación que el desarrollado por las organizaciones intergubernamentales (ONU, OMS, OIT) por dos razones: por un lado, se basaba principalmente en las recomendaciones de los mismos médicos anglosajones y nórdicos (Dr. Harold Balme, Dr. Ludwig Guttmann, Dr. Henry Kessler, Dr. Howard Rusk y Prof. Niilo Maki);² por otro lado, varios especialistas en rehabilitación de las Naciones Unidas (Dr. Kershaw, luego Kurt Jansson) y de la OIT (Arthur Bennett) ayudaron a la Federación Mundial de Veteranos de Guerra a desarrollar su programa de rehabilitación.³ Sin embargo, este programa difería del Programa Internacional de Rehabilitación promovido por las Naciones Unidas en un punto: el hecho de que la WVF quería otorgar a los veteranos discapacitados un derecho prioritario sobre todas las demás categorías de personas discapacitadas en el proceso de rehabilitación profesional.

Este programa de rehabilitación fue implementado por el finlandés Kurt Jansson y luego por el estadounidense Norman Acton (1958-1967), quien ya tenía mucha experiencia en la materia: tras formarse como periodista y trabajar en el ejército estadounidense en Japón, coordinó en 1950 un pequeño programa de la Organización Internacional de Refugiados sobre la reintegración de refugiados mutilados de guerra en los Estados Unidos. Al mismo tiempo, llegó a ser asistente del secretario general del ISRD, Donald Wilson, a quien había conocido durante su formación militar, ya que los dos hombres habían trabado amistad en Japón. Norman Acton, quien trabajaba regularmente con las Naciones Unidas, Unicef y la OIT, fue nombrado director ejecutivo del United States Committe for Unicef en 1954.

² AOIT, NGO 18, carpeta n°1. World Veterans Federation, "Rehabilitation program. WVF plans to aid disabled veterans", Third General Assembly, Londres, 8 al 11 de diciembre de 1952, p. 2.

³ AOIT, NGO 18, carpeta n°2. Minute sheet, 7 de octubre de 1953, por J. Brodier.

En 1958, se fue de Nueva York a París para trabajar en la Secretaría General de la WVF. Dirigió el Programa de Rehabilitación de la WVF hasta 1967, cuando Donald Wilson exigió que regresara a Nueva York para hacerse cargo de la Secretaría General de la ISRD.

En el marco de este Programa de Rehabilitación, la WVF organizó, en colaboración con otras organizaciones internacionales (ONU, OIT, ISRD, WCWB, etc.), cursos internacionales de especialización en rehabilitación médica y otros temas (prótesis, orientación profesional, colocación selectiva). Envió expertos en rehabilitación en misiones de asistencia técnica a varias decenas de países (principalmente en Europa, África, Asia y Oriente Medio), a menudo en colaboración con las Naciones Unidas. Su contribución financiera fue significativa, ya que concedió becas a aprendices en cursos internacionales y ayuda puntual para la compra de equipos (aparatos ortopédicos, etc.) o para la construcción de determinados centros piloto de rehabilitación. La Federación también colaboró con la Cooperative for American Remittances to Europe para distribuir paquetes de alimentos y ropa a los veteranos con tuberculosis y equipos braille a los veteranos ciegos en Europa. La acción internacional en el campo de la rehabilitación era percibida como una oportunidad para participar concretamente en un programa sincero de paz.⁴ Para financiar algunas de sus actividades de rehabilitación, recurrió a la filantropía de ricos estadounidenses a través del veterano estadounidense Harold Russell.

En 1954, la Federación Mundial de Veteranos (WVF) se declaró a favor del desarme general y en 1966 estableció un Centro Internacional de Información sobre las Operaciones de Mantenimiento de la Paz bajo la dirección de James Knott. Su labor en favor de la paz le permitió mantener estrechas relaciones con los dirigentes de las Naciones Unidas. La Federación organizó varias conferencias

⁴ AOIT, NGO 18, carpeta n°1. World Veterans Federation, "Aims and policy of WVF By Elliott H. Newcomb", Third General Assembly, Londres, 8 al 11 de diciembre de 1952, p. 2.

internacionales sobre las legislaciones relativas a los veteranos durante la década de los años sesenta.

Actor clave en el campo de la rehabilitación a nivel internacional gracias a su experiencia técnica y al alcance de su acción en este sector durante la década de los años cincuenta, la Federación Mundial de Veteranos de Guerra perdió gradualmente su condición de principal colaborador de las Naciones Unidas en este campo en la década de los años sesenta en beneficio de otras ONG (ISRD, WCWB). Esta pérdida de poder era perceptible por el cambio de papel de la Federación dentro de la CWOIH: mientras que el representante de la Federación tenía funciones importantes (secretario, presidente) dentro del Comité Directivo de la CWOIH hasta 1967, la Federación estuvo mucho menos presente dentro del Comité Directivo de la CWOIH después de 1969. En 1967, la salida de Norman Acton para integrar a la ISRD privó a la WVF de una persona con habilidades reconocidas, que había ocupado la presidencia de la CWOIH (1964-1967).

El creciente poder de las organizaciones de asistencia a las personas discapacitadas (ISWC, WCWB, ILSMH)

Después de la Segunda Guerra Mundial, la ISWC reanudó sus contactos con sus antiguos colaboradores en los países europeos y asiáticos. Organizó una Conferencia Internacional sobre los Inválidos en Ciudad de México en 1948 y otra en Estocolmo en 1951, que reunió a 29 países. Desde 1949, la Secretaría General de la organización en Nueva York estuvo a cargo del estadounidense Donald Wilson (1951-1967) y luego de Norman Acton (1967-1984), hombres ya experimentados en el campo de la rehabilitación. Formado en ciencias políticas y administración de servicios sociales, Donald Wilson ejerció en la década de los años treinta como trabajador social para la *Association for Crippled and Disabled* en Cleveland. Tras incorporarse al ejército en 1942, también tuvo responsabilidades en el campo de la salud pública y de la acción social durante la ocupación militar

de Japón de 1946 a 1948. La ISWC estuvo presidida durante mucho tiempo por médicos norteamericanos o escandinavos (Dr. Henry H. Kessler, Dr. Howard Rusk, Dr. Gudmund Harlem, etc.). La ISWC cambió su nombre en 1960 adoptando el de International Society for the Rehabilitation of the Disabled (ISRD) y en 1972 el de Rehabilitation International (RI). La ISRD era una poderosa ONG que reunía a 63 países a finales de la década de los sesenta.

En Estados Unidos, Robert Irwin, director ejecutivo de la American Foundation for the Blind, creó la American Foundation for Overseas Blind (AFOB) en 1946. La AFOB centraba sus esfuerzos en ayudar a los países europeos que habían sufrido la guerra. La institución apoyó la organización de una Conferencia Internacional en Oxford en agosto de 1949, que recomendó la creación de una organización internacional que reuniera a las asociaciones de ciegos y para ciegos.⁵ Al año siguiente, se formó un Comité Internacional (International Committee for the Welfare of the Blind) para preparar la creación de esta organización internacional. En julio de 1951, este Comité hizo oficial la constitución de una nueva ONG, el Consejo Mundial para el Bienestar de los Ciegos (World Council for the Welfare of the Blind, WCWB). El WCWB promovía los derechos sociales, económicos y culturales de las personas ciegas, para que disfrutasen de los mismos derechos que los demás ciudadanos. Aunque su sede oficial estaba en París, la Secretaría General del WCWB estaba situada en Nueva York. El WCWB estuvo presidido primero por el canadiense Edwin Baker, director del Canadian National Institute for the Blind. El primer secretario general fue Eric Boutler, director general del Royal National Institute for the Blind y director de la Sección europea de la AFOB. El Comité Ejecutivo del WCWB estaba compuesto por representantes de nueve países, la mayoría de los cuales eran capitalistas (Canadá, Reino Unido, República Federal de Alemania, Estados

⁵ "Resolutions adopted by international conference of workers for the Blind. Oxford, 1949", *Proceedings of the Twenty-fourth convention of the American Association of Workers for the Blind, Salt Lake City, Utah, July 10-14, 1950*, Estados Unidos, 1950, pp. 14-16.

Estados Unidos, Francia, Italia, Bélgica, Suecia y Yugoslavia). Eran los líderes de las asociaciones de ciegos y los líderes de las instituciones para ciegos quienes dominaban en número la organización. El WCWB fue contando con un número creciente de países miembros: 46 en 1959 (incluyendo Polonia y Checoslovaquia), 53 en 1969 y 73 en 1979 (WCWB, 1980, p. 70).

En 1960, seis federaciones nacionales (Alemania, Inglaterra, Dinamarca, Holanda, Italia y Francia) formaron la Liga Europea de Asistencia a los Deficientes Mentales (Ligue européenne d'aide aux handicapés mentaux). Esta Liga se abrió rápidamente a otros países (Bélgica, España, Finlandia, Noruega, Suecia y Suiza). En 1963, se transformó en una Liga Internacional y se convirtió en la Liga Internacional de Asociaciones en favor de las Personas con Deficiencia Mental (International League of Societies for the Mentally Handicapped, ILSMH). Su objetivo era defender el bienestar y los derechos de los deficientes mentales y de sus familias. Fundada en Londres, incluía ahora a los Estados Unidos y a Canadá y se encontró rápidamente dominada por organizaciones anglosajonas y nórdicas. La ILSMH estuvo presidida por un médico sueco, el Dr. John Philipson, luego por la suiza Yvonne Posternak, el médico neozelandés Donald Beasley y, más tarde, por el médico estadounidense Gunnar Dybwad. La pediatra belga Renée Portray, madre de un niño con síndrome de Down, se encargó de la Secretaría General de 1963 a 1974. A finales de la década de los setenta, reunía a más de 60 países.

La ISRD y el WCWB ocupaban un lugar preponderante dentro de las ONG que se ocupaban de la rehabilitación de las personas discapacitadas, debido al alcance de su acción internacional en este ámbito y a los conocimientos científicos y técnicos de sus secretarios generales. Ambas fueron reconocidas como entidades de carácter consultivo por las Naciones Unidas. Representantes de la ISRD (Donald Wilson, Norman Acton, Dorothy Warns) y del WCWB (Eric Boulter, John Jarvis) a menudo ocuparon los puestos en la presidencia, la vicepresidente o la secretaría de la CWOIH durante las décadas de los sesenta y setenta. Eric Boulter fue vicepresidente (1954-1955)

y luego presidente de la CWOIH en 1957-1958. Norman Acton dirigió la CWOIH de 1964 a 1967 (en nombre del WVF) y de 1969 a 1985 (en nombre de la ISRD). La ILSMH solía estar representada en el Comité Directivo de la CWOIH.

La intensificación de la voluntad de autodeterminación de las personas discapacitadas

La voluntad de emancipación de las personas ciegas e inválidas de la tutela ejercida por las personas sanas ya estaba presente durante el periodo de entreguerras en las redes militantes transnacionales, pero se manifestó con más virulencia tras la Segunda Guerra Mundial, y más aún durante el periodo 1960-1982. Su deseo de autodeterminación se manifestó tanto por la creación de nuevas ONG dirigidas exclusivamente por personas discapacitadas (FIMITIC, IFB, FMS), como también por las tensiones dentro de las organizaciones de asistencia a la discapacidad (RI, WCWB).

Dos años después de la guerra, los dirigentes de las federaciones nacionales de inválidos del trabajo de Francia y de Suiza se pusieron de nuevo en contacto para reorganizar la antigua Federación Internacional de Inválidos del Trabajo. Por iniciativa de los franceses, se organizaron dos reuniones con representantes de Suiza, Bélgica, Italia y Luxemburgo en septiembre de 1947 y marzo de 1948. Durante la segunda reunión, los dirigentes de las asociaciones de los cinco países aprobaron los estatutos provisionales. El suizo Henri Pavid fue nombrado presidente y de la Secretaría de la Federación se hizo cargo el francés Baptiste Marcet. Sin embargo, las reuniones internacionales organizadas posteriormente (Arras, 1949; Tours, 1951; Saint Malo, septiembre de 1953) no condujeron a la constitución efectiva de la organización internacional. De hecho, los dirigentes franceses retrasaron su creación,⁶ probablemente por varias razones: problemas

⁶ SE/RA, 730032/1/F/F14a/2. International Federation of disabled workmen and civilian cripples, "statutes", marzo de 1954.

internos; la falta de tiempo y de dinero para llevar a cabo el trabajo de secretaría y traducción; la lentitud de las adhesiones de las otras federaciones nacionales, en particular de las asociaciones nórdicas (Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega) ya reunidas en una federación (*Vanföras Nordiska Invalidorganisation*).

Durante la reunión del 23 de septiembre de 1953, los delegados franceses anunciaron que tenían que cesar temporalmente con la cooperación en la organización de una federación internacional debido a problemas internos. Los delegados de Bélgica (Robert Decroly), Italia (Raimondo Magnani) y Suiza (Manfred Fink) decidieron entonces tomar el mando. Diez días después, en una reunión en Namur, decidieron establecer los estatutos definitivos de la *Fédération internationale des mutilés, invalides du travail et invalides civils (FIMITIC)*. La Secretaría Administrativa de la FIMITIC fue asignada a la organización italiana y Raimundo Magnani fue nombrado presidente (1953-1967). Para promover los derechos de los inválidos del trabajo y de los inválidos civiles, la FIMITIC organizó congresos internacionales en Italia, Bélgica y Suiza durante las décadas de los cincuenta y sesenta. A partir de 1960, organizó un Día Mundial del Inválido y fue la secretaria italiana quien se encargó de traducir los carteles a ocho idiomas y de enviarlos. Sin embargo, la asociación sueca *De Vanföras Riksförbund* se pronunció en contra de la organización de un día especial para los inválidos, al desear “que las condiciones de vida de los discapacitados [fueran] lo más normales posible”.⁷ La FIMITIC también organizó estancias vacacionales en el extranjero. Fue reconocida como entidad consultiva por las Naciones Unidas en 1964.

A principios de los años sesenta, la Secretaría Administrativa de la FIMITIC estaba bajo la influencia del Ministerio de Trabajo italiano. La federación francesa (FNMIT) se sintió ofendida por esta influencia política y decidió retirarse de la FIMITIC en 1961. En 1967, como la asociación italiana experimentaba graves problemas administrativos y financieros, la FIMITIC decidió trasladar su Secretaría

⁷ SE/RA/730032/1/F/F14a/3. Carta, N. Wallin a FIMITIC, 3 de enero de 1962.

Administrativa a Suiza. Manfred Fink fue entonces elegido presidente. En 1969, la FIMITIC reunía solamente a 14 asociaciones de países europeos (Checoslovaquia, España, Suecia, Polonia, Austria, Noruega, Yugoslavia, Italia, Islandia, Finlandia, Dinamarca, Bélgica y Suiza).

La Federación Mundial de Sordomudos se formó en septiembre de 1951 durante el Congreso Internacional de Sordomudos celebrado en Roma. La organización adoptó más tarde el nombre de Federación Mundial de Sordos (World Federation of Deaf, WFD) en 1953. Reunía tanto a personas sordas como a profesionales: maestros de sordos, psicólogos, etc. La Federación se formó gracias al apoyo activo de las asociaciones italianas y yugoslavas de sordos. La WFD estuvo dirigida primero por el italiano Vittorio Ieralla (1951-1955) y luego por el yugoslavo Dragoljub Vukotic (1955-1983). La sede de la WFD se encontraba en Roma y la Secretaría de la WFD estuvo a cargo del italiano Cesare Magarotto hasta 1987, gracias al apoyo financiero del Gobierno italiano. La WFD agrupaba a 16 países en 1951, 38 países en 1955 y 48 países en 1972. Los países socialistas (Yugoslavia, Polonia, Checoslovaquia, URSS, Argelia y la RDA) estaban representados en la organización y ocupaban cargos directivos. El mariscal Tito apoyaba personalmente la causa de los sordos y la WFD, ya que fue protegido y atendido por una pareja de sordos mientras estuvo herido durante la guerra contra el ocupante nazi (Murray, 2007, p. 241). La WFD abogaba por que los gobiernos legislasen para organizar la rehabilitación general de los sordos, determinando incluso el “empleo obligatorio de un cierto porcentaje de sordos en las empresas de producción”.⁸ También promovía la unificación del “lenguaje de señas” a nivel internacional. La WFD publicó una revista en francés e inglés a partir de 1957, *The Voice of Silence*.

En 1964, varias asociaciones nacionales de ciegos, oriundos principalmente de países en vías de desarrollo (Pakistán, India, Malasia,

⁸ Archives du Centre International de l'enfance [ACIDEF], 1 CIDEF 480/2. Résolutions du IIe congrès mondial des Sourds, Zagreb, agosto de 1955.

Hong Kong, Sri Lanka, Guatemala, Estados Unidos), presentes en el Congreso del WCWB, presentaron un proyecto de resolución en el que se determinaba que al menos la mitad de las delegaciones nacionales del WCWB estuvieran integradas por personas ciegas. Les indignaba el hecho de que el WCWB colaborara de manera privilegiada con los representantes de las organizaciones prestatarias de servicios a ciegos en los países en vías de desarrollo, marginando a las asociaciones de ciegos dentro del WCWB (WCWB, 1980, p. 58). Como la mayoría de los delegados del WCWB votó en contra de esta propuesta (Driedger, 1989, p. 11), los representantes ciegos decidieron crear inmediatamente una nueva ONG, la Federación Internacional de Ciegos (International Federation of the Blind, IFB), que luchaba por el derecho a la autodeterminación de los ciegos. Estaba inicialmente compuesta por representantes de asociaciones de ciegos de países asiáticos y africanos, con el apoyo de ciegos europeos y norteamericanos, en particular del estadounidense Jacobus Tenbroek. La IFB estuvo presidida primero por el Dr. Jacobus Tenbroek, luego por la pakistaní Dra. Fatima Shah y después por el alemán Dr. Franz Sonntag. La IFB atrajo rápidamente a muchas organizaciones: el 20 Congreso de la IFB celebrado en Berlín en 1974 reunió a delegados de unos 100 países, incluidos 53 países miembros de la IFB.⁹ La IFB publicaba con regularidad una revista bimensual, *Braille International*, en varios idiomas (inglés, español).

En 1969, el Congreso Mundial organizado por el WCWB en Nueva Delhi concluyó con el cuestionamiento simbólico del nombre francés de la organización: adoptaron el nombre de Organisation mondiale pour la promotion sociale des aveugles (Organización Mundial por la Promoción Social de los Ciegos), en lugar de Organisation mondiale pour la protection sociale des aveugles (Organización Mundial por la Protección Social de los Ciegos) (WCWB, 1970, p. 304). Este cambio reflejaba el rechazo de las personas ciegas a ser protegidas. Sin embargo, el presidente electo del WCWB, Charles Hedvist, afirmó que

⁹ *Cannes blanches*, 34, París, 1975.

las personas ciegas que desearan emanciparse debían respetar a las personas videntes y buscar su cooperación para obtener esta emancipación (WCWB, 1970, p. 332). A partir de 1975, los dirigentes del WCWB y de la IFB manifestaron su deseo de reconciliación y cooperaron en pie de igualdad en la organización de algunas conferencias internacionales. Este acercamiento se vio facilitado por la difícil situación financiera de la IFB, que carecía de recursos para desarrollar acciones internacionales. En febrero de 1979, los dirigentes de las dos organizaciones aprobaron una resolución que preveía su unificación en un futuro próximo (WCWB, 1980, p. 57). Pero la tercera Asamblea Plenaria de la IFB se opuso unos meses más tarde a la unificación inmediata de las dos organizaciones, probablemente debido a la escasa presencia de instituciones dirigidas por personas ciegas dentro del WCWB (WCWB, 1980, p. 304). Tras esta decisión, el WCWB aprobó una resolución que favorecía la participación de organizaciones de ciegos en el WCWB, de modo que representasen al menos la mitad de las delegaciones nacionales. Finalmente, el WCWB y la IFB acordaron en 1984 unirse en una organización común, la Unión Mundial de Ciegos (World Blind Union).

Durante la década de los setenta, en los países anglosajones y nórdicos, los trabajadores sociales y los padres de niños con deficiencia intelectual organizaron grupos de discusión para que las personas con deficiencia intelectual pudieran hablar de sus experiencias y expresar sus aspiraciones. Con la ayuda de trabajadores sociales, varios grupos de personas con deficiencia intelectual se organizaron a nivel local y nacional a partir de 1974 para defender sus derechos. En Estados Unidos, estos grupos tomaron con frecuencia el nombre de People First, ya que este nombre se popularizó tras el éxito de un Congreso Nacional celebrado en noviembre de 1974. Los intercambios entre grupos de Estados Unidos, Canadá y de los países nórdicos se aceleraron con la organización en 1984 de la primera Conferencia Internacional sobre la Autodeterminación de las Personas con Deficiencia Intelectual en los Estados Unidos. Esta Conferencia condujo a la creación de People First International. Como resultado de esta

dinámica de emancipación de las personas con deficiencia intelectual, la ILSMH empezó a incluirlas como ponentes en sus conferencias internacionales para que pudieran compartir sus experiencias y aspiraciones vitales.

En junio de 1980, durante el 14º Congreso Mundial de Rehabilitation International (RI) celebrado en Winnipeg (Canadá), las personas discapacitadas físicas se indignaron cuando los organizadores se negaron a concederles el lugar que les correspondía, al impedirles participar en las decisiones de RI de manera equitativa. De hecho, aunque varias delegaciones de personas discapacitadas exigían una modificación de los estatutos para que estipulasen que al menos la mitad de los delegados de la Asamblea de RI debían ser personas discapacitadas, la Asamblea votó por mayoría en contra de esta enmienda (Driedger, 1989, p. 33). Frustrados por la decisión tomada, varios grupos de personas discapacitadas decidieron liberarse del control de los profesionales de la rehabilitación y se movilizaron para organizar su propia organización mundial de personas discapacitadas. En su opinión, la FIMITIC era una organización poco militante, limitada a las personas discapacitadas físicas de los países europeos y sumida en un proceso de pérdida de fuerza (Driedger, 1989, pp. 65-66). Por lo tanto, era esencial crear otra organización de personas discapacitadas que fuera más militante, más poderosa, más abierta a todos los países del mundo y que pudiera ser un interlocutor creíble para las Naciones Unidas. Lo lograron al año siguiente, organizando el congreso fundador de la Organización Mundial de Personas Discapacitadas, OMPD, (Disabled's People International, DPI) en Singapur en diciembre de 1981. Este congreso reunió a representantes asociativos oriundos de 50 países diferentes. Aunque las personas discapacitadas físicas constituían la gran mayoría de la organización, fueron los ciegos los elegidos para dirigir la DPI en 1981: el singapurense Ron Chandran Dudley como presidente y el sueco Bengt Lindqvist como secretario (Driedger, 1989, p. 76). Además de sus competencias técnicas y fluidez en inglés, tenían una amplia experiencia internacional dentro de RI y la IFB. La Secretaría de la DPI estaba inicialmente a

cargo de la asociación sueca Handikappförbundens Centralkommité. La participación de las asociaciones europeas en la FIMITIC dificultó su participación en la DPI durante muchos años. La DPI obtuvo el estatus consultivo con las Naciones Unidas en 1983 (Driedger, 1989, p. 95).

Muchos aspectos de estos movimientos de autodeterminación quedan por aclarar, incluyendo la naturaleza de los vínculos mantenidos con otros movimientos sociales (antirracista, ecologista, lucha por la descolonización, etc.).

Geopolítica y participación de los países socialistas en las ONG

La Guerra Fría tuvo una fuerte influencia en la configuración de las redes transnacionales para la defensa de los derechos de las personas discapacitadas, que se estructuraron de forma asimétrica. Las asociaciones de profesionales de la rehabilitación (WFOT, WCPT, IFPMR), así como el WCWB y RI, estaban fuertemente arraigadas en la esfera noratlántica. De 1945 a 1983, los congresos internacionales de estas organizaciones se concentraron en un pequeño número de países anglosajones (Israel, Canadá, Estados Unidos, Australia) y del oeste europeo. No obstante, el WCWB organizó dos asambleas mundiales en Nueva Delhi (1969) y San Pablo (1974). En cada una de las conferencias internacionales, las delegaciones de los países anglosajones (EE. UU., Canadá, Inglaterra, Australia) y europeos (Francia, Inglaterra, Suiza, Dinamarca, Suecia, Finlandia) se componían generalmente de varias decenas (incluso centenas) de personas, dominando así simbólicamente las conferencias.

Otras cinco ONG se distinguían de este patrón de fuerte control anglosajón: la ILSMH cambió de una influencia europea a un control anglosajón en la década de los setenta; la FIMITIC seguía siendo el monopolio de las asociaciones europeas; la WFD también seguía arraigada en la esfera europea, con una fuerte participación de los países socialistas; la IFB y la DPI se distinguían por el papel fundamental que desempeñaban las asociaciones de los países en vías de

desarrollo. La mayoría de estas organizaciones iban ganando fuerza, excepto la FIMITIC.

En el contexto de la Guerra Fría, los miembros de los países comunistas participaron relativamente poco en las ONG y en los intercambios de información. Sin embargo, no hubo ninguna medida de exclusión de los países comunistas por parte de los dirigentes de las ONG. A principios de la década de los cincuenta, los líderes de la ISRD enfatizaron el hecho de que la rehabilitación era un deber humanitario y no tenía fronteras políticas o ideológicas (Groce, 2002, p. 39). De todos los países del bloque oriental (RDA, Bulgaria, Hungría, Rumania, Polonia, Checoslovaquia, Yugoslavia), solo los últimos tres parecían estar activamente involucrados en varias ONG (WCWB, RI, WFD, ILSMH, FIMITIC). Esta fuerte participación se explica por la autonomía de la Yugoslavia de Tito, los importantes intercambios mantenidos por Polonia con la RFA, las relaciones privilegiadas de Polonia y Checoslovaquia con organizaciones internacionales (incluida la OIT) y por una diplomacia activa en el campo de la acción social. Polonia fue el único país socialista que acogió una conferencia internacional (sobre deficiencia mental), con algunas dificultades debido al posicionamiento político de su especialista en deficiencia mental y al boicot del congreso por parte de profesores judíos de Estados Unidos (Clarke, 1991). La República Democrática Alemana (RDA) participó poco en los intercambios internacionales de información, pero se convirtió en miembro del WCWB cinco años antes de obtener el estatus de observador en la ONU (1972). De hecho, en abril de 1967, el WCWB adoptó una resolución que permitía la admisión de asociaciones oriundas de segmentos separados de países políticamente divididos, autorizando así la adhesión de la RDA.

Varias personas que representaban a los países socialistas destacaron dentro de estas redes: el polaco Aleksander Hulek, el checoslovaco Jan Brazdil y el médico de Alemania Oriental Karlheinz Renker dentro de RI (Groce, 2002, p. 41); el húngaro Dr. Tibor y el ruso Boris Zimin en el WCWB. El yugoslavo Dragoljub Vukotic presidió la WFD de 1955 a 1983 y su compatriota, el general Miloje Milojevic, ocupó el

cargo de vicepresidente de la WVF entre 1951 y 1957. En ese momento, este último era presidente de la Federación Yugoslava de Ciegos de Guerra, después de haber sido comandante de la Primera División Proletaria. Su participación activa en las ofensivas contra los alemanes durante la Segunda Guerra Mundial lo habían convertido en una figura de confianza del mariscal Tito.

Estos mediadores, que solían liderar una asociación nacional, estaban generalmente dotados de un capital político o científico (médicos), que les permitía obtener –con dificultad– autorizaciones para viajar más allá de la “cortina de acero”. Los gobiernos de Europa del Este mostraban menos reticencias hacia los viajes a los países nórdicos, lo que favorecía que los intercambios fueran más frecuentes entre estos países. En las conferencias internacionales, estos mediadores se veían a menudo obligados a permanecer en las embajadas y sus acciones eran supervisadas sistemáticamente por miembros de los servicios secretos (Groce, 2002, p. 40). Los Estados socialistas les permitían participar en las conferencias internacionales con varios objetivos: por un lado, adquirir las técnicas y conocimientos técnicos desarrollados en los países occidentales, así como hacer posible la asistencia técnica extranjera; por otro lado, afirmar el alcance y la eficacia de la acción de los gobiernos socialistas en este campo. En la Conferencia Mundial del WCWB, Boris V. Zimin, presidente de la All Russia Society for the Blind, elogió las políticas de colocación colectiva de los ciegos de los países socialistas (URSS, Polonia, RDA) y criticó la ineficiencia de la colocación selectiva en los países occidentales. Según él, gracias a la colocación de altas cuotas de personas ciegas en empresas industriales, las personas ciegas tenían una tasa de empleo excepcional en la URSS (70.000 personas ciegas empleadas) y trabajaban en más de 300 profesiones diferentes (WCWB, 1975, pp. 164-166).

Del mismo modo, varios representantes estadounidenses integrados en las redes internacionales defendían activamente las políticas de rehabilitación estadounidenses y los intereses geopolíticos de su país. A principios de la década de los cincuenta, Howard Rusk

describió los intereses diplomáticos de los Estados Unidos en la difusión internacional de los programas de rehabilitación. En sus conferencias, explicaba “cómo la participación de los Estados Unidos en proyectos internacionales de rehabilitación [había] contribuido a [su] política exterior al poner en escena el valor que [atribuían] a la dignidad humana y al mérito del individuo en [su] democracia” (Groce, 2002, p. 39). La defensa de los intereses geopolíticos estadounidenses era un imperativo para los especialistas estadounidenses que deseaban legitimar, mediante la internacionalización, su política de rehabilitación, ya que el gobierno de Estados Unidos aceptó financiar ciertos programas internacionales de ayuda a la rehabilitación, a condición de que estuvieran destinados a países aliados (Corea del Sur, Japón, Pakistán, Egipto, Israel, Taiwán) (Groce, 2002, p. 39).

Después de la Segunda Guerra Mundial, los conflictos geopolíticos vinculados a la Guerra Fría tuvieron impacto, no solo en la estructuración de las redes asociativas en el campo de la discapacidad, sino también en la orientación de la política internacional en materia de discapacidad establecida por las organizaciones intergubernamentales.

La construcción de un proyecto internacional de modernización de las políticas en materia de discapacidad basado en las experiencias noratlánticas y su posterior crisis

Muchas ONG (UISE, LSCR, Société internationale pour la pédagogie de l'enfance déficiente, Semaines internationales d'étude pour l'enfance victime de la guerre) se preocuparon por el futuro de los niños discapacitados víctimas de la guerra durante un corto periodo de tiempo (1946-1952), hasta que se consideró que este problema estaba resuelto. En este contexto de posguerra, se reafirmaron los derechos de los niños deficientes e inadaptados a nivel internacional. En 1948, las Naciones Unidas actualizaron la Declaración de los Derechos del Niño adoptada en 1924. Esta nueva declaración establecía que

“el niño enfermo [debía] ser atendido, el niño deficiente [debía] ser ayudado, el niño inadaptado [debía] ser reeducado” (Denéchère, 2015, p. 12). En febrero de 1950, la UISE organizó en Ginebra una Conferencia Internacional de Expertos sobre la Educación de los Niños con Deficiencia Motriz. Los representantes de las diferentes organizaciones internacionales aprobaron resoluciones que otorgaban a los niños deficientes varios derechos (atención médica, psicológica y educativa; formación profesional). Los delegados aprobaron la idea de que el niño con discapacidad “[debía] ser educado con el niño normal”, en las escuelas ordinarias (con asistencia especial) cuando fuera posible, con el fin de estar preparado para su vida futura en comunidad (Unesco, 1950, pp. 151-156). Pero otros niños necesitaban una educación especial en hospitales o en instituciones organizadas preferentemente según el modelo familiar. La responsabilidad principal de la atención y de la educación de los niños deficientes recaía sobre la comunidad local, pero el gobierno debía desarrollar programas educativos integrales con la colaboración de asociaciones especializadas.

A finales de la década de los cuarenta, los organismos especializados de las Naciones Unidas recién creados (OMS, Unesco, United Nations Children’s Fund) quisieron implicarse en la asistencia a los niños discapacitados víctimas de la guerra. Esta voluntad de participación los llevó a mantener relaciones competitivas y de cooperación con la OIT, que estaba activamente implicada en la reinserción profesional de los mutilados de guerra y de los accidentados laborales. Sus discusiones condujeron a la definición provisional de sus respectivas áreas de competencia. En 1950, ante la organización de dos conferencias internacionales sobre los niños discapacitados (Ginebra; Jamshedpur), los representantes de las distintas agencias especializadas se vieron obligados a gestionar apresuradamente los conflictos de competencia. Sin embargo, la colaboración se vio facilitada por el multiposicionamiento de algunos expertos. Tomemos el caso de uno de los médicos especialistas en rehabilitación más famosos, el Dr. Harold Balme. Después de haber trabajado durante 21

años en China como jefe de la misión médica, este cirujano obtuvo el puesto de oficial médico (*medical officer*) responsable de la rehabilitación en el Ministerio de Salud británico en 1943. En 1949, fue nombrado asesor en rehabilitación del Ministro de Salud británico y, en junio de 1950, se convirtió en consultor de las Naciones Unidas, de la OMS y del United Nations Children's Emergency Fund (Unicef). Unos meses más tarde, indicó a un funcionario de la Unesco que su organización debía abstenerse de abordar la cuestión de los ciegos en la Conferencia de Jamshedpur, ya que la OMS deseaba comprometerse con la prevención de la ceguera.¹⁰ A continuación, la Unesco tranquilizó a la OMS sobre sus intenciones, pues el compromiso programado de la Unesco se limitaba a la uniformización internacional del braille, lo que alivió las tensiones.

La delimitación del ámbito concreto de actuación de cada organización es el resultado de complejos procesos en los cuales se mezclan las aspiraciones personales de los funcionarios, las negociaciones con otros organismos y las ONG, las limitaciones geopolíticas y las restricciones presupuestarias. En el sector de la atención a las personas discapacitadas, la superposición de esferas de competencia y la complementariedad de las actividades de los organismos especializados eran tan importantes que rápidamente hicieron necesaria la adopción de una acción coordinada por las Naciones Unidas.

El programa internacional coordinado de rehabilitación de los deficientes físicos bajo los auspicios de las Naciones Unidas (1952)

A partir de enero de 1947, las Naciones Unidas mostraron su preocupación por la envergadura de las necesidades en rehabilitación de los niños deficientes en los países europeos afectados por la guerra. Varios gobiernos europeos solicitaron a la ONU asistencia técnica en este ámbito. Para responder a estas peticiones, la ONU envió al

¹⁰ Archives de l'UNESCO [AUNESCO], ICF, 1946-1956. 371,91A 06(540) '50' UNSA. Carta copiada, autor y destinatario desconocidos, 15 de noviembre de 1950.

médico estadounidense Howard Rusk a Austria y Polonia en 1949. Este especialista gozaba entonces de una sólida reputación internacional. Después de haber participado en la rehabilitación de soldados de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos durante la Primera Guerra Mundial, integró la facultad de medicina de la Universidad de Nueva York y promovió la rehabilitación médica para todas las categorías de personas discapacitadas. Tras este viaje por Austria y Polonia, Howard Rusk escribió un informe detallando cómo organizar un programa internacional de rehabilitación para los discapacitados físicos (incluyendo a los ciegos). Consideraba que era necesario coordinar todas las actividades desarrolladas por el Departamento de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas y los organismos especializados (OMS, Unesco, OIT, OIR). Recomendaba que el programa internacional fuera administrado por una sección especial multidisciplinaria establecida dentro de la División de Actividades Sociales de las Naciones Unidas. Esta sección debía estar dirigida por un médico especialista en rehabilitación, con personal y consultores especializados en todos los sectores de la rehabilitación (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, orientador profesional, profesor, etc.). Se encargaría de crear un centro de demostración en rehabilitación en un país europeo, organizar seminarios de formación, un programa de becas y la publicación de revistas científicas. Los representantes de los organismos especializados (OMS, OIT, OIR, Unesco) estarían representados en el comité directivo de la política internacional.

Los miembros de la Secretaría de las Naciones Unidas estimaron este informe y consultaron a varias ONG. Finalmente, la Secretaría recomendó que se estableciera una Sección Especial Multidisciplinaria sobre la Rehabilitación Social de las Personas Físicamente Disminuidas en la División de Actividades Sociales de las Naciones Unidas, con un presupuesto y personal adecuados.¹¹ Esta Sección se encargaría de redactar, dirigir y coordinar el Programa Internacional de

¹¹ Memorandum by the Secretariat, *Social Rehabilitation of the Physically Handicapped*, ECOSOC Document E/CN.5/171, 30 de noviembre de 1949.

Rehabilitación y de gestionar la publicación y difusión de información sobre el tema. La Secretaría recomendó establecer una política diferenciada para la rehabilitación social de los ciegos, de acuerdo con las propuestas presentadas por la *International Conference of Workers for the Blind* celebrada en Oxford unos meses antes.¹² Recomendó que la Comisión de Asuntos Sociales estudiara la posibilidad de desarrollar normas mínimas para el bienestar de los ciegos, en cooperación con organismos especializados y ONG, así como el establecimiento de un proyecto piloto para la rehabilitación social de los ciegos.

Durante dos años y medio, estos proyectos de programas internacionales fueron objeto de estudios minuciosos y de propuestas de modificación por parte de múltiples instancias: la Comisión de Asuntos Sociales, el Consejo Económico y Social, las ONG (Union for Child Welfare, ISWC, FMAC, International Conference of Workers for the International Blind, etc.), un grupo de trabajo técnico dependiente del Comité Administrativo de Coordinación y los organismos especializados (OIT, OMS, Unesco, Unicef, OIR). Varias ONG (IUCW, ISWC, International Conference of Workers for the Blind) enviaron informes sobre este tema a las Naciones Unidas, contribuyendo así a su inclusión en el orden del día. Por último, en 1952, en su octava reunión, la Comisión de Asuntos Sociales examinó y aprobó un Programa Internacional de Rehabilitación de Personas Físicamente Disminuidas y un Programa Internacional de Rehabilitación de Ciegos, como parte del programa anterior. Estos programas fueron aprobados definitivamente por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas unos meses más tarde.

Varios elementos claves de estos programas fueron intensamente debatidos: el método de dirección y de coordinación, así como la pertinencia de un programa de este tipo y sus destinatarios. Cuando el proyecto de programa estaba casi terminado, subsistían aún

¹² Memorandum by the Secretariat, *Social Rehabilitation of the Blind*, ECOSOC Document E/CN.5/172, 27 de octubre de 1949.

divergencias en algunos puntos: el registro obligatorio de los inválidos, la obligación de emplear a personas discapacitadas, el papel de la seguridad social en la financiación de los programas de rehabilitación y la administración de los servicios de rehabilitación por una única entidad administrativa.¹³

Aunque contaba con el apoyo de ONG (IUCW, ISWC) y de algunos gobiernos del bloque capitalista (Estados Unidos, Nueva Zelanda) y Yugoslavia, el borrador de la Secretaría fue rápidamente cuestionado por varios gobiernos durante su análisis por la Comisión de Asuntos Sociales. En primer lugar, los representantes de Francia y del Reino Unido se oponían a que las Naciones Unidas fuesen responsables de desarrollar y dirigir el Programa Internacional.¹⁴ En cambio, los Estados Unidos abogaban por el control total del Programa por parte de la Secretaría de las Naciones Unidas en Nueva York, una instancia que el país claramente dominaba. En segundo lugar, varios representantes gubernamentales de los llamados países “subdesarrollados” (India, Irak, Sudáfrica) dudaban de la relevancia de este proyecto, al considerar que sus países se enfrentaban a otras prioridades. Privilegiaban la prevención de la discapacidad en detrimento de los programas de rehabilitación, que consideraban demasiado costosos. Además, los representantes de la OMS (Dr. Elinor Downs, Dr. Hargreave) y de la OIT (Dr. H. A. de Boer, Mr. Marcelletti) se oponían a que el Programa fuera dirigido por las Naciones Unidas y también a la creación de una Sección Especial Multidisciplinar dentro del Departamento de Asuntos Sociales, ya que esta “podría socavar la autonomía de los programas de los organismos especializados”.¹⁵ Rechazaban que las Naciones Unidas contratasen especialistas en el ámbito de competencia de su organización. Sin embargo,

¹³ *Rapport de la commission des questions sociales (huitième session), 12 au 29 mai 1952*, Document ECOSOC E/2247, 5 de junio de 1952, p. 16.

¹⁴ *Report of the fifth session of the social commission to the economic and social council*, ECOSOC Document E/1568, ECOSOC Document E/CN.5/185, 20 de diciembre de 1949, p. 27.

¹⁵ AUNESCO, ICF 1946-1956, 371,91 A 064 (494) '50' UNSA. Carta, Dr. Thérèse Brosse al director general, 9 de marzo de 1950.

aceptaron que se estableciera un grupo de trabajo interinstitucional dentro del Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas, cuya sede debía estar situada en Europa.

A partir del argumento desarrollado por los representantes del Reino Unido y de las agencias especializadas, la Comisión de Asuntos Sociales adoptó una resolución en abril de 1950 en la que se indicaba que el Programa Internacional debía ser aplicado por las Naciones Unidas en cooperación con las agencias especializadas.¹⁶ La coordinación de este Programa Internacional se llevó a cabo a través de un grupo de trabajo técnico compuesto por representantes de los organismos especializados, bajo la autoridad del Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas. Este grupo de trabajo técnico sobre la rehabilitación de los disminuidos físicos (Technical Working Group on Rehabilitation of the Physically Handicapped, TWGRPH) se formó en octubre de 1950. Inicialmente dirigido por el Dr. Harold Balme, el grupo se centraba en la rehabilitación médica, psicológica, profesional y social, así como en la educación especial para impedidos, ciegos y sordomudos. La mayoría de sus reuniones se celebraron en Ginebra. Los representantes de las organizaciones internacionales en el TWGRPH cambiaron a lo largo de los años, pero algunos fueron participantes regulares y actores claves desde 1950 hasta 1976: Harold Balme (OMS/ONU/Unicef), Kurt Jansson (WVf, luego ONU), Julia Henderson (ONU), Esko Kosunen (ONU), Aleksander Hulek (ONU), Dr. R. L. Coigny (OIR), Maurice Milhaud (OIT), Dr. H. A. de Boer (OIT), Arthur Bennett (OIT), Norman Cooper (OIT), Donald Wilson (ISRd), Norman Acton (WVf, luego ISRd), Dr. Tsung Sing Sze (OMS), Einar Helander (OMS), N. I. Sundberg (Unesco) y Dr. G. R. Hargreave (OMS).

En abril de 1951, los miembros del TWGRPH rechazaron la idea de elaborar un programa conjunto de actividades, como lo había

¹⁶ Commission des questions sociales, *Compte rendu analytique de la cent trente-sixième séance*, Lake Success, New York, 26 avril 1950, Document ECOSOC E/CN.5/SR.136, 5 de mayo de 1950, p. 14.

solicitado el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Deseosos de mantener su autonomía de acción y conscientes de las consecuencias financieras de estos compromisos, los representantes de los organismos especializados prefirieron mantener una autonomía total en la elaboración de sus proyectos, que luego se coordinarían a fin de elaborar un programa de actividades conjuntas.¹⁷ Por otra parte, se oponían al establecimiento de una lista oficial de expertos que pudieran ser enviados en misión, pues deseaban mantener el control sobre su nombramiento. Ya en 1951, todos los miembros del TWGRPH solicitaron unánimemente la colaboración de las ONG. Con este fin, recomendaron que se organizase en un futuro próximo una conferencia de ONG para escuchar sus opiniones y autorizaron a los organismos especializados a que incluyeran a representantes de las ONG como asesores en las reuniones del TWGRPH.

Durante el verano de 1951, se creó una Sección Especializada en Rehabilitación dentro de la *Division of Social Welfare* del Departamento de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas (Nueva York) para encargarse de la Secretaría del TWGRPH. Esta sección no tenía como objetivo la dirección de todo el Programa Coordinado de Rehabilitación. Un médico británico, el Dr. J. D. Kershaw, dirigió esta unidad durante un año y, a finales de 1952, le sucedió un finlandés, Kurt Jansson. Titulado en la Universidad de Helsinki, Jansson fue primero jefe de la División de Rehabilitación de la Asociación Finlandesa de Mutilados de Guerra de 1940 a 1945, luego director de la Oficina de Rehabilitación Profesional del Ministerio de Asuntos Sociales de Finlandia de 1945 a 1947 y director del Servicio de Rehabilitación de la Federación Mundial de Veteranos (WVF) en París. Mientras trabajaba en la ONU, siguió siendo un miembro activo de los órganos de gobierno de la Federación Mundial de Veteranos de Guerra. La Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas también estaba compuesta por el investigador turco Genan Pamir y el danés Ernst

¹⁷ AOIT, RH 2-3008. Ad Hoc Technical Working Party on the Rehabilitation of the Physically Handicapped, *Report, second session, 16-19 april 1951*, 20 de abril de 1951, p. 10.

Jørgensen, responsable de la rehabilitación social de los ciegos. Era un ciego polígloto que había enseñado inglés en el Royal Institute for the Blind de Copenhague y que se convirtió después en presidente de la Asociación Danesa para Ciegos en 1928.

Para iniciar una dinámica de cooperación, los miembros del TW-GRPH decidieron intercambiar regularmente información sobre sus acciones en curso y en proyecto. En octubre de 1951, llegaron a un primer acuerdo sobre la distribución de las competencias de las agencias especializadas. La Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas se encargaría únicamente de la coordinación y supervisión de los proyectos aprobados por el Comité Administrativo de Coordinación. A partir de junio de 1952, ya no estaba autorizada a “lanzar” proyectos como se preveía en el texto inicial.¹⁸ El ámbito de competencia de la OIT se vio ampliamente reconocido: además de la rehabilitación profesional (orientación profesional, formación, colocación selectiva, talleres protegidos, trabajo a domicilio) y la prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, también se encargó del tema de la seguridad social. La OMS tenía derecho a actuar en todos los aspectos relacionados con la salud, desde la medicina preventiva hasta la prestación de servicios médicos y ayudas directas (incluidas las prótesis). La Unesco era responsable de la gestión de todos los temas relacionados con la educación y la psicología general de las personas discapacitadas. Los miembros del TWGRPH convinieron en que Unicef debía prestar asistencia directa a los servicios responsables de la salud de los niños discapacitados y que la Organización Internacional de Refugiados (OIR) debía encargarse de la rehabilitación de los refugiados que reunieran los requisitos necesarios. En septiembre de 1954, los participantes acordaron autorizar a las Naciones Unidas o a los organismos especializados a involucrarse en el campo de competencia de otro organismo, si este

¹⁸ *Rapport de la commission des questions sociales (huitième session), 12 au 29 mai 1952, Document ECOSOC E/CN.5/287, 5 de junio de 1952, p. 17.*

último no estaba en condiciones de ocuparse del tema y no veía ningún inconveniente en esto.

Se desarrolló gradualmente una colaboración oficiosa entre los funcionarios de las organizaciones, que se habituaron a compartir periódicamente información sobre los programas en curso y, a veces, a planificar conjuntamente los programas de asistencia. En 1958, la Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas sistematizó los intercambios de información al publicar un informe anual sobre las actividades de los organismos.

Sin embargo, el trabajo de coordinación llevado a cabo por los miembros del TWGRPH y por la Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas se vio obstaculizado por varios factores. En primer lugar, el Dr. Harold Balme, que desempeñaba un papel central en la mediación para la fluidez de las relaciones entre las Naciones Unidas, la OMS y el Unicef, falleció en 1953. En segundo lugar, el grupo técnico se reunía solo de forma intermitente hasta 1955 y luego una vez cada tres años (1958, 1961, 1964, 1966). Por otra parte, solo podía emitir una opinión consultiva sobre los proyectos de acción propuestos por las Naciones Unidas y los organismos especializados, por lo que no tenía poder para obligarles a actuar en un ámbito. Además, la Unidad de Rehabilitación solo contaba con personal reducido (de tres a cuatro personas). Debido a la falta de personal, limitó sus actividades: en particular, redujo su programa de traducción y publicación y se abstuvo de apoyar proyectos experimentales de ONG. Además, faltaban recursos para financiar todos los proyectos de asistencia solicitados por los gobiernos. De hecho, aunque la Secretaría de las Naciones Unidas y varias ONG (ISWC, IUCW) deseaban que la Unidad de Rehabilitación contara con recursos financieros elevados, muchos representantes gubernamentales (China, Reino Unido, Canadá, India, Bélgica, Sudáfrica, Australia) exigían que los gastos fuesen mínimos (UN, 1951, p. 603). La OIT, la OMS y la Unesco también se mostraban preocupadas por limitar su presupuesto.

Dado que la Unidad de Rehabilitación disponía de un presupuesto reducido, se alentaba en gran medida a la contribución financiera

y técnica de las ONG (ISWC, WVF) a la ejecución del Programa Internacional de Rehabilitación. Además, en octubre de 1951 y en febrero de 1953, se invitó a varias ONG (ISWC, WCWB, WVF, etc.) a participar en una Conferencia Internacional organizada unos días antes de la reunión del TWGRPH, en la cual participaban representantes de las Naciones Unidas y de agencias especializadas. A continuación, los delegados de las ONG presentaron un informe oral sobre las resoluciones aprobadas durante la Conferencia a los miembros del TWGRPH, que las examinaron con detalle. En noviembre de 1953, las ONG decidieron hacer de la Conferencia un evento permanente y formaron una organización llamada Conferencia de Organizaciones Mundiales interesadas en la Rehabilitación de los Impedidos (Conference of World Organizations Interested in the Handicapped, CWOIH). Al año siguiente, se concedió a los dirigentes de la CWOIH el derecho de asistir a las reuniones del TWGRPH en calidad de meros observadores. Posteriormente, entre tres y cinco delegados de la CWOIH estuvieron presentes en cada reunión, pero las ONG se quejaban de que no estuviesen suficientemente involucrados en el diseño de los proyectos de asistencia técnica. Los miembros de la CWOIH presentes con más regularidad en las reuniones del TWGRPH pertenecían generalmente a la ISRD (Norman Acton, Dorothy Warms), al WCWB (Charles Hedqvist), a la BICE (Abbé Bissonier), a la ILSMH (Dr. René Portray), a la WCPT (Miss Joyce Neilson, E. M. Mackay) y a la IUCW (Jean Brémond).

El trabajo de coordinación también se vio obstaculizado por ciertas lógicas políticas relacionadas con la Guerra Fría y por conflictos interpersonales. Como informó uno de los miembros de la Unidad de Rehabilitación de la ONU, “cuando un líder oriental estaba en el poder, los proyectos –incluso de buena calidad– desarrollados por un experto occidental se veían obstaculizados, y viceversa [...]” (Da Silva, 1986, p. 315). Por último, esta coordinación se vio obstaculizada por la persistencia de conflictos entre las agencias especializadas sobre determinados ámbitos de competencia que se solapaban (seguridad social, prótesis, etc.). Representantes de la OIT y de la OMS criticaban

regularmente a los funcionarios de la Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas por invadir su campo de acción. Se habían hecho varios intentos para establecer definitivamente las responsabilidades de cada organismo, pero ninguno había concluido con éxito. En julio de 1966, un seminario de las Naciones Unidas sobre la administración de los programas de rehabilitación, que reunía a representantes de los distintos organismos, dio lugar a una propuesta de división de las responsabilidades de cada organismo, aunque no se aplicara con exactitud durante los años siguientes. Las competencias reconocidas a la OIT, la OMS, la Unesco y el Unicef no variaban apenas, pero la Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas tenía una mayor responsabilidad en el ámbito de la coordinación: era ahora responsable de la planificación, la administración, la legislación, los aspectos sociales y psicológicos, así como de las prótesis (Da Silva, 1986, pp. 313-314).

Bajo la presión de algunos gobiernos, los miembros del Comité Económico y Social decidieron en junio de 1950 restringir el Programa Internacional de Rehabilitación a las personas físicamente discapacitadas (incluidas las personas ciegas y sordas) (UN, 1951, p. 603). Al hacerlo, tomaron posición en contra de la opinión de la Comisión de Asuntos Sociales favorable a un único programa para las personas discapacitadas físicas y mentales. Rápidamente se adoptó un Programa Internacional para la Rehabilitación de los Ciegos, seguido unos años más tarde por un Programa Internacional para la Rehabilitación de los Sordos.¹⁹ No obstante, a raíz de la presión ejercida por las ONG, los miembros del TWGRPH consideraron la posibilidad de ampliar el programa a los deficientes mentales en 1954, pero el Comité Administrativo de Coordinación no lo aceptó hasta principios de la

¹⁹ En 1954, el TWGRPH consideró un proyecto de Programa Internacional para la Educación y Rehabilitación de los Sordos preparado por Dr. Clarence O' Connor, director de la *Lexington School for the Deaf* en Nueva York. Este estaba a favor de una educación oralizada, y de un aprendizaje de la lectura labial. *An international programme for the education and rehabilitation of the deaf and hard-of-hearing*, CO-ORD/REHAB/A, 13 de agosto de 1954, p. 7.

década de los sesenta. En ese momento, el TWGRPH cambió su nombre por el de Grupo de Trabajo Técnico sobre la Rehabilitación de los Discapacitados (Technical Working Group on the Rehabilitation of the Handicapped).

El Programa Internacional de Rehabilitación de las Personas Físicamente Disminuidas se basaba en los estándares de asistencia de los países noratlánticos (Reino Unido, Estados Unidos, países nórdicos). El Programa tenía como objetivo facilitar la organización de servicios integrales de rehabilitación, abordando todas las categorías de deficiencias. Assignaba al Estado la responsabilidad de organizar la prevención de las deficiencias y de garantizar la aplicación de las políticas de asistencia, educación y rehabilitación. Se debía alentar a las instituciones privadas a que prosiguieran sus actividades de rehabilitación mediante subvenciones públicas. Sin embargo, algunos expertos manifestaron dudas sobre la aplicabilidad de normas de asistencia concebidas en los países occidentales a otros países del mundo, en particular a aquellos con una población predominantemente rural. Por esta razón, la organización de un servicio de rehabilitación integral en un país estaba sujeta a numerosas condiciones: la posesión de servicios esenciales médicos, educativos, de orientación profesional, de asistencia psicológica y de acción social; un sistema para la formación de personal especializado; un centro para la fabricación de prótesis; un sistema para el registro de las personas físicamente disminuidas; oportunidades de empleo para las personas rehabilitadas, así como talleres protegidos. Rápidamente, el TWGRPH relajó las reglas para el establecimiento de servicios integrales de rehabilitación.

Las reticencias manifestadas por los representantes de algunos de los llamados países “subdesarrollados” hacia el Programa Internacional de Rehabilitación llevaron a los funcionarios de la Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas a insistir en el hecho de que los programas nacionales de rehabilitación debían adaptarse al nivel de desarrollo económico y a las condiciones sociales de cada país (incluidas las tradiciones locales en cuanto a responsabilidad

familiar y cívica). Los servicios prestados a las personas discapacitadas debían integrarse en los servicios generales de salud, educación y empleo (ONU, 1952, p. 18) y su organización no debía hacerse en detrimento del conjunto de la población. En las zonas donde ya había un pequeño número de hospitales, era posible abrir un centro de rehabilitación integral que podía servir como centro de formación. En otros países, la prioridad era la prevención de las deficiencias. Sin embargo, todos los países podían establecer centros para la fabricación de prótesis simplificadas (de madera). En los países donde la industria era limitada, se debía fomentar el trabajo artesanal a domicilio y los talleres protegidos.

Este deseo de adaptar la política en materia de rehabilitación a las condiciones económicas locales quedaba patente en el Programa Internacional para la Rehabilitación de los Ciegos. Se alentaba a las comunidades rurales y aldeanas poco instruidas a que proporcionasen asistencia inmediata mediante formación directa en artesanía o en agricultura, en lugar de un programa de enseñanza del braille y colocación en el empleo.²⁰ Este enfoque fue adoptado bajo la presión del estadounidense ciego Robert Irwin, que insistía en no reproducir las disposiciones existentes en los países desarrollados. Sir Clutha Mackenzie, consultor de la Unesco, también abogaba por esta misma orientación. Durante sus estancias en la India y en Oriente, vio el fracaso de las escuelas urbanas de formación profesional para ciegos, basadas en métodos europeos y norteamericanos y costosas. Los ciegos que salían de estas escuelas, poco cualificados, tenían dificultades para encontrar trabajo. Según él, “un cierto número de ellos, cuando volvían a casa una vez finalizada la formación, habían cambiado de nivel de vida, de lengua, a veces incluso de religión; eran rechazados por sus padres y se veían obligados a mendigar para ganarse la vida” (Mackenzie, 1960, p. 46).

²⁰ *An international programme for the welfare of the Blind*, ECOSOC Document E/CN.5/260, 24 de enero de 1952, p. 9.

Si bien entre 1947 y 1953 los países europeos afectados por la guerra se beneficiaron con prioridad de la mayoría de las becas y misiones de expertos de las Naciones Unidas, el Programa Internacional se dirigió luego a los países en vías de desarrollo, en consonancia con la reorientación de todos los programas de socorro de posguerra creados por las Naciones Unidas. Entre 1953 y 1968, más de 60 países recibieron asistencia técnica de uno o más organismos especializados (OIT, OMS, Unesco) o de las Naciones Unidas. Un tercio de ellos (21 países, incluidos Brasil y Argentina) recibieron asistencia técnica de las Naciones Unidas, la OMS y la OIT. Solo un país, Yugoslavia, contó con la ayuda de las Naciones Unidas, la OIT, la OMS y la Unesco. En dos tercios de los casos, solo uno o dos organismos intergubernamentales prestaron asistencia técnica al país, lo que refleja la escasa coordinación entre los organismos. La participación conjunta de las agencias especializadas y de las Naciones Unidas se coordinaba caso por caso. Sin embargo, el sistema de coordinación permitía pedir la ayuda de algunas ONG o de otras organizaciones, como Unicef, para que complementasen los proyectos de asistencia mediante el suministro de equipo de última generación, literatura, becas y financiación para el envío de expertos.

Hemos elaborado un mapa de la asistencia técnica en materia de rehabilitación proporcionada por los organismos intergubernamentales (1953-1968), que refleja con bastante precisión los lugares de acción privilegiados. Sin embargo, este mapa no es exhaustivo y no permite entender las modalidades de asistencia o la intensidad de las inversiones de las organizaciones intergubernamentales. La intervención de estas organizaciones concierne principalmente a países de América Latina, África Oriental y del Norte, Oriente Medio y Asia del Sur. Esta selectividad geográfica puede explicarse por varios factores. Por una parte, algunos países (incluidos algunos países socialistas y países de África Oriental) no tenían acceso a esa asistencia técnica, ya que no eran miembros de los organismos intergubernamentales. Por otra parte, las redes de la Organización de los Estados Americanos y del Commonwealth contribuyeron a sensibilizar a los

gobiernos de América Latina, África y Asia sobre la necesidad de una política de rehabilitación. Finalmente, el poder estadounidense apoyó la implementación de una política de rehabilitación en los territorios asiáticos donde los dos bloques estaban enfrentados (Vietnam del Sur, Corea del Sur).

La internacionalización del proyecto noratlántico

Las actividades del TWGRPH y de la Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas contribuyeron a la legitimación internacional de una nueva concepción de la rehabilitación (*rehabilitation*), percibida como moderna en la esfera occidental y significativamente diferente de la reeducación promovida anteriormente por los países de Europa continental afectados por la Primera Guerra Mundial. El Dr. Harold Balme explicaba que estos métodos modernos de rehabilitación tenían como objetivo resolver todos los problemas a los que se enfrentaban estas poblaciones (prevención, adaptación psicológica, legislación, etc.) (UN, 1952, p. 14). Además de la elaboración de normas internacionales sobre rehabilitación, estos organismos se ocupaban de la difusión internacional de estas normas, la formación del personal especializado en rehabilitación (mediante becas, seminarios, etc.) y la planificación de centros regionales de demostración.

Los aspectos modernos de esta concepción de la rehabilitación son múltiples: en primer lugar, esta práctica no se limita a la restauración física, sino que debe incluir sistemáticamente una amplia gama de servicios de asistencia a los discapacitados, incluida la orientación profesional, la formación profesional y, sobre todo, la colocación selectiva en el empleo. La colocación selectiva es un elemento central de este proyecto de modernización. El director de la OIT, David Morse, argumentaba de manera caricaturesca que esta forma de contratación difería de las anteriores, más colectivas y que tenían poco en cuenta las capacidades residuales y la experiencia previa de las personas discapacitadas (ISWC, 1957, p. 266). Para afirmar que esta práctica no debía limitarse a la asistencia médica,

algunos especialistas utilizaban los términos *complete rehabilitation*, *total rehabilitation* o *social rehabilitation*.

Lo ideal era crear un centro nacional de rehabilitación que sirviera como referencia nacional, que incluyera un departamento de cirugía, servicios de fisioterapia y terapia ocupacional, escuelas, un centro de formación profesional, un centro de suministro de prótesis y órtesis, y una agencia de colocación en el empleo. Por consiguiente, este centro debería reunir a médicos fisiatras, psiquiatras, fisioterapeutas, profesores de gimnasia, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, orientadores profesionales y agentes de colocación profesional. El Centro Nacional de Rehabilitación de Oslo fue erigido como modelo porque integraba todos los departamentos necesarios (diagnóstico, seguimiento, formación laboral, preparación física, sanatorio nocturno, etc.) (ONU, 1952, p. 15).

La práctica de la cooperación parecía ser la esencia misma de la rehabilitación “moderna”. Todas las fases del proceso de rehabilitación debían ser coordinadas por un médico especialista en rehabilitación. El médico no debía considerar al paciente como un ser pasivo y amorfo, sino que debía obtener su cooperación en la terapia que le proponía (Houssa, 1955, p. 623). Además, la magnitud del problema de la rehabilitación requería la colaboración entre los departamentos administrativos y las asociaciones privadas. Sin embargo, algunos expertos nórdicos no estaban de acuerdo con esta orientación, al considerar que la responsabilidad de la rehabilitación recaía exclusivamente sobre el poder público. A nivel nacional, esta colaboración debía ser organizada preferentemente por un comité nacional interministerial con un funcionario permanente adscrito o por un departamento administrativo encargado de todo el proceso de rehabilitación (ONU, 1952, p. 31). En cualquier caso, las ONG debían participar en este comité interministerial o ser consultadas. Algunos países organizaron rápidamente la coordinación de los servicios según estos esquemas. A principios de la década de los cincuenta, México optó por centralizar todos los servicios (incluyendo la educación especial) dentro de un departamento administrativo, la

Dirección General de Rehabilitación. En 1951, Canadá estableció un comité interministerial para la rehabilitación de los discapacitados civiles.

Por otro lado, los beneficios de la rehabilitación “moderna” debían extenderse a todas las categorías de personas discapacitadas, incluidos los niños con una deficiencia congénita y las personas con deficiencias mentales que nunca habían conocido un estado de salud robusto. Ninguna discriminación por motivos de raza, credo o sexo debía obstaculizar el acceso de las personas a la rehabilitación.

Esto iba acompañado de una voluntad de igualar las condiciones de vida y de trabajo de las personas discapacitadas con las de otras personas. El objetivo de esta rehabilitación era permitir al discapacitado (re)encontrar un lugar normal dentro de la comunidad. La persona atendida debía recuperar o adquirir el máximo de su capacidad de trabajo para poder ganarse la vida de forma independiente. En caso de que los efectos de la deficiencia física no pudieran reducirse, el equipo de rehabilitación se movilizaría para garantizar que el niño o el adulto discapacitado asumiera su discapacidad “sin miedo ni derrotismo” (ONU, 1952, p. 20). Los especialistas estaban entonces convencidos de que la deficiencia física generaba un profundo sentimiento de frustración, que podía causar “neurosis reivindicativas y ansiosas” (Houssa, 1955, p. 622). Para evitarlos, el equipo médico debía hacerse cargo de los aspectos psicológicos relacionados con la discapacidad y animar al individuo a centrarse en el desarrollo de sus capacidades residuales.

Esta lógica de igualación de las condiciones de vida y de trabajo llevó a la mayoría de los expertos a defender la idea de que los servicios de rehabilitación debían integrarse preferentemente en los sistemas sanitarios, sociales e industriales ordinarios del país (ONU, 1952, p. 14), pero esta idea no era compartida por todos los especialistas internacionales. Esta lógica también se reflejaba en el deseo de integrar a los alumnos discapacitados físicos en las escuelas ordinarias.

Asimismo, la legislación ocupaba un lugar destacado como método para regular las desigualdades sociales que sufrían las personas

discapacitadas. Según el TWGRPH, “la protección de las personas físicamente disminuidas y la creación de servicios que [permitiesen] su plena rehabilitación [requerían] una nueva legislación” (ONU, 1952, p. 11). En 1951, el TWGRPH adoptó una lista de principios que determinaban una “nueva concepción de la discapacidad”,²¹ basada en la noción de derechos, insertada en el Programa Internacional de Rehabilitación:

DOCUMENTO 5. UNA NUEVA CONCEPCIÓN
DE LA DISCAPACIDAD (DISABILITY)

El primer paso esencial en la construcción de un servicio de rehabilitación es la aceptación de un enfoque totalmente nuevo del problema de la discapacidad física. Ya ha pasado el tiempo en que un niño o un adulto discapacitado debía ser considerado como un sujeto de explotación comercial y formado para el oficio de mendigo profesional; o incluso ser considerado como un mero objeto de caridad. Los métodos modernos de la ciencia médica y sociológica han abierto un nuevo horizonte prometedor para estos individuos. Pero para que esta premisa se cumpla y la persona discapacitada tenga sus plenas oportunidades de vida, es necesario, en primer lugar, una nueva evaluación de la discapacidad física (*physical disability*) basada en las siguientes tesis:

En primer lugar, la persona físicamente disminuida es una persona que goza de todos los derechos humanos, en las mismas condiciones que las personas sin discapacidad física, y tiene derecho a recibir de su país todo lo que este pueda ofrecer en términos de protección, asistencia y posibilidades de rehabilitación.

En segundo lugar, debido a la naturaleza misma de su discapacidad, la persona físicamente disminuida está expuesta a trastornos psíquicos y psicológicos causados por el profundo sentimiento de estar desposeída y

²¹ En español, el término “discapacidad” no aparece hasta finales de los años sesenta (véase Capítulo 3). No obstante, para facilitar la comprensión, se ha optado por este término en la traducción de este pasaje, que recubriría la noción de “impedimento físico” en aquella época.

frustrada; en consecuencia, está particularmente legitimada para pedir a la sociedad su simpatía y ayuda activa.

En tercer lugar, la persona físicamente disminuida puede, si se le dan los medios juiciosamente escogidos para hacerlo, desarrollar hasta un punto insospechado los recursos que le quedan y convertirse, en la mayor parte de los casos, en un elemento activo de la vida económica del país, en lugar de ser una carga para sí misma, para su familia y para el Estado.

En cuarto lugar, la persona físicamente disminuida tiene el deber ante la sociedad de contribuir a la prosperidad económica del país de todas las maneras posibles gracias a la rehabilitación y la formación.

En quinto lugar, aspira sobre todo a llevar una vida independiente en una comunidad normal, en lugar de pasar el resto de su vida en instituciones reservadas para personas de esta categoría o en un entorno de discapacitados.

En sexto lugar, la rehabilitación de los discapacitados físicos solo puede lograrse con éxito mediante una combinación de servicios médicos, educativos, sociales y de orientación profesional, trabajando juntos en equipo.

La primera tarea que, por lo tanto, se plantea a todos los organismos internacionales es la de utilizar todos los medios posibles para conseguir la aceptación general en todo el mundo de esta nueva concepción de la discapacidad física.

Fuente: ONU (28 de enero 1952). *Rapport du secrétaire général sur un programme international pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées*, Document ECOSOC E/CN.5/259, p. 11.

Por último, era legítimo incorporar en esta rehabilitación “moderna” la práctica de actividades deportivas competitivas y la creación de dispositivos destinados a favorecer la movilidad de las personas físicamente disminuidas. A mediados de la década de los cuarenta, el médico inglés Ludwig Guttmann promovió el deporte en el Hospital de Stoke Mandeville. Ya en 1948, este último organizó los World Wheelchair and Amputee Games en Stoke Mandeville. Algunas actividades deportivas (baloncesto, natación, tiro con arco, esgrima,

tenis de mesa) se incluyeron rápidamente en los programas de rehabilitación integral. El deporte de competición era considerado como un medio eficaz de desarrollar las capacidades residuales y de acostumbrarse a un ritmo intensivo de actividades físicas, requisitos previos esenciales para aguantar los ritmos del trabajo industrial (Lopez de la Garma, 1956, p. 20). Era un ejemplo convincente de la capacidad de las personas discapacitadas de alcanzar altos niveles de rendimiento y superar sus deficiencias.

Para facilitar la difusión de estos métodos modernos de rehabilitación, la Comisión Social de las Naciones Unidas empezó en 1949 a considerar la posibilidad de crear centros regionales de demostración sobre la rehabilitación profesional y social de los discapacitados físicos. Estos centros multifuncionales serían lugares de formación y demostración de la eficacia de los métodos “modernos” de rehabilitación. Un centro de este tipo debía estar situado cerca de buenos hospitales capaces de tratar todo tipo de lesiones y en lugares que ofrecieran oportunidades de colocación en la industria local. La presencia de centros regionales de demostración en los países “subdesarrollados” se consideraba esencial, ya que los especialistas africanos y asiáticos formados en el Reino Unido y los Estados Unidos no habían sido capaces de adaptar a su realidad social los métodos aprendidos en los países desarrollados.²²

Los representantes de la OIT y de la OMS insistían en que la utilidad de estos centros de demostración debía debatirse a nivel regional, en consonancia con la tendencia a la descentralización de la acción de estos dos organismos especializados. Sin embargo, el grupo técnico de trabajo propuso crear un centro de demostración para la rehabilitación de las personas físicamente disminuidas en Europa Oriental (Skopje, Yugoslavia), Asia (Bombay, India), África (Alejandría, Egipto) y América Latina. Para este último continente, se estuvieron considerando varias opciones de ciudades: Santiago de Chile, Ciudad de México, San Pablo o Asunción. Tres expertos

²² AUNESCO, ICF 1946-1956, 371.91. Memo a Mr. Collings, 24 de agosto de 1950.

comisionados por la ONU y la OMS (Thomas Ling, Mc Neely, Gustave Gingrass) viajaron a estas ciudades para conocer el alcance de la formación universitaria existente y la actitud de las autoridades al respecto. Finalmente, apoyaron la elección de la ciudad de San Pablo debido a la fuerte industrialización en curso en la región. Gustave Gingrass recomendó que el centro modelo de rehabilitación estuviera ubicado dentro del Hospital Clínico de la Universidad de São Paulo (USP).²³ Este hospital ya contaba con algunas actividades médicas de alto nivel, amplios locales disponibles y estaba ubicado cerca de una universidad de medicina. En 1956, el presidente Juscelino Kubitschek se pronunció a favor de la creación de un centro modelo de rehabilitación adscrito a la USP tras una visita del Dr. Godoy Moreira, director de los Servicios de Ortopedia del Hospital Clínico de la casa de estudios.²⁴

Para acelerar la internacionalización de este concepto específico de rehabilitación, las Naciones Unidas, en colaboración con las agencias especializadas (OIT, OMS) y el Centro Internacional de la Infancia (CIE),²⁵ organizaron varios cursos y seminarios internacionales de formación sobre los métodos modernos de rehabilitación. En abril de 1951 se celebró en Londres un curso sobre la rehabilitación del niño físicamente disminuido, seguido de un segundo curso sobre adultos discapacitados (septiembre de 1952) en los países nórdicos. Posteriormente, se organizaron seminarios de formación en colaboración con el gobierno danés. El CIE también organizó, en colaboración con las Naciones Unidas y la OMS, cursos sobre la rehabilitación

²³ AOIT, TAP 0-9-1 (C). G. Gingrass, Project on the establishment of rehabilitation facilities in Brazil, marzo de 1955, Montreal, julio de 1955.

²⁴ AOIT, TAP 0-9-1 (C). Carpeta 1. Fragmento del informe de Mr. Lagnado sobre su misión en Brasil, primero de abril de 1956.

²⁵ El Centro Internacional de la Infancia (CIE) es una fundación privada de derecho francés fundada en 1949 bajo la iniciativa del Dr. Robert Debré. Se creó tras las negociaciones entre el Gobierno francés y las organizaciones intergubernamentales (OMS, Unesco, ONU, ONU, FAO, OIT) y tenía por objeto servir de instrumento de investigación y de formación para estas organizaciones. El CIE promovió el estudio de los problemas de los niños y contribuyó a la formación de profesionales.

de niños con impedimentos motrices o sensoriales cada año a partir de 1951, para auxiliares médicos y médicos especialistas procedentes de numerosos países del mundo.²⁶ Estos cursos eran de buena calidad en términos de contenido, pues los docentes eran especialistas internacionales. Varios cientos de profesionales de unos cuarenta países diferentes fueron así formados por organizaciones internacionales durante las décadas de los años cincuenta y sesenta. Sin embargo, los participantes en estos cursos internacionales de formación no eran siempre los más competentes ni los más capaces de sacar provecho de estas lecciones de alto nivel (Da Silva, 1986, p. 318). Aun así, estos cursos de formación fueron objeto de publicaciones sintéticas de amplia difusión. El CIE publicó estos cursos en un libro titulado *Réadaptation des enfants atteints d'infirmié motrice* (1952).

El TWGRPH consideraba que una gran campaña publicitaria era esencial para promover el “concepto moderno de rehabilitación” en todo el mundo. En 1954, las Naciones Unidas publicaron un folleto titulado *Services for the Physically handicapped*, traducido al francés con el título *L'assistance aux handicapés*. También se publicó una monografía titulada *Basic equipment for rehabilitation centres* (1962), traducida a cinco idiomas, y estudios más específicos: *Study on legislative and administrative aspects of rehabilitation of the disabled in selected countries* (1964) o *Training of the rural blind in economically less developed areas* (1965). La OIT publicó varios trabajos fundamentales, en inglés, francés y español, que incluían el *Manual sobre la colocación selectiva de los inválidos* (1974); *Principios fundamentales de la readaptación profesional de los inválidos* (1974); *The handicapped - outcast or full partner in society* (1973). La OIT también produjo una película titulada *Back to life*.

Asimismo, esta concepción de la rehabilitación fue rápidamente difundida por las ONG (ISWC, IFPM, WFOT, WCPT, FIMITIC, WVF) durante sus conferencias internacionales. Los cursos de formación

²⁶ ACIDEF, 1 CIDEF 11. Rapport au Conseil d'administration sur les activités du Centre international de l'enfance pendant l'année 1951.

organizados por las Naciones Unidas, la OIT, la OMS y el CIE, así como las conferencias internacionales organizadas por las ONG, se impartían principalmente en los países noratlánticos (Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Canadá y Australia) para que los extranjeros pudieran visitar las instituciones de rehabilitación de esos países. Varias ciudades (Copenhague, Nueva York, Londres, Estocolmo) eran entonces espacios centrales de difusión de la *rehabilitation*.

A continuación, nos centraremos en tres dinámicas relacionadas con la institucionalización del proyecto noratlántico de la rehabilitación: la institucionalización de una legalidad liberal de la inserción profesional de los inválidos, los primeros resultados de una equiparación de las diferentes categorías, la fijación del perímetro de la rehabilitación y de una terminología apropiada.

Hasta mediados de la década de los cincuenta, el contenido y las fronteras de la rehabilitación eran objeto de debates a nivel internacional y existían otros términos en varios idiomas para designar parte o la totalidad del proceso (reeducación, readaptación, recuperación). Estos debates se intensificaron entre 1945 y 1955, pues la preparación de la acción internacional llevó a los especialistas a tomar decisiones terminológicas y semánticas para definir los perímetros de esta acción. Como los organismos intergubernamentales estaban entonces dominados por los anglosajones, los conflictos giraban en torno al significado del término inglés *rehabilitation*. A principios de la década de los cuarenta, la mayoría de los médicos británicos lo veían como la recuperación de un estado de salud robusto tras una lesión o enfermedad. En Inglaterra, el concepto de *rehabilitation* solo se utilizaba para referirse al trabajo realizado en centros de rehabilitación para los adultos mutilados de guerra o accidentados del trabajo.²⁷

²⁷ AUNESCO, ICF 1946-1956. 371.91. A 022 UNSA. Carta, W. Wall a C. Berkeley, 6 de junio de 1955.

En los Estados Unidos, los principales expertos en rehabilitación médica y profesional (Howard Rusk, Henry Kessler, Clark D. Bridges, etc.) rechazaban esta concepción de la rehabilitación como la recuperación de un estado físico saludable o la recuperación de un estado previo de productividad. En sus libros, defendían lo que llamaban una concepción “moderna” de la *rehabilitation*, utilizando la definición adoptada en agosto de 1943 por el National Council of Rehabilitation: el objetivo de la *rehabilitation* era “permitir que la persona discapacitada [recupere] el máximo nivel de utilidad física, mental, social, profesional y económica del que [fuera] capaz” (Kessler, 1950, p. 15). Por lo tanto, debía abarcar a todas las personas discapacitadas, incluidos los niños y las personas que nunca habían gozado de buena salud (deficientes mentales, etc.). En 1949, la ONU utilizó la definición estadounidense de *rehabilitation* propuesta por Howard Rusk en su informe. En menos de una década, esta nueva concepción de la *rehabilitation* se afianzó internacionalmente gracias a la acción de agencias estadounidenses y de las organizaciones internacionales (ONU, OIT, OMS, ISRD, etc.). Al mismo tiempo, el término *rehabilitation* prevalecía sobre todas las expresiones concurrentes. Hubo una homogeneización gradual del vocabulario de las esferas hispanófonas y lusófonas en torno a la terminología anglosajona (“rehabilitación” en español, *reabilitação* en portugués). Por el contrario, la esfera francófona permanecía relativamente hermética a esta evolución semántica. Durante los debates de la Comisión de Rehabilitación Profesional de la Conferencia Internacional del Trabajo convocada en junio de 1955, los especialistas francófonos rechazaron una transcripción literal del calificativo inglés *rehabilitation* y consiguieron que se mantuviera el término *réadaptation* y que se añadiera el término *adaptation* (adaptación) en la versión francesa. El representante del Gobierno francés señaló que la ausencia del término *adaptation* limitaba el ámbito de aplicación del instrumento, ya que la palabra *réadaptation* solo abarcaba “los servicios prestados a las personas que [habían] perdido su capacidad profesional y no a adolescentes o niños inválidos que nunca [habían] trabajado antes”

(BIT, 1954, p. 5). La Recomendación n°99 de la OIT institucionalizó la expresión *vocational rehabilitation*, traducida en la versión francesa por los términos *adaptation et réadaptation professionnelles*. La traducción al español de la Recomendación n°99 se basaba en la versión francesa y utilizaba los términos “adaptación y readaptación”. Además, el representante de los trabajadores de la URSS propuso que el título del proyecto de recomendación mencionase la colocación de los inválidos, ya que en ruso las palabras “adaptación y readaptación profesional” no englobaban la noción de colocación.²⁸ Sin embargo, esta enmienda fue rechazada, ya que la Comisión consideró que la noción de colocación estaba incluida en el término francés e inglés.

Además de las discusiones terminológicas, hubo otros debates sobre la definición de la rehabilitación profesional (*réadaptation professionnelle*). Durante las discusiones de la Comisión de Rehabilitación Profesional, varios gobiernos (Australia, Estados Unidos, Israel) defendían una definición amplia, que cubriera todos los servicios modernos de rehabilitación que permitían a los inválidos emprender una actividad productiva. Esta propuesta se ajustaba a la definición de *vocational rehabilitation* que prevalecía en la legislación estadounidense. Por el contrario, la mayoría de los miembros de la Comisión deseaban restringir este concepto a los aspectos profesionales, con el fin de respetar el ámbito de competencia de la OIT. Finalmente, la Recomendación n°99 de la OIT institucionalizó una concepción restringida de la “rehabilitación profesional” (*vocational rehabilitation* en inglés), definida como una de las fases del proceso general de rehabilitación centrada en la orientación profesional, la formación profesional y la colocación selectiva. Esta situación contribuyó unos años más tarde a una mayor diferenciación de las actividades que componían la rehabilitación “moderna”, entre la rehabilitación médica, la rehabilitación profesional y la rehabilitación social.

La Recomendación n°99 de la OIT también legitimó el hecho de equiparar a las personas discapacitadas físicas y mentales, que se

²⁸ CIT, 38e session, 1955, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 677.

beneficiaban por igual de la política de rehabilitación profesional. En noviembre de 1959, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de los Derechos del Niño, cuyo principio 5 establecía que: “El niño física o mentalmente impedido [*handicapped* en inglés] o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular”. Esta equiparación de las diferentes categorías de personas discapacitadas se logró a pesar de la resistencia de ciertos actores.

En el otoño de 1949, cuando Howard Rusk recomendó que la Secretaría de las Naciones Unidas coordinara un programa de rehabilitación social de los discapacitados físicos, incluyó a los ciegos como beneficiarios de este programa. Al hacerlo, eclipsó la originalidad de la asistencia a los ciegos, lo que preocupó a varios expertos internacionales implicados en esta causa. El presidente de la *International Conference of Workers for the Blind*, el Dr. Robert Irwin, defendía la necesidad de un programa internacional para los ciegos, diferenciado del programa para los otros disminuidos físicos, de acuerdo con las resoluciones adoptadas durante el Congreso de Oxford.²⁹ Se recomendaba el establecimiento de una sección para el bienestar de los ciegos dentro de la División de Actividades Sociales de las Naciones Unidas, así como al establecimiento de un proyecto piloto sobre la rehabilitación social de los ciegos. Durante la quinta sesión de la Comisión de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas, la rehabilitación de los ciegos provocó un importante debate entre los partidarios de un estudio diferenciado y los partidarios de un análisis conjunto de la rehabilitación de todas las personas discapacitadas (URSS, Sudáfrica), como se lee en el reporte referenciado. En diciembre de 1949, la Comisión acordó finalmente diferenciar el estudio de la rehabilitación de las personas físicamente disminuidas del de los ciegos.

²⁹ *Report of the fifth session of the social commission to the economic and social council*, ECOSOC Document E/CN.5/185, 20 de diciembre de 1949, p. 29.

El 25 de abril de 1950, la Comisión de Asuntos Sociales volvió a debatir sobre este tema. Varios gobiernos (Canadá, Bolivia) y la OMS abogaban por un tratamiento diferenciado de los ciegos, pero otros sostenían que el cuidado de los ciegos no difería significativamente del de las personas físicamente disminuidas en general. Los representantes del Reino Unido y de Sudáfrica, al igual que la OIT, estaban preocupados por los costos generados por la creación de una sección especializada sobre las personas ciegas y por la construcción de centros. Recomendaban que solo se enviasen expertos y se distribuyesen becas.³⁰ Debido a estas reticencias, Robert Irwin se contentó con defender firmemente la contratación de un experto que sería el encargado de la rehabilitación social de los ciegos en la División de Asuntos Sociales. Finalmente, la Comisión aprobó una resolución presentada por Canadá en la que se pedía a las Naciones Unidas que elaborasen, en cooperación con los organismos especializados, un programa internacional para los ciegos y que incluyeran la creación de centros de demostración. El Programa Internacional para la Protección de los Ciegos se consideraba solo parte del Programa Coordinado para la Rehabilitación de las Personas Físicamente Disminuidas. Por lo tanto, no se creó ninguna sección para las personas ciegas dentro de la División de Asuntos Sociales. Los defensores de una política específica para los ciegos (Eric Boulter, Robert Irwin, Clutha Mackenzie) se decían profundamente decepcionados por la resolución adoptada por la Comisión de Asuntos Sociales, debido a su “naturaleza imprecisa y a la ausencia de un claro apoyo a una política positiva y bien definida”.³¹

Durante la década posterior a la Segunda Guerra Mundial, muchos fueron los gobiernos que quisieron mantener una política específica para los mutilados de guerra, en particular con respecto al

³⁰ Commission des questions sociales, *Compte rendu analytique de la cent trente-cinquième séance*, New York, mardi 25 avril 1950. Document ECOSOC E/CN.5/SR 135, 8 de mayo de 1950, p. 20.

³¹ AUNESCO, ICF 1946-1956, 307: 003.24. Carta, C. Mackenzie a J. Jarvis, 4 de mayo de 1950.

acceso preferente a la rehabilitación profesional y a la colocación en el empleo. La Federación Mundial de Veteranos (WVF) parecía poner todo su empeño en ello. Ya en 1945, la Secretaría de la OIT intentó superar estas resistencias, argumentando que el problema de la formación y del empleo de los mutilados de guerra no difería en la naturaleza del problema de otras categorías de personas discapacitadas y que “se debía pensar en soluciones similares para ambos grupos” (ILO, 1945, p. iv). En 1952, la Comisión de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas consideraba que la mejor manera de alcanzar los objetivos del Programa Internacional de Rehabilitación era tratar a los discapacitados civiles y a las víctimas de la guerra de la misma manera y, si fuese posible, en el marco de una misma organización administrativa.³² Este posicionamiento se debía tanto a las recomendaciones de los médicos consultores en rehabilitación (Howard Rusk, Harold Balme) como a los modelos encarnados por las políticas públicas de rehabilitación en Inglaterra, Estados Unidos y Canadá. En 1953, el estudio de la OIT de una recomendación sobre la rehabilitación profesional que abarcara todas las categorías de personas discapacitadas constituía una amenaza para los derechos preferenciales otorgados en varios países a los mutilados de guerra (acceso preferente a una serie de servicios de rehabilitación, derechos laborales, etc.). Por este motivo, durante las discusiones sobre el proyecto de recomendación, el representante del Gobierno de Italia propuso una resolución “recomendando que se [hicieran] mayores esfuerzos para que los inválidos de guerra [pudieran] reanudar su actividad profesional normal”.³³ Esta propuesta fue apoyada firmemente por el observador de la Federación Mundial de Veteranos de Guerra. Esta resolución, que “[invitaba] a los gobiernos y a las organizaciones interesadas a desarrollar sus esfuerzos en el marco de la legislación nacional, basándose en los principios de la Recomendación

³² *Rapport de la commission des questions sociales (huitième session), 12 au 29 mai 1952, Document ECOSOC E/CN.5/287, 5 junio de 1952, p. 17.*

³³ CIT, 38e session, 1955, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 677.

[n°99], para que los inválidos de guerra [pudieran] reanudar sus actividades profesionales normales”, fue aprobada el 22 de junio de 1955. Para tranquilizar a los partidarios de una política específica para los mutilados de guerra, se aprobó una resolución sobre los mutilados de guerra paralelamente a la negociación de la Recomendación n°99.

Otra dinámica importante durante la década de los años cincuenta consistía en la institucionalización de una legalidad liberal en el ámbito de la inserción profesional de los inválidos. En 1952, el Consejo de Administración de la OIT decidió incluir el tema de la rehabilitación profesional de los inválidos en el orden del día de la 37ª Conferencia Internacional del Trabajo (CIT). La armonización internacional del programa de rehabilitación profesional era necesaria para racionalizar la gestión de esta mano de obra y trabajar en favor de la justicia social. Después de que la Secretaría de la Oficina Internacional del Trabajo hubiera preparado un informe sobre el tema, se celebraron numerosos debates en las comisiones de rehabilitación profesional y durante las sesiones plenarias de la 37ª y 38ª Conferencias Internacionales del Trabajo. El análisis de estos debates permite aclarar el contenido de la Recomendación n°99 sobre la adaptación y rehabilitación de los inválidos, aprobada en junio de 1955 por la 38ª Conferencia. En el contexto de la Guerra Fría, las posiciones adoptadas por los representantes de los principales países de los dos bloques eran en gran medida ideológicas. Los gobiernos de los países socialistas, que tenían una gran demanda de mano de obra, eran muy favorables a la organización de la rehabilitación profesional para aumentar rápidamente la mano de obra disponible.

Los países socialistas estaban muy presentes en los debates. Mientras que Polonia y Checoslovaquia eran miembros de la OIT desde 1919, la URSS abandonó la OIT en 1939, cinco años después de su adhesión, y no renovó su adhesión hasta 1954 (Rodgers et al., 2009, pp. 31-32). Los representantes gubernamentales de los países socialistas pedían que este reglamento sobre la rehabilitación profesional adoptase la forma de convención, con el fin de garantizar el acceso a la rehabilitación a todos los inválidos. Pero esta propuesta fue

rotundamente rechazada (192 votos contra 10).³⁴ La mayoría apoyó la adopción de una recomendación, es decir, una reglamentación suficientemente flexible para permitir a cada país que actuase de acuerdo con sus condiciones económicas y sus posibilidades de desarrollo.

Algunos representantes de países socialistas y de otros países (Francia, Bélgica, Argentina) cuestionaban el carácter restrictivo del ámbito de aplicación de la rehabilitación profesional previsto en el proyecto de reglamento. De acuerdo con la posición defendida por algunos países capitalistas (EE. UU., entre otros), el beneficio de la rehabilitación profesional se limitaba a los inválidos que pudieran razonablemente esperar obtener y mantener un empleo remunerado. Por el contrario, los países socialistas defendían la idea de que todos los inválidos debían tener derecho a acceder a la rehabilitación profesional y al empleo, incluidos los grandes inválidos, independientemente de la situación del mercado laboral en el país (que existiera o no desempleo). Pero esta idea fue rechazada por mayoría. La Recomendación adoptada en junio de 1955 concedía el beneficio de la rehabilitación profesional a cualquier inválido, “siempre que [pudiera] ser preparado para ejercer un empleo adecuado y [tuviera] perspectivas razonables de obtener y conservar tal empleo”. Los representantes de los países socialistas también exigían que esta rehabilitación profesional fuera de la responsabilidad exclusiva de las autoridades públicas y totalmente gratuita para los inválidos.³⁵ Pero muchos miembros de la Comisión se oponían a ello, destacando el papel de las organizaciones privadas en sus países. La Recomendación aprobada en junio de 1955 se limitaba a indicar el papel de las autoridades públicas en la dirección y el desarrollo de las políticas de rehabilitación profesional, así como su misión de coordinación y de apoyo a la labor de las instituciones privadas.

Las propuestas de los países socialistas en el campo de la rehabilitación eran acordes con la ideología socialista (gratuidad, seguridad

³⁴ CIT, 37e session, 1954, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 560.

³⁵ CIT, 38e session, 1955, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 389.

social, derecho al empleo, cooperativas, estatismo). Estas propuestas se alzaban en público durante las conferencias internacionales para construir una oposición simbólica entre los dos bloques (capitalista/socialista) y la unidad del bloque soviético (Kott, 2011a, p. 145). El rechazo de las propuestas socialistas no era sorprendente: la misma situación se dio con otros temas, porque los países socialistas estaban marginados dentro de la OIT.

Además, los empleadores se oponían a la inclusión de un artículo que contuviera medidas coercitivas para promover el empleo de los inválidos (obligación para los empresarios de ocupar un determinado porcentaje de inválidos; reserva de determinados puestos de trabajo específicos, prioridad para acceder a ciertos puestos de trabajo).³⁶ Algunos gobiernos de países capitalistas (Estados Unidos, Canadá, Noruega, Finlandia) también se oponían a la obligación legal de empleo. Otros participantes defendían la utilidad y la eficacia de esta medida en países con altas tasas de desempleo y señalaron que el texto de la OIT dejaba a cada país plena libertad para legislar. Finalmente, las enmiendas redujeron el carácter coercitivo de las medidas propuestas por la Secretaría de la OIT. El texto adoptado durante la 38ª Conferencia ofrecía más flexibilidad:

31. Cuando las circunstancias nacionales y los métodos aplicados en el país lo permitan, se debería fomentar el empleo de los inválidos mediante medidas tales como:

- (a) la contratación por los empleadores de cierta proporción de inválidos, en condiciones que permitan evitar el despido de trabajadores no inválidos;
- (b) la reserva de ciertos empleos determinados para los inválidos;
- (c) la aplicación de disposiciones para que las personas afectadas de incapacidad grave tengan posibilidades de empleo o preferencia en ciertas profesiones que se consideren apropiadas a sus capacidades;

³⁶ CIT, 37e session, 1954, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 565.

- (d) el estímulo para la creación y la concesión de facilidades para la gestión de cooperativas de inválidos o de cualesquiera otras organizaciones análogas administradas por los mismos inválidos o en su nombre.³⁷

Los partidarios de la obligación legal de empleo obtuvieron que se mantuviera esta mención en la declaración y sus oponentes obtuvieron una clara moderación de esta idea con la inclusión de la frase “cuando las circunstancias nacionales y los métodos aplicados en el país lo permitan” y la ausencia de la palabra “obligación”. Por lo tanto, la solución coercitiva no desaparecía de la recomendación, sino que su adopción en un país estaba sujeta a la existencia de condiciones específicas (sin especificar cuáles). Aunque no se explicitara en el texto, la idea general defendida por la Sección de Rehabilitación Profesional de la Oficina Internacional del Trabajo a partir de 1955 era que la aplicación de este tipo de medidas debía limitarse a las administraciones públicas, así como a los organismos de seguros sociales, pero no debía afectar a las empresas privadas para no ofender la buena voluntad de los dirigentes empresariales responsables de la formación y la recepción de los trabajadores rehabilitados. Sin embargo, la aplicación de la obligación legal de empleo en las empresas privadas y públicas estaba permitida (al menos temporalmente) en los países afectados por una guerra.

Los representantes de los empleadores y los representantes de los gobiernos de los principales países capitalistas se movilizaron pues en contra de la inclusión en esta recomendación de medidas que pudieran ralentizar sustancialmente el ritmo de acumulación de capital en las grandes empresas privadas. Efectivamente, la inclusión de cuotas elevadas para el empleo de las personas con discapacidad (incluidas las personas con discapacidades severas o múltiples), acompañada de mecanismos de control estrictos, sin

³⁷ International Labour Office [ILO], *Vocational Rehabilitation (Disabled) Recommendation*, n°99, 1955 (versión en español).

ningún dispositivo de exención fiscal, constituiría un sistema de moderación de los beneficios.

Las soluciones para promover el empleo de los inválidos, cuya aplicación se recomendaba para todos los países miembros de la OIT, no eran muy ambiciosas. Entre ellas, se pueden enumerar: promoción de las capacidades de trabajo, mejora de las herramientas, exención de la responsabilidad patronal en caso de nuevas bajas por enfermedad, talleres protegidos, promoción del trabajo por cuenta propia. Por otra parte, la Recomendación prohibía toda discriminación salarial por motivos de deficiencia, pero no garantizaba a los trabajadores discapacitados la misma remuneración que a los demás trabajadores por el mismo número de horas trabajadas. Esto equivalía a permitir la percepción de un salario más bajo en caso de un rendimiento inferior al del trabajador no inválido.

La Recomendación n°99 de la OIT promovía la formación profesional, la orientación profesional y la colocación selectiva de las personas discapacitadas, independientemente de la naturaleza y del origen de la discapacidad, que tuvieran posibilidades razonables de obtener y mantener un empleo. Esta norma sacralizaba el ejercicio de una actividad profesional remunerada en el contexto de una economía liberal de mercado. Desplazaba a las personas discapacitadas menos productivas del lugar de trabajo convencional, ya fuera enviándolas a talleres protegidos, al trabajo por cuenta propia o condenándolas a la ausencia de una actividad generadora de ingresos (por el hecho de negarles el derecho al empleo). De acuerdo con las ideas predominantes en el ámbito anglosajón, este texto internacional transmitía la idea de la igualdad de oportunidades profesionales, lo que implicaba una total libertad de acción por parte del empleador. Por lo tanto, este documento privilegiaba la defensa de la igualdad de oportunidades profesionales por encima de la defensa del derecho al empleo. En lugar de resolver el problema del empleo mediante una reestructuración global de la organización social del trabajo, los actores de los países capitalistas favorecían la solución de el empleo selectivo de las personas discapacitadas en las empresas privadas y

las administraciones públicas. Esta colocación debía realizarse en puestos de trabajo en los cuales la productividad laboral se viera lo menos afectada posible por la deficiencia del inválido. Solo las personas discapacitadas que hubieran alcanzado los niveles de competencia y productividad requeridos podían entrar en el mercado laboral general, para no perjudicar los beneficios obtenidos por los empleadores. Por lo tanto, los beneficiarios de las medidas de acceso al empleo debían ser seleccionados en función del “efecto de su discapacidad (*disability*) particular sobre la empleabilidad (*employability*) individual de la persona discapacitada” (*International Labour Review*, 1957, p. 254).

Se alentaba a los actores del sector de la rehabilitación a adoptar una visión competitiva e individualista del acceso al empleo. Esta visión implicaba la aceptación tácita de la existencia de una alta tasa de desempleo, ya que las personas discapacitadas se movían a partir de entonces en un universo profesional basado en el mérito y el éxito, que producía así fracasos masivos. Esto constituía un giro importante de la política de acceso al empleo de los inválidos, puesto que los especialistas europeos en rehabilitación habían considerado anteriormente la posibilidad de dar empleo a casi todos los inválidos (a través de la obligación legal de empleo).

La aprobación de una ayuda financiera desvinculada de cualquier referencia al salario mínimo

Durante el periodo de entreguerras, la mayoría de las asociaciones de mutilados de guerra y de accidentados laborales reclamaba la concesión de pensiones de invalidez, cuyo importe se fijaría a partir del salario mínimo de los trabajadores. Las asociaciones de ciegos civiles reclamaban generalmente la atribución de prestaciones especiales para compensar los gastos generados por la ceguera. Las asociaciones de inválidos civiles reivindicaban a veces una pensión de invalidez equivalente a la de las víctimas de accidentes del trabajo,

o una prestación especial para compensar los gastos debidos a su invalidez.

Durante la década de los años cincuenta, varios representantes anglosajones y nórdicos impugnaron la distribución sistemática de una importante prestación especial por invalidez para los inválidos que podían trabajar pero que estaban desempleados. Temían que esta medida disuadiera a las personas impedidas de seguir un proceso de rehabilitación profesional y de trabajar. Ya en 1950, la delegada del Gobierno de Estados Unidos en la Comisión de Asuntos Sociales de la ONU, la Sra. Hoey, declaró que a las personas físicamente disminuidas “que [podían] y [debían] ganar un salario y producir [no se les debía permitir] seguir dependiendo de los demás, porque [agotaban] así la economía de su país y [provocaban] el descontento entre sus semejantes”.³⁸

En septiembre de 1954, durante la tercera Conferencia de la CWOIH, los representantes de las asociaciones y varios representantes de organismos intergubernamentales discutieron de la atribución de una prestación especial por invalidez para compensar los gastos adicionales debidos a la incapacidad. Varias ONG (Federación Mundial para la Salud Mental, *International Poliomyelitis Conference*, WCWB) y la Federación Sindical Mundial se pronunciaron a favor de la atribución de esta prestación. Kurt Jansson (ONU) afirmó entonces que estas prestaciones “[debían] tener como efecto animar a la persona afectada a construirse una vida independiente, y no el efecto contrario”,³⁹ siguiendo el ejemplo de las políticas ya aplicadas en los países nórdicos y Australia. Varios participantes argumentaron que el pago de prestaciones especiales podía “fomentar el parasitismo social”, pero la mayoría de los miembros consideraban que “el

³⁸ Commissions des questions sociales. Sixième session, *Compte-rendu de la cent trente quatrième séance*, Lake Success, New York, mardi 25 avril 1950. Document ECOSOC E/CN.5/SR. 134, 4 de mayo de 1950, p. 15.

³⁹ *Rapport de la troisième conférence des organisations mondiales intéressées à l'adaptation des handicapés, Nations Unies, Genève, 23-24 septembre 1954*. Document ECOSOC E/CN.5/NGO/25, 10 de diciembre de 1954, p. 13.

temor a abusos en el pago de prestaciones especiales no debería tener como efecto la imposición de normas humillantes para las personas discapacitadas de buena fe”, como se lee en el mismo documento. Finalmente, los representantes asociativos aprobaron el pago de una prestación especial por invalidez “para todas las personas discapacitadas graves, para que [pudieran] hacer frente a los gastos adicionales debidos a su invalidez y para animarlas a contribuir plenamente a la vida de la comunidad” (Resolución VI). Aprobaron el pago de una prestación especial a las personas ciegas “sin control previo de los recursos de los interesados, para cubrir los gastos requeridos por su condición” (Resolución V). Unos meses más tarde, el Gobierno británico informó al funcionario británico de la Oficina Internacional del Trabajo, Arthur Bennett, que estaba en contra del pago sistemático de una prestación por invalidez, ya que esto podría “disuadir a algunas personas que [podían] ganarse la vida de seguir trabajando”.⁴⁰ Esta prestación solo debía pagarse en función de las necesidades.

Al preparar el texto de la Recomendación n°99, los funcionarios de la Oficina Internacional del Trabajo incluyeron el principio de “la concesión a los inválidos de asistencia financiera apropiada y suficiente” entre las medidas que podían facilitar el uso de los servicios de adaptación y rehabilitación profesional. Esta asistencia debía ser prestada durante todas las etapas del proceso de rehabilitación. Varios actores gubernamentales (Polonia, Estados Unidos) deseaban abolir el principio de la concesión de una ayuda financiera para los inválidos civiles. Pero esta propuesta fue rechazada por 172 votos contra seis y cuatro abstenciones (BIT, 1954, p. 11). En consecuencia, el artículo 21 de la Recomendación n°99 determinaba una “concesión a los inválidos de asistencia financiera apropiada y suficiente” a fin de favorecer el acceso a la rehabilitación y a una profesión. Se esperaba que esta asistencia financiera incluyera la gratuidad de los

⁴⁰ AOIT, NGO 578 CWOIH. Note on certain resolutions adopted by the Third Session of World Organisations concerned with the Rehabilitation of the Handicapped. Anexo a carta, Oficina de ILO en Londres a Mr. A. A. Bennett, 31 de marzo de 1955.

servicios de rehabilitación, prestaciones de manutención y transporte, la concesión de préstamos o subvenciones en efectivo, así como el suministro de prótesis y equipos necesarios para el trabajo. Si bien la Recomendación n°99 legitimaba la concesión de asistencia financiera a los inválidos, la misma estaba solamente destinada a los inválidos participantes en un proceso de rehabilitación profesional. Además, su importe estaba desvinculado de cualquier referencia al salario mínimo o a los gastos adicionales necesarios para compensar la invalidez.

Esta Recomendación ratificó el cambio en la orientación de las políticas de inserción profesional de los inválidos hacia legalidades liberales (en el sentido económico del término). Se trataba de todas las normas legales sobre la inserción profesional de los inválidos que eximían a las grandes empresas privadas de su responsabilidad legal en la organización solidaria del trabajo, con el fin de salvaguardar la existencia de altos beneficios monopolizados por una minoría de personas.⁴¹ Se podían distinguir varias variantes de estas legalidades liberales: la primera cuestionaba cualquier forma de obligación de empleo (es la visión ortodoxa del liberalismo defendida por los Estados Unidos), mientras que la segunda aceptaba la adopción de medidas coercitivas contra los organismos de seguridad social y las administraciones públicas. Por último, creemos que es conveniente incluir en la lista de las legalidades liberales, por extensión, las normas que, si bien introducían medidas de cuotas, no contenían medidas estrictas de control del cumplimiento (como multas disuasorias) y/o incorporaban dispositivos para garantizar una alta tasa de beneficios para las grandes empresas privadas (exenciones fiscales muy elevadas, exclusión de los trabajadores discapacitados considerados menos productivos del beneficio de la obligación de contratación, etc.). De hecho, estas medidas de flexibilización de la cuota deconstruían su carácter solidario.

⁴¹ Elaborada por el autor, esta definición se basa en la definición de las "legalidades cosmopolitas" por Santos y Rodríguez-Garavito (2005, pp. 1-27).

Las dos primeras variantes transformaban el deber legal de las empresas privadas de contratar a trabajadores discapacitados en un simple deber moral. La OIT privilegiaba la segunda variante, ya que permitía mostrar el ejemplo a las empresas privadas y ofrecer ciertas oportunidades profesionales a los primeros inválidos rehabilitados. De este modo, esta fue la variante que se institucionalizó a nivel internacional.

A principios de la década de los cincuenta, se establecieron normas internacionales para la rehabilitación física y profesional basada en las experiencias de los países anglosajones y nórdicos. El análisis de los países que participaron en la creación de las ONG de especialistas en rehabilitación (IFPM, WFOT, WCPT), de los países que desarrollaron una política de colocación selectiva y de los países representados en los Juegos Internacionales de Stoke Mandeville demuestra que aquellos que se encontraban a la vanguardia de esta rehabilitación (*rehabilitation*) autodenominada “moderna” eran cerca de una decena: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, Suecia, Noruega, Finlandia, Dinamarca, Sudáfrica, Israel y Países Bajos. Se concentraban geográficamente en la zona noratlántica, con la excepción de Australia, Sudáfrica e Israel. Los lazos históricos del Reino Unido con sus antiguos dominios (Canadá, Sudáfrica, Australia) e Israel (mandato sobre Palestina) contribuyeron a la presencia inmediata de estos países en las iniciativas británicas y estadounidenses.

Así pues, especialistas anglosajones y nórdicos promovieron un proyecto internacional de modernización de la rehabilitación, que podría denominarse “proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación”. Basado en las legalidades liberales, este “proyecto noratlántico” se oponía de manera caricatural a ciertos elementos del proyecto europeo de reeducación de los mutilados (medidas de cuotas, reservas de ciertos empleos, remuneración igual a la de otros trabajadores). Sin embargo, este proyecto noratlántico no puede verse como una auténtica ruptura total con las experiencias anteriores, por mucho que fuera construido y percibido como tal por los actores sociales. De hecho, se trataba de un proyecto de modernización

híbrido (Therborn, 2003, p. 294), construido a partir de múltiples experiencias ubicadas geográficamente en el espacio noratlántico y en interacción limitada con otros proyectos de innovaciones sociales en el sector de la rehabilitación existentes a nivel internacional. Este proyecto constituía un ideal del que la experiencia de algunos países fundadores podía estar muy alejada. Sudáfrica es el mejor ejemplo de esto, ya que todos los “no blancos” (es decir, la mayoría de los habitantes del país) eran excluidos de los beneficios de la rehabilitación, lo que fue muy criticado por parte de algunos actores del sector (Neilson, 1960, p. 34).

La internacionalización de las preocupaciones de los países nórdicos: la normalización de los deficientes mentales y la accesibilidad arquitectónica

Durante el periodo 1968-1983, las políticas más progresistas en materia de asistencia a los deficientes mentales y de accesibilidad fueron encarnadas por los países nórdicos (Suecia, Finlandia, Dinamarca) a los ojos de los actores internacionales. Suecia fue el primer país que adoptó una ley para la protección integral de los deficientes mentales. El concepto de normalización de los deficientes mentales fue desarrollado por un especialista sueco, Bengt Nirje, director de la Swedish Parent's Association for Mentally Retarded Children. Con este concepto se aspiraba a acercar a los deficientes mentales, en la medida de lo posible, a los estándares de la sociedad en la que vivían, en términos de vivienda, trabajo, ocio y otras actividades cotidianas (Nirje, 1969, p. 181). En términos concretos, esto significaba que las políticas públicas debían favorecer que permanecieran en familia y en comunidad, limitando la duración de su internamiento en una institución. Por lo tanto, este autor extendió a una nueva categoría de individuos, los deficientes mentales, el imperativo de integración en el medio escolar ordinario de los deficientes físicos y sensoriales promovido a nivel internacional a principios de la década de los cincuenta.

Los expertos no estaban de acuerdo sobre el significado y las implicaciones del concepto de normalización. El psicólogo estadounidense Wolf Wolfensberger se pronunció radicalmente a favor del cierre de las grandes instituciones de asistencia a las personas deficientes mentales, recomendando la creación de pequeñas unidades residenciales con un máximo de ocho miembros (*Mental Retardation*, 1971, pp. 14-20). Por otro lado, el psicólogo canadiense Garry Martin estaba más bien a favor de mantener las grandes instituciones, al menos a medio plazo, pero les asignaba la responsabilidad de promover modos de vida comunitarios en pequeñas unidades residenciales (*Mensagem da APAE*, septiembre-diciembre de 1976, p. 30). Algunos especialistas consideraban que era necesario implementar métodos de ajuste del comportamiento, mientras que otros no. Wolf Wolfensberger definió la normalización en 1972 como “el uso de los medios lo más normativos posible desde el punto de vista cultural, para establecer y/o mantener comportamientos y características personales que sean de hecho lo más normativas posibles” (1972, p. 28). Esta definición del principio de normalización implicaba entrenar a los deficientes mentales en las normas de conducta de la sociedad con el fin de evitar las “conductas antisociales”.

En junio de 1967, la ILSMH organizó una reunión de expertos sobre la deficiencia mental en Estocolmo. Reunió a una treintena de especialistas (altos funcionarios, psiquiatras, abogados, inspectores de escuelas especializadas, etc.) provenientes de unos diez países (Noruega, Suecia, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda, Estados Unidos, Francia, Suiza, España). La reunión estuvo dirigida por Richard Sterner, sueco de formación estadística, director general de los Swedish Insurance Inspection Services de 1952 a 1967, padre de un niño discapacitado y máximo dirigente de la Swedish Association for Mentally Retarded. Estos expertos aprobaron la idea de que los servicios para las personas deficientes mentales debían integrarse en la medida de lo posible en los servicios prestados a otros miembros de la comunidad y que no debían estar geográficamente distantes de la comunidad (ILSMH, 1967). Basándose en la experiencia de los países

nórdicos, el grupo de expertos favorecía las estructuras pequeñas (alojamiento, catering, ocio) con un máximo de 15 a 20 personas. El personal de estas instituciones debía estar cualificado y ser mixto. Los expertos también apoyaban el carácter mixto de los talleres y de los centros de día, pero no había unanimidad a la hora de favorecer el carácter mixto de las residencias. De conformidad con el principio de normalización, estos especialistas deseaban conceder a las personas deficientes mentales el derecho a votar, a tener hijos y a contraer matrimonio.

Desde finales de la década de los sesenta, guiadas por el principio de normalización y el espíritu de liberación sexual, varias instituciones suecas modificaron sus normas internas para permitir a las personas deficientes mentales llevar una vida sexual lo más normal posible. Con este fin, las instituciones se convirtieron en mixtas y el personal de la institución impartía cursos de educación sexual. Las prácticas sexuales (heterosexuales y homosexuales) entre internos estaban permitidas si las parejas eran estables (incluso fuera del matrimonio) y diferentes métodos anticonceptivos eran puestos a su disposición. En este contexto, la ligadura de las trompas, antes impuesta por la fuerza a las mujeres deficientes mentales, seguía proponiéndose a algunas de ellas. La aplicación del principio de normalización llevó a estos profesionales a reconocer a los deficientes mentales como seres sexuados, que tenían derecho a una vida sexual similar a la de los otros seres humanos de sus países, es decir, a una sexualidad libre, sin la intervención de un tercero en la elección de la pareja. Los partidarios más radicales de la normalización querían autorizar a todos los deficientes mentales a tener prácticas sexuales e hijos. Muy rápidamente, la ILSMH abordó la cuestión de la sexualidad de las personas deficientes mentales. En 1970, Gregor Katz publicó un folleto sobre la sexualidad de los “retrasados mentales” en colaboración con el Comité Nacional Sueco de Asuntos Sociales, que fue ampliamente distribuido por la ILSMH (Katz, 1970). El especialista sostenía que el principio de normalización y las tendencias liberales exigían que se reconociera a las personas deficientes mentales

el derecho a desarrollar su sexualidad y a entablar relaciones con el otro sexo (ya fueran amistosas o sexuales) (1970, p. 11). Dirigido a profesionales y padres, el folleto recomendaba aceptar las prácticas homosexuales consentidas, la masturbación y el uso de imágenes pornográficas (pp. 19-20). Se invitaba al personal de las instituciones a respetar la privacidad de los deficientes mentales y a educarles sobre los comportamientos sexuales adecuados y los métodos anticonceptivos. Debían enseñarles que las relaciones sexuales se basaban en la reciprocidad y que nunca debían utilizarse la violencia y la coerción. Esta enseñanza debía ir acompañada de la tolerancia hacia cualquier otra forma de actividad sexual o hacia la ausencia total de deseo sexual. Katz consideraba que las personas deficientes mentales podían casarse. Aunque admitía la posibilidad de que algunas personas deficientes mentales pudieran tener hijos, recomendaba explicar a las personas deficientes mentales que no todo el mundo podía tener hijos.

Este tema fue objeto de enormes controversias. La Iglesia Católica se oponía abiertamente a la esterilización, a los métodos anticonceptivos, al amor libre, a la homosexualidad y a la práctica de actividades sexuales que no tuvieran como objetivo principal la procreación. Los padres de niños deficientes mentales estaban preocupados por otras cuestiones; en particular, por la capacidad reproductiva de sus hijos. La apropiación del principio de normalización llevó a muchos padres a reconocer a las personas deficientes mentales como seres sexuados, pero acotaban considerablemente su derecho a la vida sexual limitándolo a ciertos aspectos (afectividad, masturbación para algunos). En la mayoría de los casos, se negaban a aceptar las prácticas sexuales que incluyeran la penetración. La mayoría de los padres se oponían a la idea de que las personas deficientes mentales pudieran tener hijos.

En el sector de la deficiencia mental, la aprobación de la idea de los derechos y de la normalización condujo a un verdadero giro paradigmático, que favoreció un replanteamiento radical de las formas anteriores de asistencia (institucionalización, financiación

mayoritaria por beneficencia y filantropía). Debido a la permeabilidad de los sectores de asistencia a personas discapacitadas, las ideas vehiculadas por el concepto de normalización reforzaron la dinámica de integración en el medio ordinario en los otros sectores (rehabilitación, bienestar de los ciegos y de los sordos). Sin embargo, esta dinámica de normalización contradecía uno de los principios básicos del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación: la existencia de talleres protegidos. Estos fueron muy criticados y considerados como una “solución de segregación” por los participantes en un seminario organizado por la ONU en 1973.⁴² Pero los participantes reconocieron que estos talleres podían ser la única manera de acceder a las actividades normales para ciertos grupos, como el de los deficientes mentales.

La idea de hacer accesible el entorno surgió a finales de los años cincuenta en los países nórdicos (Suecia, Dinamarca). Los especialistas en rehabilitación se enfrentaron entonces a los problemas de alojamiento de las personas discapacitadas que abandonaban los hospitales y los centros de rehabilitación, así como a los de sus desplazamientos urbanos hacia el lugar de trabajo. En 1955, uno de los arquitectos del *Swedish Central Committee for the Care of Cripples*, Henrik Müller, diseñó los primeros apartamentos experimentales adaptados a las necesidades de las mujeres en sillas de ruedas o que necesitaban muletas (ISWC, 1957, p. 275). El objetivo de estas adaptaciones era permitirles cumplir su función de amas de casa de la manera más eficaz posible. Este interés por la arquitectura se extendió rápidamente al exterior de los edificios. Un nuevo concepto surgió en los debates públicos: la noción de “barreras arquitectónicas”. A nivel internacional, varias ONG (FIMITIC, ISRD, FMAC) habían estado promoviendo esta idea durante las conferencias internacionales desde los años sesenta. La FIMITIC organizó la primera Conferencia Internacional sobre Barreras Arquitectónicas en Stresa (Italia) en

⁴² Rapport du secrétaire général, *Réadaptation des handicapés*, Document ECOSOC E/CN.5/500, 18 de octubre de 1974, p. 17.

junio de 1965, con el apoyo de la WVF y la ISRD, y una segunda en Copenhague en mayo de 1969, que mostró los progresos considerables realizados en este campo en Suecia y Dinamarca. En 1969, en su 40 Congreso en Dublín, la ISRD adoptó el Símbolo Internacional de Accesibilidad (SIA), tal como recomendó el International Committee on Technical Aids, Housing and Transportation.

Crisis en el proyecto noratlántico y aparición de proyectos alternativos de rehabilitación

Ya a mediados de la década de los sesenta, los expertos internacionales en rehabilitación estaban preocupados por la inadecuación de las políticas desarrolladas en el espacio noratlántico para resolver los problemas de las personas discapacitadas en la mayoría de los países del mundo. Más de 15 años después del inicio del Programa Internacional de Rehabilitación, más de dos tercios de las personas discapacitadas del mundo no tenían acceso a los servicios que necesitaban. Se cuestionó mucho más la pretensión de los países desarrollados de universalizar sus modelos, ya que varios países abandonaron la importación de tecnologías occidentales debido a su costo y la aplicación de métodos modernos en otros países se vio obstaculizada por contextos culturales hostiles. Sobre todo, estos métodos modernos de rehabilitación no lograron su objetivo principal: proporcionar empleo cualificado y bien remunerado a las personas discapacitadas. Un estudio realizado por el Swedish Labour Market Board en cooperación con el WCWB y la OIT mostraba una baja diversificación ocupacional entre las personas ciegas cualificadas de los países desarrollados (un tercio trabajaba como fabricantes de cestas o de cepillos) y una alta tasa de desempleo entre ellas (WCWB, 1975, p. 174). La situación del empleo empeoró a mediados de los años setenta, debido al desempleo causado por la crisis económica de 1974, cuyas primeras víctimas fueron las personas discapacitadas rehabilitadas. Las medidas legislativas basadas en la legalidad liberal no permitían garantizar su integración profesional

y su permanencia en el empleo. Esta crisis de oportunidades llevó a los profesionales de la rehabilitación a replantearse los argumentos desarrollados para promover políticas en materia de rehabilitación. A partir de entonces aminoraron la necesidad de acceder a empleos lucrativos y revalorizaron la necesidad de humanizar la asistencia a las personas discapacitadas. Esta reorientación de los objetivos prioritarios de la rehabilitación fue iniciada a finales de los años sesenta por Rehabilitation International (RI). Esta instancia deseaba desarrollar nuevos programas de rehabilitación destinados a atribuir nuevos roles funcionales a las personas discapacitadas, sin derivar necesariamente en un empleo remunerado para ellas). El éxito de estos programas se evaluaría sobre la base de la satisfacción que obtuvieran las personas discapacitadas con sus vidas.

El periodo de 1968-1983 se caracterizó por una crisis de legitimidad del proyecto noratlántico de rehabilitación. Esta crisis fue acompañada de un interés renovado por parte de las organizaciones internacionales por las políticas alternativas de rehabilitación desarrolladas en los países socialistas y en algunos países en vías de desarrollo.

Los expertos en rehabilitación profesional y en colocación prestaban cada vez más atención a las experiencias de formación profesional simplificada para ciegos en las zonas rurales (formación agrícola o artesanal). En 1956, la Royal Commonwealth Society for the Blind organizó un centro de formación para ciegos en ocupaciones rurales en Salama, Uganda. Sir Clutha Mackenzie ofreció enseñanza simplificada y basada en la práctica para hombres de entre 16 y 35 años, no confesional, pero respetuosa de las creencias y de las costumbres religiosas. Esta experiencia fue rápidamente instaurada por Mackenzie como un modelo generalizable en otros países en vías de desarrollo predominantemente agrícolas, el esquema de formación *shamba* (Shamba Training Scheme for the Blind) (Mackenzie, 1960). El *shamba* era la parcela de tierra más o menos extensa que una familia africana cultivaba para obtener alimentos y algunos ingresos. El objetivo de esta rehabilitación profesional era la enseñanza de uno

o más de los oficios artesanales o agrícolas existentes en su entorno, por un miembro de su comunidad rural bien dirigido.

Ya en 1958, los miembros del TWGRPH estaban convencidos de que los proyectos sofisticados de rehabilitación concebidos en los países occidentales no podían aplicarse en las regiones de África y Asia. Un enfoque realista requería la prestación de servicios de rehabilitación sencillos y poco costosos (médicos y profesionales) en las zonas rurales de los países en vías de desarrollo. Basándose en el ejemplo del modelo *shamba*, algunos sugirieron que estos servicios deberían ser proporcionados por las comunidades de las aldeas, pero otros objetaron que era imposible asignar nuevas responsabilidades a los empleados encargados del desarrollo comunitario.⁴³ En consecuencia, el TWGRPH solo pidió que se experimentase el modelo *shamba* en otros países de Asia o África. Rápidamente se establecieron proyectos similares en Ghana, Nigeria y Kenia.

Este enfoque de la rehabilitación profesional se presentó como “novedoso” frente a los métodos “tradicionales” de inspiración nortatlántica. Los expertos occidentales no calificaban este proyecto de innovación social de “moderno”, ya que probablemente tenían dificultades para conceptualizar una “modernidad” basada en procesos poco sofisticados y costosos, que hasta hacía poco habían sido considerados “primitivos”.

Dado que permitía ampliar rápida y económicamente el número de beneficiarios de la rehabilitación, este nuevo enfoque fue ampliamente difundido por la OIT y varias ONG (WCWB, ISRD) desde finales de la década de los sesenta en seminarios y conferencias internacionales. En 1969, los miembros del WCWB recomendaron de este modo la rehabilitación agrícola en las zonas rurales para los ciegos de los países en vías de desarrollo. En 1974, la asamblea del WCWB incluso especificó que los Estados predominantemente

⁴³ AOIT, RH 2-3006. *Report of the Ad Hoc meeting on the rehabilitation of the Physically Handicapped, European office of the UN, Geneva, 27-29 may 1958.* COORDINATION/R.276, 9 de octubre de 1958, p. 12.

agrícolas deberían facilitar la distribución de tierras para los ciegos a través de reformas agrarias, asistirlos financiera y técnicamente en su instalación y permitir la existencia de cooperativas (WCWB, 1975, p. 300).

A finales de los años sesenta, la OIT impulsó una experiencia africana de rehabilitación profesional simplificada en un taller industrial protegido. En 1964, un experto británico de la OIT, Edgar Marland, facilitó la instalación en Adís Abeba (Etiopía) de un “nuevo tipo de taller protegido” diseñado con fines puramente comerciales. Los salarios de los trabajadores discapacitados no estaban subvencionados y el taller se veía obligado a generar beneficios. La formación profesional, realizada en varios puestos de trabajo, era de una duración inferior a un mes, lo que permitía tanto reducir el costo como pagar salarios decentes a partir de la segunda semana de formación (ILO, 1967a, pp. 6-13). No se requería ningún nivel de estudios previo para los trabajadores. En el taller solo se aceptaban personas potencialmente productivas en alguno de los puestos de trabajo y no se realizan adaptaciones costosas en estos. Esta selectividad garantizaba un buen rendimiento. Con la ayuda de técnicos japoneses, la producción se centraba en paraguas de buena calidad, para satisfacer así la fuerte demanda local. Gracias a la aprobación de barreras arancelarias en los paraguas importados, el taller logró aumentar considerablemente sus ventas y el número de empleados aumentó hasta los 160. El experto británico se negó desde el principio a ofrecer alojamiento y transporte a sus empleados, para incentivarlos a ser autónomos e independientes. Esta experiencia exitosa fue ampliamente difundida a nivel internacional por los funcionarios de la OIT. En 1968, Norman Cooper declaró que era necesario apoyar el establecimiento de proyectos sencillos y poco sofisticados para los discapacitados en los países en vías de desarrollo (talleres protegidos, cooperativas, trabajo agrícola, trabajo a domicilio) (Cooper, 1968, p. 14).

Durante la década de los sesenta, algunas organizaciones internacionales (ONU, OIT, etc.) no solo valoraban las experiencias en

materia de rehabilitación de los países en vías de desarrollo, sino también las experiencias de los países socialistas. De hecho, se desarrolló y se reforzó la interacción de los funcionarios de las Naciones Unidas y de los organismos especializados con determinados actores de los países socialistas en el ámbito de la rehabilitación. Estos intercambios tuvieron lugar en un contexto de distensión política entre los dos bandos de la Guerra Fría durante los años sesenta. En 1962, los dirigentes de las Naciones Unidas decidieron contratar a un especialista polaco, Aleksander Hulek, como jefe de su Unidad de Rehabilitación. Psicólogo y educador especializado de formación, era un alto funcionario con una larga experiencia práctica y administrativa en el campo de la rehabilitación, que ya había dirigido el Comité Polaco de Rehabilitación. Una vez en el cargo, organizó conferencias y estancias de estudio en los países socialistas. En septiembre de 1965, las Naciones Unidas financiaron un viaje de estudios a Polonia y a la URSS para unos 30 especialistas en rehabilitación provenientes de países en vías de desarrollo, a fin de que pudieran conocer los vastos programas de rehabilitación establecidos gracias a los sistemas de seguridad social (Da Silva, 1986, pp. 314-315). A partir de 1966, las experiencias de las cooperativas de inválidos en los países socialistas (Polonia, Checoslovaquia) también fueron destacadas por la OIT y las ONG (FIMITIC, Cruz Roja) (Tyl, 1966). El énfasis en las experiencias de Polonia y Checoslovaquia no es sorprendente, ya que la OIT mantuvo relaciones privilegiadas con estos dos países durante las décadas de los cincuenta y sesenta (Kott, 2011a, p. 146). En 1979, la OIT organizó un seminario europeo sobre las experiencias suecas y polacas en materia de empleo para las personas discapacitadas, valorizando las cooperativas de trabajo para los inválidos en Polonia. Durante la década de los setenta, también se jerarquizaron a nivel internacional los métodos soviéticos de colocación colectiva de los ciegos en las empresas industriales. Tras una larga valoración mediática de las experiencias soviéticas, los líderes del WCWB visitaron Moscú por primera vez en mayo de 1972 y salieron convencidos de

la eficacia de las empresas de formación y producción de la URSS (WCWB, 1975, p. 167).

Las conferencias y visitas de estudio organizadas por las Naciones Unidas y la OIT durante este periodo destacaron algunos aspectos de las experiencias socialistas: el fortalecimiento del rol del Estado en la planificación centralizada de las políticas en materia de rehabilitación, el papel de la seguridad social en la financiación de los servicios, el papel de la inversión tecnológica, de la industrialización, de la colocación colectiva en las empresas y el de las cooperativas.

Sin embargo, la crisis del proyecto noratlántico de rehabilitación era temporal y no condujo a un replanteamiento completo de sus fundamentos. Los principios liberales seguían encuadrando las soluciones previstas para la inserción profesional de las personas discapacitadas. Dos principios fundamentales seguían prevaleciendo, aunque algunos actores cuestionaban su relevancia: la organización de talleres protegidos y el rechazo de la medida de cuota en las empresas privadas.

La labor de los organismos intergubernamentales: el desplazamiento del poder en favor de la OMS

Durante el periodo 1946-1983, varias ONG presionaron a las Naciones Unidas y a los organismos especializados para que reforzasen sus programas en el sector de la rehabilitación de las personas discapacitadas. Poniendo énfasis en la magnitud del fenómeno (300 millones de personas discapacitadas estimadas en 1968), las ONG les pidieron que aumentasen los presupuestos asignados a este tema y que contratasen más personal.

La OIT al poder en el sector de la rehabilitación hasta principios de los años setenta

En 1948, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) se involucró en la rehabilitación

de los niños y adolescentes víctimas de la guerra. Con el apoyo de los Gobiernos francés, suizo y sueco, centró su acción en la formación de profesionales (850 becarios de 1948 a 1950). Durante el primer trimestre de 1950, Unicef envió a unos 50 becarios a Inglaterra para estudiar la rehabilitación de los niños impedidos. Ese mismo año, la organización prestó asistencia técnica en el ámbito de la atención pediátrica a niños deficientes físicos en varios países (Francia, Bulgaria, Austria). Esta creciente voluntad de implicarse en el sector de la rehabilitación provocó algunas tensiones con los representantes de la OMS y de la OIT, que percibían negativamente esta intrusión en sus ámbitos de competencia. Finalmente, las tensiones se aliviaron en octubre de 1950 durante una reunión conjunta en la que el representante de Unicef declaró que su organización limitaría su ámbito de actividad a la prestación de asistencia material a los niños deficientes.⁴⁴ Durante la década siguiente, la organización ayudó a los centros de rehabilitación de más de treinta países a adquirir equipos especializados (pulmones de acero, máquinas braille, prótesis, equipos de hidroterapia, etc.).

Con la adopción de una Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos (nº99) en 1955, la OIT se convirtió en la organización de referencia en el sector de la rehabilitación hasta principios de los años setenta. El desarrollo de las actividades de rehabilitación profesional de la OIT se inscribía en una dinámica más general de aumento de sus actividades bajo la dirección de David Morse. A pesar de las dificultades inherentes a las tensiones geopolíticas (Guerra Fría, descolonización), el director de la OIT se benefició durante las décadas de los cincuenta y sesenta de un contexto económico favorable a la expansión de las actividades de la OIT, vinculado al optimismo de los responsables gubernamentales sobre el crecimiento económico y a la extensión de las políticas económicas keynesianas y del Estado del Bienestar (Maul, 2010, p. 400).

⁴⁴ AUNESCO, ICF 1946-1956, 371,91 A 022 UNSA. Carta, F. Brunel al Director General de la Unesco, 5 de enero de 1951.

En la Oficina Internacional del Trabajo, fue ante todo la Sección de Higiene Industrial, en especial el Dr. H. A. de Boer, quien desde 1946 se ocupó de la rehabilitación médica y profesional de los inválidos. En 1953, la Sección de Formación Profesional (dentro de la División de Mano de Obra) asumió y dirigió la política de rehabilitación profesional de la OIT. El británico Arthur Bennett fue contratado allí en 1953 y la búlgara Vera Marinova fue contratada como asistente en 1958. En 1961, se creó una sección sobre la rehabilitación profesional dentro de la División de Mano de Obra, a la cual fueron asignados estos dos funcionarios. Otros dos funcionarios se unieron a ellos en 1964/1965, el japonés Isamu Niwa y el británico Norman Cooper. Exoficial de la Real Fuerza Aérea, Norman Cooper trabajó de 1948 a 1961 en el Ministerio de Trabajo británico, con responsabilidades en la gestión de diversos servicios de rehabilitación profesional y en la colocación selectiva de personas discapacitadas en entornos industriales (Sheffield, Hull, Leeds). Realizó una misión de asistencia técnica en rehabilitación profesional en nombre de la OIT en Israel (1962-1963) y luego en Trinidad (1964), antes de convertirse en jefe de la Sección de Rehabilitación Profesional de la OIT (1965-1983). Así pues, fueron dos británicos (Bennett, Cooper) quienes dirigieron sucesivamente la política de rehabilitación de la OIT.

Entre 1955 y 1968, estos funcionarios organizaron la asistencia técnica en rehabilitación profesional en 50 países, principalmente en América Latina, África septentrional y oriental, Oriente Medio y Asia meridional. Convocaron seminarios regionales sobre la rehabilitación profesional de los discapacitados en Manila (1960), Atenas (1963) y Varsovia (1966), con la ayuda de otras organizaciones (ISRD, FMAC, WCWB, ONU, OMS). Sin embargo, algunas ONG consideraban que esta acción era insuficiente. Un miembro influyente de la ISRD, el polaco Aleksander Hulek, hizo campaña desde 1960 para el establecimiento de una comisión de expertos que asegurase “una implementación más amplia de la Recomendación de la OIT

de 1955".⁴⁵ Finalmente, dentro de la ISRD se creó una Comisión de Rehabilitación Profesional, pero que no invadía el campo de acción de la OIT, sobre todo porque esta última estaba representada por uno de sus funcionarios.

El compromiso de la OMS en el ámbito de la rehabilitación médica era real, pero no podía competir con la OIT. La OMS se involucró en la asistencia de los niños discapacitados en 1950, siguiendo las recomendaciones del primer Comité de Expertos en Higiene Materno-Infantil y la interpelación directa al director general de la OMS por el Dr. Howard Rusk. En mayo de 1950, la tercera Asamblea Mundial de la Salud, convocada en Ginebra, incluía en su futuro programa de acción algunas medidas en favor de los niños físicamente disminuidos: financiación de becas de estudio o perfeccionamiento, suministro de material, asistencia técnica a los gobiernos que la solicitaran y financiación de reuniones de grupos de expertos sobre determinadas categorías de niños físicamente disminuidos.

Los miembros de la Sección de Salud Materno-Infantil de la OMS (el Dr. Louis Verhoestraete y luego el Dr. E. M. Alexander) organizaron varias reuniones de expertos que congregaron a todos los organismos (Naciones Unidas, OIT, OMS, Unesco): una primera en 1951 para examinar la rehabilitación de los niños físicamente disminuidos; una segunda sobre el niño retrasado mental (*mentally subnormal*); y otra sobre la prevención, detección precoz y el tratamiento de la sordera entre los niños en 1955. La primera reunión sobre la infancia físicamente disminuida hizo hincapié en una serie de derechos del niño físicamente disminuido: el derecho a la prevención de las deficiencias, a un mejor tratamiento médico, a los cuidados de enfermería, a la protección social, a la educación, a la orientación y a la formación profesional, y a la obtención de un empleo. La segunda reunión de expertos sobre los niños deficientes mentales puso énfasis en la necesidad de prevención y en el imperativo de educar a todos

⁴⁵ AOIT, NGO n°20, carpeta n°4 (1959-1963). Carta, Mr. Blanchard al Director General, 15 de septiembre de 1960.

estos niños bajo la responsabilidad de las autoridades de las escuelas públicas (WHO, 1954, p. 21). Los dispositivos educativos debían ser flexibles y adaptados a la gravedad de la deficiencia. Los niños “deficientes mentales graves” podían ubicarse en una institución especializada, pero los niños deficientes mentales medios o leves podían ser educados en clases especiales (*ratio* reducida) en escuelas ordinarias. En el informe del Comité se señalaba la utilidad de adoptar una legislación para proteger a los niños deficientes mentales, con el fin de organizar el sistema de tutela, protegerlos contra los malos tratos y garantizar los servicios de atención y educación. En 1955, el Comité de Expertos sobre Niños Deficientes Auditivos preconizó el uso de dispositivos electroacústicos para entrenar a los niños sordos a escuchar y a hablar desde el primer año de vida, además de la lectura de labios (WHO, 1955).

En 1954, el médico chino Tsung Sing Sze (de la Sección de Higiene Social y Medicina del Trabajo de la OMS) organizó una conferencia sobre dispositivos protésicos con especialistas en prótesis, médicos especialistas en rehabilitación, así como representantes de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales (ISR, FMAC) (OMS, 1955). En 1958, convocó una reunión de expertos en rehabilitación médica, con escasa representación de otros organismos especializados (OIT, Unesco) (OMS, 1958, p. 10). El informe hacía hincapié en la responsabilidad del médico en el seguimiento de todas las etapas del proceso de rehabilitación (médica, profesional, social, educativa). Aunque su pericia era reconocida en el sector de la rehabilitación médica, la OMS dejó posteriormente en manos de las ONG (ISR, FMAC) la organización de conferencias internacionales y seminarios de formación sobre prótesis.

Como parte de su programa de asistencia técnica, la OMS participaba en la organización de servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, ortopedia y fabricación de prótesis en los países que lo solicitaban, a menudo con la asistencia de Unicef, que proporcionaba parte del equipo necesario. La acción en formación del personal especializado (fisioterapia, terapia ocupacional, medicina física) era

importante. Durante el periodo 1958-1967, la OMS concedió más de 400 becas para la rehabilitación (OMS, 1968, p. 57). Desde 1960, estuvo organizando, en cooperación con el gobierno danés, varios cursos y seminarios internacionales de formación para médicos especialistas en rehabilitación e instructores de fisioterapia. En mayo de 1966, la Asamblea Mundial de la Salud pidió que se ampliase en la medida de lo posible el programa de formación del personal médico y paramédico en el ámbito de la rehabilitación y que se intensificasen las políticas en materia de rehabilitación para las víctimas de enfermedades mentales y cardiovasculares. Sin embargo, debido a la falta de recursos, la OMS extendió poco su acción en este campo: solo un funcionario siguió a cargo de la rehabilitación (el Dr. J. Yamamoto).

La implicación tardía y limitada de la Unesco en el sector de la educación especial

La Unesco empezó a abordar los problemas educativos de los niños discapacitados en 1947, en el marco de su Programa de Asistencia a los niños víctimas de la guerra en Europa. En 1949, la Dra. Thérèse Brosse, encargada en este programa de estudiar la infancia deficiente, publicó un libro sobre los problemas educativos de los niños discapacitados a causa de la guerra (Unesco, 1949). Desarrolló un programa de servicios ampliados en educación especial, que incluía la formación de profesores especializados, pasantías, asistencia técnica a los gobiernos, difusión de material moderno.⁴⁶ Esta educación especial debía adaptarse a las capacidades de cada niño, no ser discriminatoria ni proselitista, y debía tener por objeto la emancipación y la futura normalización de la vida del niño. Este Programa de acción contaba con el firme apoyo del director general de la Unesco, el mexicano Jaime Torres Bodet, en el contexto de los debates sobre el programa de la Unesco para 1951. Exministro de Educación de

⁴⁶ AUNESCO, ICF 1946-1956, 371,91 A 064 (494) "50" UNSA. Carta, T. Brosse al Director General, 9 de marzo de 1950.

México (1943-1946), Bodet daba muestras de una gran independencia intelectual y deseaba ampliar las actividades de la organización. En ese momento, se mostraba cada vez más crítico con las bajas contribuciones financieras de las grandes potencias, como Gran Bretaña, Francia o Estados Unidos (Archibald, 1993, p. 152).

Ya en enero de 1950, la propuesta de Thérèse Brosse de un programa ampliado se enfrentó a la reticencia de Estados Unidos debido a la pesada carga económica que representaba esta nueva misión (Maurel, 2006, p. 696). En ese momento, los Estados Unidos lograron mantener cierto control sobre la dirección de la acción de la organización gracias a la mayoría que habían obtenido en la Conferencia General de la Unesco (Archibald, 1993, p. 145) y gracias a su importante contribución financiera al presupuesto ordinario. Su objetivo era restringir el ámbito de acción de la Unesco con el fin de proporcionar más recursos para un pequeño número de actividades.

El Programa de Servicios de Educación Especial se recortó definitivamente en la 5a sesión de la Conferencia General de la Unesco. El director general de la Unesco solo estaba autorizado a recopilar y difundir información sobre el tema y a prestar ayuda financiera a determinadas ONG.⁴⁷ Ese mismo año, los administradores de los fondos de los programas ampliados de la Unesco decidieron que los proyectos de asistencia técnica relativos a los niños discapacitados físicos no podían financiarse con cargo a estos fondos porque no estaban directamente relacionados con el desarrollo económico. A raíz de estas decisiones, los funcionarios del Departamento de Educación de la Unesco (Francis Brunel, Dr. William Douglas Wall), solicitados sobre este tema, se vieron obligados a rechazar casi todas las peticiones de asistencia técnica de los Gobiernos, así como las solicitudes de ayuda financiera para la organización de coloquios o becas de formación.

⁴⁷ Records of of the General Conference of the Unesco, Fifth session, Florence, 1950, *Resolutions*, París, julio de 1950, pp. 34-35.

Por el contrario, en junio de 1949, el Comité Ejecutivo de la Unesco decidió que la organización debía comprometerse con la unificación internacional del braille, convocando varias reuniones internacionales de expertos. Un ciego neozelandés veterano de guerra, Clutha Mackenzie, fue contratado durante el verano de 1949 como consultor en el Departamento de Comunicación de Masas de la Unesco para llevar a cabo un estudio preliminar sobre este tema. Director de una Institución para Ciegos en Auckland, ya había llevado a cabo misiones técnicas para organizar instituciones para ciegos en India, Malasia y China. Organizó reuniones de expertos sobre el braille y facilitó la creación de un Consejo Mundial del Braille, del que fue presidente. La labor de este organismo dio lugar posteriormente a la armonización del sistema braille por ámbito lingüístico (braille español, portugués, árabe).

Durante más de una década, la acción de la Unesco en el sector de la educación especial fue residual, a pesar de la presión reiterada de las ONG (ISR, WCWB, CWOIH) que le instaban a participar en este sector. Estas demandas no tuvieron éxito, ya que muchos gobiernos de los países en vías de desarrollo consideraban que la educación especial era un tema secundario, un lujo de los países ricos, frente al imperativo de la alfabetización de la población.

Hasta finales de los años sesenta, la dirección de la Unesco se contentó con enviar representantes del Departamento de Educación a las reuniones del TWGRPH y a algunas conferencias internacionales sobre la rehabilitación organizadas por las Naciones Unidas, y solo envió un consultor a dos países. La acción de la Unesco se limitaba a recopilar información y estadísticas, y a la publicación de documentos sobre las necesidades educativas de los niños deficientes. La recopilación de datos estadísticos programados regularmente (1953, 1958, 1968) condujo al establecimiento de normas estadísticas y a hacer evolucionar la definición del concepto de educación especial de acuerdo con la dinámica de educación de los niños discapacitados en las clases ordinarias. El Departamento de Educación de la Unesco y la Oficina Internacional de Educación (OIE) publicaron

conjuntamente un estudio titulado *L'organisation de l'enseignement spécial pour débiles mentaux: étude d'éducation comparée* (1960).

La falta de implicación de la Unesco en favor de los niños discapacitados, junto con las Naciones Unidas, la OIT y la OMS, tuvo dos consecuencias a largo plazo. Por un lado, esta escasa participación de la Unesco contribuyó al dominio exclusivo del sector de la rehabilitación sobre el sector de la educación especial en el contexto de la coordinación de las políticas públicas en materia de discapacidad. La educación especial se fue integrando gradualmente como uno de los aspectos de la rehabilitación integral, como demostraba el establecimiento de una Comisión de Educación dentro de la ISWC. Por otra parte, si bien las primeras acciones de la Unesco tendían a promover la educación especial laica, no proselitista y no discriminatoria, su abrupta retirada de este sector en 1950 condujo a la preeminencia de normas fuertemente influenciadas por la Iglesia católica. De hecho, una de las principales organizaciones internacionales que contribuyeron a la construcción de redes internacionales de educación especial durante las décadas de los cincuenta y sesenta fue la Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE). Creada en 1948, esta organización, que contaba con el apoyo del Vaticano, tenía como objetivo competir con la Unesco, considerada promotora de una filosofía materialista, y contrarrestar la influencia de las ideas protestantes sobre la protección de la infancia apoyadas por actores anglosajones (Ferreti y Bienvenue, 2010, p. 158). Una Comisión Médico-Pedagógica y Psicosocial fue creada en el seno de la BICE por profesores de pedagogía especializada. Dirigida por el sacerdote francés Henri Bissonier, esta Comisión organizó sesiones sobre la pedagogía de la infancia anormal en cada congreso internacional de la BICE. Los miembros de esta Comisión (en particular Henri Bissonier, Maria Soriano y Euchariste Paulhus) llevaron a cabo una reflexión sobre la profesionalización de la educación especial mediante la organización de múltiples conferencias de expertos durante las décadas de los cincuenta y sesenta (Ferreti y Bienvenue, 2010, p. 166). Cuatro años después de la aprobación de la Declaración de los Derechos del

Niño por las Naciones Unidas, el BICE y la Oficina Internacional de la Educación Católica organizaron un Congreso Mundial sobre los Derechos del Niño en Beirut en abril de 1963. Los congresistas aprobaron una declaración que reafirmaba el derecho de los niños “inadaptados” a la atención médica, a la educación y a la rehabilitación lo más completa posible. Este texto estaba impregnado de valores católicos: se afirmaba el derecho incondicional a la vida, así como el papel central de la familia en el cuidado de los niños “inadaptados” y la necesidad de proporcionarles una educación religiosa. El principio centrado en el lugar del niño dentro de la familia, y la crítica de la institucionalización deben considerarse en el contexto de la creciente influencia de la psicoeducación a principios de los años 1960, que hacía hincapié en los beneficios del desarrollo individual del niño fuera de un marco institucional y en su camino progresivo hacia la autonomía (Commend, 2019, p. 52). Este texto también preveía la inclusión de rampas o ascensores en los edificios de nueva construcción, la reserva de puestos de trabajo en la industria y el comercio, y el derecho de los niños deficientes mentales “a la expansión de su vida afectiva y a una vida sexual plurifactorial apropiada a su estado”. La vida sexual plurifactorial que se mencionaba en este texto apenas era definida. En nuestra opinión, conllevaba una devaluación de la sexualidad reproductiva en favor de la sexualidad no reproductiva (masturbación individual, caricias, etc.) y de las diversas formas de relaciones afectivas no sexuales (amistad, amor paternal y fraternal, amor a Dios, etc.).

El Centro Internacional de la Infancia (CIE), que paliaba parcialmente la inacción de la Unesco, participó en la promoción de nuevas normas en el ámbito de la educación especial desde mediados de los años sesenta. Desde 1965, la CIE organizó anualmente cursos sobre la infancia inadaptada destinados a educadores especializados y jueces de menores de unos 20 países.⁴⁸ En 1965 se organizó un grupo de tra-

⁴⁸ ACIDEF, 1 CIDEF 14. Centre international de l'enfance, 1965. Rapport présenté par le Directeur général à la réunion du Conseil d'administration, Paris, 4 y 5 de marzo de

bajo sobre los niños con retraso mental. Los resultados de esta investigación fueron presentados durante un seminario sobre los “niños con insuficiencia mental” en mayo de 1971 y publicados con el título de *Les enfants atteints d'insuffisance mentale* (1972).

La presión de las ONG sobre la Unesco aumentó a mediados de los años sesenta. En 1964, la Conferencia General de la Unesco aprobó una resolución (nº1292) en la que pedía al director general que prestase más atención a las necesidades educativas de las personas discapacitadas físicas y mentales. Sin embargo, la Unesco demoró en tomar medidas a este respecto. En la Conferencia General de la Unesco de 1966, los países nórdicos propusieron a la Secretaría que la educación especial para niños deficientes fuese incluida entre los sectores prioritarios del futuro Programa de Educación de la organización.⁴⁹ Si bien varios miembros defendían esta propuesta y deseaban financiarla con cargo al presupuesto ordinario, el director general se mostró reacio a hacerlo, aduciendo la falta de recursos en el presupuesto ordinario. Finalmente, la 14ª Conferencia General de la Unesco aprobó una resolución (nº1.133) en la que autorizaba al director general a elaborar un Programa de Educación Especial para niños y jóvenes discapacitados, únicamente sobre la base de las contribuciones voluntarias de los Estados miembros. Este Programa de acción fue sometido a la apreciación de la 15ª Conferencia en noviembre de 1968. Los conferenciantes aprobaron la resolución nº1.164, que autorizaba al director general a realizar estudios sobre la educación especial de los niños discapacitados y a ayudar a los Estados miembros a desarrollar sus sistemas de educación especial enviando expertos y concediendo becas a los profesores.⁵⁰ Para ello sería necesario utilizar recursos extrapresupuestarios. En 1968, un

1966, p. 9.

⁴⁹ Borrador de resolución firmada por Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia, 12 de noviembre de 1966 (14 C/DR/76). Unesco, *Draft resolutions: General Conference, 14th session, Paris, 25 october-30 november 1966*.

⁵⁰ Records of the General Conference, fifteenth session, Paris, 1968. Unesco, *Resolutions*, París, 1969, p. 21.

especialista sueco, Nils Ivar Sundberg, fue contratado para dirigir el Programa de Educación Especial.⁵¹

Bajo su dirección, la Unesco orientó su acción hacia la integración de los jóvenes discapacitados en el sistema educativo general y fomentó la producción de materiales didácticos sencillos a nivel local. Sundberg organizó reuniones internacionales de expertos sobre la educación especial para sordos (1974), sobre la educación especial (1977) y sobre la terminología de la educación especial (1979). Organizó varios seminarios regionales de formación de profesores, a menudo en colaboración con el Gobierno danés. Dirigió una decena de estudios sobre algunos aspectos de la educación especial (legislación, terminología, enseñanza profesional y técnica, rentabilidad económica, braille, etc.). La Unesco publicó un libro sobre la educación especial escrito por el profesor William Douglas Wall (que trabajaba en el Instituto de Educación de la Universidad de Londres) en colaboración con la Oficina Internacional de Educación de Ginebra (Wall, 1979), un folleto de divulgación titulado *Éduquer les déficients?* (1969), así como una bibliografía completa (1982). A través de su acción, la Unesco también contribuyó a la legitimar e institucionalizar las profesiones de ortofonista y logopeda.

Desde finales de los años sesenta, la acción de la Unesco se orientó principalmente a los países en vías de desarrollo. Entre 1969 y 1982, la organización envió expertos en educación especial a 27 países, principalmente de América Latina (11 países), Oriente Medio (7 países) y África. Estos expertos ayudaron a los países a planificar la política en materia de educación especial y a organizar la formación de los profesores interesados. Envío a varios consultores para organizar la formación de profesores de sordos (Siria, Argentina, Madagascar, Isla de la Reunión), deficientes visuales (Cuba) y deficientes mentales (Costa Rica, Irak, Venezuela).

⁵¹ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. N. I. Sundberg, "Activities [of Unesco] in the Field of Rehabilitation", 1972.

A lo largo de los años setenta, varias ONG (RI, ILSMH, WCWB, CWOIH) presionaron a la Unesco para que se implicase más en el sector de la educación especial y que aumentase sobre todo los programas de formación de profesores especializados. Como resultado de estas presiones, la Unesco intentó incluir e integrar actividades para los discapacitados en todos sus programas de acción a mediados de los años setenta. Sin embargo, la acción de la Unesco en este sector fue limitada, por razones que derivaban tanto de su limitado ámbito de competencia, como de la debilidad intrínseca de su acción normativa y de la selectividad geográfica de su territorio de acción, pero también de su reducido presupuesto. Solo siete Estados miembros (entre ellos Dinamarca, Suecia y los Países Bajos) aportaban una contribución voluntaria para garantizar la ejecución del Programa de Educación Especial. En 1975, el presupuesto ordinario de la Unesco solo permitía abarcar 12 de los 23 proyectos aprobados técnicamente. A lo largo de este periodo, Nils Ivar Sundberg buscó financiar otras actividades a través de fuentes extrapresupuestarias (ingresos por conciertos, etc.).

La reorientación de la acción de los organismos intergubernamentales hacia la prevención y una rehabilitación simplificada y poco costosa (1975-1983)

A principios de los años setenta, los expertos de la ISRD y de la ILSMH defendían una rehabilitación simplificada y basada en la comunidad. En 1972, el sueco Richard Sterner (ILSMH) declaró en un informe a la CWOIH que una política de prevención de las discapacidades era esencial en los países en vías de desarrollo, particularmente para preservar el potencial productivo.⁵² Aconsejaba a estos países que fueran construyendo progresivamente servicios de rehabilitación basados en

⁵² AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. Richard Sterner, "Prevention of Handicap and Rehabilitation as part of a rational World Population Policy", *Document of the CWOIH for the plenary meeting of CWOIH in Paris on June 12-13, 1972*, p. 4.

la comunidad, integrados en la esfera residencial ordinaria de las personas discapacitadas. La Asamblea de la CWOIH no debatió de inmediato sobre este informe, debido a una agenda muy apretada.

Ese mismo año, Kenneth W. Newell, director de la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (SHS) de la OMS, señaló que los esfuerzos de la OMS en el campo de rehabilitación eran muy insuficientes.⁵³ Esto se reflejaba en la falta de acción en la prevención de las discapacidades, la ausencia de indicadores de la magnitud del problema de la discapacidad en el mundo y la presencia de un solo funcionario a cargo de la rehabilitación en la sede de la OMS. Por consiguiente, el director de la División SHS propuso tomar una decisión clara, ya fuera asumiendo una acción que se redujera a una actividad de coordinación, ya fuera participando de forma más activa en la estructuración del Programa de Rehabilitación movilizándolo más recursos y personal. Por consejo del director general adjunto de la OMS (Dr. Halfdan Mahler), Newell convocó una reunión de expertos en rehabilitación en enero de 1973 para elaborar un programa de acción en rehabilitación. Estos expertos se pusieron de acuerdo para proponer una reorientación del Programa de Rehabilitación de la OMS hacia la atención basada en la comunidad, sin descartar no obstante la existencia de instituciones especializadas de alto nivel en el ámbito nacional para gestionar problemas excepcionales. La acción de la OMS era esencial para identificar la magnitud del problema, establecer la rehabilitación como un componente esencial de los servicios de salud y organizar la prestación de servicios de rehabilitación por parte del sistema de atención comunitaria.

Al año siguiente, el Dr. Einar Helander fue contratado por la División SHS de la OMS para gestionar el Programa de Rehabilitación. Especialista en cardiología y medicina de rehabilitación, este médico sueco ya había sido incorporado al Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Sección Europea de la OMS. Poco después de su

⁵³ Archivo de la Organización Mundial de la Salud [AOMS], Cent Files 3rd, R4/87/6, Memorandum, Director SHS a Dr. H. Mahler, 18 de septiembre de 1972.

integración en la OMS, fue enviado a Irak para considerar un plan de asistencia en rehabilitación, porque el Gobierno se enfrentaba a las consecuencias de una intoxicación generalizada relacionada con el consumo de grano tratado con un pesticida (compuesto de metilmercurio), teóricamente destinado a la agricultura, pero transformado en pan por la población hambrienta. Una vez allí, Einar Helander constató que las personas que se habían quedado ciegas o discapacitadas ya estaban siendo socorridas por los miembros de sus familias, que les habían enseñado a caminar, vestirse y alimentarse por sí mismos de forma independiente. Se convenció muy rápido de que la llegada prevista de fisioterapeutas occidentales era innecesaria.

Bajo el impulso del Dr. Helander, la dirección de la OMS decidió en 1975 cambiar radicalmente la orientación de su acción, consciente del fracaso de la aplicación de métodos sofisticados de rehabilitación en los países en vías de desarrollo. Ciertamente, la creación de instituciones urbanas de rehabilitación era demasiado costosa, ya que estaban dotadas de equipos sofisticados y profesionales altamente cualificados. Además, en los países desarrollados, la alta especialización de la atención médica para las personas discapacitadas había desembocado a una lógica de ingreso en instituciones y a una disminución del apoyo de la familia extensa y de la comunidad en la atención. Los países en vías de desarrollo no debían seguir este camino.

La dirección de la OMS decidió dar plena prioridad a la prevención de la discapacidad, hasta el punto de excluir el desarrollo de cualquier servicio de rehabilitación, si fuera necesario. Desde 1975, Einar Helander defendió este nuevo enfoque ante la CWOIH y otras organizaciones intergubernamentales, alentándolas a adoptar los mismos principios de acción. Así pues, declaró su disposición a prestar asistencia técnica a los servicios de rehabilitación simples en las zonas rurales, pero ahora se negaba a prestar asistencia a las grandes instituciones construidas en las zonas urbanas.⁵⁴ Al considerar

⁵⁴ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. *Report of the plenary meeting of the CWOIH*, Ginebra, 23 y 24 de septiembre de 1975, p. 5.

que esta política era la única posible para reducir la incidencia de la discapacidad y para desarrollar servicios que pudieran beneficiar al mayor número de personas, el representante de la OMS amenazó con suspender toda cooperación en los proyectos desarrollados por otras organizaciones que no se basaran en estos principios. Aunque los representantes de la OIT, la Unesco y las ONG tenían una percepción positiva de las ideas promovidas por la OMS, se mostraron reacios a centrarse exclusivamente en la prevención. Después de varias reuniones, las organizaciones intergubernamentales acordaron desarrollar conjuntamente algunos proyectos piloto en dos o tres países “que podrían ayudar a clarificar la aplicación de estos principios”.

En 1976, la Secretaría de la OMS publicó un documento fundacional de su nueva política, titulado *Disability prevention and rehabilitation*, para presentarlo en la 29ª Conferencia Mundial de la Salud. La OMS favorecía una política de prevención de las discapacidades mediante campañas de vacunación masivas y la mejora de las condiciones sanitarias y alimentarias de las poblaciones.⁵⁵ La OMS recomendaba que las actividades de prevención de las discapacidades y de rehabilitación fuesen integradas en la mayor medida posible en los programas de atención primaria y en los servicios generales de salud. Con este fin, los asistentes locales que trabajaran en atención primaria de salud debían ser contratados y capacitados en prevención de las discapacidades para convertirse en terapeutas polivalentes y el material utilizado debía estar disponible localmente a bajo costo. El uso de equipo sofisticado se reservaría para los casos más graves. La persona discapacitada se consideraba en estos programas una persona autónoma, apoyada por su familia y su comunidad. Continuaría viviendo en su hogar y en su entorno comunitario, gracias a la capacitación de los miembros de la familia a técnicas sencillas de rehabilitación y gracias a la atención domiciliaria u otros tipos de servicios. Este enfoque incorporaba

⁵⁵ World Health Organization [WHO], *Disability prevention and rehabilitation*. A29/INF.DOC/1, 28 de abril de 1976, en el marco de la 29ª Conferencia Mundial de la Salud.

principios ya adoptados en los Programas de Salud Materno-Infantil de la OMS que habían demostrado ser eficaces. Este nuevo Programa de Prevención y Rehabilitación fue aprobado en la 29ª Conferencia Mundial de la Salud en mayo de 1976 (resolución 29.68), sobre todo gracias a la fuerte movilización por parte de las asociaciones miembros de la CWOIH hacia los ministros de Salud. Dos años después, la OMS teorizó este nuevo enfoque de la rehabilitación adoptando el concepto de *community based rehabilitation*. En 1978, la OMS aprobó la Declaración de Alma-Ata, que daba prioridad a los enfoques basados en la comunidad en todas las intervenciones relacionadas con la salud. En 1980, la OMS publicó un manual titulado *Training the disabled in the community* (Helander, Mendis, Nelson, 1980).

Para aplicar este programa de acción, la dirección de la OMS reestructuró sus actividades. Una pequeña Unidad de Rehabilitación dirigida por el Dr. Helander estaba ubicada dentro de la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Dos médicos se unieron a este grupo, el Dr. Sherwood B. Slater y el polaco Dr. Jeffy Krol. Los fondos disponibles para este programa en el presupuesto ordinario eran escasos (20.000 dólares anuales), lo que obligó al Dr. Helander a buscar fondos extrapresupuestarios y a solicitarlos directamente a los gobiernos. En 1975, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SIDA) decidió apoyar el programa de la OMS con fondos extrapresupuestarios. Polonia también puso a su disposición varios expertos en rehabilitación para ayudar a los países africanos. Durante los años setenta, esta Unidad de Rehabilitación colaboró con varias decenas de países en proyectos de rehabilitación y prevención de la discapacidad.

Aunque había generado resistencias, el enfoque de la OMS contó con el apoyo general de otros organismos y de ONG. En este sentido, un Comité de Expertos de la CWOIH consideró en 1976 que el nuevo programa de acción de la OMS era “un marco excelente para nuevas reflexiones”.⁵⁶ Sin embargo, aportó algunos matices, al considerar que

⁵⁶ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. CWOIH, Report of the Ad Hoc Committee submitted by Mr. Duncan Guthrie, “Programme and policy for disability prevention and

la ampliación de los servicios de rehabilitación existentes y la formación de profesionales altamente cualificados podían ser útiles en determinadas situaciones. En resumen, el Comité propuso que el nuevo enfoque de la OMS fuera considerado más como un cambio de objetivos que como un reemplazo completo de los métodos existentes. A finales de 1976, el representante de la OIT, Isamu Niwa, declaró su disposición a cooperar en el desarrollo de este nuevo enfoque de la rehabilitación en todos los proyectos conjuntos de servicios simples en las zonas rurales, utilizando colaboradores y auxiliares.⁵⁷ Dos años más tarde, los miembros de RI también apoyaron esta nueva orientación, incluido el principio de la rehabilitación basada en la comunidad, en las conclusiones del Congreso de Manila (RI, 1978, p. 194).

Durante los años setenta, la Unidad de Rehabilitación Profesional de la OIT siguió enviando consultores a Asia, África y América Latina, ofreciendo becas de estudio y especialización, así como organizando seminarios regionales de formación. La dirección de la OIT nombró a expertos regionales en rehabilitación profesional en Oriente Medio, América Latina (Norman Phillips, luego Kurt Müller), África (Isamu Niwa) y Asia (Edgar Marland). Estos expertos regionales estaban encargados de prestar asistencia técnica a los gobiernos y asociaciones para desarrollar servicios de rehabilitación profesional. Bajo la presión de la ISRSD, ya en 1971 Norman Cooper respaldó la incorporación de programas de rehabilitación profesional en ciertos proyectos generales de promoción del empleo (*World Employment Programme*).⁵⁸ Después de 1976, los principios de la rehabilitación profesional fueron incorporados en los programas más amplios (relacionados con la seguridad social, la educación de los trabajadores, las cooperativas y la formación de la mano de obra). Sin embargo,

rehabilitation of the WHO", for the Plenary meeting of the CWOIH, Ginebra, 29 y 30 de noviembre, 1976.

⁵⁷ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. ILO paper, Ad Hoc Inter-Agency Meeting on Rehabilitation of the Disabled, Geneva, 2-3 December 1976. Implications of the New Concerted Approach to Rehabilitation for Programmes of Organisations.

⁵⁸ AOIT, NGO n°578, carpeta n°2. Minute Sheet, N. Cooper a Béguin, 11 de marzo de 1971.

contrariamente a las expectativas de las ONG, la acción de la OIT en este sector se vio poco reforzada, debido a la falta de recursos económicos. La financiación era insuficiente para atender todas las solicitudes de asistencia técnica y para considerar la creación de centros regionales permanentes para la formación de profesionales. Por este motivo, la Unidad de Rehabilitación Profesional de la OIT buscó el apoyo financiero y técnico de las ONG, así como de algunos fondos nacionales de solidaridad internacional (*Danish International Development Agency, Swedish International Development Authority*).

Durante los años setenta, la acción de la OIT estuvo marcada por tres nuevas tendencias: la prioridad concedida a la rehabilitación profesional simplificada de las personas discapacitadas en zonas rurales, la extensión de los beneficiarios de su acción de rehabilitación (a los deficientes mentales, enfermos mentales, leprosos, toxicómanos y alcohólicos), además del fortalecimiento de su acción en favor de los ciegos y de las mujeres. A petición del WCWB, se estableció una colaboración entre la OIT y esta ONG, que condujo en enero de 1974 a la creación de un servicio de información sobre el empleo de los ciegos gestionado por la OIT (denominado BLINDOC), que proporcionaba información a las organizaciones miembros del WCWB.

Fortalecimiento de la labor de las Naciones Unidas

Bajo la presión de varias ONG (CWOIH, WCWB, ISRD), la ONU reforzó su acción en el campo de la rehabilitación de las personas discapacitadas mediante la adopción de resoluciones (n°1086 del 30 de julio de 1965, n°1921 (LVIII) del 6 de mayo de 1975) que ampliaban el perímetro de intervención restringida definido en 1950 en la Resolución 309 R (XI). La Resolución 1921 establecía que las Naciones Unidas debían dar mayor prioridad a las actividades de rehabilitación, fortalecer la dimensión regional de sus actividades facilitando la organización de centros regionales de capacitación y ampliar su campo de asistencia a la rehabilitación de las personas deficientes mentales y a la prevención de la discapacidad. También debía reorientar los cursos de

estudio y perfeccionamiento a países con condiciones similares a las de los países de origen de los becarios. Esta resolución recomendaba que los gobiernos legislasen sobre este tema, reforzasen sus servicios de rehabilitación, incluyesen medidas para prevenir la discapacidad y garantizaran que todas las categorías de personas discapacitadas pudieran beneficiarse de los servicios de rehabilitación (atención, educación, formación, orientación profesional, empleo) y de la seguridad social.

A principios de 1967, el jefe de la Unidad de Rehabilitación de la ONU, Aleksander Hulek, renunció a su puesto para trabajar en Polonia. Fue reemplazado por Esko Kosunen, un psicólogo finlandés que había trabajado en la Asociación Finlandesa de Mutilados de Guerra y luego como jefe del Departamento de Rehabilitación de la WVF. La Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas continuó con la acción en favor de la formación de profesionales de la rehabilitación. Organizó junto con el gobierno danés seminarios interregionales de formación sobre órtesis y prótesis. Realizó estudios internacionales en colaboración con ONG sobre varios temas: legislación; organización y administración de la rehabilitación; rehabilitación de los ciegos en los países en vías de desarrollo; acceso a la educación y a los servicios de rehabilitación para los niños discapacitados; implicaciones económicas y sociales de las inversiones en rehabilitación; así como situación económica y social de los deficientes mentales. La Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas también organizó reuniones de expertos sobre la planificación de los servicios de rehabilitación en los países en vías de desarrollo en 1971, sobre las barreras arquitectónicas en 1974, sobre las barreras sociales a la integración de las personas discapacitadas en 1976 y sobre la cooperación técnica entre los países en vías de desarrollo en materia de rehabilitación y prevención de la discapacidad en 1981. Los informes de los comités de expertos, al igual que los estudios, fueron publicados y difundidos en todo el mundo. En 1976, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo apoyó la creación en Teherán (Irán) de un Instituto Internacional para la rehabilitación de las personas

discapacitadas en los países en vías de desarrollo, donde se celebraban seminarios regionales para la formación de profesionales.

En diciembre de 1975, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración de los Derechos de los Impedidos (*Declaration on the Rights of Disabled Persons*). Para promover la aplicación de estos derechos, se decidió en diciembre de 1976 proclamar 1981 como el Año Internacional de los Impedidos (AII) –International Year of Disabled Persons, IYDP–, con el lema “Participación plena”. El objetivo era doble. Por un lado, la Declaración de los Derechos de los Impedidos debía ser ampliamente difundida para deconstruir los prejuicios del público. Por otra parte, se trataba de promover acciones internacionales y nacionales para ayudar a las personas discapacitadas y medidas concretas de prevención de la discapacidad.

La Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas elaboró un proyecto de Programa de Acción Internacional para el AII, que fue aprobado por la Secretaría General. Su contenido tenía parcialmente en cuenta las propuestas de los Estados miembros y de las ONG (CWOIH, RI, ILSMH, etc.).⁵⁹ La Secretaría General de las Naciones Unidas fue la encargada de organizar un simposio de expertos sobre asistencia técnica a las personas discapacitadas, de prestar apoyo financiero y administrativo a las actividades relacionadas con el AII y de ejecutar un programa de acción a largo plazo. Estaba prevista una mayor cooperación con la OMS para ayudarla a realizar estudios y desarrollar conceptos en el sector de la discapacidad. La Secretaría General debía hacer un llamamiento a los países desarrollados para que aumentasen la asistencia económica y técnica a los países en vías de desarrollo en el ámbito de la discapacidad. Además, se animó a los gobiernos a reformar su legislación (empleo, seguridad social, impuestos, construcción, etc.), a coordinar programas de acción para las personas discapacitadas, a organizar una política de prevención de la discapacidad y a promover la participación de las ONG y de las

⁵⁹ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. CWOIH, *Report the plenary meeting, Geneva, november 29 and 30, 1976*.

personas discapacitadas. A partir de marzo de 1979, se convocó varias veces a un Comité Asesor para el Año Internacional de los Impedidos (AII) con el fin de planificar y coordinar sus actividades. Este Comité recomendó que el lema del AII fuera cambiado por el de “plena participación e igualdad”, lo que fue aceptado por la Asamblea de las Naciones Unidas en diciembre de 1979.

Sin embargo, los recursos asignados por las Naciones Unidas a la cuestión de la discapacidad seguían siendo insuficientes para satisfacer las crecientes demandas de los países en vías de desarrollo. Para paliar esta situación, la ONU fortaleció la cooperación con los gobiernos nórdicos y en 1970 inició una estrecha colaboración con la organización estadounidense World Rehabilitation Fund (WRF), que se ofreció a contribuir a la financiación de varias acciones de la ONU en este sector. Esta colaboración, que se reflejaba en intercambios privilegiados y regulares entre el WRF, la ONU y las agencias especializadas en el contexto del programa de enlace sobre la rehabilitación, contrarió a varias ONG. La conmoción fue mayúscula entre los líderes de la CWOIH al perder el estatus de colaboradores privilegiados de la ONU en el sector de la discapacidad. Temían que esta colaboración con el WRF influyera en las prioridades y la orientación de las políticas de ayuda desarrolladas por la ONU.

Asimismo, las Naciones Unidas no conseguían coordinar eficazmente sus actividades con las de los organismos especializados y las ONG. A mediados de los años sesenta, el Comité Administrativo de Coordinación quiso restringir las actividades del grupo de trabajo TWGRPH, reclasificándolo como Ad Hoc Inter-agency Rehabilitation Meeting (Reunión Interinstitucional Ad Hoc en Rehabilitación). La existencia de este grupo de trabajo incluso se vio amenazada en 1970, pero las ONG presionaron para que se convocase una reunión anual, y así lograron que se celebraran reuniones irregulares de esta Ad Hoc Inter-agency Rehabilitation Meeting (octubre de 1971, 1974 y 1975). La Unidad de Rehabilitación de las Naciones Unidas, que era responsable de coordinar las actividades de los organismos especializados y de las ONG, no tenía poder coercitivo sobre sus actividades.

A pesar de las numerosas peticiones de los organismos especializados y de las ONG para que la sede de la Unidad de Rehabilitación fuera trasladada a Ginebra, esta seguía establecida en Nueva York. Contrariamente al deseo expresado por las ONG, estas no eran consultadas sistemáticamente para la selección de expertos, la asignación de becas y la organización de la formación. La CWOIH organizó la coordinación de las actividades de las ONG, en particular mediante la publicación periódica de la lista de actividades de las ONG. A pesar del apoyo financiero y logístico de las Naciones Unidas y de la Unesco, la CWOIH se enfrentó a dificultades económicas y la publicación de esta lista de actividades se vio, en ocasiones, interrumpida.

La presión de las ONG aumentó durante el periodo de 1967-1983, lo que condujo a un fortalecimiento de la acción de las Naciones Unidas y de los organismos especializados en favor de las personas discapacitadas, aunque este compromiso se vio frenado por una situación económica desfavorable a principios de los años setenta. El bajo nivel de financiación proporcionado por las diversas organizaciones no era el único factor que explicaba el impacto reducido de la asistencia técnica en los países en vías de desarrollo: los funcionarios de las organizaciones internacionales consideraban que a menudo era la escasa prioridad que los países solicitantes concedían a los programas de rehabilitación lo que había impedido el éxito de estos programas.⁶⁰

A partir de mediados de los años sesenta, las agencias especializadas (OMS, OIT) regionalizaron progresivamente las actividades de rehabilitación, nombrando a expertos regionales. La OMS mantuvo en su puesto al asesor regional de Rehabilitación Médica para América Latina, Dr. Robin Hindley Smith, y el danés Erik Jensen fue nombrado consultor regional de Prótesis para América Latina. Esta profesionalización de la asistencia técnica generó una disminución en el recurso a consultores externos, lo que preocupaba a algunas

⁶⁰ AOIT, NGO n°578, carpeta n°2. *Report of the plenary meeting, june 12-13, 1972, París.*

ONG (como el WCWB), que temían que ya no se les pidiera que proporcionasen especialistas.

A finales de los años setenta, la OIT, que hasta entonces había dominado el sector de la rehabilitación, vio su preeminencia cuestionada por la OMS, que establecía la nueva orientación de la política en materia de rehabilitación en los países en vías de desarrollo. La OMS impuso su visión de la prevención y de la rehabilitación basada en la comunidad.

La institucionalización de los derechos individuales (1967-1983)

Durante este periodo (1967-1983), las ONG destacaron la necesidad de adoptar instrumentos jurídicos internacionalmente vinculantes, así como legislaciones a nivel nacional, para proteger los derechos de todas las personas discapacitadas y garantizar la organización de los servicios necesarios para gozar de ellos.

¿Nuevos sujetos de derechos?

Durante este periodo, dos declaraciones internacionales confirmaron la existencia de las personas discapacitadas como sujetos de derechos: la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971) y la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975). La principal innovación consistía en la extensión de los derechos concedidos a las personas deficientes mentales. Aunque la Recomendación n°99 de la OIT ya había incluido a las personas deficientes mentales entre las personas con derecho a la rehabilitación profesional, en pie de igualdad con las personas discapacitadas físicas, ningún texto internacional había definido todos los derechos concedidos a las personas deficientes mentales y las Naciones Unidas nunca habían adoptado un texto de este tipo en beneficio de una categoría de personas discapacitadas. La aprobación de un texto internacional a favor de los

deficientes mentales compensaba, por tanto, un retraso considerable en la acción de los organismos intergubernamentales, que hasta ahora se habían centrado en otras categorías de personas discapacitadas (ciegos, deficientes físicos). Por lo tanto, era la negligencia de esta categoría de beneficiarios lo que explicaba la urgencia de un texto a su favor.

Durante un periodo muy breve, de 1967 a 1971, los derechos de los deficientes mentales fueron debatidos en varias ONG (ILSMH, CWOIH, etc.), las Naciones Unidas y la OIT. Este periodo empezó con un simposio sobre los aspectos legislativos del retraso mental organizado en junio de 1967 por la ILSMH en Estocolmo (ILSMH, 1967). Al final de este simposio, los expertos en deficiencia mental adoptaron una serie de normas de vanguardia para la prestación de servicios a los deficientes mentales, inspiradas en las experiencias nórdicas.

DOCUMENTO 6: PRINCIPIOS GENERALES SOBRE LOS DERECHOS INDIVIDUALES DE LOS DEFICIENTES MENTALES, ADOPTADOS POR LOS PARTICIPANTES AL SIMPOSIO SOBRE LOS ASPECTOS LEGISLATIVOS DEL RETRASO MENTAL ORGANIZADO EN JUNIO DE 1967 POR LA ILSMH EN ESTOCOLMO.

III. INDIVIDUAL RIGHTS

(...) The Symposium affirmed the following:

III.1 General principles

a. The mentally retarded person has the same rights as other citizens of the same country, same age, family status, working status, etc, unless a specific individual determination has been made, by appropriate procedures, that his exercise of some or all of such rights will place his own interests or those of others in undue jeopardy. Among the rights to which this general principle may apply are: the right to choose a place to live, to engage in leisure time activities, to dispose of property, to preserve the physical and psychological integrity of his person, to vote, to marry, to have children, and to be given a fair trial for any alleged offence.

- b. The retarded person has, furthermore; a right to receive such special training, rehabilitation, guidance and counseling as may strengthen his ability to exercise these rights with the minimum of abridgement.
- c. Some persons may be able to exercise all these rights, in due course, even though they are, or may have been, at one time or another, identified as mentally retarded. Others may, as a result of a serious degree of mental retardation, be unable to exercise any of these rights in a meaningful way. There remains a number of retarded persons for whom modification of some or all of these rights may be appropriate.
- d. When modification or denial of rights is necessary, certain compensating special or alternative rights should be acquired. In cases where a number of fundamental rights are to be abridged, the special rights include the right to have a guardian appointed, who will have the legal and moral obligation to make necessary decisions on behalf of the retarded person who cannot act for himself [...].

Las conclusiones de este simposio fueron estudiadas durante el IV Congreso Internacional de la ILSMH, celebrado en Jerusalén del 21 al 27 de octubre de 1968. Los congresistas adoptaron allí una *Declaration of General and Special Rights of the Mentally Retarded*. El campo de las posibilidades que se abrió en 1967 se vio restringido con la adopción de esta Declaración, cuyo contenido era menos progresista.

Después de haber trabajado durante varios años en la Comisión de Desarrollo Económico y Social de las Naciones Unidas, Richard Sterner sugirió que esta Declaración fuera ratificada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Haciéndose con esta propuesta, la Unión Francesa de Asociaciones de Padres de Niños Inadaptados convenció de inmediato al gobierno francés para que presentase este texto a las Naciones Unidas. En diciembre de 1969, el delegado de Francia entregó una copia de la declaración recientemente aprobada por la ILSMH al Secretario General de la ONU y solicitó que fuese estudiada por la Comisión de Desarrollo Social, lo que obtuvo rápidamente. Durante el examen de esta solicitud por la Comisión de Desarrollo Social, dos países socialistas (URSS, Checoslovaquia)

pidieron que se transfiriera el tema a la OMS, considerando que esto era de su competencia, pero la propuesta fue rechazada.⁶¹ En consecuencia, varios países socialistas se abstuvieron después de votar los proyectos de declaración. Esta actitud obstruccionista de los países socialistas era bastante común en la ONU: querían evitar la aprobación de cualquier declaración sobre los derechos humanos, porque consideraban que todos los derechos estaban formulados como derechos individuales inspirados en la legislación occidental y no como derechos socialistas garantizados por el Estado (Normand y Zaidi, 2008, p. 153).

Este texto fue objeto de un minucioso estudio y de propuestas de enmienda formuladas por múltiples actores: la Comisión de Desarrollo Social, la Secretaría de la ONU, el TWGRPH, el Consejo Económico y Social y el Comité de Asuntos Sociales de la Asamblea de la ONU. Al mismo tiempo, las asociaciones afiliadas a la ILSMH interpelaban a sus gobiernos nacionales para que apoyasen la idea de una Declaración de los Derechos del Retrasado Mental en la Asamblea de la ONU. La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental fue finalmente adoptada casi por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971.⁶²

Durante los debates previos a la adopción de este texto, aunque se llegó a un consenso sobre un gran número de puntos (protección contra los tratos degradantes, posibilidad de tutela), otros suscitaron intensos debates: el principio de igualdad de los derechos de los deficientes mentales con respecto a otros seres humanos o el nivel de extensión de los derechos civiles y políticos.

Los expertos de la ILSMH presentes en el simposio de Estocolmo, así como los participantes en el Congreso de la ILSMH en Jerusalén, concedieron a los deficientes mentales los mismos derechos que a los otros ciudadanos de la misma edad y país, excepto en el caso de

⁶¹ Commission for social development, *Report on the twenty-second session, 1-22 march 1971*, suplemento n°3, p. 41.

⁶² ONU, *Declaration on the rights of mentally retarded persons*, reunión plenaria 2027, 20 de diciembre de 1971.

que una decisión legal los pusiera bajo tutela de otra persona debido a la gravedad de su deficiencia. Esta fórmula, que determinaba la igualdad de derechos, fue criticada por varios representantes gubernamentales (URSS, India, Grecia, etc.) durante los debates en el seno de las Naciones Unidas. Varios de estos representantes sostuvieron que este artículo debía limitarse a “hacer hincapié en un trato justo y equitativo adecuado a la dignidad humana”,⁶³ sin obtener el apoyo de la mayoría. Posteriormente, algunos delegados gubernamentales (India, Grecia, etc.) pidieron que se añadiera una frase indicando que se garantizase el disfrute de estos derechos “hasta el máximo grado de viabilidad”. El representante de Grecia obtuvo que se votara esta enmienda cuando el Comité Social examinó el texto.⁶⁴ La declaración de 1971 especificaba que la persona retrasada mental “[debía] gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos”.

En junio de 1967, los expertos presentes en el simposio de Estocolmo consideraron que la legislación debía reconocer el derecho de los deficientes mentales a elegir su lugar de residencia, a disfrutar del ocio, a disponer de sus bienes, a votar, a casarse y a tener hijos (ILSMH, 1978). Pero los participantes al Congreso de la ILSMH en Jerusalén debatieron acaloradamente sobre los derechos al matrimonio, a tener hijos y a votar. Debido a la fuerte oposición de muchos padres y profesionales, la Declaración adoptada por la ILSMH no contenía específicamente estos tres derechos. Esto era prueba de la voluntad de la gran mayoría de los padres de todo el mundo de seguir controlando socialmente la sexualidad de sus hijos, entendiéndose este control como la negación de su sexualidad.

De acuerdo con la posición de la ILSMH, la Declaración de los Derechos aprobada en 1971 no mencionaba los derechos a votar, a casarse o a tener hijos. Tan solo los derechos de acceso a los servicios

⁶³ Commission for social development, *Report on the twenty-second session, 1-22 march 1971*, suplemento nº3, p. 41.

⁶⁴ *Greece: Amendments to Draft Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*, ECOSOC Document E/AC.7/L.589, 7 de mayo de 1971.

(asistencia médica, fisioterapia, educación y formación profesional) estaban explícitamente incluidos en la declaración de la ONU, de acuerdo con el contenido del texto adoptado por la ILSMH. Estos servicios debían ser accesibles para todos, independientemente de la gravedad de la deficiencia. Sin embargo, mientras que el texto de octubre de 1968 concedía a todos los deficientes mentales el derecho a desempeñar un trabajo productivo o cualquier otra actividad profesional, algunos miembros del TWGRPH consiguieron moderar esta afirmación añadiendo “en la medida de sus posibilidades [*capabilities*]”.⁶⁵ El texto final aprobado por las Naciones Unidas determinaba que la persona retrasada mental “[tenía] derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil”. Esta fórmula abría el camino a múltiples interpretaciones y, por lo tanto, restringía el derecho de todos los deficientes mentales a ejercer una actividad profesional. La ONU adoptó una declaración con una orientación conservadora, que mantenía a la persona deficiente mental en un estatus social inferior, considerada no apta para procrear y poco apta para trabajar eficazmente.

La otra dinámica importante que habría que retener era la atención prestada a las mujeres discapacitadas como sujetos de derecho. Si los derechos de las mujeres discapacitadas habían sido discutidos por algunas ONG (AEA, WCWB, ISRD) durante varias décadas, a lo largo de los años setenta se convirtieron en una preocupación importante para los líderes de las ONG, que trataron de incluir este tema en la agenda de las organizaciones intergubernamentales. En 1974, con la inminente celebración del Año Internacional de la Mujer, la CWOIH se interesó por la situación de las mujeres discapacitadas.⁶⁶ En 1975, la dirección de RI aprobó una resolución sobre los problemas especiales de las mujeres con discapacidades (*Rehabilitation International Newsletter*, 10 de octubre de 1975). Esta resolución

⁶⁵ AOMS, Third generation of files, R.4/ 522-2 (70). *Draft report of the Ad hoc Inter-Agency Meeting on Rehabilitation of the Disabled, geneva, 28-30 september 1970*, p. 13.

⁶⁶ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. CWOIH, *Report of the plenary meeting*, 9 y 10 de septiembre 1974.

defendía el derecho a la rehabilitación de todas las mujeres discapacitadas, con el fin de reintegrarlas en el rol que se atribuía tradicionalmente a las mujeres en la sociedad. Al señalar las desigualdades sociales entre mujeres y hombres discapacitados, proponía así reforzar la identidad de género de las mujeres discapacitadas. En 1975, la IFB y el WCWB cooperaron para organizar una Conferencia Internacional sobre los Derechos de las Mujeres Ciegas. Reunida en Belgrado, esta Conferencia puso de relieve la dramática situación de las mujeres ciegas en los países en vías de desarrollo, donde las costumbres y los prejuicios las relegaban a un estatus inferior, en el que debían luchar por su supervivencia. La Conferencia insistía para que se garantizaran sus derechos a la alimentación, la vivienda y el vestido (WCWB, 1980, p. 273).

Estas ONG y la CWOIH sensibilizaron a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas sobre esta cuestión en varias ocasiones (1974, 1975), pero los primeros intentos no tuvieron éxito. En consecuencia, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer rechazó la idea de incluir actividades relacionadas con las mujeres discapacitadas en el programa del Año Internacional de la Mujer y, posteriormente, en el programa del Decenio Internacional de la Mujer.⁶⁷ Este fracaso, debido a la falta de seguimiento por parte de las ONG, impulsó a la CWOIH a confiar la responsabilidad de negociar este tema con la Secretaría de las Naciones Unidas a un comité con sede en los Estados Unidos. Al parecer, la decisión fue eficaz, ya que la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer decidió en marzo de 1980 tener en cuenta sus necesidades en el programa de acción para la segunda mitad del Decenio de la Mujer, “consciente de que las mujeres discapacitadas [sufrían] a menudo de una doble discriminación”.⁶⁸ La Conferencia Mundial de

⁶⁷ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. Report of the plenary meeting of the CWOIH, Ginebra, 29 y 30 de noviembre de 1976, p. 4.

⁶⁸ “Commission on the status of women, 25 february-5 march 1980, E/CN.6/642. Resolutions”. M. R. Saulle, *The Disabled Persons and the International Organizations*, International Documentation Ent, 1981, p. 242.

la ONU para el Decenio de la Mujer aprobó esta decisión. Se alentó a las organizaciones internacionales y a los gobiernos a que tuvieran en cuenta las necesidades de las mujeres discapacitadas en sus programas de rehabilitación.

En 1982, durante los debates de la Comisión de Rehabilitación Profesional de la OIT, el miembro gubernamental de Suecia propuso añadir una referencia a las necesidades especiales de las mujeres discapacitadas en materia de rehabilitación. Varios representantes gubernamentales (Kenia, Argelia) apoyaron esta propuesta.⁶⁹ Pero los representantes de los trabajadores se opusieron a esta adición, al igual que los representantes de los empleadores y otros representantes gubernamentales. Algunas reuniones más tarde, los representantes de los trabajadores cambiaron su posición inicial y propusieron una enmienda parcial sobre la necesidad de tener en cuenta “los problemas especiales de las mujeres discapacitadas” (tal como se lee en la documentación referenciada), pero fue rechazada debido a la oposición de los empleadores. Finalmente, el artículo 4 del Convenio n°159 solo establecía: “Deberá respetarse la igualdad de oportunidades y de trato para trabajadoras inválidas y trabajadores inválidos”.

En consecuencia, los derechos de las mujeres discapacitadas no fueron institucionalizados a nivel internacional. Ni la Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975 ni la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 mencionaban los derechos de las mujeres discapacitadas. La falta de internacionalización de estos derechos puede explicarse por varios factores. Por una parte, las ONG se movilizaron poco y con retraso sobre este tema. Raros y poco concurridos fueron los congresos internacionales como para permitir una transnacionalización eficaz de estos derechos. Por otra parte, los servicios administrativos encargados de la rehabilitación en las Naciones Unidas, la OIT y la OMS estaban dirigidos exclusivamente por hombres que no consideraban este tema prioritario. Por

⁶⁹ CIT, 68e session, 1982, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, 1982, pp. 25/5.

último, muchos representantes de los empleadores y del gobierno estaban entonces en contra de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

¿La abolición definitiva de los privilegios categoriales?

La unificación de las políticas públicas en materia de discapacidad a nivel internacional, iniciada durante los años cincuenta, generó una dinámica de igualación de los derechos de las diversas categorías de personas discapacitadas. Durante los años sesenta, fue progresando la idea de una norma jurídica única que protegiera los derechos de todas las personas discapacitadas. En 1964, durante su Congreso Mundial, el WCWB aprobó una Resolución (64-20) alentando a la Asamblea General de la ONU a aprobar una *Declaration of the Rights of Disabled Persons* (WCWB, 1965, p. 261). En agosto de 1968, un grupo de trabajo estudió los derechos de las personas discapacitadas físicas durante el International Council on Social Welfare en Helsinki (Finlandia), recomendando la aprobación de una declaración universal de los derechos humanos de las personas discapacitadas:

DOCUMENTO 7. CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO V, "SOCIAL WELFARE AND THE RIGHTS OF THE PHYSICALLY HANDICAPPED", INTERNATIONAL COUNCIL ON SOCIAL WELFARE, HELSINKI (FINLANDIA), AGOSTO DE 1968.

The goal of the group was to identify the basic human rights of handicapped persons and determine how social welfare systems and social workers in different countries promote the attainment of these rights. [...]

1. Right to education

Since education is the primary route to equal opportunity the group strongly emphasized the importance of ensuring accessibility to education at all levels for all handicapped people [...].

Special attention was paid by the group to the following elements:

- a) the quality of education for handicapped children must be equal to that provided to the general population. [...]
- b) all countries should assign the same priority to the educational needs of handicapped children as is applied to normal children.
- c) to the fullest extent possible the education of handicapped children should be integrated. This is desirable not only for economic reasons but also because of the psychological advantages to handicapped children. However, suitable provision should be made for supplying specially trained personnel and special equipment. [...]

2. Right to work

Since work is as important to handicapped persons as it is to others the right to work should be guaranteed to the fullest extent possible.

Whenever sufficient job opportunities are unavailable sufficient finance should be made available to handicapped persons to ensure an adequate and dignified standard of living.

Provisions should be made to prevent the reduction of pensions granted to handicapped persons by the deduction of wages earned since this weakens the motivation to work. At the same time social services should be directed toward increasing the motivation of handicapped persons to seek employment.

Although sheltered employment is often regarded as an inferior form of employment the group believes that such programs are highly appropriate for some handicapped persons.

Industry must be encouraged to create employment opportunities for handicapped persons.

3. Special aspects of human rights for handicapped persons.

In order to apply the Universal Declaration of Human Rights to handicapped persons certain practical considerations were identified as follows:

- a) Handicapped persons must frequently make use of special technical aids and appliances to enable them to participate freely in all aspects of community life. Consequently it is of utmost importance that such devices be

made available to them as well as the provision of services to train them in their use. [...]

b) frequently architectural barriers prevent handicapped persons from having free access to public facilities including transport. Consequently all countries are urged to eliminate such obstacles.

c) as consumers of rehabilitation services, handicapped persons universally should be given full opportunities to participate in the planning of these services. Moreover handicapped persons should be allowed to exercise their full rights as citizens within acceptable channels to influence the political system in order to gain recognition of their special needs.

[...] A serious consideration should be given to the development of a universal declaration of human rights for handicapped persons. [...]

Fuente: AOIT, NGO 578, 1958-1972. "Social welfare and the rights of the physically handicapped", Study group V, *International Conference on Social Welfare*, Helsinki, Finlandia, 18-24 de agosto de 1968.

En 1971, la ISRD organizó una conferencia sobre legislación que recomendaba la adopción de una legislación común a todas las categorías de discapacidad. Esta legislación debía permitir a las personas discapacitadas disfrutar de una vida lo más normal posible en sus comunidades "sin tener en cuenta sus capacidades productivas". Los congresistas afirmaron que "la legislación y los beneficios que [proporcionaba] [debían] basarse en las consecuencias y el grado de discapacidad, y no en sus orígenes" (RI, 1978, p. 287). Por lo tanto, se oponían al trato diferenciado de los mutilados de guerra y de los trabajadores accidentados en el trabajo. La existencia de medidas legislativas específicas para determinados grupos de personas discapacitadas se recomendaba solo cuando el establecimiento de servicios especiales fuese indispensable. Como resultado de esta conferencia, varios países consideraron el desarrollo de una legislación para la protección integral de las personas discapacitadas. En América Latina, en 1974, el director del Instituto Interamericano del Niño (IIN), junto con su asistente jurídico, redactó un anteproyecto

de ley general de protección de los deficientes físicos y mentales, aplicable a todos los países de América Latina (Sajón y Achard, 1974, p. 44-47). Esta legislación debía incluir a todos los “minorados” (motores, sensoriales, viscerales, mentales, etc.), ya que todos compartían la misma “posición de inferioridad”.

En 1974, varias ONG elaboraron proyectos de declaración internacional sobre los derechos de los discapacitados. Uno de estos proyectos fue propuesto por una organización belga de discapacitados físicos, otro por RI y el último (limitado a los derechos de los leprosos) por la International Leprosy Association. Al constatar la dispersión de estas iniciativas, la CWOIH alentó a todas las organizaciones en septiembre de 1975 a preparar un texto común.⁷⁰ Pero las ONG aún no habían tenido tiempo de reunirse cuando el representante del gobierno belga tomó la iniciativa de presentar un proyecto de Declaración de los Derechos de los Impedidos a la Tercera Comisión (encargada de las cuestiones humanitarias y sociales) de las Naciones Unidas el 3 de noviembre de 1975. Esta presentación fue consecuencia de la presión de la asociación belga *Action nationale commune des Handicapés* (Van Ertvelde, 19-20 de enero de 2017).

En la Tercera Comisión, varias delegaciones (Finlandia, Islandia, Yugoslavia) presentaron enmiendas, que luego fueron incorporadas al proyecto de Declaración presentado por Bélgica, obteniendo así un apoyo unánime. Esta Comisión aprobó este texto por consenso, sin someterlo a votación. Decidió por mayoría hacer adoptar esta Declaración durante esa sesión, contrariamente al deseo de algunas delegaciones (incluida la argentina) de disponer de más tiempo para examinar el texto. La Asamblea General de las Naciones Unidas, encargada de estudiar esta propuesta de Declaración, no tuvo la oportunidad de debatir su contenido según el reglamento interior. Basándose en el método de adopción del texto en la Tercera Comisión (sin votación), el presidente de la Asamblea preguntó a la audiencia

⁷⁰ AOIT, NGO n°578, carpeta n°3. *Report of the Plenary meeting of CWOIH, september 23 and 24, 1975*, p. 11.

si podía “considerar que la Asamblea [deseaba] hacer lo mismo”.⁷¹ La Asamblea dio su aprobación y la Declaración de los Derechos de los Impedidos fue finalmente adoptada el 9 de diciembre de 1975 (Resolución n°3.447). Así pues, los plazos de elaboración y aprobación fueron extremadamente rápidos.

En menos de dos años (1969-1971), la ILSMH logró que se aprobara una Declaración que reconocía los derechos específicos de los deficientes mentales. Durante los años setenta y en lo sucesivo, la dinámica internacional se centró en la promoción de instrumentos jurídicos específicos que protegieran los derechos de todas las personas discapacitadas. Esta dinámica puso en tela de juicio la posibilidad de adoptar una declaración internacional de derechos específicos para otras categorías (ciegos, sordos, etc.). En agosto de 1971, la Federación Mundial de Sordos (WFD) aprobó la *Declaración de los Derechos de las Personas con Deficiencia Auditiva (Declaration of the Rights of the Persons with Impaired Hearing)* (FMS, 1971, pp. 834-837). Este documento afirmaba que los sordos tenían los mismos derechos y deberes que los demás ciudadanos. Se invitaba a las colectividades a proteger estos derechos mediante la prestación de una serie de servicios (diagnóstico médico, escuelas especializadas, institutos profesionales y superiores especiales) o de material (prótesis gratuitas, etc.). Este texto hacía hincapié en el derecho a la educación y a la comunicación de los sordos “por todos los medios posibles, incluidos el alfabeto manual, la lengua de señas, el lenguaje verbal y la lectura de labios” (art. 4). Además, debían ponerse servicios de interpretación a disposición de los sordos (art. 7). Sin embargo, debido a la falta de vínculos fuertes con los gobiernos nacionales, la WFD no logró movilizar a las delegaciones gubernamentales en la ONU a su favor.

El Consejo Mundial para el Bienestar de los Ciegos (WCWB) estaba a favor de una declaración común para todas las categorías de personas discapacitadas desde mediados de los años sesenta, así que

⁷¹ Assemblée générale des Nations Unies, 2433^e séance plénière, 9 décembre 1975, Nueva York, p. 1.290.

no abogaba por una declaración internacional de los derechos de los ciegos. Sin embargo, en 1978, la Asamblea del Comité Regional Europeo del WCWB aprobó una Resolución sobre los Derechos Sociales de los Ciegos, que determinaba que “la sociedad [tenía] el deber de garantizar todas las condiciones necesarias para que las personas ciegas [disfrutaran] de los mismos derechos que todos los demás ciudadanos” (WCWB, 1980, p. 100). Durante la conferencia del WCWB, el representante del Comité Europeo sugirió al Comité de Desarrollo Social del WCWB que aprovechara el texto europeo para redactar una declaración mundial sobre los derechos sociales de los ciegos. Sin embargo, ni el WCWB ni las Naciones Unidas adoptaron una declaración internacional, ya que el contexto era ahora desfavorable a la adopción de una declaración específica para una categoría particular de personas discapacitadas. Tan solo una *Declaration of Rights of Deaf-Blind Persons* fue adoptada por la Helen Keller World Conference on Services to Deaf-Blind Youths and Adults, organizada por el WCWB en Nueva York en septiembre de 1977.

A nivel internacional, los años setenta dieron lugar a la abolición parcial de los privilegios categoriales concedidos en función del origen de la deficiencia (mutilados de guerra, accidentados del trabajo) o en función del tipo de deficiencia (ciegos, sordos). En 1981 se produjo un cambio de orientación en el marco del Año Internacional de los Impedidos (AII). La ONU pidió entonces a los países que no adoptasen una legislación específica para las personas discapacitadas con el fin de no estigmatizarlas, ni segregadas, sino que modificasen y revisasen toda la legislación existente para integrar los derechos de las personas discapacitadas. Al hacerlo, la ONU adoptó la posición defendida por los representantes de los Gobiernos noruego y sueco, y por algunas ONG, que pedían la inclusión de los derechos de las personas discapacitadas en todas las legislaciones ordinarias.

Normas poco vinculantes para los Estados

Durante esta década, varias ONG (ILSMH, RI) adoptaron recomendaciones que fortalecían el papel del Estado en la financiación, la prestación de servicios de educación y rehabilitación y en la formación del personal especializado. Esta responsabilidad de los Estados fue debatida en la ONU durante la redacción de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Aunque la Declaración prevista no constituía un instrumento jurídico vinculante, varios representantes gubernamentales, en particular de los países en vías de desarrollo (Sierra Leona, India, etc.), exigieron que las medidas que confirieran responsabilidades a los Estados sobre este tema fuesen suprimidas del texto. Sostenían que sus países carecían de dinero para aplicar estas medidas y que tenían otros problemas prioritarios.⁷² Se tuvo en cuenta esta petición y el preámbulo de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental indicaba que los países en vías de desarrollo “solo [podían] dedicar esfuerzos limitados a esta acción en la fase actual de su desarrollo”. La Declaración de 1975 retomaba el mismo preámbulo que la de 1971, lo que dio plena satisfacción a los países en vías de desarrollo (en particular a Bangladesh, Indonesia, Madagascar, Marruecos, etc.) que no deseaban una reglamentación vinculante. En ese momento, los países no alineados trataban de legitimar en el seno de las Naciones Unidas y de los organismos especializados la idea de que los derechos humanos podían variar según las regiones del mundo (Lewin, 2006, p. 89). Los países en vías de desarrollo deseaban que la Declaración de 1975 incluyera disposiciones relativas a que una asistencia en materia de discapacidad fuera acordada por las Naciones Unidas para los países en vías de desarrollo, pero su propuesta no fue aceptada.⁷³

⁷² Documents officiels de l'Assemblée générale de l'ONU, 3e commission, 26e session, *Comptes rendus analytiques des séances*, 22 de septiembre-10 de diciembre de 1971, pp. 579-580.

⁷³ Documents Officiels de l'Assemblée générale de l'ONU, 3e commission, 30e session, *Comptes rendus analytiques des séances*, 17 de septiembre-5 de diciembre de 1975, Nueva York, 1976, p. 207.

Del mismo modo, los textos adoptados por la OIT durante esta década estaban desprovistos de todo carácter vinculante, a raíz de la presión ejercida por los representantes de los empleadores y de los gobiernos de los países en vías de desarrollo. Los representantes de los trabajadores, con el apoyo de observadores de las ONG, lucharon y obtuvieron la adopción de un Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo en 1983. De hecho, mientras que los representantes de los trabajadores consideraban que la adopción de un instrumento vinculante (un convenio) en paralelo con un instrumento más flexible (una recomendación) era necesaria para no dejar a las personas discapacitadas en una situación de caridad,⁷⁴ los representantes de los empleadores se oponían categóricamente a ello, apoyando únicamente una recomendación. Los delegados de los gobiernos estaban divididos sobre el tema, pero una mayoría parecía reacia a considerar un convenio. Los enviados de los países en vías de desarrollo argumentaban en particular que “las obligaciones generadas por un convenio excederían las posibilidades y los recursos de muchos países”, tal como se lee en el informe de la sesión de trabajo.

Si bien la propuesta de los miembros trabajadores de redactar un convenio y una recomendación fue rechazada en 1982 por la Comisión de Rehabilitación Profesional,⁷⁵ esta fue aprobada por la Comisión siguiente celebrada en 1983, gracias a la presión amistosa de los observadores de las ONG a este respecto y al apoyo del representante del Gobierno sueco, Mr. Isacsson. Este último presentó una enmienda destinada a adoptar un convenio de contenido moderado, complementado por una recomendación, lo que fue aceptado por una estrecha mayoría en la Comisión. Finalmente, en junio, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó un Convenio por amplia mayoría (344 a favor, 77 abstenciones, en su mayoría de los empleadores). El Convenio n°159 sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) tenía un contenido general y poco vinculante para

⁷⁴ CIT, 69e session, 1983, *Compte rendu provisoire*, BIT, Ginebra, p. 36/4.

⁷⁵ CIT, 68e session, 1982, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 25/2.

que pudiera ser aplicado en los países en vías de desarrollo. Es cierto que afirmaba que todos los Estados miembros debían tomar medidas para garantizar la rehabilitación profesional y el empleo de las personas discapacitadas, así como para certificar la formación de los profesionales, pero se invitaba a cada Estado a aplicar el Convenio según “medidas apropiadas a las condiciones nacionales y conformes con la práctica nacional”. La formulación de una política nacional de rehabilitación profesional y de empleo de las personas discapacitadas solo se impondría “de conformidad con las [...] posibilidades” de cada Estado miembro (artículo 2). La Conferencia Internacional del Trabajo aprobó a continuación una Recomendación (nº168) casi por unanimidad, con los empleadores a favor.⁷⁶

Del mismo modo, los principales textos internacionales (1975, 1983) no mencionaban el principio de accesibilidad, a pesar de que las ONG (FIMITIC, ISRD, CWOIH) y los organismos intergubernamentales (OIT, ONU) ya estaban sensibilizados con esta cuestión desde finales de los años sesenta. Es probable que varias ONG se movilaran para incluir este principio en la Declaración de 1975, pero muchos representantes del gobierno y de los empleadores se opondrían a ello. Solo el representante del Gobierno de Australia lamentó que no figurara un párrafo sobre la eliminación de las barreras arquitectónicas en la declaración.⁷⁷ Norman Acton, presidente de la CWOIH, reconoció que su organización solo había podido tener una mínima influencia sobre el contenido del texto final, que “[tenía] lagunas”.⁷⁸

La oposición de la mayoría de los gobiernos a cualquier medida vinculante sobre la accesibilidad a los edificios públicos y privados podía constatarse en el marco de la elaboración del proyecto de reglamentación sobre la rehabilitación profesional por la OIT en

⁷⁶ OIT, Recomendación nº168 sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) (1983).

⁷⁷ Documents Officiels de l'Assemblée générale de l'ONU, 3e Commission, 30e session, *Comptes rendus analytiques des séances*, 17 de septiembre-5 de diciembre de 1975, Nueva York, 1976, p. 261.

⁷⁸ AOIT, NGO nº578, carpeta nº3. Carta, 9 de enero de 1976, N. Acton (CWOIH) a los miembros de las organizaciones.

1982-1983. En 1982, los representantes de los trabajadores presentaron una enmienda para imponer normas de modo tal que cualquier nuevo edificio fuese obligatoriamente construido sin barreras arquitectónicas.⁷⁹ Varios representantes gubernamentales señalaron que esta obligación generaría grandes gastos. Otros representantes, en particular los empleadores, sugirieron que se suprimiera el concepto de obligación y que se limitara el ámbito de aplicación a los edificios públicos. Por último, la Recomendación n°168 sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) solo incluía un texto con un contenido puramente incentivador, que preveía la “eliminación gradual, en caso necesario por etapas, de las barreras y obstáculos de orden físico o arquitectónico” en los edificios públicos. Los representantes de los empleadores, con el apoyo de los representantes de los gobiernos de la Comunidad Económica Europea, obtuvieron la supresión de un artículo sobre la accesibilidad en el proyecto de Convenio sobre la readaptación profesional.

Por último, la OIT y las ONG promovieron normas diferenciadas para los países en vías de desarrollo. La OIT reconoció en su *Manual sobre la colocación selectiva* que se podía considerar una política ligeramente diferente en estos países. La elevada tasa de desempleo dificultaba asegurar del acceso al empleo de las personas discapacitadas rehabilitadas sin adoptar una medida coercitiva limitada. Como resultado, y a pesar de que se reafirmaba que el “principio de coerción [era] malo” (ILO, 1965, p. 42), los países en vías de desarrollo podían considerar la posibilidad de una medida de cuota baja, restringida a las grandes empresas de la capital. Antes de adoptar una medida de ese tipo, cada país debía contar con un sistema eficaz de registro de los inválidos, de un servicio de colocación selectiva y de un sistema de inspección para controlar el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores (ILO, 1965, p. 43). Además, los países en vías de desarrollo estaban autorizados para iniciar sus programas de rehabilitación a partir de una o dos categorías amplias de personas

⁷⁹ CIT, 68e session, 1982, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 25/6.

discapacitadas. Por último, la Declaración de Manila, adoptada en 1978 por los especialistas de la ISRD, aprobó la participación de las empresas comerciales privadas en la planificación y aplicación de las políticas públicas en materia de rehabilitación en los países en vías de desarrollo (RI, 1978, p. 194).

¿Derechos conformes con el proyecto noratlántico de rehabilitación?

El contenido de los textos internacionales adoptados durante el periodo 1968-1983, en general, seguía siendo fiel a los fundamentos del proyecto noratlántico de rehabilitación (legalidad liberal en materia de empleo, noción de derechos individuales, igualdad de derechos de las distintas categorías de personas discapacitadas, primacía de los derechos civiles y políticos sobre los derechos económicos), pero el perímetro de los derechos adoptados reflejaba una ligera apertura hacia ciertas experiencias ajenas (refuerzo del derecho a la creación de cooperativas, formación simplificada en las ocupaciones agrícolas).

Las declaraciones de la ONU (1971; 1975) confirmaban la noción de derechos individuales, la primacía de los derechos civiles y políticos sobre los derechos económicos, la idea de una existencia humana que comienza en el núcleo familiar. Durante las discusiones sobre la Declaración de los Derechos de los Impedidos en la Comisión de Desarrollo Social de la ONU, el representante del Gobierno de Islandia, Mr. Olafsson, propuso incorporar un párrafo sobre los derechos civiles y políticos de las personas discapacitadas. Su enmienda les otorgaba “los mismos derechos civiles y políticos que a los demás seres humanos”.⁸⁰ Sin embargo, confirmaba las excepciones mencionadas en la Declaración de 1971 relativa al retrasado mental. Esta enmienda, que contaba con el apoyo activo de la delegación belga, fue incluida a continuación en el proyecto de declaración promovido por

⁸⁰ Iceland, Amendment to the draft declaration contained in document A/C.3/L.2168, General Assembly document A/C.3/L.2169, 3 de noviembre de 1975.

Bélgica. Este párrafo sobre los derechos civiles y políticos figuraba íntegramente en la Declaración aprobada por las Naciones Unidas.

Los derechos económicos no tenían las mismas garantías que los derechos políticos y civiles. En realidad, la Declaración de 1975 reconocía el derecho a la seguridad económica y social, el derecho a tener “un nivel de vida decoroso”, pero no un derecho incondicional al trabajo. No obstante, el representante del Gobierno de la República Democrática Alemana, Mr. Richter, había pedido explícitamente que se mencionara el derecho al trabajo en este párrafo.⁸¹ El proyecto enmendado, presentado por Bélgica y apoyado por un gran número de países, reconocía el derecho de las personas discapacitadas “en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales” (art. 7). Aunque mencionaba la libertad de sindicalización, no mencionaba el derecho de huelga. Por último, la delegación soviética lamentó que “no se [mencionase] el ejercicio de los derechos culturales, sociales y económicos en pie de igualdad con otras personas”, tal como se lee en el documento (p. 253).

Al confirmar la responsabilidad de la familia en el cuidado de la persona discapacitada, estas declaraciones satisfacían una de las demandas de la Iglesia católica y de la ILSMH. En efecto, estas dos últimas privilegiaban la familia (reducida de manera implícita a una familia monógama occidental, es decir, a una pareja heterosexual unida por el matrimonio) como espacio educativo para el niño deficiente mental, en detrimento de otros sistemas de parentalidad (monoparentalidad, homoparentalidad, lesboparentalidad, pluri-parentalidad relacionada con la poligamia, etc.) (Godelier, 2007). A principios de los años setenta, otras ONG (RI, WCWB) defendían la idea de que el cuidado de los discapacitados debía atribuirse tanto a

⁸¹ Documents Officiels de l'Assemblée générale de l'ONU, 3e Commission, 30e session, *Comptes rendus analytiques des séances*, 17 de septiembre-5 de diciembre de 1975, Nueva York, 1976, p. 207.

la familia como a la comunidad, habiendo reconocido la prevalencia de la comunidad sobre la familia en algunas sociedades africanas o asiáticas. Sin embargo, la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Impedidos no mencionaba la noción de “comunidad” y seguía legitimando la primacía de la familia. El artículo 9 establecía: “El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la substituya”. Retomaba así la fórmula empleada en la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental.

Además, la Declaración de 1975 no hacía ninguna referencia explícita a ciertas prescripciones o restricciones sexuales. Ahora bien, el secretario General de las Naciones Unidas publicó un informe en octubre de 1974 que defendía el derecho a la información y a la educación sexual,⁸² aunque admitía que no era posible todavía para la mayoría de los países asesorar a las personas discapacitadas en este ámbito. La Declaración de los Derechos de los Impedidos no garantizaba los derechos reproductivos (derecho a los anticonceptivos y al aborto, interrupción de las esterilizaciones, etc.), algunos de los cuales despertaban el rechazo de la Iglesia católica.

Los textos internacionales adoptados por la OIT durante esta década reforzaron el derecho a la rehabilitación profesional sin cuestionar los fundamentos de la legalidad liberal en el ámbito de la integración profesional (rechazo de las cuotas para las empresas privadas, colocación selectiva, talleres protegidos, etc.). A partir de los años sesenta, varias ONG (ISRDI, CWOIH, IFB, etc.) exigieron medidas más vinculantes a nivel nacional e internacional para obligar a los Estados y a las empresas privadas a contratar a más personas discapacitadas. Así, en octubre de 1969, los participantes en el Congreso de la IFB adoptaron una resolución que pedía a todos los países que incluyeran en su legislación la obligación de contratar una cuota mínima de trabajadores discapacitados en las administraciones y las industrias. Otras ONG pedían que se revisara o sustituyera la

⁸² Rapport du secrétaire général, *Réadaptation des handicapés*, Document ECOSOC E/CN.5/500, 18 de octubre de 1974, p. 19.

Recomendación n°99 de la OIT a fin de garantizar oportunidades de empleo para las personas discapacitadas. En 1963, el Comité de Rehabilitación de la FIMITIC exigió la adopción por parte de la OIT de un convenio internacional para garantizar una mejor protección a los accidentados del trabajo.⁸³ En respuesta parcial a las demandas de las asociaciones, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó varias resoluciones (1965, 1968, 1975, 1983) que reforzaban el derecho de los inválidos a la rehabilitación profesional sin cuestionar, sin embargo, la legalidad liberal.

En 1968, el delegado del Gobierno de Chile, Mr. Santa Cruz, presentó un proyecto de resolución que invitaba al director general de la OIT a realizar estudios sobre la política de empleo de los inválidos a fin de garantizarles el derecho al trabajo. Estos estudios permitirían considerar la revisión de la Recomendación n°99 o la creación de un nuevo instrumento internacional. La política de empleo debía basarse en el mantenimiento en el empleo sin reducción salarial, en la reserva de puestos de trabajo y en una colocación privilegiada en el empleo.⁸⁴ Varios actores emitieron reservas u objeciones a este proyecto de resolución: el representante del Gobierno de Canadá, el de los trabajadores de los Estados Unidos y los de los empleadores. Estos últimos se oponían a la posibilidad de mantener a alguien en el empleo sin reducir su salario y consideraban que la creación de puestos de trabajo adaptados a los trabajadores discapacitados era un imperativo secundario en comparación con el objetivo de rentabilidad económica de la empresa, como se puede leer en el mismo documento (p. 559). Después de muchos debates, resultó un texto que desvirtuaba el proyecto de resolución original y que fue adoptado por la Conferencia Internacional del Trabajo el 24 de junio de 1968. En el texto de la resolución, se invitaba al director de la OIT a realizar estudios sobre la ampliación de las oportunidades de empleo para

⁸³ SE/RA, 730032/1/F/F14a/3. Documento titulado "Session of the Rehabilitation Committee", Munich, 2-3 de mayo de 1963.

⁸⁴ CIT, 52e session, 1968, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 544.

los trabajadores “cuya capacidad [estaba] reducida” (ayudas para la rehabilitación profesional, medidas antidiscriminatorias, dispositivos de información, p. 737).

El debate sobre la necesaria revisión de la norma internacional sobre la rehabilitación profesional fue relanzado durante los años setenta por los representantes gubernamentales (Brasil, República Federal de Alemania, países nórdicos) y asociativos (WCWB, ISRD, CWOIH). En 1975, el WCWB preparó un proyecto de resolución sobre la rehabilitación profesional que pretendía ser una revisión de la Recomendación n°99 de la OIT. En este proyecto de resolución se pedía al director general de la OIT que concediera la máxima prioridad a los programas de rehabilitación profesional y de reintegración social de las personas discapacitadas. Este texto incitaba a los gobiernos a incorporar a los inválidos en los sistemas generales de formación y de empleo. La CWOIH apoyó rápidamente este proyecto de resolución. El WCWB se puso en contacto con varias delegaciones gubernamentales de la OIT para presentar este proyecto de resolución a la Conferencia Internacional del Trabajo en junio de 1975. Finalmente, en junio de 1975, las delegaciones gubernamentales de Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia e Irán presentaron un proyecto de resolución conforme al texto propuesto por el WCWB.⁸⁵ Otros dos proyectos de resolución fueron presentados en la misma Conferencia Internacional, uno por la delegación de Irlanda y el otro por las delegaciones gubernamentales de Brasil y de la RFA. Estos dos últimos proyectos, aunque se inspirasen en cierta medida del texto del WCWB, hacían referencia además a la necesidad de promover medidas de cuotas para salvaguardar y mejorar las oportunidades de empleo de los inválidos, tal como se lee en el informe correspondiente (pp. 10 y 17). Los autores de los tres textos acordaron unificarlos en una única resolución que recogiera las principales líneas de la propuesta de los países nórdicos. Tras haber lamentado el hecho de que 80% de los inválidos en el mundo tenían oportunidades muy

⁸⁵ CIT, 60e session, 1975, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, anexo, p. 17.

limitadas de trabajar, esta resolución legitimaba el derecho a la rehabilitación profesional y al ejercicio de un trabajo adecuado. Incitaba a los gobiernos a incorporar a los inválidos a los sistemas generales de formación y empleo, y a organizar “servicios especiales y un apoyo para los discapacitados graves”. El director general de la OIT era el encargado de facilitar el intercambio de información sobre la rehabilitación profesional y de organizar una campaña mundial sobre el tema. Sin embargo, las medidas de cuotas y de reserva de empleos no aparecían en el contenido de la información que debía difundirse.

Durante el debate en la Comisión de Resoluciones, el representante de los trabajadores y vicepresidente de la Comisión, Mr. Zaidi, se mostró incómodo con este proyecto de resolución. Temía que la prioridad concedida a los programas de rehabilitación pudiera marginar la atención prestada a los trabajadores sin invalidez y se mostró entonces preocupado por la viabilidad económica de una campaña mundial de rehabilitación profesional. Zaidi estaba en contra de la reserva de empleos para los inválidos y deseaba sobre todo luchar contra cualquier discriminación social relacionada con el acceso al empleo. El contenido de la resolución no planteaba realmente ningún problema a los representantes de los empresarios, que solo pedían relativizar la necesidad de lanzar una campaña mundial de rehabilitación, un objetivo que consiguieron cumplir. Como resultado, esta Resolución sobre la Rehabilitación Profesional y la Reintegración Social de los Inválidos o Impedidos fue aprobada por consenso el 24 de junio de 1975.

A partir de 1979, los representantes de los países nórdicos pidieron que la rehabilitación profesional fuera incluida en el orden del día de la Conferencia Internacional del Trabajo. Se estudió este tema en 1982 y condujo a la adopción de dos textos en junio de 1983: el Convenio n°159 sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) y la Recomendación n°168 sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas). Una novedad fue que las ONG estuvieron presentes como observadoras en las reuniones de la Comisión de Rehabilitación Profesional. Solo el WCWB disfrutó

de ese privilegio en junio de 1982, pero fueron más de treinta (DPI, RI, WCWB, IFB, etc.) en junio de 1983. Las ONG afirmaron que su objetivo era “obtener la igualdad de trato de las personas discapacitadas con respecto a la comunidad general”.⁸⁶

El principio de igualdad de oportunidades y de trato en el acceso y la permanencia en el empleo entre los trabajadores discapacitados y los demás trabajadores estaba consagrado en los nuevos textos adoptados por la OIT en 1983. Durante los debates, los representantes gubernamentales de los países nórdicos y los representantes de los trabajadores querían que fuera incluida la posibilidad de adoptar medidas de discriminación positiva en favor de las personas discapacitadas, pero los representantes de los empresarios se opusieron a ello. Finalmente, se adoptó una enmienda de compromiso que establecía que “las medidas positivas especiales encaminadas a lograr la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre los trabajadores inválidos y los demás trabajadores no [deberían] considerarse discriminatorias respecto de estos últimos”.⁸⁷

La principal innovación de este texto consistía en el interés en los servicios de rehabilitación profesional en las zonas rurales y la igualdad de trato entre las personas discapacitadas de las zonas rurales y urbanas. Varios representantes gubernamentales de países en vías de desarrollo, en particular de la India, pedían que se enfatizasen las necesidades de las personas discapacitadas en las zonas rurales en el proyecto de convención.⁸⁸ Esta propuesta fue aceptada y la Convención mencionaba la necesidad de proporcionar rehabilitación profesional en las áreas rurales, ya fuera a través de servicios fijos o de unidades móviles. Los artículos 20 y 21 de la Recomendación n°168 detallaban las medidas que debían aplicarse para organizar una política de rehabilitación profesional en las zonas rurales.

⁸⁶ CIT, 69e session, 1983, *Compte rendu provisoire*, BIT, Ginebra, p. 27/2.

⁸⁷ OIT, Convention 159, concernant la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, 20 de junio de 1983.

⁸⁸ CIT, 69e session, 1983, *Compte rendu provisoire*, BIT, Ginebra, p. 27/13.

Las medidas previstas en 1982-1983 para aumentar las oportunidades de empleo de las personas discapacitadas complementaban las medidas previstas en la Recomendación n°99 de 1955: incentivos financieros para que los empleadores contratasen y adaptasen puestos de trabajo; ayudas públicas a los servicios de formación profesional, a talleres protegidos y a servicios de colocación dirigidos por las ONG; el establecimiento de pequeñas industrias cooperativas o de talleres de producción cooperativa; préstamos o donaciones de material.⁸⁹ Se recomendaban nuevas medidas: la eliminación gradual, aunque no obligatoria, de las “barreras físicas, de comunicación y arquitectónicas” en las instalaciones dedicadas a la formación y al empleo, la promoción de medios de transporte adecuados hacia y desde el lugar de trabajo, la distribución de distinciones a los empleadores que contrataran a un gran número de personas discapacitadas en sus empresas y ayudas estatales para facilitar la transición al mercado ordinario de trabajo. Sin embargo, estas medidas no constituían en ningún modo normas universales que debieran respetarse. Debían aplicarse “mediante medidas apropiadas a las condiciones nacionales y conformes con la práctica nacional”, así como “con las normas sobre empleo y salario aplicables a los trabajadores en general”.

Algunas medidas, como los empleos protegidos, el trabajo a tiempo parcial y la accesibilidad de los lugares de trabajo, fueron objeto de animados debates en la Comisión. En 1982, el representante del gobierno danés criticó los enclaves y los talleres protegidos, “que [tendían] a aislar a las personas discapacitadas”.⁹⁰ Sin embargo, los representantes de los empleadores y algunos representantes gubernamentales defendían los enclaves de trabajo protegido en las empresas privadas. Tras adoptar una posición moderada en junio de 1982, los representantes de los trabajadores pidieron en 1983 que se suprimiera la palabra “enclave”, al considerar que podría implicar

⁸⁹ CIT, 68e session, 1982, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 25/11.

⁹⁰ CIT, 68e session, 1982, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 25/5.

condiciones de trabajo restrictivas y crear segregación.⁹¹ También exigían que la creación de talleres protegidos fuera restringida a casos excepcionales. Los miembros empleadores propusieron entonces una nueva redacción, “creación de varios tipos de empleos protegidos para”, que fue aceptada por la Comisión. En consecuencia, la Recomendación n°168 establecía en su artículo 35 que “se debería incitar a las empresas a crear o a mantener sus propios servicios de readaptación profesional, con inclusión de diversos tipos de empleos protegidos [...]”.

Los representantes de los empleadores presentaron una enmienda con el objetivo de adoptar medidas para “estimular la voluntad individual de trabajar”. Los representantes de los trabajadores juzgaron que esta expresión era inaceptable y esta enmienda fue rechazada. El representante del Gobierno de Canadá presentó una enmienda en la que se incitaba a los empleadores a proporcionar determinados medios técnicos o servicios (servicios de lectura, interpretación, etc.) para los trabajadores discapacitados, pero los miembros de la Comisión consideraron que esos servicios eran demasiado costosos y la enmienda fue retirada.

Los representantes de los trabajadores estaban a favor de extender los beneficiarios –y, por tanto, la noción de invalidez– a las personas “socialmente inadaptadas” y a las personas discapacitadas psíquicas. Desde 1982, las personas “socialmente inadaptadas” fueron excluidas de la categoría de “discapacitados”, a raíz de la oposición de los representantes de los empleadores,⁹² y las personas discapacitadas psíquicas fueron excluidas durante los debates celebrados en 1983, a raíz de una petición de varios representantes gubernamentales (Japón, India, Kenia) apoyados por representantes de los empleadores.⁹³ Por lo tanto, la categoría de discapacidad psíquica no estaba incluida en el Convenio n°159 ni en la Recomendación n°168.

⁹¹ CIT, 69e session, 1983, *Compte rendu provisoire*, BIT, Ginebra, p. 27/6.

⁹² CIT, 68e session, 1982, *Compte rendu des travaux*, BIT, Ginebra, p. 25/3.

⁹³ CIT, 69e session, 1983, *Compte rendu provisoire*, BIT, Ginebra, p. 27/4.

Ambos textos hacían hincapié en la participación de las personas discapacitadas y sus organizaciones en la elaboración de la política en materia de rehabilitación profesional y en las reuniones de los consejos de los centros de rehabilitación profesional. Esta participación preocupaba a los representantes de los trabajadores, ya que podía afectar a la capacidad de sus sindicatos para negociar con los empleadores.

Las ONG deseaban obtener la inclusión en los textos de la OIT de procedimientos que garantizaran el acceso al empleo (incluidas las medidas de cuotas), pero no lograron hacerlo durante este periodo. Sin embargo, obtuvieron el refuerzo de la norma a través de la adopción de un Convenio. Si bien este acuerdo formal era un instrumento mucho más vinculante para los Estados miembros, su contenido era muy flexible y solo modificaba ligeramente la orientación seguida por la OIT desde los años cincuenta.

Durante el periodo 1945-1968 se produjo una transformación radical de las políticas internacionales en materia de discapacidad: los diversos proyectos de innovaciones sociales vinculados a la invalidez (proyecto europeo de modernización de la reeducación de los mutilados, proyecto anglosajón de protección social de los ciegos), anteriormente valorados por la OIT, la Sociedad de las Naciones y la Organización de Higiene, fueron sustituidos por un proyecto único de innovaciones sociales de inspiración liberal, el proyecto noratlántico de modernización de la *rehabilitation*, promovido por las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la OIT. Nuestra investigación conduce así a la constatación de que ha habido una transformación relativamente similar a la identificada por Dezalay y Garth en el campo de saberes de gobierno: “la de la sustitución de un sistema de poder basado esencialmente en una cultura jurídica inspirada en la tradición europea por un nuevo modelo de legitimación basado en la pericia económica adquirida en los Estados Unidos” (Dezalay y Garth, 2002, p. 49). En el campo de la rehabilitación, trazamos un marco más matizado de las transformaciones

de los modelos internacionales de políticas públicas, ya que el nuevo proyecto se basaba en el conocimiento y las experiencias de los países anglosajones y nórdicos, no solo de los Estados Unidos. Sin embargo, dada su posición dominante en los foros internacionales (y en primer lugar en las Naciones Unidas), Estados Unidos constituía el actor principal en el proceso de internacionalización de las políticas de *rehabilitation*: al venir de un país que encarnaba el gran poder democrático y modernizador a nivel internacional, los representantes de los Estados Unidos impusieron una nueva concepción de la discapacidad y la forma de tratarla (la *rehabilitation*). Por tanto, es posible hablar de un proceso de “americanización” de las políticas públicas internacionales en materia de discapacidad a principios de los años cincuenta, siempre que consideremos que la cultura difundida no se limitaba a la concebida en los Estados Unidos, sino que también podía basarse en experiencias ajenas reapropiadas o legitimadas (en este caso, las experiencias inglesas y nórdicas de la *rehabilitation*). Ludovic Tournès propone definir la americanización como

la conquista por parte de los Estados Unidos de una posición central en un proceso multilateral de unificación y estandarización internacional que atraviesa un siglo XX en el que el establecimiento de estándares globales se [había] convertido en una cuestión de poder no solo económico, sino también geopolítico, intelectual y cultural. (Tournès, 2010, p. 187).

Si bien las políticas internacionales en materia de discapacidad experimentaron un proceso de americanización a principios de la década de los cincuenta, conviene en cambio hablar de un “proyecto noratlántico de modernización de la *rehabilitation*” con el fin de hacer hincapié en el carácter multinacional (anglosajón y nórdico) de las normas modernizadoras.

Es más, las experiencias de *rehabilitation* que fueron internacionalizadas constituían tan solo una fracción de las experiencias anglosajonas y nórdicas de rehabilitación, que eran mucho más diversificadas. Se necesitan más investigaciones para aclarar las

motivaciones de algunos actores anglosajones y nórdicos para internacionalizar sus experiencias. De hecho, como han demostrado Dezalay y Garth, los actores se comprometen en estrategias de internacionalización de ciertas experiencias nacionales con el fin de conquistar mejores posiciones frente a grupos rivales a nivel nacional (Dezalay y Garth, 2002, p. 29). Otras investigaciones en los archivos diplomáticos permitirían identificar la motivación de los dirigentes de los gobiernos europeos, nórdicos y anglosajones para apoyar las actividades de ciertas ONG o fundaciones en el campo de la discapacidad.

A juzgar por la reorientación de las políticas internacionales en materia de discapacidad y por la renovación casi al completo de los funcionarios internacionales encargados de la cuestión de la discapacidad en las organizaciones intergubernamentales después de la Segunda Guerra Mundial, el periodo 1943-1955 constituyó una verdadera ruptura. Sin embargo, hay varios indicios que muestran la existencia de continuidad entre la labor de las organizaciones imperiales británicas (en particular la *British Empire Society for the Blind*) y la desarrollada por las Naciones Unidas, la OIT y la Unesco: la contratación de un antiguo funcionario colonial como consultor de la Unesco (Clutha Mackenzie), la participación de otro funcionario colonial (John Wilson, secretario de las *British Empire Society for the Blind* y luego director de la *Royal Commonwealth Society for the Blind*) en los debates del TWGRPH, y la valoración y promoción de las prácticas coloniales británicas (proyecto Shamba en Uganda) por la OIT. Es necesario seguir investigando para determinar el alcance exacto del reciclaje de las ideas y prácticas imperiales por parte de las organizaciones intergubernamentales, en la línea del estudio realizado por Véronique Dimier para la Comunidad Económica Europea (Dimier, 2014).

Durante el periodo 1968-1983, las políticas internacionales en materia de discapacidad se caracterizaron por varias dinámicas importantes: la legitimación de los derechos civiles y políticos de las personas discapacitadas mediante la adopción de una serie de textos

internacionales por parte de las Naciones Unidas; la unificación definitiva de las políticas sectoriales de la discapacidad con la adopción de la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975) y la organización del Año Internacional de los Impedidos; la creciente participación de las organizaciones intergubernamentales en el ámbito de la discapacidad (con la contratación de personal adicional) y el aumento de sus programas de asistencia técnica para los países en vías de desarrollo; la inversión de las relaciones de poder entre los organismos intergubernamentales a favor de la OMS y el giro hacia una lógica de prevención de la discapacidad y de rehabilitación simplificada basada en la comunidad; la pérdida del objetivo económico inicial de la rehabilitación noratlántica vinculado a la crisis económica de 1974 y la revalorización de los objetivos humanitarios y sociales de esta práctica; la aparición de nuevas problemáticas que adquirieron una legitimidad variable (concepto de normalización, concepto de accesibilidad, derecho a la sexualidad). Todas estas dinámicas condujeron a una reorientación parcial de las políticas internacionales en materia de discapacidad.

Durante esta década, la mayoría de los especialistas en rehabilitación de los países del espacio noratlántico siguieron defendiendo su propio proyecto de rehabilitación a nivel internacional, a pesar de los fracasos de su ejecución (desempleo de larga duración de las personas discapacitadas, a menudo bajos salarios, etc.). Sin embargo, ya no invocaban la modernidad de este proyecto de rehabilitación, que ahora constituía una tradición cuya legitimidad podía ser cuestionada. A nivel internacional, las políticas internacionales en materia de discapacidad se alinearon a partir de entonces con lo que podría llamarse un “proyecto tradicional noratlántico de rehabilitación matizado por algunas experiencias ajenas”. Estas políticas internacionales en materia de discapacidad mantuvieron el principio de legalidad liberal en el ámbito del empleo (rechazo de las cuotas para las empresas privadas, colocación selectiva, talleres protegidos), pero insistían en ciertas modalidades de formación profesional y de empleo (cooperativas, rehabilitación profesional en zonas rurales),

incluidas en los proyectos socialistas y en los de los países en vías de desarrollo en el ámbito de la rehabilitación. Las organizaciones intergubernamentales hacían hincapié en el papel central del Estado en la financiación, la coordinación y la prestación de servicios de asistencia, así como también en el papel de la familia y la comunidad en la rehabilitación de la persona. Subrayaban la necesidad de que los organismos de seguridad social financiasen la educación especial y los servicios de rehabilitación. Al abogar por la seguridad social, las cooperativas y el fortalecimiento del papel del Estado, las políticas internacionales en materia de discapacidad se alejaban de la experiencia de los Estados Unidos y del Reino Unido para asemejarse más a la experiencia de los países nórdicos. No era casual que varios de los altos funcionarios contratados por las Naciones Unidas y la Unesco durante este periodo (E. Kosunen, N. I. Sundberg) procedieran de los países nórdicos. Estos países estaban a la vanguardia de las nuevas técnicas de educación especial y de accesibilidad, y encarnaban modelos de Estados sociales en los que los sistemas de seguridad social contribuían a la financiación de las infraestructuras de rehabilitación y de educación especial. Además, estaban dispuestos a contribuir voluntariamente a las acciones de solidaridad internacional en el ámbito de la discapacidad.

Las Naciones Unidas, la OIT, la OMS y la Unesco dedicaron más recursos a la discapacidad durante este periodo, pero su nivel de compromiso seguía siendo insuficiente para producir un cambio rápido y radical en las políticas públicas nacionales en todo el mundo. Es más, si bien estas organizaciones desempeñaron un papel fundamental en la institucionalización de los derechos de las personas discapacitadas, menor fue su contribución a la difusión material de esta idea de derechos a nivel internacional que la de las ONG (RI, ILSMH, WFD, WCWB, etc.), que tenían enlaces asociativos en casi la mitad de los países del mundo.

Capítulo 3

El papel de los organismos internacionales en el proceso de categorización de los “inválidos”

Antes de la Primera Guerra Mundial, se definía esencialmente la invalidez a partir de criterios fisiológicos, que justificaran la incapacidad destructora (como soldado) o la incapacidad productiva del individuo. En las tres sociedades estudiadas, el uso del término “inválido” predominaba a principios del siglo XX para referirse a los soldados mutilados en conflictos armados. Sin embargo, las administraciones militares calificaban a los individuos no aptos para el servicio militar con otros términos, como *incapaz* en Brasil o “inútil” en España. Además, el vocablo “inválidos del trabajo” se usaba con mucha frecuencia a principios del siglo XX en España y en Argentina para referirse a individuos mutilados en el ejercicio de su actividad profesional. A lo largo de los años treinta, aparecieron algunas asociaciones privadas de asistencia social en ambos países, que utilizaron el calificativo “inválidos” para designar a los inválidos civiles. La población usaba calificativos mucho más variados y peyorativos para referirse a los inválidos (inútiles, cojos, impedidos, imposibilitados, tullidos, *incapazes*, *alejados*, *portadores de defeitos físicos*).

A raíz de la Primera Guerra Mundial, se practicaba cada vez más la rehabilitación profesional de los mutilados de guerra y de los

inválidos del trabajo en varios países europeos y esta práctica se fue extendiendo rápidamente por el resto de Europa, antes de difundirse progresivamente por otros países. Con el desarrollo de esta práctica, que se proponía aprovechar la capacidad residual del individuo inválido para reintegrarlo en la sociedad productiva, ya no era posible considerar al inválido como sujeto no productivo. Con esta nueva realidad, los médicos se plantearon la idoneidad del término “inválido”, ahora inapropiado, y cuestionaron los criterios para definir la incapacidad para ejercer un empleo. Más allá de una simple modificación lingüística, los cambios semánticos a menudo reflejaban la voluntad de imponer una nueva visión de la invalidez. Otros actores (personas inválidas, políticos, etc.) se involucraron ocasionalmente en este debate, que tenía como objetivo imponer una nueva definición a la profesión médica y a la sociedad en su conjunto.

Este capítulo tiene por objeto reconstruir la génesis de las identificaciones que designaban a las personas “inválidas” desde los años veinte hasta los años ochenta. Mientras que el concepto de “identificación” traduce la idea de movimiento, el término “identidad” remite a la inmovilidad. Ciertamente, como recuerda Frederick Cooper, cada uno se identifica de forma distinta según el contexto y el interlocutor al que se dirige, y esta identificación puede variar en el tiempo (Cooper, 2010, p. 96-97).

El análisis del significado de las identificaciones utilizadas para designar a las personas discapacitadas se enfrenta inmediatamente a un problema de interpretación: los representantes de las personas discapacitadas pueden utilizar la misma identificación con significados y connotaciones diferentes. De hecho, el lenguaje permite colorear los objetos de una dimensión mayorante, minorante o neutra. No puede ignorarse la posible polisemia de las identificaciones, ya que una misma identificación puede tener distintos significados según el contexto.

Algunas identificaciones pueden estabilizarse e institucionalizarse cuando se incluyen en nuevas normas jurídicas, o cuando la administración o instituciones privadas importantes las utilizan para

definir la categoría de individuos objeto de una acción. Como es con la repetición con la cual se construye la fuerza y la coherencia de una identificación, aquella contenida en un instrumento jurídico (leyes, decretos) tiene una fuerza particular, ya que este se cita con regularidad. La violencia simbólica ejercida por el Estado genera un proceso de naturalización de esta identificación. Contemplamos la institucionalización de una identificación como una voluntad de estandarización, una operación de reducción de la complejidad, que se hace en beneficio de uno o más grupos que defienden ciertos intereses. De hecho, cada uno de los grupos, participante de un sector específico (educación especial/rehabilitación), aboga por una cierta identificación relacionada con los intereses específicos del sector. Inscripta en el marco de las relaciones de poder, la afirmación de una nueva identificación debe entenderse como una voluntad de situarse en una jerarquía de identidades colectivas, más o menos valoradas, y que dan acceso a bienes sociales (Silva, 2000, p. 81).

Cuando tratan de imponer a la sociedad la identificación que desean, los actores se enfrentan a un problema importante: la identificación que promueven está sujeta a una reapropiación, a una transformación en términos de contenidos y valores por parte del receptor del discurso. Para lograr la homogeneización de las identificaciones existentes dentro de la sociedad, los dirigentes asociativos y administrativos elaboran estrategias para controlar la reutilización de los términos empleados. Sin embargo, puede parecer vano lograr imponer a la sociedad el uso de una identificación para definir a las personas discapacitadas. Efectivamente, la inercia, la memoria y la imaginación impiden el éxito de tal iniciativa. En primer lugar, las asociaciones mantuvieron identificaciones obsoletas durante varias décadas por temor a perder notoriedad si decidían cambiarlas. Además, las identificaciones utilizadas en el pasado, a menudo consideradas peyorativas, están presentes en la memoria de todos los sectores de la población y, por tanto, amenazan con reaparecer en la prensa o en el discurso. Son imágenes que sobreviven, en el sentido

dado por Giorgio Agamben (2004, p. 47). Por último, es imposible impedir que los individuos inventen nuevas identificaciones.

Enfocaremos nuestro análisis en la forma en que los portavoces de los inválidos (en primer lugar, los médicos, pero también las personas inválidas, los trabajadores sociales, etc.) los identifican colectivamente ante su sociedad y desarrollan estrategias para consolidar ciertas identificaciones. El enfoque de esta investigación nos lleva a prestar menos atención a otras formas de calificar a los inválidos, usadas por estos mismos representantes, pero frente a otros interlocutores, o empleadas por otros actores. Las identificaciones que algunos dirigentes inválidos emplean para referirse a sus compañeros ante la sociedad difieren sensiblemente de las que emplean cuando se dirigen a sus semejantes en círculos restringidos. Así, en Argentina, las personas inválidas del Instituto Nacional de Rehabilitación usaban el término “rengo” (construido a partir del verbo renguear) para llamarse a sí mismas a partir de finales de los 50 (Ferrante, 2014, p. 27). De esta manera, reutilizaban una identificación existente añadiendo una connotación positiva para desafiar la percepción social estigmatizante asociada a la poliomielitis.

No es fácil situar con precisión en el tiempo estos cambios semánticos y conceptuales sobre la invalidez, porque no siguieron procesos lineales en el seno de las sociedades estudiadas. Las dinámicas de construcción y de consolidación de nuevas identificaciones a menudo se combinan, se solapan y se contradicen a veces, tanto a nivel nacional como internacional. Presente desde los años veinte en los espacios sociales de la reeducación a nivel internacional, el cuestionamiento conceptual y semántico sobre la invalidez se plantea con una cronología diferenciada según los países. Si bien en Argentina, desde principios de los años cuarenta, se dieron intensos debates sobre la identificación que debía ser atribuida a los inválidos en el ámbito de la rehabilitación, en Brasil este tema se abrió al debate a partir de finales de los años cuarenta y, en España, a partir del inicio de los años cincuenta.

El conocimiento de estas transformaciones conceptuales y semánticas se ha visto limitado por nuestras fuentes, que solo nos han permitido acceder a una pequeña parte de los debates públicos. De hecho, la mayor parte de nuestras fuentes se compone de conferencias y publicaciones médicas, así como de revistas de asociaciones, pero no hemos tenido acceso a las múltiples propuestas de identificación hechas oralmente por los médicos. Además, aunque sea relativamente fácil determinar los cambios semánticos, es más difícil percibir qué actores han construido estas identificaciones y cuándo se ha dejado de utilizar cada una. Mucho más difícil resulta percibir las transformaciones conceptuales, porque los autores no siempre han indicado la definición que atribuían a la palabra “inválido” o a otras proposiciones identitarias.

Antes de interesarnos por los debates públicos que tuvieron lugar en los países estudiados, es imprescindible esclarecer los debates que agitaron los espacios sociales de la rehabilitación a nivel internacional. Los representantes de los inválidos se reapropiaron las categorizaciones o identificaciones extranjeras legitimadas por las instituciones internacionales. En consecuencia, las instituciones internacionales desempeñaron un papel en los cambios de categorización del colectivo de los inválidos, tanto a nivel internacional como nacional, que es necesario analizar.

Dinámicas de la categorización de los “inválidos” a nivel internacional

Entre los años treinta y sesenta coexistieron a nivel internacional varias dinámicas de transformación conceptual y semántica de la invalidez. Se observan dos ámbitos en la rehabilitación: la rehabilitación profesional y la rehabilitación médica, que promovieron respectivamente la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambas aportaron

transformaciones conceptuales y semánticas distintas que posteriormente fueron recogidas en textos internacionales.

Nuevas definiciones de la incapacidad intrínsecamente vinculada al ejercicio de una actividad profesional en el sector de la reeducación profesional (1918-1955)

La primera transformación, que empezó a darse sobre todo después de la Primera Guerra Mundial, tenía por objetivo afirmar la capacidad productiva (o eventualmente destructora) potencial de las personas con graves mutilaciones o deficiencias. Para lograrlo, los representantes de los inválidos rechazaron las anteriores concepciones de la invalidez que ligaban sistemáticamente la deficiencia a la incapacidad productiva o destructora total. Los médicos fueron los actores principales de esta transformación –con los mutilados de guerra y los inválidos del trabajo–, al afirmar la necesidad de diferenciar, por una parte, la alteración física y, por otra, la (in)capacidad (total o parcial, permanente o temporal) para ejercer una actividad profesional. El taylorismo y la división del trabajo proporcionaron un marco bastante favorable para el reconocimiento de la capacidad productiva residual de los impedidos.

Esta dinámica estuvo vinculada a la aparición de legislación sobre el seguro de invalidez y el seguro por accidentes de trabajo en muchos países a partir de finales del siglo XIX. Médicos y juristas, a veces junto a representantes de asalariados y empleadores, debían entonces evaluar el grado de incapacidad de las personas accidentadas o enfermas. Esta evaluación se utilizaba para considerar las modalidades de su reclasificación profesional y para determinar la cuantía de la pensión que compensaba su incapacidad de ganancia. La Primera Guerra Mundial condujo a la generalización de las pruebas de evaluación de las lesiones físicas y de la incapacidad de ganancia entre los mutilados de guerra.

A nivel internacional, las modalidades de evaluación de este tipo de incapacidad eran muy heterogéneas. Las legislaciones de algunos

países (Gran Bretaña, Francia, Italia, Bélgica) contemplaban que el grado de incapacidad de las personas fuera determinado únicamente sobre la base de la merma a la integridad física, de acuerdo con una escala imperativa o indicativa (por ejemplo, 100% de invalidez para una mutilación de los miembros inferiores). En ese caso, la pensión concedida al individuo era permanente y no podía modificarse. Sin embargo, la gran mayoría de los expertos internacionales consideraban ya a mediados de los años veinte que este método de evaluación no era juicioso porque no medía el daño económico real y subestimaba la capacidad real de trabajo. En 1924, el Dr. Florent Martin (CPI) declaró que debía abandonarse la idea de que una mutilación del miembro inferior fuera incompatible con el ejercicio regular y normal de una determinada profesión manual (Martin, 1924, p. 170).

En otros países (Alemania, Austria, Polonia), el grado de incapacidad de los inválidos de guerra se evaluaba teniendo en cuenta su incapacidad de ganancia a nivel profesional. Un gran número de leyes sobre el seguro-invalidez y el seguro por accidentes de trabajo se basaba también en el concepto de incapacidad laboral, evaluando la incapacidad para el empleo a partir de la disminución de la capacidad profesional. Ya no enfocaban las pruebas a la alteración física, sino a la disminución funcional (ligada a la lesión) que limitaba la capacidad de trabajo. En estos casos, los especialistas definían al colectivo de los inválidos a partir de la disminución de su capacidad de ganancia debido a un menor rendimiento. Esta orientación permitió reducir la pensión asignada en función de los ingresos personales.

En algunos casos, esta incapacidad laboral (que determinaba las posibilidades de empleo y de ganancia) se evaluaba teniendo en cuenta únicamente la condición física y la ocupación habitual anterior del individuo. En otros casos, se tenían en cuenta la edad, el sexo y el grupo social del individuo. Algunas legislaciones contemplaban que esta evaluación se hiciera en función de la incapacidad laboral para una ocupación determinada (marineros, mineros, etc.), un grupo de ocupaciones (empleados administrativos) o a nivel de una empresa, de un grupo de empresas o de una industria.

Todos estos procedimientos de evaluación implicaban que las posibilidades de reclasificación profesional debían considerarse únicamente dentro de un círculo restringido de empleos. Por ello, fueron criticados por algunos expertos que consideraban que no se tenían en cuenta las posibilidades de reclasificación en otra industria o en otra empresa que no estuviera afiliada al régimen de seguros. Estos expertos estaban convencidos de la necesidad de ampliar el alcance de la reclasificación profesional en la medida de lo posible para no socavar los esfuerzos realizados en el contexto de la reeducación profesional. Sin embargo, consideraban que ciertas profesiones peligrosas (mineros, marineros) merecían ser eximidas de esta regla.

La voluntad de ampliar el alcance de la reclasificación profesional llevó a los expertos a valorar un nuevo concepto de incapacidad laboral: la “incapacidad general de ganancia”. En noviembre de 1936, una reunión de expertos internacionales sobre seguros sociales convocada por la OIT recomendó la aplicación del concepto de incapacidad general de ganancia (BIT, 1937, p. 367). Esto implicaba considerar las posibilidades de reclasificación y de ganancia en el mercado laboral general, teniendo en cuenta la naturaleza y la gravedad de las lesiones, la edad y la ocupación anterior del inválido. En estos casos, se tenían plenamente en cuenta las capacidades profesionales residuales de las personas, el alcance de la reclasificación era ilimitado, lo que permitía encontrar un empleo adecuado con más facilidad.

La adopción de esta concepción tenía varias ventajas para los gobiernos. Permitía al legislador prever la unificación de su sistema de seguros al conjunto de los asalariados o al conjunto de los obreros, tener en cuenta los posibles resultados de la reeducación profesional y reducir el número de pensiones por invalidez pagadas.

La crisis económica de 1929 y el aumento del desempleo llevaron a los expertos a entender que la evaluación de la capacidad profesional de los inválidos estaba estrechamente vinculada a la situación del mercado laboral. En este contexto de crisis, los menos productivos fueron los primeros en ser despedidos y las personas inválidas no lograban encontrar un empleo porque los empleadores habían

aumentado sus exigencias. Esta depreciación del trabajo de los inválidos en el mercado laboral fue particularmente perceptible en Inglaterra. Según el *Workmen's Compensation Act*, aprobada en 1931, el juez podía ordenar que la incapacidad parcial del trabajador lesionado fuera considerada como total si sus esfuerzos para obtener un empleo no tuviesen éxito a causa de sus lesiones (BIT, 1937, p. 65). El propósito de esta norma era reparar las injusticias sufridas por los trabajadores lesionados rehabilitados que no pudieran encontrar trabajo debido a la crisis económica. La depreciación del trabajo de los inválidos en el mercado laboral se tenía aquí en cuenta para evaluar el grado de incapacidad de ganancia.

En 1936, los expertos internacionales en seguros sociales convocados por la OIT recomendaron que se prestase atención a las condiciones reales del mercado de trabajo al evaluar las modalidades de reclasificación profesional de los accidentados del trabajo y al otorgar las pensiones. Recomendaban que el seguro de invalidez proporcionase pensiones en caso de incapacidad permanente parcial a los solicitantes que no lograran obtener una remuneración suficiente por su trabajo, incluidos los solicitantes “que, en vista de las condiciones de competencia en el mercado laboral, no [tuvieran] una oportunidad razonable de encontrar un empleo adecuado” (BIT, 1937, p. 382).

Unos años más tarde, la consideración de este mercado laboral altamente discriminatorio llevó a algunos médicos a definir al colectivo de inválidos a partir de la desventaja profesional que sufrían como consecuencia de su deficiencia. En este caso, la desventaja profesional debía ser analizada en función de las condiciones reales del mercado de trabajo, teniendo en cuenta la lesión, la edad, la trayectoria profesional, así como las condiciones culturales y sociales del individuo. Esta última interpretación fue la que adoptó Inglaterra en el *Disabled Persons (Employment) Act* en marzo de 1944. Esta perspectiva llevaba a relativizar la relación sistemática de causa-efecto entre la deficiencia orgánica (física o mental) y la desventaja profesional porque la misma lesión podía producir desventajas profesionales muy

distintas según los individuos. La pérdida de un dedo representaba, por lo tanto, una desventaja diferente para un trabajador agrícola y para un pianista.

Estas interpretaciones sociales de la deficiencia mediatizada en los ámbitos internacionales durante los años 1930 pueden observarse de hecho en fuentes nacionales ya en el decenio anterior, en el ámbito de la protección social de los ciegos, en el cual la ceguera se consideraba tradicionalmente como una incapacidad laboral total. El español Antonio de las Heras Hervás argumentaba así que la ceguera debía ser considerada solo como una incapacidad parcial: “no existe la tragedia del no ver, sino la tragedia social de nuestra inutilidad presente” (Las Heras Hervás, 1925, p. 19).

Cualesquiera que fueran los métodos de clasificación, al realizar las pruebas, se incitaba a médicos y abogados a diferenciar entre individuos con una incapacidad permanente parcial (inválidos “recuperables”) –es decir, aptos para seguir el proceso de rehabilitación profesional con provecho– e individuos con incapacidad permanente total, considerados así como no aptos para el trabajo; “irrecuperables”, aunque siguieran el proceso de rehabilitación. Las normas establecidas por el seguro-invalidez alemán servían de referencia internacional para muchos países europeos. El seguro-invalidez alemán (artículo 1254 del Código de Seguros Sociales, adoptado en 1911) determinaba la incapacidad laboral por un umbral establecido en un tercio del salario medio de un trabajador normal. Solo el individuo que no podía ganar un tercio de este salario tenía derecho a una pensión.

Esta división de los individuos que tenían lesiones en dos grupos llevó a algunos especialistas a preguntarse si cabía restringir la categoría de los denominados “inválidos” a los que eran considerados no aptos para el trabajo o si, por el contrario, debía ser utilizada para definir a todos los que tenían una incapacidad permanente parcial o total. Los más radicales propusieron incluso operar una división –semántica– en el colectivo entre dos categorías opuestas: promover un nuevo vocablo para designar a los inválidos recuperables y

conservar el término “inválido” para designar a los inválidos irrecuperables. Estos debates, que ponían en peligro la unidad del colectivo de los inválidos, cobraron impulso durante los años cuarenta. En 1944, los funcionarios de la Oficina Internacional del Trabajo sostenían que solo un pequeño porcentaje de las personas que tenían una incapacidad física o mental merecían ser calificadas como *disabled* para poder beneficiarse de medidas especiales de capacitación y empleo (ILO, 1945, p. ii). En España, un intelectual inválido, Fernando Cebreros Poch, afirmó en 1953 que era necesario diferenciar la identificación “inútiles” (o “inválidos”) y la de “impedidos” que se refería a los que eran susceptibles de “adaptarse a la sociedad” (*ABC*, 4 de junio de 1953), es decir, a los que tenían suficiente energía para trabajar y participar en la vida social. Pero otros actores rechazaban esta disociación, ya que parecía más difícil de aplicar a los niños inválidos y su uso corría el riesgo de marginar aún más a los inválidos sin posibilidad de reeducación profesional.

Esta amenaza de escisión entre ambas categorías desapareció a mediados de los años cincuenta, cuando la OIT decidió conservar el término “inválido” en su Recomendación n°99 sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos. En el momento de preparar el proyecto de recomendación en 1953, los redactores de la OIT indicaron a los gobiernos su deseo de elaborar una definición del inválido basada en el derecho de admisión en los servicios de rehabilitación profesional (OIT, 1953, p. 9). Este enfoque implicaba la adopción de una definición estrecha de la invalidez. Al final, las negociaciones dieron lugar a un compromiso: en la Recomendación n°99 se mantenía la expresión *disabled person*, que se definía como “toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar empleo adecuado se [hallasen] realmente reducidas debido a una disminución de su capacidad física o mental”.¹ Esta definición se acercaba a la interpretación de la invalidez como una desventaja laboral. Pero el

¹ OIT, *Recommandation (n°99) sur l'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides*, 1 de junio de 1955.

texto confirmaba implícitamente la existencia de una dicotomía entre los inválidos irrecuperables y los recuperables, ya que un párrafo determinaba que se debía proporcionar rehabilitación profesional a todo inválido siempre que “[tuviese] perspectivas razonables de obtener y conservar tal empleo”. La Recomendación de la OIT confirmaba también la necesidad de diferenciar la deficiencia orgánica (*impairment*) de la situación que conllevaba desde el punto de vista del acceso a un empleo remunerado (*disability*).

La adopción de la Recomendación n°99 de la OIT confirmaba otra dinámica, la ampliación de la categoría de inválidos a grupos de individuos que no eran ni mutilados de guerra ni inválidos del trabajo: ciegos, sordos, inválidos de nacimiento, así como deficientes mentales. Se permitió la equiparación de estas categorías debido a que todos estos individuos se consideraban futuros beneficiarios de la política de rehabilitación profesional. En el Reino Unido, la ampliación de la categoría de *disabled persons* a los deficientes mentales fue legitimada ya en 1944.

La aparición de nuevas definiciones de la incapacidad independientes del ejercicio de una actividad profesional en el sector de la rehabilitación médica (1952-1975)

Una nueva interpretación de la invalidez surgió a principios de los años cincuenta, ligada al desarrollo de la rehabilitación médica de los niños que padecían distintas enfermedades (poliomielitis, artritis, etc.). Esta rehabilitación médica tenía por objeto preparar al individuo para que pudiera realizar los actos de la vida cotidiana de la forma más independiente posible. Los defensores de la rehabilitación médica definían a la persona inválida a partir de la dificultad para realizar los actos de la vida cotidiana. Sin embargo, durante los años cincuenta y sesenta se podían distinguir diversas variantes de esta definición.

Por una parte, las conferencias de expertos convocadas por la OMS legitimaron una definición de los inválidos basada en la dificultad para participar plenamente en las actividades educativas,

sociales y profesionales debido a su deficiencia. En 1951, se estableció un Comité Mixto de Expertos sobre la Infancia Físicamente Disminuida bajo los auspicios de la OMS. Este Comité reunió a muchos expertos occidentales adscritos a la OMS, la OIT y la Unesco. Definió al niño físicamente disminuido como “cualquier niño que, durante un periodo de tiempo bastante largo, se [viera] imposibilitado para participar plenamente a las actividades propias de su edad en el ámbito social, recreativo, educativo o en el de la orientación profesional” (OMS, 1952, p. 5). La elección de esta definición permitía legitimar el derecho de los niños para acceder a distintos servicios.

En 1968, la OMS reunió un nuevo Comité de Expertos Internacionales en Rehabilitación Médica, con especialistas de la OMS, la ONU, la Unesco y la OIT y de algunas ONG. Se reunieron en Ginebra, del 12 al 18 de noviembre de 1968. Tras varios debates, el Comité definió a la *handicapped person* como

cualquier sujeto cuya integridad física o mental [estuviera] momentáneamente o definitivamente disminuida, bien congénitamente, bien con resultado de la edad, de una enfermedad, de un accidente, de forma que su autonomía, su aptitud a asistir a la escuela o a desempeñar un empleo se [vieran] afectados. (OMS, 1969, p. 7).

La modificación de esta definición permitía incluir entre los destinatarios de la rehabilitación médica a los deficientes mentales. Una versión similar de esta definición se vio ratificada en la Declaración de los Derechos de los Impedidos de la ONU de 1975, en la cual “el término «impedido» [designaba] a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales”.²

No obstante, en el transcurso de los años cincuenta y sesenta, se generaron variantes de esta definición al nivel internacional. Una de

² *Declaration on the Rights of Disabled Persons*, 2433era reunión plenaria, 9 de diciembre de 1975.

ellas se inspiraba en la definición de los inválidos como individuos que sufrían una desventaja profesional. Especialistas de la rehabilitación médica y del sector del bienestar de los ciegos, sobre todo en Estados Unidos, empezaron a definir a la persona inválida desde la desventaja social que padecían en la práctica de las actividades sociales. Esta desventaja social se debía directamente a la deficiencia física o a una multiplicidad de factores (papel de la deficiencia, de la sociedad, de la familia, actitud del individuo deficiente).

En febrero de 1950, el Dr. John Lee, expresidente de la National Society for Crippled Children and Adults (Estados Unidos), identificó durante una conferencia internacional cuatro tipos de limitaciones que intervenían en el patrón de vida (*life pattern*) de la persona discapacitada: limitaciones que la deficiencia (*disability*) imponía, limitaciones que la persona discapacitada se imponía a sí misma, limitaciones que la sociedad imponía al niño o al adulto discapacitado y limitaciones que la persona discapacitada imponía a la sociedad. Estos cuatro elementos podían contribuir a la desventaja (*handicap* en inglés) que sufría un individuo impedido. Lee enfatizaba sobre el peligro de la sobreprotección o de la negligencia por parte de la familia y la sociedad. También señalaba varias actitudes discriminatorias de la sociedad contra el niño o el adulto discapacitado desde el punto de vista educativo y profesional. Según él, estas actitudes solo podían generar dependencia, un sentimiento de inferioridad y amargura en el individuo discapacitado, privado “del derecho y la oportunidad de ser una persona de verdad” (Unesco, 1950, p. 25). Pero también consideraba que la persona discapacitada podía imponerse otras limitaciones, si se encerraba y sentía lástima de sí misma, y si no aceptaba trabajar. Esta variante de una interpretación “social” de la discapacidad tenía pues por objeto reforzar la responsabilidad de la comunidad en la educación y el acceso al empleo de la persona discapacitada, liberándola al mismo tiempo de ciertas responsabilidades de asistencia al reforzar el deber de autonomía de las personas discapacitadas.

En muchos países, las asociaciones de personas discapacitadas se apropiaron gradualmente de esta definición de la persona discapacitada basada en la desventaja social que experimentaban en la práctica de las actividades sociales. A menudo, eran más virulentas en sus reivindicaciones que los médicos y denunciaban los prejuicios negativos de los empleadores, así como la inaccesibilidad de los edificios y transportes públicos y privados. De esta manera, desarrollaron interpretaciones sociales del *handicap* (en los Estados Unidos) o de la *disability* (en Inglaterra), que, sin embargo, variaban en el grado de responsabilidad atribuido a la sociedad en la construcción de la desventaja social que sufrían las personas discapacitadas.

Algunas asociaciones construyeron una interpretación marxista de la discapacidad, atribuyendo toda la responsabilidad de la marginación a la organización social capitalista. En Londres, la Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) consideró en 1976 que “[era] la sociedad quien [discapacitaba] a las personas físicamente deficientes. La discapacidad (*disability*) [era] algo que se [les imponía] más allá de [sus] deficiencias (*impairments*), y como resultado [estaban] innecesariamente aisladas y excluidas de una plena participación en la sociedad” (Upias, 1976, p. 13). De forma más precisa, la *disability* representaba

El hecho de estar en desventaja o limitado en el momento de realizar actividades, debido a una organización social contemporánea que no tiene en cuenta, o tiene poco en cuenta, a las personas que tienen deficiencias físicas y las excluye de la participación en la mayoría de las actividades sociales. Por consiguiente, la discapacidad física (*physical disability*) es una forma particular de opresión social. (UPIAS, 1976, p. 13).

A diferencia de la UPIAS, que disociaba completamente la deficiencia y la discapacidad, otros actores desarrollaron una interpretación social más matizada, en la cual la desventaja social era causada tanto por la sociedad como por las limitaciones funcionales del individuo.

Resolver los conflictos de interpretación sobre el término disability

A partir de 1955, las definiciones de la “discapacidad” promovidas en los sectores de la rehabilitación médica y de la rehabilitación profesional eran claramente distintas, pero también resultaban confusas, debido al uso común del término “incapacidad” (*disability*) para definir la situación de incapacidad laboral y la imposibilidad de realizar las tareas de la vida cotidiana. La Recomendación n°99 de la OIT formalizó una definición del término *disability* relacionada con la aptitud para el trabajo remunerado y validó la distinción entre la deficiencia orgánica (*impairment*) y la situación que conllevaba para el acceso a un empleo remunerado (*disability*). Por consiguiente, los expertos en rehabilitación médica convocados por la OMS buscaron otro término para caracterizar el grado de dificultad para realizar las tareas de la vida cotidiana. En 1958, decidieron atribuir un nuevo significado al término *impairment* (*infirmité* en francés, “impedimento” en español), definido como “deficiencia médicamente diagnosticada que reduce en un individuo su aptitud para hacer frente a las exigencias de la vida diaria” (OMS, 1958, p. 9).

Diez años después, los expertos reunidos por la OMS cambiaron de opinión y cuestionaron las pretensiones del sector de la rehabilitación profesional para definir el término *disability*. La preeminencia simbólica de la rehabilitación médica sobre la rehabilitación profesional les permitió hacerlo. En el informe publicado en 1969, definieron *disability* (“invalidéz” en la versión en español) como “una reducción de la capacidad funcional para llevar una vida cotidiana útil”, y el “impedimento” (*impairment*) como “un estado patológico permanente o transitorio que provoca una disminución funcional”. Además, estos expertos añadieron un nuevo término, *invalidity* (en francés *invalidité* y en la versión en español “incapacidad”), definido como “diminución de las aptitudes del sujeto, que pueden expresarse cuantitativamente”. La ausencia en esta clasificación de una definición intrínsecamente ligada a la capacidad profesional se explica por la voluntad de construir una herramienta de medición operativa en

todos los sectores de la rehabilitación integral, es decir, válida para todos los servicios encargados de evaluar, distribuir ayudas, servicios y subsidios (en los ámbitos educativo, profesional y médico). Sin embargo, la elección de una definición que fuese válida para todos los sectores resultaba muy difícil.

A partir de los años sesenta, la valoración de las interpretaciones sociales de la discapacidad fue acompañada por la promoción del término inglés *handicap*, para describir la situación de desventaja social y por la transformación del significado atribuido al término *disability*. Si bien la clasificación construida en 1969 por el Comité de la OMS no incorporaba la palabra *handicap* en sus definiciones, sí respaldaba las interpretaciones sociales al adoptar los términos *handicapped*, *handicaps* y, en español, “persona impedida”.

Los intentos de los especialistas en rehabilitación para conciliar los enfoques de la rehabilitación médica y profesional siguieron siendo imperfectos y confusos durante mucho tiempo, incluso para los propios especialistas. En este marco, la OMS encargó al Dr. Philip Wood a principios de los años setenta que trabajase con su equipo para elaborar una clasificación coherente que pudiera proporcionar un instrumento de clasificación y medición para las instituciones encargadas de distribuir las ayudas y los servicios. La Asamblea de la OMS aprobó una versión preliminar de esta clasificación en 1976 y el equipo de investigación de la OMS publicó un artículo sobre el tema en la revista *Disability and Rehabilitation* (Bury y Wood, 1978). Los resultados finales de la investigación fueron publicados en 1980 (WHO, 1980). Esta clasificación distinguía entre “deficiencia” (*impairment*), que es una característica propia de la persona, la “discapacidad” (*disability*), que representa la limitación funcional debida a la deficiencia, y las “desventajas sociales” (“minusvalías” en español, *handicaps* en inglés) resultantes de las discapacidades. La “minusvalía” se definía como una desventaja resultante de una deficiencia o de una incapacidad, que limitaba o impedía el cumplimiento de una función social (según la edad, el sexo y los factores culturales) de esa persona.

DOCUMENTO 8. SÍNTESIS DE LAS TRADUCCIONES
SEMÁNTICAS DE LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS

	Fecha	Autores	Clasificación internacional propuesta		
Versión original en inglés	1978, 1980	Philipp Wood, Michael Bury / OMS	Impairment	Disability	Handicap
Versión oficial en español	1983	INSERSO, Madrid	Deficiencias	Discapacidades	Minusvalías
Versión oficial en francés	1988	INSERM / CTNRHI, Paris	Déficiences	Incapacités	Desavantages
Versión oficial en portugués	1989	Secretaría nacional de reabilitação, Lisboa	Deficiências	Incapacidades	Desvantagens

En 1981, el Programa de Acción Mundial de las Naciones Unidas estableció explícitamente una relación entre la discapacidad y los factores sociales y ambientales, refiriéndose a la labor de la OMS. Desde su creación, la ONG Disabled People International (DPI) luchó por cambiar el concepto de discapacidad utilizado por la OMS, de modo que se definiera únicamente como la consecuencia de las barreras sociales.³ En junio de 1983, durante el debate de la Comisión de Rehabilitación Profesional de la OIT, los representantes de los gobiernos del Canadá y Suecia y el observador de DPI pidieron que se mencionasen los “factores sociales y ambientales” en la reducción de las oportunidades de empleo de las personas discapacitadas, pero esta propuesta fue rechazada tras la oposición de los miembros empleadores y de varios representantes gubernamentales (Túnez, RFA, Bélgica, Kenia, Portugal).⁴

La institucionalización del calificativo disabled persons a nivel internacional (1918-1975)

En los países anglosajones y europeos en los que la rehabilitación profesional estaba muy desarrollada, surgió una dinámica favorable

³ SE/RA, HCK/e9/2. DPI, *Draft minutes from World Council meeting*, Tokio, 20-23 de junio de 1982.

⁴ CIT, 69e session, 1983, *Compte rendu provisoire*, BIT, Ginebra, p. 27/5.

a la creación de una identificación alternativa a la de *invalidé* e *infirmé* (en el ámbito francófono) y a la de *cripple* (en el ámbito anglófono) durante las primeras décadas del siglo XX. Los especialistas anglosajones privilegiaron entonces las identificaciones *handicapped* (Stiker, 1996, p. 20-21) y *disabled*. Rápidamente, las administraciones de los Estados Unidos y del Reino Unido respaldaron la necesidad de una modificación semántica y conceptual. En 1944, la monarquía parlamentaria británica aprobó el Disabled Persons (Employment) Act. En Estados Unidos, tras la adopción del calificativo *disabled* en las primeras legislaciones sobre la rehabilitación (1917, 1920), fue la identificación *handicapped* la que se institucionalizó posteriormente a nivel federal con la puesta en marcha de un President's Committee for the Employment of the Physically Handicapped por Harry Truman a partir de 1945.

Por la misma época, surgieron dos identificaciones en los países francófonos. Primero, en Suiza, a instigación de la potente asociación Pro Infirmis, la de *déficients (physiques et mentaux)*, que sustituyó al término “anormal” en el sector de la educación especial y luego se extendió al sector de la rehabilitación. Segundo, la que tuvo tendencia a imponerse en el ámbito francófono internacional, la de *diminués physiques*. Así, en Francia, Suzanne Fouché creó en 1929 la Ligue pour l'adaptation au travail du diminué physique (LADAPT).

Se produjo una dinámica similar a nivel internacional y nacional para promover el surgimiento de una identificación incluyente (que abarcara a los inválidos, los deficientes mentales, los sordos, los ciegos, etc.) y común a todos los sectores que se ocuparan de las personas discapacitadas (en primer lugar, a los de la educación especial y la rehabilitación). Dado que los problemas que planteaban esas poblaciones eran complejos y que su solución requería la intervención coordinada de varios sectores, los dirigentes políticos optaron entonces por ir más allá de la sectorialidad tradicional de los conocimientos técnicos públicos “estableciendo estrategias intersectoriales o transectoriales” (Muller, 2005, p. 182). Debían pues elegir una identificación común a los diferentes sectores de la intervención pública.

A principios de los años cincuenta, las Naciones Unidas contribuyeron de manera decisiva a la unificación gradual de las identificaciones sectoriales (*physically handicapped, blind, deaf, mentally retarded, etc.*), dentro de la categoría incluyente *handicapped*. En ese momento, las Naciones Unidas crearon un grupo técnico especial encargado de estudiar la rehabilitación de las “personas físicamente disminuidas” (*physically handicapped*). En 1953, a instancias de la ONU, las ONG se reunieron en una Conference of International Non-governmental Organisations Interested on Rehabilitation of the Physically Handicapped. La Conferencia cambió rápidamente su nombre por el de Conference of World Organizations Interested in the Handicapped (CWOIH).⁵ Este nuevo nombre permitió la incorporación de los deficientes mentales y la unificación de las identificaciones dentro de la categoría incluyente *handicapped (mentally handicapped, physically handicapped, etc.)*. Así que, desde 1953, la constitución de la CWOIH contribuyó a esta unificación de las identificaciones y de los beneficiarios de las diversas políticas sectoriales de la discapacidad. Dos décadas más tarde, las Naciones Unidas, mediante la adopción de la Declaración de los Derechos de los Impedidos en 1975, institucionalizaron la existencia de una categoría (*disabled person*) común a todos los sectores de la intervención pública. Iniciado a partir de los años cincuenta a nivel internacional, este proceso de inclusión de los sordos, de los ciegos, de los deficientes mentales y de los discapacitados físicos dentro de la misma categoría administrativa dejó de suscitar críticas, puesto que fue legitimado y naturalizado.

A principios de los años cincuenta, las transformaciones semánticas operadas en las esferas anglófona y francófona fueron aprobadas por la OMS y las Naciones Unidas. El Comité de Expertos convocado por la OMS, dominado por especialistas estadounidenses, utilizó la expresión *physically handicapped child* en su informe n°58

⁵ AUNESCO, 371.91 A 022 UNSA. Documento “Conference of World Organizations Interested in the Handicapped”, adjunto a carta, K. Jansson al Dr. W. D. Wall, 13 de enero de 1954.

de 1952 (WHO, 1952, p. 5), *enfants physiquement diminués* en la versión francesa y “niños físicamente disminuidos” en la versión en español. En 1954, el Departamento de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas publicó un folleto titulado *Services for the Physically Handicapped*, traducido al francés por *L'assistance aux handicapés* (ONU, 1954). En 1957, este departamento dio marcha atrás y utilizó el término *personnes physiquement diminuées* en el folleto que actualizó (ONU, marzo de 1957).

Muy pronto, los especialistas francófonos intentaron traducir al francés la identificación *handicapped*. En 1953, René Guicharnaud, representante de la WVF, sugirió en la Conferencia Internacional de la CWOIH que el nombre francés de la organización (Conférence des organisations non gouvernementales intéressées à la réadaptation des Personnes Physiquement Diminuées) se cambiara por el de *handicapés* para que se ajustase al título inglés. Los participantes aprobaron esta propuesta.⁶ Algunos años más tarde, los parlamentarios franceses utilizaron por primera vez el término *handicapé* en la Ley 57-1223 de 23 de noviembre de 1957 relativa a la reclasificación profesional de los trabajadores discapacitados.

En 1955, la versión inglesa de la Recomendación n°99 de la OIT institucionalizó la identificación británica *disabled persons* a nivel internacional.⁷ Se puede observar que las traducciones en lenguas francesa y española del documento llevaban mucho retraso con respecto a las evoluciones semánticas en curso, ya que ambas conservaban respectivamente los términos *invalides* e “inválidos”. Además, la estructura adjetivo-sustantivo desaparece en favor del adjetivo sustantivado en estas traducciones, mientras que en la versión inglesa se insiste sobre el hecho de que ante todo se trata de personas. La Recomendación reforzó la legitimidad de términos que ya habían

⁶ *Rapport de la troisième conférence des organisations mondiales intéressées à l'adaptation des handicapés, Nations Unies, Genève, 23-24 septembre 1954*, ECOSOC E/CN.5/NGO/25, 10 de diciembre de 1954, p. 18.

⁷ ILO, *Vocational Rehabilitation of the Disabled Recommendation*, n°99, 1955.

perdido crédito ante los profesionales francófonos e hispanófonos de la rehabilitación.

Por el mero hecho de aparecer en la declaración de la OIT, la calificación *disabled persons* se volvió ineludible y fue invadiendo poco a poco el ámbito de la rehabilitación médica. En 1960, en Nueva York, los miembros de la International Society for the Welfare of Cripples en su asamblea general decidieron modificar el nombre de su asociación que pasó a llamarse International Society for the Welfare of the Disabled. En diciembre de 1975, la adopción por las Naciones Unidas de la *Declaration on the Rights of Disabled Persons* institucionalizó definitivamente esta identificación en el mundo anglosajón.⁸ Con ello, marginó definitivamente la identificación *handicapped* promovida por la CWOIH y el Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS. A partir de finales de los años sesenta, la identificación *handicapés* se consolidó en el mundo francófono, en detrimento de la de *diminués physiques*. Se utilizó la identificación *personnes handicapées* en la traducción al francés de la *Declaration on the Rights of Disabled Persons*.

Las traducciones en español de los textos internacionales seguían usando el calificativo “impedido” a partir de finales de los años cincuenta, probablemente como sinónimo de *handicapped*. La versión española del folleto de las Naciones Unidas de 1957 se titulaba *Rehabilitación de las personas físicamente impedidas*. La traducción de la declaración adoptada por la ONU en 1975 conservaba también el término “impedido”, así como la traducción en español del International Year of Disabled Persons: Año Internacional del Impedido.

Como el portugués no es lengua oficial de las Naciones Unidas, los textos internacionales no eran inmediatamente traducidos a ese idioma. Sin embargo, cuando sí se realizaba la trasposición de una lengua a otra, las palabras utilizadas a menudo se inspiraban en el vocablo francés *incapacité*. En 1980, las Naciones Unidas publicaron

⁸ *Declaration on the Rights of Disabled Persons*, 2433era reunión plenaria, 9 de diciembre de 1975.

una traducción de la Declaración de 1975, titulada *Declaração dos Direitos dos Incapacitados* (ONU, abril de 1980).

DOCUMENTO 9: RESUMEN DE LOS CAMBIOS SEMÁNTICOS INTERNACIONALES PARA DESIGNAR A LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

	Versión original en inglés	Versión en francés	Versión en español
Naciones Unidas, 1951	Physically handicapped	Personnes physiquement diminuées	
OMS, 1952	Physically Handicapped child	Enfants physiquement diminués	
OIT 1955	Disabled person	Invalides	Inválidos
OMS, Informe técnico nº158, 1958	Disabled	Diminués physiques	Impedido
OMS, Segundo informe técnico, nº419, 1969	Handicapped persons	Handicapés	Impedido
Naciones Unidas, Declaración de los derechos, 1975	Disabled persons	Personnes handicapées	Impedidos
Naciones Unidas, Año Internacional, 1981	Disabled persons	Personnes handicapées	Impedido
OIT, Convenio nº159, 1983	Disabled persons	Personnes handicapées	Persona inválida
Naciones Unidas, Decenio, 1983-1992	Disabled persons	Personnes handicapées	Impedidos
Naciones Unidas, Convención, 2006	Persons with disabilities	Personnes handicapées	Personas con discapacidad

El impacto del principio de normalización sobre las categorizaciones

A finales de los años sesenta, la adopción del principio de normalización llevó a algunos actores a cuestionar las categorías preestablecidas de la discapacidad, a reivindicar la ausencia de categorizaciones o designaciones que no mencionasen la deficiencia. La frontera entre la categoría de deficientes mentales y la categoría de “personas

normales” empezó entonces a fisurarse. Las críticas se acumulaban contra las fallas en las clasificaciones y en las pruebas de coeficiente intelectual. Se achacaba a estas pruebas de CI el no tener en cuenta la variabilidad de las capacidades de los deficientes mentales en función de las situaciones y de las actividades a realizar. Además, el retraso mental ya no se percibía como un estado estable, sino como una situación que variaba con el tiempo. Algunos especialistas occidentales llegaron incluso a cuestionar la categoría de deficientes mentales, denunciando las consecuencias sociales de esta categorización en el plano educativo. En los Estados Unidos, Jane Mercer, socióloga de la Universidad de California, demostró que el retraso mental era menos una designación clínica que un estatus social determinado por los profesionales que se atribuían el derecho a categorizar a las personas de esta manera (*Mensagem da Apae*, mayo-agosto de 1976, p. 29).

También se cuestionaron los límites entre las subcategorías (deficientes mentales leves/medios/profundos), así como la propia categoría de “retrasado mental profundo”. La terminología educativa consideraba antes que las personas con un coeficiente intelectual inferior a 50 no eran educables, pero las nuevas investigaciones demostraban su capacidad de aprendizaje.

Al mismo tiempo, bajo la influencia de la dinámica de normalización, surgió una nueva identificación en el sector de la educación especial, la de las personas con necesidades educativas especiales. Esta expresión, que hace más explícita y categórica la obligación y la responsabilidad de satisfacer estas necesidades especiales, se difundió en el mundo de habla hispana en 1979 durante las II Jornadas Internacionales a nivel Latinoamericano sobre Retardo Mental (AVEPANE, 1981, p. 159).

Las instituciones internacionales (OIT, ONU, OMS) desempeñaron un papel fundamental en los cambios de categorización del colectivo de los inválidos a nivel internacional. A lo largo del siglo XX, las concepciones de la incapacidad promovidas en el sector de la rehabilitación profesional (intrínsecamente vinculadas al ejercicio de

una actividad profesional) fueron progresivamente marginalizadas en favor de otras concepciones de la incapacidad construidas en el sector de la rehabilitación médica y no vinculadas al ejercicio de una actividad profesional. Era una de sus variantes, defendida en particular por el Comité de Expertos de la OMS, que se institucionalizó a nivel internacional con la adopción de la Declaración de los Derechos de los Impedidos en 1975.

Esta definición del colectivo de los discapacitados basada en las dificultades que experimentaban para participar en la vida social, profesional y educativa no atribuía ninguna responsabilidad directa a la sociedad en la construcción de la desventaja social que sufren las personas discapacitadas. Por lo tanto, se descartaron las interpretaciones radicales de la discapacidad como resultado de la discriminación social en favor de conceptualizaciones más estrechas y menos politizadas de la discapacidad.

Sin embargo, no debería asumirse que estos cambios en la conceptualización tuvieron lugar de forma lineal. Efectivamente, es posible encontrar interpretaciones alternativas de la discapacidad que no fueron utilizadas por las instituciones y que, por lo tanto, constituyen elementos de discontinuidad en esta narrativa. En 1948, los etnólogos Jane Hanks y L. M. Hanks publicaron un artículo que revelaba una interpretación cultural de la deficiencia física. De hecho, señalaron que la categoría de personas discapacitadas física no se construía de manera similar en todo el mundo. En su opinión, no representaba ninguna clasificación lógica o médica de los síntomas. Era una categoría “con características sociales específicas al estado de nuestra sociedad” y cuyo perímetro variaba según las culturas: “una cicatriz desfigurante en Dallas se convierte en una distinción honorífica en Dahomey” (Hanks y Hanks, 1948, p. 11). Esta interpretación cultural de la discapacidad reapareció de manera puntual unos veinte años más tarde durante un congreso sobre la infancia africana organizado por el BICE (BICE, 1960, p. 319).

Los cambios semánticos en los textos internacionales se han ido produciendo de acuerdo a diferentes temporalidades, según las

esferas lingüísticas (anglófona, francófona, hispanófona y lusófona). En el ámbito anglosajón, la identificación *disabled person* se institucionalizó mediante la adopción de la Recomendación n°99 de la OIT en 1955, a pesar de la promoción de la identificación *handicapped person* por los especialistas en rehabilitación médica y por la CWOIH. En el mundo francófono, la expresión *diminué physique* se devaluó durante los años cincuenta y sesenta en favor de *handicapé*, lo que condujo rápidamente a cambios semánticos en los textos internacionales adoptados. En cambio, las organizaciones intergubernamentales utilizaron en la traducción al español el antiguo término “impedido” (como sinónimo de *handicapped*).

La apropiación diferenciada de las nuevas categorizaciones internacionales

La influencia de estas categorizaciones internacionales ha ido variando en intensidad y tiempo de un país a otro. Estas variaciones dependen de la forma en que los actores locales han conocido la existencia de estas categorizaciones, se las han apropiado y las han promovido ante las administraciones y los responsables políticos.

La sustitución de la denominación de inválido en el sector de la rehabilitación (1920-1967)

En los tres países, Argentina, Brasil y España, los representantes de los inválidos civiles tenían la voluntad de sustituir el término “inválido” por otro más significativo. La identificación promovida por las organizaciones internacionales (“impedido”) les parecía en general poco convincente. A partir de los años cuarenta, de forma variable se fueron apropiando las categorizaciones francófonas (*déficients physiques, diminués physiques*) y anglófonas (*crippled, disabled, handicapped*) e intentaron traducirlas adecuadamente. Si bien la traducción de los términos franceses no planteó problemas (“disminuidos

físicos” y “deficientes físicos”), la traducción de las denominaciones anglosajonas resultó más compleja y generó debates. Sin duda, el uso de una identificación demasiado alejada de la cultura nacional provocaba rápidamente la reticencia, incluso el rechazo absoluto, de los oyentes.

Esta dinámica de transformación semántica tuvo lugar desde principios de los años cuarenta en Argentina y durante los años cincuenta en Brasil y España. En Argentina, varios especialistas propusieron nuevas identificaciones en las conferencias sobre la invalidez celebradas en 1943 y 1946. El Dr. Emilio Vidal y los profesores María Lía Moreno de Grego y José María Carazo se reapropiaron la denominación *handicapped*. Los primeros utilizan el término “handicapeado” (AOI, 1947, p. 136), mientras que el último interpretaba el término “impedido” como un sinónimo del término inglés (AOI, 1947, p. 379). Por otro lado, E. Mira y López propusieron crear una terminología “nueva y eufemística” a partir del término *disabled*:

Los ingleses han sustituido el adjetivo *crippled* por *disabled*; quizás en castellano se podrían usar palabras tales como “hipoérgico” (si se quiere un término científico) o “dishábil”, “dishabilitado” (imitativo de la voz inglesa) o, mejor, “readaptado”; este último sugiere ya la desadaptación (por invalidez) sin acusarla abiertamente. (AOI, 1947, p. 266).

La mayoría de los especialistas de habla hispana se pusieron de acuerdo para utilizar el término “impedido” como sinónimo de *handicapped*, aunque otros intentaron traducirlo de otra manera. También tradujeron en general el término *disabled* como “incapacitado”. Sin embargo, hasta finales de los años cincuenta, los españoles no mencionaron ningún avance semántico anglosajón, lo que puede explicarse por el aislamiento impuesto por la dictadura de Franco.

En Argentina, dos médicos, José M. Jorge y Juan O. Tesone, desempeñaron un papel muy importante en la promoción de la identificación “lisiado”. En 1946, el fundador de la Asociación de Ayuda y Orientación al Inválido, el Dr. José M. Jorge, prefirió privilegiar el

término “lisiado” como sinónimo del calificativo *cripples* en el título de la conferencia internacional que organizó (Segunda Conferencia para el bienestar del lisiado), mientras que la primera experiencia se llamó Conferencia de ayuda al inválido. Este cambio semántico probablemente se puede explicar por los lazos que existían entre el Dr. José Jorge y algunos dirigentes de la *International Society for the Welfare of Cripples*. Ambos médicos impartieron numerosos cursos sobre la rehabilitación de los lisiados entre 1943 y 1956. Gracias a su dinamismo, el término “lisiado” se extendió y otros médicos lo volvieron a usar, así como las primeras asociaciones: Asociación Argentina de Lisiados, Club Marcelo J. Fitte pro Superación del Lisiado.

A partir de finales de los años cuarenta, las denominaciones “disminuido físico”, “físicamente impedido” e “incapacitado” fueron, sin embargo, cada vez más utilizadas de forma regular por otros representantes de los inválidos (asociaciones, profesionales, responsables políticos). En 1957, un grupo de asociaciones de ciegos, sordos e impedidos utilizó varias identificaciones (en primer lugar “físicamente impedidos”, pero también “lisiado”, “personas físicamente incapacitadas”) en el memorando que enviaron a los Constituyentes (*En Marcha*, agosto de 1958, p. 32). Además, en abril de 1962, los pediatras de Mar del Plata adhirieron a la identificación “niño física y psíquicamente disminuido” adoptada por el Comité de Expertos de la OMS sobre la Infancia Físicamente Disminuida (Actis et al., 1962).

En Brasil coexistían a nivel nacional dos estrategias de identificación de los inválidos, una defendida por la esfera pública federal y estatal (la de *incapacitado*) y la otra promovida por una asociación privada del estado de San Pablo (la de *criança defeituosa*). En 1950, el Dr. Renato da Costa Bonfim favoreció la identificación *criança defeituosa* cuando fundó allí la *Associação de Assistência a Criança Defeituosa* (AACD). Este término tenía la ventaja de no presuponer una incapacidad total, ya que solo indicaba la existencia de un defecto físico. Esta asociación popularizó gradualmente esta identificación ante la sociedad civil mediante la organización de campañas anuales de recaudación de fondos. Al mismo tiempo, el término *incapacitado*

era ampliamente utilizado por las autoridades públicas a nivel federal y estatal, ya que se asimilaba como sinónimo de *disabled*. La llegada de expertos internacionales (ONU, OIT, OMS) consolidó su uso. Creado en 1956, el *Instituto Nacional de Reabilitação* se encargaba de atender a los *incapacitados*.

Las personas físicamente impedidas rehabilitadas que se asociaban decidían generalmente asumir la identificación de *paraplégico*. Fundado en 1958, el *Clube dos Paraplégicos de São Paulo* luchaba por una acepción amplia del término *paraplégico*, que incluyera a las personas que necesitaban muletas.⁹ Para los médicos, este término se refiere solo a las personas con una parálisis de ambas extremidades inferiores. En San Pablo, los vendedores ambulantes discapacitados se identificaban como *deficientes físicos*, creando la *Associação Brasileira de Deficientes Físicos* (1961).

En España, a finales de los años treinta, los representantes de los mutilados de guerra (republicanos y franquistas) discutían las denominaciones “inútiles” e “inválidos” y defendían la identificación de “mutilados”. En 1941, durante una asamblea de mutilados de guerra franquistas en el Palacio de la Diputación Provincial de Barcelona, el general Millán-Astray proclamó “somos mutilados, pero no inválidos” (*ABC*, 5 de septiembre de 1941). El cambio de nombre de la organización –de Cuerpo de Inválidos pasó a llamarse Benemérito Cuerpo de Caballeros Mutilados de Guerra por la Patria– señalaba la voluntad de reconocer las capacidades residuales de los mutilados.

Fue únicamente a partir de mediados de los años cincuenta cuando los portavoces (médicos, responsables de asociaciones) multiplicaron los intentos para identificar de otra manera al colectivo de los inválidos civiles, inspirándose principalmente en las categorías francófonas (*diminués physiques*, *déficients physiques*). En 1958, tras haber asistido a seminarios internacionales, el Dr. Bosh Marín dio

⁹ Arquivo do Clube dos Paraplegicos de São Paulo [ACPSP], Artigos. “Integração social é a principal meta do Clube”, *Folha de São Paulo*, San Pablo, 1974.

preferencia a la identificación “físicamente disminuidos”.¹⁰ Muchos médicos hicieron la misma elección. En 1963, el secretario general del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, el Dr. Manuel Oñorbe Garbayo, consideró que la identificación más adecuada era la de “personas con capacidad limitada o disminuida” o, en su defecto, “personas físicamente disminuidas” (Servicio de rehabilitación sanitaria, 1963, p. 5). Por otra parte, las dos asociaciones de personas inválidas que se crearon bajo la protección de la Iglesia (Fraternidad Católica de Enfermos y Disminuidos, Auxilia) asumieron esta identificación y la utilizaron regularmente en sus publicaciones. En cambio, los dirigentes del comité organizador de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles se identificaron en 1958 como “deficientes físicos”.¹¹

Tras la institucionalización de la identificación *disabled* a nivel internacional con la Recomendación n°99 de la OIT y el cambio de nombre de la *International Society for the Rehabilitation of the Disabled* (ISRD), los agentes españoles, brasileños y argentinos buscaron construir una identificación inspirada en este término. Este problema no se planteó en el Brasil, donde la identificación institucionalizada, *incapacitado*, ya era sinónimo de *disabled*. En Argentina, Edmundo Vaamonde, en una conferencia celebrada en Buenos Aires en noviembre de 1960, evocó los problemas psicológicos de los “des-habilitados adultos”.¹² Su propuesta de identificación, que intentaba adaptar el término *disabled*, parecía encontrar resistencias y Edmundo Vaamonde no tardó en renunciar a utilizar este término en favor de “lisiado”.

En España, muchos médicos especialistas en rehabilitación (Vaquero González, Manuel Blanco Argüelles, etc.) dieron preferencia

¹⁰ Archivo General de la Administración [AGA], (06)086.000. Archivador n°19. Intervención de la Comisión permanente nacional de inválidos civiles y del trabajo, Madrid, 7-11 de abril de 1958, durante las I Conversaciones nacionales sobre educación primaria del Servicio español del magisterio.

¹¹ AGA, (06)086.000. Archivador n°19. Intervención de la Comisión permanente.

¹² *Memoria CONAREL. Año 1960*, Buenos Aires, 1961, p. 16.

entonces a la identificación “incapacitado” como sinónimo de *disabled*. Tras haber empleado el término “disminuido físico”, Manuel Blanco Argüelles utilizó algunos años después el término “incapacitado” (Argüelles y Hernández Gómez, 1965). Esta actitud era significativa de una creciente desafección de los especialistas hacia el uso de términos de origen francófono.

Sin embargo, a partir de mediados de los años sesenta, algunos médicos especialistas en deporte adaptado, en particular el profesor Fernández Cabeza, promovieron otra identificación, la de “minusválido” (*ABC*, 3 de febrero de 1965). Esta identificación incluía a las personas física y mentalmente deficientes, así como a los ciegos. La Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC) y la Delegación Nacional de Juventud contribuyeron a la promoción de esta designación mediante la organización de torneos deportivos anuales, los campeonatos nacionales de “minusválidos”.

En 1965, el director del Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico de Madrid, Ricardo Hernández Gómez, propuso emplear una nueva identificación construida por analogía con el término inglés *disabled*, el término “discapacitado” (Hernández Gómez, 1965, p. 41-43). Reconocía que la traducción literal de los términos *disability* y *disabled* debería hacerse por las denominaciones “dishabilidad” y “dishábil”, pero consideraba que era mejor renunciar a esta traducción por no sonar bien en castellano. Según él, la apelación “discapacitado” tenía legitimidad etimológica: el prefijo griego *dis*, significa algo difícil, perturbado, e implica la imagen de una persona que sufre una anomalía, pero en ningún caso indica la pérdida de todas las capacidades. Este término constituía un concepto genérico que tenía en cuenta cualquier forma de alteración (física, mental, sensorial). A diferencia de otros términos (“inválido”, “impedido”, “incapacitado”, “disminuido físico”, “minusválido”), no conllevaba la idea de negación o merma de la aptitud, tan solo la alteración de las capacidades.

En 1967, Fernando Arribas y Gregorio Sierra, de la Delegación Provincial de la ANIC de Zaragoza, se pronunciaron a favor del uso de la identificación “minusfísicos”, en un artículo titulado

“¿Minusválidos? ¡Minusfísicos!”. Al considerar que los términos “inválido” y “minusválido” eran polisémicos y demasiado vagos, ya que a veces se vinculaban a la deficiencia mental, deseaban una denominación restringida exclusivamente “a la parte física”, así que propusieron la identificación “minusfísicos” (*Boletín Informativo ANIC*, enero de 1967).

En Brasil, los especialistas en rehabilitación se pusieron de acuerdo sobre el hecho de que el término *disabled* debía traducirse por *incapacitados*. En Argentina y España, los representantes de los inválidos construyeron una amplia variedad de identificaciones alternativas, inspirándose en las categorías anglófonas *crippled* (lisiado), *disabled* (incapacitado, deshabilitado, dishábil, discapacitado) y *handicapped* (impedido, discapaceado); o francófonas (disminuido físico, deficiente físico, limitado físicamente).

En Argentina y en Brasil, la dinámica de sustitución de la denominación “inválido” en el sector de la rehabilitación condujo a la institucionalización de una identificación alternativa. En Argentina, aunque muchos actores cuestionaban la legitimidad de la identificación “lisiado”, la noción experimentó un proceso de institucionalización administrativa en 1956. Ese año se creó la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL). La elección de esta propuesta de identificación se debió probablemente a la autoridad moral del Dr. Juan Tesone, que defendía el uso del término “lisiado”. Este término fue utilizándose progresivamente en todas las provincias argentinas, gracias a la creación de comisiones provinciales de rehabilitación y a la institucionalización del 23 de marzo como Día de la Rehabilitación del “Lisiado”.¹³

En Brasil, la noción de *incapacitado* se institucionalizó mediante la creación del *Instituto Nacional de Reabilitação* en 1956. Sin embargo, la debilidad de la acción pública en este sector y las importantes campañas de comunicación de la *Associação de Assistência a Criança*

¹³ Decreto n°7.168 de 1967.

Defeituosa (AACD) contribuyeron a la institucionalización paralela de otra identificación, la de *defeituosos*.

En cambio, el término “inválido” se institucionalizó en España a mediados de los años cincuenta, tanto a nivel administrativo como asociativo. De hecho, el Ministerio del Interior prefirió mantener el término “inválido” para referirse al Patronato de Rehabilitación de Inválidos (1957) y a la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC, 1958). Esta denominación de “inválidos civiles” fue construida por las autoridades administrativas en referencia a la de “mutilados de guerra”. El mantenimiento de la identificación “inválidos” generó una gran movilización entre las asociaciones españolas de inválidos civiles, que trataron de ponerle fin.

Tanto en Argentina como en España, los líderes de las asociaciones se oponían claramente al uso del término “inválido” y trataron de obtener su modificación. En Argentina, los líderes del Club Marcelo J. Fitte presentaron una moción durante el Congreso de Rehabilitación de Rosario en octubre de 1962 con el fin de exigir la supresión del término “inválido” para referirse a las personas discapacitadas.¹⁴ En España, el presidente de la ANIC, Fernando Tamès Seminario, promovió en 1963 la identificación “deficiente físico” porque “la palabra ‘inválido’ ni nos gusta ni es acertada” (Tamès Seminario, 1963, p. 42). Dos años después, dio preferencia a la expresión “españoles con deficiencias físicas” para designar a aquellos cuyas deficiencias “dificultan o limitan sus actividades normales”, pero siguió utilizando las identificaciones “disminuido físico” y “deficiente físico” (*Boletín Informativo ANIC*, primer trimestre de 1965). Los líderes de la ANIC nunca lograron convencer al régimen franquista de cambiar el nombre de su organización, por lo que se vieron obligados a utilizar la identificación “inválido” durante los eventos promocionales.

En los tres países, el desarrollo de la práctica del deporte para las personas discapacitadas estuvo acompañado de una dinámica de

¹⁴ Archivo del Club Marcelo J. Fitte [ACMJF]. Acta de la reunión de la comisión directiva del Club Marcelo J. Fitte, Buenos Aires, 26 de octubre de 1962.

promoción de la identificación utilizada para designar a los deportistas discapacitados (“lisiados” en Argentina, *paraplégicos* en Brasil, “minusválidos” e “inválidos” / “minusválidos” en España). En Argentina, la prensa empezó a connotar positivamente la identificación “lisiado”, asociándola con términos como “fuerte” o “valiente”, en los artículos de prensa sobre el deporte adaptado (Ferrante, 2014, p. 44).

En los tres países existía todavía una gran variedad de percepciones de la incapacidad, según los entornos laborales. La mayoría de los médicos de familia, desinformados sobre los progresos de la rehabilitación, mantenían una visión desfasada de la deficiencia como incapacidad total para el trabajo. Los médicos especialistas en rehabilitación profesional seguían optando generalmente por una definición relacionada con la capacidad profesional residual, mientras que los médicos especializados en la rehabilitación de niños impedidos abogaban por una interpretación de la incapacidad como dificultad para realizar los actos de la vida cotidiana. En Argentina, fue esta última interpretación, promovida por el Dr. José Jorge y el Dr. Juan Tesone, la que rápidamente se convirtió en la dominante entre los profesionales de la rehabilitación. Ya en 1946, el Dr. Elías Mario Beramendi definió al lisiado como “un incapacitado física o mentalmente para manejarse libremente con eficiencia en el conglomerado social en el cual le tocara actuar” (AOI, 1947, p. 319). En España, esta definición de la incapacidad como dificultad para realizar los actos de la vida cotidiana solo se impuso entre los profesionales de la rehabilitación a finales de los años sesenta.

La interpretación del inválido como individuo que sufría una desventaja laboral estaba presente en el discurso de unos pocos actores, pero no consiguió muchos adeptos. En la conferencia de Buenos Aires de 1946, el profesor José María Carazo declaró que el ciego era un *handicapped*, es decir, un ser socialmente desfavorecido por la falta del sentido de la vista (AOI, 1947, p. 379).

Contrariamente a las definiciones promovidas por los especialistas en rehabilitación, las definiciones incorporadas en la legislación y utilizadas por las principales instituciones argentinas y españolas

siguieron basándose únicamente en el criterio de la deficiencia física. En España, el reglamento del Patronato Nacional de Rehabilitación de Inválidos adoptó una definición bastante restringida de los “inválidos”, limitándolos a los “que [carecían] de brazos o piernas, o que [sufrían] problemas en la columna vertebral”, excluyendo a los deficientes mentales (“subnormales”) y a los ciegos. En Brasil, la legislación utilizaba una definición basada en la incapacidad laboral.

España era el único país en el que algunos actores deseaban separar el grupo de los inválidos en dos grupos distintos a nivel semántico. Sin embargo, esta dinámica seguía siendo minoritaria y la unidad del colectivo de los “inválidos” se conservó en gran medida. La dinámica de ampliación de la categoría de inválidos a los deficientes mentales se manifestó muy pronto en Argentina, a diferencia de los otros dos países.

España es, además, el único país donde la existencia de amplias políticas a favor de los mutilados de guerra condicionó las características de las identificaciones posteriores que se construyeron en relación con el origen de la invalidez, lo cual no era evidente durante la Segunda República. Así, la afirmación del aspecto no bélico de la mutilación (“inválidos civiles”) fue impuesta por el régimen militar.

Precoz en Argentina y en Brasil, la dinámica de sustitución de la identificación “inválido” no empezó a darse hasta mediados de los años cincuenta en España. Esta dinámica fue solo parcial e incompleta en la España de Franco, pero condujo a la rápida institucionalización de un nuevo término en Argentina y Brasil. Los especialistas rechazaron rápidamente el uso del término “inválido” para refutar la presunción de incapacidad total de estos individuos. Favorecieron los términos que apuntaban a la deficiencia física (“lisiado” en Argentina, *defeituoso* en Brasil) sin significar falta de capacidades. Durante los años cincuenta, muchos especialistas españoles y argentinos se inspiraron en las categorías francófonas para calificar a los inválidos (“disminuido físico”, “deficiente físico”), pero esta preferencia por las categorías de origen francófono disminuyó con la adopción de la Recomendación n°99 de la OIT en 1955, que dio

legitimidad internacional a la terminología anglosajona *disabled*. Como resultado, durante los años sesenta, los especialistas prefirieron términos inspirados en la identificación *disabled* (“incapacitado”, “discapacitado”).

Las administraciones en busca de una categoría genérica incluyente para generar una intervención pública coordinada

Mientras que hasta finales de los años sesenta cada sector determinaba la forma en que clasificaba al público destinatario de su acción, durante el periodo 1968-1982 las administraciones nacionales y los responsables políticos trataron de encontrar una categoría incluyente para designar a los destinatarios de los diferentes sectores de la acción pública (educación especial, rehabilitación, etc.). En España y Brasil, fue la categoría promovida en el sector de la educación especial la elegida en primer lugar por la administración como categoría incluyente.

En España, fue la identificación “subnormales”, promovida en el sector de la educación especial por la Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales (FEAPS), la que se retomó a finales de los años sesenta para designar todas las categorías de personas discapacitadas, con gran pesar de la FEAPS. En 1967, se lanzó una campaña de recaudación de fondos para los niños inválidos en el periódico *ABC*. Esta campaña utilizó la expresión “subnormales”, lo cual provocó un gran descontento en la FEAPS. Esta organización quiso que “las autoridades y toda la comunidad española [supieran] que cuando se [hablaba] de `subnormales´ se [estaba] tratando precisa y exclusivamente de los retrasados mentales, y no de otra cosa” (*Boletín de la FEAPS*, diciembre de 1967, p. 3). Posteriormente, la administración institucionalizó esta categoría para designar a las personas discapacitadas físicas y mentales. El Ministerio de Trabajo aprobó el Decreto 2421/1968 en septiembre de 1968. Reglamentado el 8 de mayo de 1970, este Decreto proporcionaba cobertura de seguridad social para los menores “subnormales”, lo que incluía a los

“ciegos; sordomudos y sordos profundos; afectos de pérdida total o en sus partes esenciales de las dos extremidades superiores o inferiores o de una extremidad superior y otra inferior; parapléjicos, hemipléjicos y tetrapléjicos; oligofrénicos, paralíticos cerebrales”.

La generalización de la identificación “subnormal” para referirse a todas las personas discapacitadas condujo a la introducción de adjetivos a este sustantivo para nombrar a las personas deficientes mentales (“subnormales mentales”). No obstante, muchos profesionales de la educación especial eran partidarios de la expresión “deficientes mentales”. A pesar de la aparición de propuestas de identificación alternativas, las asociaciones conservaron durante mucho tiempo la expresión “subnormal”. En la reunión del Comité Directivo de la FEAPS celebrada el 30 de marzo de 1968, el padre José Ignacio Eguía Careaga preguntó si la palabra “subnormal” era adecuada desde el punto de vista terminológico, ya que los términos “deficiente”, “retrasado”, “retardado”, “disminuido mental” también se utilizaban a nivel internacional. Dos miembros se opusieron firmemente a cualquier cambio de denominación y otros dos propusieron añadir el adjetivo “mental” al término “subnormal” para hacerlo más preciso.¹⁵ Finalmente, el Comité Directivo decidió mantener la palabra “subnormal”.

En Brasil, a principios de los años sesenta, la identificación *excepcional* demostró ser muy flexible. Los padres de niños deficientes mentales solían diferenciar en sus discursos a los *excepcionais* de los *incapacitados físicos*, limitando así el primer grupo solamente a las personas deficientes mentales. Por el contrario, las asociaciones Pestalozzi abogaban por una acepción amplia del término *excepcional*, que incluyera a todas las personas con alguna deficiencia, así como a los superdotados. La gran reputación científica de las sociedades Pestalozzi dio a su definición una amplia repercusión a nivel federal.

¹⁵ Archivo de la Federación española de asociaciones pro subnormales [AFEAPS], Actas II. Acta de la reunión de la junta directiva de la FEAPS, n°27, Madrid, 30 de marzo de 1968.

La Federación Brasileña de Padres y Amigos de los *Excepcionais* (FENAPAES), compuesta por un centenar de asociaciones afiliadas en 1970, desarrolló una acción de gran envergadura (conferencias, publicaciones, eventos) que reforzó la legitimidad de la categoría de *excepcionais*. Los esfuerzos de la FENAPAES y de las sociedades Pestalozzi para imponer esta identificación a la administración dieron sus frutos a finales de los años sesenta. En 1969, una enmienda introdujo el derecho a la educación de los *excepcionais* en la Constitución.¹⁶

La inscripción de esta identificación en un texto de tal nivel jurídico le dio un fuerte poder performativo. Esta categoría fue recuperada después administrativamente en 1973 con la constitución del *Centro Nacional de Educação Especial* (CENESP), destinado a la educación de los *excepcionais*. Fue la definición propuesta por las asociaciones Pestalozzi la que fue adoptada por la administración. Esta categoría incluía a “los discapacitados visuales, auditivos, mentales y físicos, así como a los alumnos con problemas de conducta y a los alumnos superdotados”.¹⁷ Los *excepcionais* se convirtieron entonces en una categoría administrativa, objeto de una política pública de educación especial.

Durante los años setenta, los dirigentes asociativos y el Ministerio de Educación incluso lograron imponer esta categoría al sector de la rehabilitación, no sin dificultades. En agosto de 1977, el término *excepcionais* se utilizó en el Acuerdo Interministerial n° 477 para designar a la clientela de los organismos encargados de la rehabilitación física y profesional (INPS y LBA) y del CENESP.¹⁸ Durante los años setenta, esta denominación *excepcional* sustituyó progresivamente a nivel administrativo a las otras identificaciones utilizadas (*incapacitado, deficientes mentais, subdotados*, etc.). También hubo la tendencia de incorporar o sustituir los términos *surdo* y *cego* en las expresiones *excepcional* (*surdo*)

¹⁶ Emenda Constitucional n°1 (1969), sobre educação de excepcionais.

¹⁷ Decreto n°72.425 del 3 de julio de 1973.

¹⁸ Sin embargo, como el público destinatario de cada organización no era el mismo, los funcionarios superiores habían utilizado la flexibilidad de esta identificación y habían asignado dos significados diferentes al término *excepcional*. Portaria interministerial n°477 do 11 de agosto 1977. Citado por Mazzota (2005, p. 72).

y *excepcional* (*cego*). Por lo tanto, a la deficiencia particular de estos dos públicos se le dio el estatus de adjetivo, de complemento.

Desde finales de los años sesenta, las personas discapacitadas físicas fueron clasificadas dentro de la categoría “subnormales” en la legislación española y de la categoría *excepcionais* en Brasil. Esta asignación identitaria connotada con el retraso mental provocó muchas reacciones entre las personas discapacitadas físicas de España y Brasil. En España, varios líderes de la ANIC se rebelaron contra esta denominación, que tendía a negar sus capacidades intelectuales. Gregorio Sierra afirmaba así que “que nunca [debía] utilizarse el apelativo de subnormal para referirse indistintamente a deficientes mentales o defectuosos físicos, por las frecuentes confusiones de conceputación a que [daba] lugar” (*Boletín Informativo ANIC*, diciembre de 1968). Del mismo modo, Siemon, de la delegación de la ANIC en Zaragoza, contestaba el término “minusválidos” debido a su ambigüedad:

Y nada de minusválido, ambigüedad que abarca toda clase de deficiencias mentales y físicas. Es más concreto, categórica expresión que determina claramente que no le afecta la función síquica, que no tiene perturbada la cabeza, es sencillamente la carencia de uno o más dedos, la amputación de una mano; pero sano el ejercicio del cerebro. Somos, eso, minusfísicos, no minusválidos. (*Boletín Informativo ANIC*, septiembre de 1971).

Lo mismo ocurría en Brasil, donde las personas discapacitadas físicas criticaban abiertamente, desde 1979, el hecho de ser etiquetadas como *excepcionais* por las asociaciones de padres y por la administración. Durante una reunión con la esposa del gobernador del Estado de Río de Janeiro, en la cual ella los identificaba como *excepcionais*, Marco Antonio de Queiroz, miembro del *Movimento dos Cegos Lutando pela sua Emancipação Social* se opuso al uso de *excepcionais* y afirmó su condición de *deficientes*.¹⁹ Esta lucha colectiva para diferen-

¹⁹ Discurso de Marco Antonio de Queiroz durante la ceremonia de inauguración del *Memorial da Inclusão de São Paulo*, 3 de diciembre de 2009.

ciarse de los *exceptionais* dio lugar unos años más tarde a restringir el uso asociativo de la categoría *exceptionais* para designar a las personas deficientes intelectuales.

Las personas discapacitadas se constituyeron de este modo como “grupo”, puesto que debían su identidad a su propia movilización colectiva. Consiguieron salir del estatus de categoría administrativa o médica, es decir, de la inercia ante la actividad de categorización burocrática o médica (Noiriel, 1997). Al asociarse y luchar colectivamente, las personas discapacitadas afirmaron nuevas identificaciones colectivas que realzaban su valor, se representaban a sí mismas en la escena política y tendían a emanciparse así de la supervisión administrativa e institucional.

En España y Brasil, los actores del sector de la rehabilitación (médicos y asociaciones de discapacitados físicos) ejercieron una gran presión sobre la administración para que se adoptase una identificación menos ofensiva hacia las personas discapacitadas físicas. En España, dos identificaciones predominaban en el sector durante los años setenta, las de “minusválido” y “discapacitado”, pero los portavoces promovían otras.

Impulsada en el sector del deporte adaptado desde mediados de los años sesenta, la identificación “minusválido” se institucionalizó administrativamente a principios de los años setenta. En 1970, la administración española aprobó el Decreto 2531, cuyo artículo 22 establecía la puesta en marcha del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Este decreto daba una definición confusa de la categoría “minusválido” ya que la definía con respecto a una exigencia doble: merma de la capacidad física o psíquica, superior al 33%, y situación de desempleo a causa de la limitación de la capacidad, ya fuera por no haber podido obtener o no haber podido conservar un empleo (INSERSO, 1983, p. 24). En 1974, el Ministerio de Trabajo organizó la conferencia *Minusval*, que contribuyó a generalizar el uso de esta identificación para designar a las personas discapacitadas físicas y mentales. Esto llevó a los especialistas participantes a dejar de diferenciar así entre “minusválidos” y “subnormales” en

el plano semántico. El director del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia, Luis Pelaz Lorenzo, modificó el título de una comunicación inicialmente titulada “Orientación profesional de minusválidos y subnormales”, tras finalmente considerar que se debía usar el primer término para referirse a todos los tipos de deficiencias (Lorenzo, 1975, p. 155).

La posterior reestructuración de los órganos administrativos dio lugar a la inclusión de las personas deficientes mentales en la categoría minusválidos. En 1975, el Servicio Social de Asistencia a Menores Subnormales se fusionó con el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos, para formar el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos. Gracias al trabajo de este organismo, la identificación “minusválidos” se hizo muy popular.

En el transcurso de los años setenta, varias asociaciones se apropiaron nuevamente de esta identificación para construir los nombres de sus organizaciones: la Federación de Entidades Cooperadoras con el Minusválido o la Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España. Algunas asociaciones locales dieron preferencia a la calificación “disminuidos físicos”. Como las categorías “minusválidos” y “disminuidos” incluían ahora a las personas deficientes mentales, los actores sentían la necesidad de añadirles el adjetivo “físicos”.

Al mismo tiempo, el Dr. Ricardo Hernández Gómez continuó promoviendo la identificación “discapacitado” en el sector de la rehabilitación médica. Los doctores González y García tradujeron el término *handicapped* del segundo informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS utilizando el término “discapacitado” (Gonzalez y García, 1969). En 1971, durante el Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación, la mesa redonda sobre nomenclatura decidió adoptar el término genérico “discapacitado” para referirse a cualquier persona física o mentalmente discapacitada (Hernández Gómez y Orozco Acuaviva, 1975, p. 141). En 1974, con ocasión de la conferencia *Minusval*, los doctores Ricardo Hernández Gómez y Antonio Orozco Acuaviva rechazaron categóricamente la

identificación “handicapado”, propuesta por algunos de sus colegas, por considerarla un barbarismo de la lengua (Hernández Gómez y Acuaviva, 1974, p. 123). Los médicos estimaban que había varios términos aceptables para definir todas las posibilidades de alteraciones (físicas, mentales, sensoriales) que caracterizaban al sujeto de la rehabilitación: “Estos términos son, en la vertiente popular, *disminuido*, *deficiente* y *minusválido*, y en la científica, *discapacitado*” (Hernández Gómez y Acuaviva, 1974, p. 142). Así pues, para definir el término genérico que se refiriese a la situación de alteración en la que se encontraba el individuo, los médicos se basaron en la identificación científica “discapacitado” y optaron por el término “discapacidad”.

Sin embargo, otros médicos continuaron promoviendo otras identificaciones, como “disminuido” o “minusválido”. En España, el artículo 49 de la Constitución de 1978 utilizaba la expresión “disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos”. En 1981, los especialistas españoles rechazaron la identificación propuesta por la ONU en el marco del Año Internacional del Impedido y promocionaron el Año Internacional del Minusválido (ABC, 7 de julio de 1981). Un año más tarde, el 7 de abril de 1982, se aprobó la Ley de Integración Social de los Minusválidos (13/1982), que institucionalizó la identificación “minusválidos”.

A principios de los años setenta, al mismo tiempo que el Ministerio de Trabajo español validó una definición del inválido fundada en la capacidad profesional mediante el decreto de agosto de 1970, la Real Academia de la Lengua Española aprobó una definición del inválido proveniente del sector de la rehabilitación médica, basada en la dificultad de realizar las actividades de la vida diaria debido a un defecto físico o mental (Hernández Gómez y Acuaviva, 1974, p. 119). A finales de los años setenta, algunos líderes discapacitados físicos de Minusválidos Unidos de Madrid impulsaron una interpretación social de la discapacidad. Según ellos, había que entender a “los minusválidos como un grupo social que [era] marginado por la sociedad a causa (¿) de sus deficiencias físicas o psíquicas” (Gabinete de Estudios y Asesoramiento, 1979, p. 5). El signo de interrogación se

utilizaba aquí para cuestionar la “relación fatal causa-efecto” entre la deficiencia física y las situaciones de marginalización. Por consiguiente, el autor deseaba demostrar que un defecto físico específico “no [conducía] por sí mismo a la marginación social” (Gabinete de Estudios y Asesoramiento, 1979, p. 57), ya que la sociedad capitalista contemporánea contribuía a la marginación de las personas discapacitadas. Estos líderes asociativos criticaban las definiciones médicas de la discapacidad de una manera más sutil que la asociación inglesa UPIAS que disociaba radicalmente la discapacidad de la deficiencia. Por último, la definición proveniente del sector de la rehabilitación médica se institucionalizó con la aprobación de la Ley 13/1982 de 7 de abril de 1982. Se definía por minusválido a “toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se [hallasen] disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”.

En Brasil, los especialistas en rehabilitación utilizaban principalmente la identificación *incapacitados* durante los años setenta, pero las nuevas asociaciones de discapacitados que se fueron creando promovían como identificación la noción de *deficientes físicos*. Surgida en el Estado de Rio Grande do Sul en 1972, la *Fraternidade Cristã de Doentes* (FCD) se convirtió a finales de 1975 en *Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes Físicos*. Esta identificación, difundida por la Fraternidad, se institucionalizó rápidamente a nivel jurídico. En 1978, un diputado federal discapacitado, Thales Ramalho, logró que se aprobara la Enmienda Constitucional n°12, que garantizaba que los *deficientes* –es decir, todas las personas con una discapacidad, ya fuera sensorial, física o mental– tuvieran derecho al acceso a una serie de servicios de asistencia y rehabilitación.²⁰

A partir de 1978, los activistas discapacitados que creaban asociaciones solían optar por identificarse como *deficientes físicos* frente a la sociedad civil. Las personas ciegas y sordas asumían entonces esta

²⁰ Emenda constitucional n°12, 1978.

identificación y participaban en la vida de estas asociaciones. Rara vez las personas discapacitadas se asociaban definiéndose como *paralíticos e amputados* o *deficientes motores*, restringiendo así sus miembros a los discapacitados motores. En diciembre de 1979, una docena de asociaciones de personas con deficiencias físicas y sensoriales se unieron para formar una *Cualizão Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes*. Los líderes discapacitados impulsaron la identificación *peessoa deficiente* para no reducir la persona a su discapacidad. En San Pablo, el *Movimento pelos Direitos das Pessoas Deficientes* promovió esta identificación hasta finales de los años ochenta mediante la organización del *Día Nacional de Luta das Pessoas Deficientes*, conmemorado cada año el 21 de septiembre.

En previsión del Año Internacional del Impedido (1981), Naciones Unidas publicó documentos en portugués en los cuales se utilizaba el término *incapacitado*. Ahora bien, en Brasil, este término se refería en general a los discapacitados físicos, lo que favorecía una interpretación restringida de esta terminología internacional. En enero de 1981, el presidente brasileño anunció la apertura oficial del *Ano Internacional dos Deficientes Físicos* (*Jornal de Brasília*, 15 de enero de 1981). Esta interpretación suscitó la desaprobación del *Movimento pelos Direitos das Pessoas Deficientes*, que señaló que “Naciones Unidas [había] cuidado la elección de la expresión *Ano Internacional das Pessoas Deficientes* para tener en cuenta todos los tipos de discapacidad”.²¹ Su movilización, junto con la de los profesionales y los padres, animó al poder político a cambiar el nombre del evento internacional utilizando la expresión *Pessoas Deficientes*. Se creó una *Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes*, cuya acción contribuyó a la amplia difusión de esta identificación a nivel nacional. Además, a raíz de las críticas expresadas por las asociaciones, Naciones Unidas cambió la traducción de la Declaración de Derechos de 1975 en su

²¹ Arquivo da Camara dos Deputados [ACD], seção SEDOL, Fundo CE (01) 1981, caixa 1. Carta, San Pablo, 11 de mayo de 1981, el MDPD a Helena Bandeira de Figueiredo.

revista y la sustituyeron por el término *deficientes* cuando se volvió a publicar el texto (ONU, septiembre de 1981).

Mientras que las administraciones española y brasileña institucionalizaron respectivamente las identificaciones “minusválido” y *pessoa deficiente* a principios de los años ochenta, la administración argentina legitimó ya a principios de los años setenta la denominación “discapacitado” impulsada en el sector de la rehabilitación. A principios de los años setenta, los especialistas en rehabilitación de Argentina estaban a favor de la identificación “discapacitado” construida por el médico español Hernández Gómez. En 1971, el Dr. Guillermo N. Viacava pidió a la *Academia Argentina de Letras* que adoptase esta definición, pero el intento fracasó (*Boletín de la Academia Argentina de Letras*, 1971, p. 460). En 1972, a propuesta del Dr. Julio Bernaldo de Quirós, miembro del Instituto Interamericano del Niño, los profesionales argentinos en rehabilitación reunidos en el Congreso de Jujuy adoptaron oficialmente este término. Algunas asociaciones se sumaron a la propuesta, como Deportes para Lisiados, que recomendó el uso del término “discapacitado” a sus lectores (*Noticias de Deportes para Lisiados*, abril de 1973). En 1980, las personas discapacitadas físicas y sensoriales formaron la Corporación Argentina de Discapacitados.

A nivel local, algunos médicos ampliaron la categoría de los “discapacitados” que podían beneficiarse de la rehabilitación profesional a otros grupos de de personas marginadas, como los alcohólicos o los presos. El hecho de mezclar a colectivos diferentes, discapacitados o marginados, como beneficiarios de la rehabilitación estaba vinculado a la existencia de una ciencia de la rehabilitación profesional que pretendía integrar a las personas no productivas.

No obstante, algunas identificaciones se mantuvieron marginalmente en el sector de la rehabilitación (“inválido”, “lisiado”, “impepido”, “disminuido”) y aparecieron otras (“minusválido”, “dishábil”, “aminorado fisiorgánicamente”, “persona con impedimentos físicos”). Varias asociaciones utilizaron la denominación “disminuido” en sus nombres, como Fraternidad Cristiana de Enfermos y

Disminuidos. Además, algunos actores vinculados a instituciones internacionales contribuyeron a la promoción de otras identificaciones. La especialista de la OIT Antonieta de Taeschler utilizó la expresión “personas incapacitadas” durante una conferencia (Servicio Nacional de Rehabilitación, 1972, p. 46), mientras que el Grupo Universitario Pro Naciones Unidas de Rosario promovió la de “impedido” en los periódicos locales.²²

En 1973, los parlamentarios aprobaron la Ley n° 20.475 de pensiones por invalidez, donde figuraba el término español “minusválido”, que hasta entonces no se había utilizado en Argentina. Inspirada en el decreto español de 1970, esta ley definía a los “minusválidos” como “aquellas personas cuya invalidez física o intelectual, certificada por la autoridad sanitaria oficial, [produjera] una disminución de más del 33% en su capacidad laborativa”.

Dos años más tarde, en un proyecto de ley, algunos parlamentarios impulsaron la identificación de “dishábil” (inspirándose en la categoría *disabled*) y utilizaron al mismo tiempo la expresión “amnorado fisiorgánicamente”.²³

El uso del término “discapacitado” se consolidó luego en el sector de la rehabilitación con su presencia en la Ley 20.923, aprobada en octubre de 1974, por la que se creaba la Comisión Nacional de Discapacitados que daba nombre a esta norma. Es probable que esta elección se debiera a la influencia de los médicos fisiatras del Servicio Nacional de Rehabilitación.

Sin embargo, la Ley 20.923 nunca se reglamentó y por lo tanto no se institucionalizó este término. A finales de los años setenta, la identificación “discapacitado” se utilizó en el sector de la educación especial en lugar de otras identificaciones que prevalecían hasta entonces: “diferencial”, “diferenciado”, “deficiente mental”. Gracias a esto se institucionalizó definitivamente. En 1979, la octava Asamblea

²² Archivo del Instituto de Rehabilitación del Lisiado, Rosario. “Año Internacional de los Impedidos en 1981”, *La Capital*, Rosario, 1 de marzo de 1981.

²³ *Diario de la Cámara de Diputados de la Nación*, Buenos Aires, 13 de agosto de 1975, p. 2323.

del Consejo Federal de Educación definió a los beneficiarios de la educación especial como alumnos “discapacitados” (“mentales”, “físicos”, “sociales”) (Santarrone y Kaufmann, 2005, p. 80).

Hasta finales de los años setenta, algunas asociaciones de padres de niños deficientes mentales elegían la identificación “diferencial” o “diferenciado” para los nombres de sus asociaciones, continuando así con la identificación predominante hasta entonces en el sector de la educación especial. La Federación Argentina de Entidades pro Atención al Disminuido Mental (FENDIM) privilegió el término “disminuido mental” hasta 1973, fecha en la que decidió impulsar el término “deficiente mental”. Tres años después, probablemente inspirados por la categoría incluyente *disabled persons* consagrada en la Declaración de Derechos de 1975, los líderes de FENDIM aprobaron la identificación “personas discapacitadas”.

En 1977, tras una nueva solicitud de reconocimiento oficial, la Academia Argentina de Letras incluía el término “discapacitado” en el diccionario (Pantano, 1983, p. 51). Este término genérico se institucionalizó definitivamente con su inclusión en la Ley n° 22.431, de 16 de marzo de 1981, que establecía en su artículo 2 que una persona era “discapacitada” cuando “[padecía] una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social [implicaba] desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. Sorprendentemente, esta Ley de “Protección Integral para los Discapacitados” favorecía la denominación “personas discapacitadas” en el texto de ley, aunque a veces utilizaba el término “discapacitado”. Ese mismo año, los especialistas nacionales en discapacidad rechazaron la categoría “impedido” propuesta por las Naciones Unidas en el marco del Año Internacional del Impedido, prefiriendo en su lugar la identificación “discapacitado”.

En la Declaración de los Derechos de los Impedidos, aprobada en 1975, se definía a la persona discapacitada como una persona que tenía dificultades para satisfacer las necesidades de la vida diaria

debido a una deficiencia. Las legislaciones de protección integral de las personas discapacitadas adoptadas en Argentina (1981) y España (1982) seguían este enfoque y no atribuían ninguna responsabilidad directa a la sociedad por la construcción de la exclusión social de las personas discapacitadas.

La Recomendación n°99 de la OIT y luego la Declaración de 1975 legitimaron la identificación *disabled persons* a nivel internacional, echando así por tierra las tentativas de la CWOIH y de los expertos en rehabilitación médica de promover el término *handicapped persons*. En los tres países estudiados, los actores locales trataron de adaptar el término *disabled* a los territorios hispanófonos y lusófonos (“incapacitado”, “discapacitado”, “dishábil”). Los intentos por adaptar el término *handicapped* (“handicapeado”, “desventajado”, etc.) fueron raros y fracasaron. Finalmente, los especialistas en rehabilitación españoles y argentinos privilegiaron el término “discapacitado” durante los años setenta, pero solo los argentinos lograron institucionalizarlo a través de la legislación. De hecho, los especialistas españoles no lograron imponerlo a los parlamentarios y fue el término “minusválido” el elegido en la ley del año 1982. En Brasil, la identificación *incapacitado* fue gradualmente marginada en el sector de la rehabilitación en favor del término *deficiente*.

Si bien los portavoces de las personas discapacitadas en los tres países estudiados abandonaron gradualmente las expresiones que apuntaban a la deficiencia o hacían demasiado hincapié en la disminución de la capacidad, la población en general –incluidas algunas personas discapacitadas– seguían utilizando los antiguos términos (“inválido”, “lisiado”, “incapacitado”) a finales de los años setenta. Tal era el caso del español Saturnino Abad, que se definía como inválido civil ante la administración municipal.²⁴

Aunque no existiera una homogeneización lingüística completa en torno a la identificación *disabled person*, es posible observar en los

²⁴ Archivo del municipio de Guadalajara, 02338 P55. Carta, Saturnino Abad al Alcalde de Guadalajara, Guadalajara, 24 de octubre de 1973.

tres países estudiados la unificación de los públicos de las políticas en educación especial y rehabilitación dentro de una misma categoría. En el transcurso de los años setenta, la identificación promovida en el ámbito de la educación especial (“subnormales” en España, “diferenciados”, “disminuidos mentales” en Argentina, *exceptionais* en Brasil) se vio absorbida por la identificación impulsada en el ámbito de la rehabilitación (“minusválido” y “discapacitado” en España, “discapacitado” en Argentina, *deficientes* en Brasil).

Segunda parte

**Las trayectorias nacionales
de las políticas públicas en materia
de discapacidad en Argentina,
Brasil y España**

Esta sección intenta aclarar las trayectorias nacionales de las políticas públicas en materia de discapacidad en tres países, Argentina, Brasil y España. En estos países, al menos hasta finales de los años sesenta, las políticas públicas dirigidas a las personas discapacitadas en general se diseñaron y se construyeron de manera multisectorial. Esta multisectorialidad estaba basada en la naturaleza de la deficiencia (ceguera, sordera, etc.), el origen de la deficiencia (guerra, accidentes laborales, poliomielitis), la naturaleza del servicio a prestar (asistencia médica, educación especial, rehabilitación) o una combinación de estos elementos. Nuestra investigación se centra en el estudio de la política sectorial de rehabilitación funcional y profesional (de mutilados de guerra, de inválidos civiles) en detrimento de otras políticas sectoriales (educación especial, bienestar de los ciegos, de los sordos).

Las políticas públicas en materia de discapacidad se distinguen según el país por la singularidad o multiplicidad de los actores (públicos/privados, confesionales/aconfesionales) que las dirigen y las implementan. Varias administraciones pueden participar en la rehabilitación de ciertas categorías de personas discapacitadas: Asistencia Pública, Salud Pública, Ministerio de Trabajo, o incluso el Ministerio de Guerra o de Veteranos. La asunción de la responsabilidad de la rehabilitación por un organismo administrativo

específico puede tener graves consecuencias en el perímetro de los beneficiarios de estas políticas y en las acciones emprendidas. Otras características que deben tenerse en cuenta a la hora de analizar las singularidades nacionales son la selección de los beneficiarios, la cuantía de los recursos financieros implicados y los efectos reales que se perciben de estas políticas (Lagroye, François, Sawicki, 2006, p. 541). Las diferencias nacionales están relacionadas, en particular, con las contingencias históricas (guerras, epidemias, etc.), la intensidad variable de la movilización de los grupos sociales afectados¹ y el compromiso político y económico de cada gobierno con respecto a estas cuestiones, así como con la influencia variable de las políticas internacionales en materia de discapacidad elaboradas por los organismos intergubernamentales y de la información que circula a nivel internacional. Las políticas internacionales en materia de discapacidad pueden conducir a cambios significativos en la dirección de las políticas públicas a nivel nacional a través de diferentes mecanismos (papel de las misiones de asistencia técnica de las organizaciones intergubernamentales u ONG, apropiación de las normas internacionales por parte de los actores locales, transformaciones impuestas por ciertas normas internacionales vinculantes).

Así pues, es necesario tener en cuenta otros criterios para singularizar la trayectoria de las políticas públicas seguidas por cada país: los modelos nacionales o internacionales de los cuales se inspiran los actores nacionales para conformar sus propias políticas públicas; las modalidades de apropiación de estos modelos externos (coacción, negociación, rechazo, etc.) (Saunier, 2010, p. 156); las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales que operan en el ámbito nacional, así como la temporalidad y la amplitud de su intervención; el alcance de los cambios en las políticas nacionales

¹ Por razones de tiempo, dejamos de lado el estudio de las lógicas de interacción entre cada Estado y un grupo profesional cuya legitimidad para participar en la elaboración de estas políticas es rápidamente reconocida: el de los médicos. Esto incluiría la identificación de cómo estas estructuras estatales “recurren a grupos profesionales, sus conocimientos prácticos o teóricos, para aplicar políticas” (Surdez, 2003, p. 172).

que se producen tras la interacción con estas organizaciones internacionales y las especificidades nacionales preservadas. Algunos aspectos relacionados con la construcción de proyectos globales de modernización de las políticas públicas en materia de discapacidad (proyecto europeo de reeducación, proyecto noratlántico de rehabilitación, proyecto socialista, proyecto de los países en vías de desarrollo) también merecen ser considerados: el lugar que ocupa el país en el desarrollo de proyectos globales de modernización y su grado de interacción con cada uno de ellos; el ritmo de desarrollo de la política nacional y su desfase temporal con el desarrollo del proyecto global de modernización en el que se inspira; los actores nacionales que abogan a favor o en contra de la adopción de ese proyecto global de modernización (o de algunos de sus aspectos). La ubicación geográfica del país y sus vínculos históricos con los países fundadores de los proyectos globales de modernización son también factores clave que deben tenerse en cuenta.

No obstante, el enfoque de esta investigación tiene ciertas limitaciones: si bien han podido identificarse importadores de normas y conocimientos extranjeros, no se ha podido realizar un análisis sociológico de su situación en el campo nacional, sus recursos, sus opciones estratégicas y sus carreras profesionales, tal como recomiendan Dezalay y Garth para explicar las estrategias de internacionalización de estos actores (Dezalay y Garth, 2002, pp. 31-34).

Capítulo 4

El socorro a los mutilados de guerra y los inválidos civiles (1918-1955)

Durante este periodo, las políticas en materia de reeducación en los tres países estudiados se construían de manera sectorial, según el origen de la discapacidad (mutilados de guerra, accidentados del trabajo, inválidos “civiles”) o el tipo de deficiencia (ceguera/sordera). La separación entre la política de reeducación de los mutilados de guerra y la de los inválidos “civiles” era clara en aquel momento, en un contexto normativo internacional que favorecía la categoría de los mutilados en conflictos bélicos.

Los movimientos transnacionales desempeñaron un papel importante en el desarrollo de las políticas en materia de reeducación desarrolladas en Argentina, Brasil y España. Los médicos especialistas en cirugía u ortopedia de estos tres países entraron rápidamente en las redes europeas de la reeducación y se apropiaron así de los principios del proyecto europeo de reeducación profesional de los mutilados: desarrollo de nuevas especialidades médicas, uso de nuevas prótesis, obligación legal de emplear a mutilados, garantía de remuneración. Varios médicos argentinos, brasileños y españoles eran miembros de la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (SICOT) y de la Internacional Society for Crippled Children (ISCC). Los españoles estaban presentes en gran número en

estas ONG. Sin embargo, debido al costo importante de los viajes a Europa, solo dos médicos brasileños (Luiz de Rezende Puech y Francisco Elías de Godoy Moreira) y dos argentinos (Oscar Marottoli y José Valls) eran miembros de la SICOT en 1930. A finales de los años cuarenta, el número de participantes en estas ONG aumentó progresivamente: 9 argentinos, 6 brasileños y 16 españoles eran miembros de la SICOT (SICOT, 1950, p. 21-22).

A través de estas redes, el brasileño Francisco Elías de Godoy Moreira visitó departamentos de cirugía ortopédica en Francia, Austria e Inglaterra y realizó prácticas con el Prof. Konrad Biesalski en Berlín y con el Prof. Vittorio Putti en Bolonia. Más tarde llegó a ser profesor de ortopedia y cirugía infantil en la Facultad de Medicina de la USP. El argentino Oscar Marottoli también se especializó en varios países europeos, principalmente en Alemania con el Prof. Biesalski y en la Escuela-Hospital de Massachusetts en Estados Unidos. El español Joaquín Decref también realizó varios viajes a Alemania, Viena y Suiza. Algunos especialistas europeos también visitaron países sudamericanos, como el profesor italiano Vittorio Putti, que estuvo en Buenos Aires y San Pablo varias veces durante los años treinta. En junio de 1936, asistió al Congreso Inaugural de la Sociedad Brasileña de Ortopedia y Traumatología (*Folha de São Paulo*, 30 de mayo de 1936).

Hasta finales de los años treinta, los médicos de los tres países estudiados que deseaban especializarse en cirugía ortopédica o traumatológica viajaban a ciertos países europeos (Alemania, Italia, Austria, Francia, Bélgica, Suiza, Reino Unido). Se formaban normalmente en tres departamentos de renombre: el Hospital Oskar Helene Heim de Berlín, dirigido por el Prof. Biesalski, el Instituto Rizzoli de Bolonia, dirigido por el Prof. Putti, y el Departamento de Traumatología del Hospital de Viena, dirigido por el Prof. Lorenz Böhler. Durante la Segunda Guerra Mundial, las dificultades de comunicación entre el continente europeo y América del Sur condujeron a los expertos sudamericanos a dirigirse a los Estados Unidos para recibir formación en rehabilitación, particularmente en la Clínica Mayo de Minneapolis, dirigida por Frank Krusen. La práctica de la cirugía

ortopédica no era similar en los dos continentes, ya que los estadounidenses separaban la cirugía infantil de la ortopedia, a diferencia de los europeos.

Durante el periodo de entreguerras, los organismos intergubernamentales (SDN, OIT, OH, CPE) contribuyeron a la escasa difusión de las ideas europeas sobre la reeducación en los mundos iberoamericanos a través de dos modos de acción: la publicación de informes oficiales y el envío de misiones de asistencia técnica. Las normas promovidas por la OIT se difundían principalmente en Europa y, en menor medida, en América Latina y los Balcanes. Ya en 1921 se difundieron ideas europeas sobre la reeducación mediante la publicación de artículos sobre el tema en la *Revista Internacional del Trabajo*, en el informe *Compulsory employment of disabled men* (1921) y en el informe de las conferencias de expertos sobre los inválidos convocadas por la OIT en 1922 y 1923. En 1934, el jefe del Servicio de Seguros Sociales de la OIT, Adrien Tixier, fue el encargado de llevar a cabo una misión de estudio sobre los seguros sociales en Brasil, Argentina y Chile (*Folha de São Paulo*, 27 de octubre de 1934). Aunque estaba a cargo de la investigación, es muy probable que también asesorara a los actores locales sobre los principios que debían guiar los seguros-invalidez. Era uno de los pocos funcionarios internacionales especializados en las políticas de reeducación de los mutilados de guerra y de los accidentados del trabajo. Si invocaba la necesidad de la reeducación profesional de los accidentados del trabajo con sus interlocutores, era sin duda a título personal, porque la opinión oficial de la OIT sobre el tema era mucho más moderada en aquel momento.

Desde mediados de los años treinta, las conferencias regionales de los Estados de las Américas miembros de la OIT promovían el derecho a la reeducación de los accidentados del trabajo, seguidas posteriormente por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y las Conferencias Interamericanas de Seguridad Social. Como señala Karina Ramacciotti (2015), estas reuniones internacionales organizadas sobre el trabajo y la protección social animaron a los actores latinoamericanos a modificar sus normas jurídicas

nacionales sobre los accidentes de trabajo en conformidad con ciertas prescripciones internacionales (universalidad, centralización de los sistemas de asistencia, principio de riesgo, distribución de prótesis, etc.).

Gracias a la participación de médicos de los tres países estudiados en las ONG y, en segundo lugar, gracias a la intervención de la OIT y a las Conferencias Interamericanas organizadas sobre el tema, las ideas europeas sobre el derecho de los inválidos a la reeducación profesional y al empleo (obligación legal de empleo, defensa del salario íntegro para los mutilados de guerra) se fueron difundiendo progresivamente en los tres países. Estas ideas circularon con profusión desde los años veinte en España y luego ganaron terreno en Argentina y en Brasil a principios de los años cuarenta, a través de conferencias y cursos impartidos por médicos. Adquirieron mayor visibilidad en Argentina mediante la organización de dos conferencias internacionales sobre los inválidos (1943; 1946). Sin embargo, la difusión progresiva de las ideas europeas sobre reeducación de los inválidos no condujo automáticamente a su legitimación y a la construcción de políticas sectoriales en reeducación (para los mutilados de guerra, los accidentados del trabajo y los ciegos).

El desarrollo de políticas en materia de reeducación de los mutilados de guerra en España y Brasil

Estos tres países (Argentina, Brasil y España) participaron de diferentes maneras en los conflictos armados del siglo XX, lo que explica las diferencias de temporalidades en la implementación de la reeducación física y profesional de los mutilados de guerra.

Argentina y Brasil participaron en la guerra de la Triple Alianza contra Paraguay (1864-1870). Como resultado de esta guerra, se crearon instituciones para albergar a los inválidos. En Argentina, una asociación de veteranos mutilados se movilizó en 1867 para recaudar recursos financieros y construir un Hospicio de Inválidos. Pocos

años después de su fundación, este hospicio cambió su función y su nombre. Se convirtió en un hospital mixto, por lo que el calificativo “inválidos” se eliminó. La generación de veteranos mutilados desapareció definitivamente a mediados de los años veinte. En Brasil, un *Asylo dos Invalidos da Patria* fue inaugurado por el emperador Pedro II el 29 de julio de 1868 en la isla de Bom Jesus. Este asilo acogía a más de 1.000 veteranos mutilados de guerra de la Triple Alianza, algunos de los cuales trabajaban para ganarse la vida (Da Silva, 1986, pp. 291-298). Formidablemente dotado al principio, el asilo se fue abandonado progresivamente. No parece haberse creado ninguna asociación de veteranos mutilados en Brasil, probablemente debido a la rápida reacción de las autoridades, que se anticiparon a las peticiones de los mutilados.

Durante el siglo XIX, los gobiernos nacionales y provinciales argentinos llevaron a cabo varias “campañas del desierto” contra los pueblos indígenas de la Patagonia. En 1878/1879, Julio Argentino Roca lanzó un ataque masivo dirigido a la eliminación de los nativos con el fin de obtener el control total de la región. La operación denominada “Conquista del Desierto” involucró a más de 6.000 soldados, que recibieron el título de expedicionarios del desierto.

Los gobiernos de Argentina y España no participaron en la Primera Guerra Mundial, pero miles de ciudadanos voluntarios de los tres países participaron en el conflicto como integrantes del ejército francés. El 26 de octubre de 1917, el Gobierno brasileño entró tardíamente en el conflicto junto con los Aliados, después de que Alemania atacara varios de sus barcos (Compagnon, 2013, p. 139). No se sabe cuántos soldados brasileños y ciudadanos voluntarios fueron mutilados como resultado de su participación en esta guerra.

España y Argentina se abstuvieron de participar activamente en la Segunda Guerra Mundial, a diferencia de Brasil, que se resignó, bajo la presión de los Aliados, a entrar en este bando a partir de mediados de 1942. En julio de 1944, envió un cuerpo de 23.500 soldados de las tres fuerzas armadas para luchar en los ejércitos americanos en la Campaña de Italia. Esta fuerza expedicionaria, llamada *Força*

Expedicionaria Brasileira (FEB), durante ocho meses de combates (julio de 1944-mayo de 1945) sufrió 454 bajas y contó cerca de 1.000 heridos.

De los tres países estudiados, España es el único que envió soldados para participar en guerras coloniales (la Guerra del Rif en Marruecos de 1921 a 1926) y que vivió una guerra civil fratricida (1936-1939). Los primeros años de la Guerra del Rif fueron mortíferos para el ejército español, que perdió a más de 12.000 hombres entre 1921 y 1923. El Gobierno optó entonces por involucrar principalmente al Tercio de Extranjeros en la batalla para preservar a sus nacionales y por utilizar el gas mostaza contra la población civil con el fin de destruir el deseo de independencia marroquí (Balfour, 2002, pp. 123-156). Como resultado de esta guerra colonial y de la guerra civil, España es el país estudiado con el mayor número de mutilados de guerra en su territorio (al menos 60.000 a principios de los años cuarenta).

A principios del siglo XX, los soldados mutilados en las guerras del imperio colonial español (y especialmente en la Guerra del Rif) se reunieron en un Cuerpo de Inválidos de Guerra. Especialista en ortopedia y traumatología, el Dr. Manuel Bastos Ansart creó en 1922 un Servicio de Cirugía Ortopédica y Reeducción de Inválidos de Guerra en el Hospital Militar de Carabanchel para tratar a los numerosos soldados heridos en África (unos 1.300 a principios de los años treinta) (Climent, 2001, p. 215). Se concedieron pensiones para los inválidos absolutos y los soldados cuya incapacidad no era demasiado grave se beneficiaron de puestos subalternos reservados dentro de las administraciones del ejército, como los de guardia civil, portero ministerial, guardia de los Museos de Artillería y Navales, etc.

La política en materia de reeducación profesional de los mutilados de guerra se aceleró en España durante y después de la guerra civil española y en Brasil tras la implicación de la FEB en la Segunda Guerra Mundial. Los Gobiernos españoles (republicano y franquista) y brasileños desarrollaron rápidamente políticas de asistencia sanitaria y económica (pensiones) para sus mutilados de guerra. Pero las políticas de reeducación aplicadas por estos gobiernos se distinguían

por el ritmo de desarrollo en las infraestructuras de reeducación profesional, los métodos de colocación de los mutilados y la presión de los mutilados de guerra sobre la política establecida.

El auge de los movimientos asociativos de mutilados de guerra en España

A diferencia de España, donde existía una fuerte dinámica asociativa de mutilados de guerra, en Brasil no existían este tipo de asociaciones. Al ser poco numerosos, los mutilados de guerra de la FEB se afiliaron a las asociaciones de veteranos de la FEB que, en general, estaban dirigidas por comunistas y que prestaron una amplia asistencia desde 1945 (Bustamante, 2006, pp. 173-176). En España, los mutilados se agruparon en el Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra por la Patria (en el bando franquista) y en la Liga Nacional de Mutilados e Inválidos de Guerra (en el bando republicano).

Por el Decreto del 5 de abril de 1938, las autoridades militares reglamentaron los estatutos del Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra por la Patria, entidad que agrupaba a soldados, falangistas, voluntarios carlistas y legionarios mutilados. El Cuerpo de Mutilados era una organización militar muy jerarquizada, adscrita a la administración. Fue el propio dictador, Francisco Franco, quien nombró a su líder. Para asumir el cargo eligió a un fiel amigo: el general José Millán-Astray y Terreros, fundador del Tercio de Extranjeros, con quien luchó durante la campaña del Rif. Los estatutos de este Cuerpo se inspiraron de los estatutos de los cuerpos de mutilados de guerra creados en Francia después de la Primera Guerra Mundial. Las normas para evaluar las lesiones y los servicios prestados se basaron en las normas francesas (Marín Gómez, 2003, p. 123). Los mutilados se clasificaron en diferentes categorías: útil/inútil, absoluto/no absoluto. La categoría de Caballero Mutilado de Guerra incluyó a todas las personas que lucharon en el bando franquista cuyas lesiones (adquiridas durante la lucha) confirieron un grado de incapacidad superior al 10%. Todos los mutilados con un grado de incapacidad del 11% al 90%

eran considerados “útiles” y, por tanto, potencialmente aptos para el trabajo. La condición de mutilado de guerra, presentada como una “condición noble”, iba acompañada de otros beneficios materiales, como el acceso privilegiado a los asientos en el transporte público y privado, la prioridad en las colas de las administraciones y los lugares públicos (teatro, etc.), así como compensaciones económicas y ayudas alimentarias temporales en caso necesario.

El general Millán-Astray se convirtió en el intérprete de las peticiones de los mutilados ante Franco. En contraste con una visión miserabilista de la persona inválida, el general Millán-Astray trató de promover una imagen positiva y digna del mutilado, profesionalmente apto (*ABC*, 7 de marzo de 1939). Él mismo mostraba con orgullo sus mutilaciones. Rechazando las actitudes sociales caritativas, se posicionó en contra de la organización de fiestas caritativas para los mutilados de guerra. Según él, las medidas de asistencia adoptadas no eran más que justicia social, una recompensa necesaria de la patria para quienes lucharon por ella (*ABC*, 18 de octubre de 1938). La exaltación de la valentía de estos hombres y su sacrificio en honor a la patria se escenificaba el 24 de octubre durante la celebración anual del Arcángel San Rafael, patrón del Cuerpo de Mutilados. Pronto, los mutilados de guerra franquistas se convirtieron en uno de los pilares de la legitimación del nuevo Gobierno.

Los mutilados de guerra republicanos comenzaron a organizarse en asociaciones en varias provincias durante el verano de 1937 para exigir la aplicación de una política de colocación profesional. La mayoría de estas asociaciones provinciales (Murcia, Alicante, Madrid, etc.) se agruparon dentro de una Liga Nacional de Mutilados e Inválidos de Guerra (LNMIG) en noviembre de 1937. Las organizaciones provinciales del País Vasco y de Cataluña mantuvieron su autonomía, negándose a disolverse en la Liga Nacional. La LNMIG reunió a mutilados de todos los partidos antifascistas, así como de los sindicatos Confederación Nacional del Trabajo (CNT) y Unión General de Trabajadores (UGT). Los dirigentes insistieron en la orientación apartidaria de la Liga y en su carácter esencialmente antifascista

(*Mutilado*, 19 de noviembre de 1938). Sin embargo, hubo muchos conflictos internos entre adherentes anarquistas y comunistas, lo que reflejaba las disensiones que atravesaban el bando republicano. El apoyo de los líderes de la Liga al entonces Gobierno republicano en manos de socialistas y comunistas provocó las críticas de los mutilados anarquistas.

No obstante, esta LNMIG se caracterizaba por su relativa independencia de las organizaciones políticas y sus dirigentes eran elegidos por los miembros de la organización. Se diferenciaba así de la organización franquista de mutilados de guerra, basada en una organización militar, jerárquica y vinculada a la administración.

En el escenario de una guerra civil que se volvía desfavorable para el Gobierno republicano, los dirigentes provisionales de la Liga se abstuvieron de adoptar una posición de conflicto con las autoridades y se negaron a pedirles subvenciones en un contexto presupuestario muy difícil (Carrillo, S/F). A pesar del avance de los franquistas en los territorios republicanos, los líderes de la Liga se negaron a hacer ningún pacto o compromiso con el enemigo. Barcelona cayó en manos de Franco en enero de 1939 y Madrid sufrió la misma suerte un mes después, destruyendo el Estado republicano español y la LNMIG. Pero los líderes exiliados en Francia lograron reconstruir la Liga al final de la Segunda Guerra Mundial en París, pocos días después de la liberación de la capital francesa. La Liga de Mutilados e Inválidos de la Guerra de España en el exilio (LMIGEE) se estableció oficialmente en Toulouse en noviembre de 1945. Mayoritarios dentro de la organización, los anarquistas y trotskistas dirigieron la organización desde finales de los años cuarenta.

En julio de 1947, un delegado de la LMIGEE viajó a España para contactar con otros mutilados republicanos y facilitar su reorganización. Se trataba probablemente de Enrique Ciutat, activista de la CNT. Este último informó a los dirigentes de la LMIGEE en agosto de 1947 de que se había creado en España un Comité Nacional de Relaciones de Mutilados e Inválidos de la Guerra de España tras el viaje

del delegado de la LMIGEE.¹ En el primer trimestre de 1948, se organizó una recaudación de fondos entre los miembros de la LMIGEE para ayudar a los mutilados republicanos indigentes que habían permanecido en España y para facilitar la reconstitución de una organización similar en España. Los dirigentes del Comité español declararon en junio de 1948 que el número de afiliados estaba aumentando día tras día.² Pero durante el otoño de ese año, el secretario del Comité español, apodado “Rojo”, fue encarcelado y sentenciado a 10 años de prisión.³ En consecuencia, se rompió el vínculo entre la LMIGEE y el Comité español de mutilados. A mediados de los años cincuenta, la Liga empezó a renovar los contactos con algunos mutilados antifascistas. Uno de sus miembros viajó a España y conoció a varios mutilados de guerra. En España se nombró una comisión de reorganización, pero todos sus miembros fueron encarcelados unos meses después.⁴ Una vez más, los contactos de la LMIGEE con los mutilados que habían permanecido en España se rompieron abruptamente.

Infraestructuras de reeducación precarias en España, duraderas en Brasil

La reeducación de los mutilados de guerra condujo a la construcción de servicios especiales que perduraron en Brasil, a diferencia del caso español.

En Brasil, solo se construyó una institución para la reeducación de los mutilados de guerra que se mantuvo en actividad durante varias décadas. A finales de enero de 1945, el Gobierno puso en marcha una política de reeducación de los mutilados de guerra con la creación de la Comisión para la Reeducación de los Inválidos (*incapazes*)

¹ Centro Documental de la Memoria Histórica [CDMH], Incorporados 114. Comité nacional, *informe n°3 “Resumen de la plenaria nacional”*, agosto de 1947, p. 4.

² CDMH, Incorporados 114. Comité nacional, *informe n°4*, 25 de junio de 1948, p. 17.

³ CDMH, Incorporados 120. Acta de la reunión celebrada por el Comité Nacional el 28 y 29 de noviembre de 1949, p. 3.

⁴ CDMH, Incorporados 112, Congreso 1955. LMIGE, *Informe*, junio de 1955, p. 6.

de las Fuerzas Armadas (CRIFA) mediante el Decreto-Ley n°7.270.⁵ Esta Comisión dependía directamente del presidente de la República y estaba compuesta por representantes de las tres fuerzas armadas y de muchos ministerios. Fue responsable de evaluar el grado de incapacidad de los soldados y oficiales de las tres armadas, con el fin de juzgar la incapacidad para el servicio militar y organizar su reeducación. Los líderes de la CRIFA enviaron a un cirujano ortopédico, Luthero Vargas (hijo de Getúlio Vargas), a una misión de estudio a los Estados Unidos para examinar la organización de los centros de rehabilitación para los mutilados de guerra. Gracias a los conocimientos importados, la CRIFA organizó un centro de reeducación en Río de Janeiro, encargado de proporcionar atención médica y reeducación funcional y profesional. Se contrató a unos diez médicos especialistas. Los soldados mutilados en teoría estaban obligados a someterse al proceso de reeducación profesional y a operaciones quirúrgicas, o corrían el riesgo de perder sus pensiones. Quienes eran considerados aptos para el trabajo debían aceptar el empleo propuesto por la Comisión. Debido a la dotación insuficiente en equipo técnico, la CRIFA no desarrolló todas las actividades previstas y su acción tuvo un alcance limitado. La rapidez del proceso de desmovilización de los soldados complicó el acceso a los servicios de reeducación (Bustamante, 2006, p. 155). El carácter obligatorio de la reeducación y la colocación autoritaria provocaron el descontento de los soldados, que exigieron que la reeducación profesional fuese voluntaria.⁶ Ya en 1948, los parlamentarios recomendaron el cese de la CRIFA, dado su alto costo y el pequeño número de soldados mutilados que se habían reeducado (un hombre y cincuenta en curso de tratamiento), tal como se lee en la documentación referenciada (p. 9.891). Los parlamentarios de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados propusieron crear un Servicio Nacional de

⁵ Decreto-Lei n°7.270, Regula os casos de invalidez e de incapacidade física para o serviço militar, 25 de enero de 1945.

⁶ *Diário do Congresso Nacional*, 19 de diciembre de 1950, p. 9.892.

Reeducación abierto a otras categorías de inválidos, recuperando todos los recursos de la CRIFA (humanos, materiales, económicos),⁷ pero este proyecto fue finalmente rechazado por el Senado Federal. La CRIFA se mantuvo durante las décadas siguientes, probablemente bajo la presión de los líderes de las tres armadas.

En España, se construyeron múltiples infraestructuras de reeducación en los bandos franquista y republicano para satisfacer las necesidades de los mutilados de guerra. Estas infraestructuras eran precarias y desaparecieron durante la guerra o unos años después de su fin. En los territorios que controlaban, los dos bandos, republicano y franquista, desarrollaron políticas de reeducación, influenciados por sus configuraciones políticas e ideales de organización del Estado. Los dos bandos eran muy heterogéneos, pero el bando republicano estaba profundamente dividido, mientras que el bando franquista se mantenía unido tras su líder militar (Bernecker, 1996). Estas políticas diferían en la entidad y método de gestión, así como en la cabida que se les daba a los principales grupos interesados en esta.

En el bando republicano, solo se crearon dos instituciones de reeducación de forma tardía, en 1937. La región del País Vasco, que había obtenido el estatuto de autonomía de la República en el otoño de 1936, comenzó a construir una escuela para la reeducación de los inválidos de guerra durante aquel año. A finales de enero de 1937, las autoridades civiles de la región tomaron la iniciativa de crear esta escuela, pero la jerarquía militar se enfureció con esta intervención que consideraba ser de su área de jurisdicción. El jefe superior de Sanidad Militar consideró que la responsabilidad de la cirugía, desde la ortopedia de los soldados hasta la reeducación, recaía en el sector de Sanidad Militar.⁸ Obtuvo de las autoridades civiles el control de la escuela de reeducación, que se estableció en febrero de 1937 en el

⁷ Projeto de Lei nº1.025-1950, Proposição sujeita a apreciação do Plenário, extingue a comissão de readaptação dos incapazes das forças armadas e da outras providencias, p. 9.891-9.899.

⁸ CDMH, PS Santander, C.C.19. Exp. 15, Carta del inspector de higiene rural al consejero de Sanidad de Euzkadi, Bilbao, 1 de marzo de 1937.

Palacio de Oriol adyacente al Hospital San Juan de Dios de Santurce. Sin embargo, ya en junio de 1937, el bando republicano perdió esta escuela ante el avance de las fuerzas franquistas en la región. Algunos mutilados vascos fueron atendidos en un centro de reeducación de Bayona (Francia), probablemente como resultado de las negociaciones iniciadas por el presidente vasco Aguirre (*ABC*, 6 de diciembre de 1937).

El Gobierno republicano concentró durante mucho tiempo su acción únicamente en la provisión de pensiones, sin preocuparse por la reeducación profesional de los mutilados de guerra, a pesar de la creciente presión de las organizaciones socialistas y comunistas que reclamaban la creación de escuelas profesionales para soldados mutilados a partir de junio de 1937 (*ABC*, 25 de junio de 1937). Al mismo tiempo, las organizaciones de mutilados republicanos presionaron a los líderes políticos y finalmente obtuvieron del Ministerio de Trabajo y Asistencia Social el estudio de un proyecto de reeducación profesional en noviembre de 1937 (*ABC*, 18 de noviembre de 1937). Sin embargo, no se desarrolló ninguna política importante en este sector durante los meses siguientes. Tan solo se creó en Barcelona un centro de cirugía ortopédica y reeducación de inválidos de guerra, pero desconocemos el alcance de sus actividades.

En agosto de 1938, la LNMIG organizó un Congreso Nacional para dar a conocer su causa y darle envergadura a este problema social. Unas semanas más tarde, se convocó una comisión de estudio sobre los problemas de los inválidos de guerra, en la que probablemente participó la LNMIG. Esta comisión estudió la posibilidad de organizar un servicio nacional de asistencia y colocación de inválidos de guerra. Presentó sus conclusiones el 21 de octubre al subsecretario de la Presidencia del Consejo, pero ignoramos tanto la decisión adoptada por el Gobierno como las consecuencias de dicha decisión. Sin embargo, la insuficiencia de la acción pública llevó a la LNMIG a considerar en otoño de 1938 la creación de una secretaría ortopédica y un centro de reeducación profesional para los mutilados en Madrid (*ABC*, 26 de septiembre de 1938). No sabemos si estos proyectos

pudieron llevarse a cabo. Pero probablemente no fuera así, dadas las dificultades económicas de la Liga.

En el bando franquista, las autoridades militares organizaron varios centros de reeducación para responder a las necesidades de todos los mutilados. La gestión de la política en materia de reeducación profesional de los mutilados de guerra fue reivindicada primero por el Ministerio de Educación y luego por la Dirección de Mutilados. De hecho, el Ministerio de Educación preparó un proyecto de decreto en el que se disponía que la orientación profesional, la selección y la reeducación profesional de los mutilados de guerra debían ser llevadas a cabo por su ministerio (Nogales Puertas, 1939, p. 134). Pero este proyecto no fue aprobado.

El 23 de enero de 1937, Francisco Franco firmó un decreto por el que se creaba la Dirección General de Mutilados de Guerra por la Patria.⁹ Esta Dirección fue la encargada de organizar la reeducación profesional de los mutilados de guerra y de poner en marcha el Benemérito Cuerpo de Caballeros Mutilados de Guerra por la Patria. Es difícil saber hasta qué punto los soldados mutilados pudieron influir en el desarrollo de esta política. Aparentemente, esta política fue el resultado de una decisión administrativa de las autoridades militares siguiendo el consejo de ciertos médicos y oficiales militares, algunos de los cuales eran mutilados, como el general Millán-Astray.

A principios de 1938, la Delegación Nacional de Asistencia a Frentes y Hospitales (DNAFH) tomó la iniciativa de organizar la reeducación funcional de los mutilados de guerra, estableciendo un servicio de reeducación médica en el Hospital Militar General Mola de San Sebastián y en otro hospital de Zaragoza (Nogales Puertas, 1939, pp. 127-128). Deseosa de extender los servicios de estas instituciones a la orientación y a la rehabilitación profesional, esta Delegación obtuvo del Ministerio de Educación la adscripción de profesores especializados en psicotecnología para los institutos de la DNAFH (Nogales Puertas, 1939, p. 129). Durante el año 1938, se crearon varios centros de reeducación

⁹ *Boletín Oficial del Estado español*, 96, 24 de enero de 1937.

funcional para los mutilados de guerra en Oza (La Coruña), Zaragoza, Santander y Bilbao. En junio de 1938, la Dirección de Mutilados de Guerra consideró que las necesidades en reeducación física ya habían sido cubiertas y orientó a los actores públicos y privados hacia la escolarización y la construcción de viviendas para los mutilados.

Ante la falta de formación de la mayoría de los mutilados, a partir de junio de 1938 surgieron varias iniciativas públicas y privadas para que pudieran optar a cargos administrativos debidamente remunerados. El Ministerio de Instrucción Pública y otras entidades públicas y privadas (Sindicato del profesorado de Falange Española Tradicionalista, Frentes y Hospitales, Ateneos, Acción Católica) organizaron escuelas y universidades para los heridos y mutilados. A veces eran particulares, maestros o sacerdotes los que impartían clases de alfabetización en las aldeas por su propia iniciativa. A principios del año 1939, el médico Benito Nogales Puertas indicó una flagrante falta de coordinación en la implementación de los cursos de educación primaria y profesional, la falta de unificación de los contenidos de la enseñanza y de los exámenes profesionales previos a la ocupación de un empleo (Nogales Puertas, 1939, p. 204). Todas estas escuelas y cursos desaparecieron a principios de los años cuarenta.

Un decreto aprobado el 18 de agosto de 1959 modificó los estatutos del Bénémerito Cuerpo de Mutilados de Guerra. Esta nueva norma autorizó la creación de instituciones de reeducación, así como la creación de centros de asistencia para los mutilados que ya no contaran con apoyo familiar. Esta reorientación de la política franquista hacia el establecimiento de infraestructuras permanentes para la reeducación de los mutilados de guerra pudo estar vinculada a la guerra de Ifni (noviembre de 1957), que causó más de un centenar de heridos en las filas españolas.

La aplicación de métodos diferenciados de colocación de los mutilados

Brasil y España adoptaron políticas de colocación de los mutilados inspiradas en algunos de los principios recomendados en los

informes de expertos de la OIT (principios de cuota e de incapacidad general de ganancia, reeducación profesional en la ocupación anterior). No tenemos pruebas directas de que los políticos tuvieron en cuenta las normas promovidas por la OIT, pero el contenido de las medidas que adoptaron, así como el hecho de que algunos médicos hacían referencia a los textos de las conferencias de expertos de la OIT, apoyan esta interpretación. El Dr. Benito Nogales Puertas citó las conclusiones de la reunión de expertos de la OIT de 1923 para legitimar la introducción del sistema de la obligación de empleo en la España franquista (Nogales Puertas, 1939, p. 178). A pesar de esta inspiración común, las políticas de colocación desarrolladas por los Gobiernos de España y Brasil tuvieron características distintas.

En el bando republicano, la política de colocación se organizó de manera tardía, a pesar de la presión de la LNMIG. En septiembre de 1937, el gobierno republicano concedió becas de estudios a algunos mutilados de guerra (*ABC*, 7 de septiembre de 1937). Desde finales de 1937, los representantes de los mutilados republicanos reclamaron ante los dirigentes políticos el derecho a ser incorporados en las administraciones o en las empresas privadas. Los que habían arriesgado su vida para defender al país de la barbarie fascista y habían perdido alguno de sus miembros, tenían el legítimo derecho de obtener de la sociedad un puesto de trabajo. La LNMIG reclamó la creación de escuelas para que las personas analfabetas pudieran instruirse y servir a la patria en trabajos útiles.

En octubre de 1937, a petición de la Liga Provincial de Mutilados de Guerra de Madrid, el ministro de Defensa Nacional dictó una orden para los subsecretarios de las Fuerzas Armadas (Tierra, Marina, Aire) y de Armamento, atribuyendo preferencia absoluta hacia los mutilados de guerra cualificados para cubrir puestos vacantes como porteros, oficinistas y otros puestos similares (*El Luchador*, 27 de octubre de 1937). Una pequeña minoría de mutilados se benefició así de una reclasificación profesional en puestos militares subordinados.

Muchas voces se alzaron rápidamente entre los mutilados para exigir que se les colocara en puestos de responsabilidad en la

retaguardia, como concejales municipales, gerentes de fábricas o secretarios de organizaciones políticas. Para legitimar su incorporación a los primeros puestos de la retaguardia, Pedro Merino, entre otros, hizo una analogía entre su destacado puesto en el frente y los puestos de responsabilidad en la retaguardia: “Y al ocupar, por tanto, las líneas de peligro en vanguardia, son los cargos de confianza en la retaguardia la más exacta equivalencia” (*Mutilado*, 19 de noviembre de 1938). Esta afirmación era aún más legítima por el hecho de que los jóvenes sanos y robustos no habían ido a la guerra y era inaceptable que permanecieran en la retaguardia mientras que los mutilados estaban sin empleo (*Mutilado*, 1 de diciembre de 1938). Los líderes mutilados también argumentaban que volver a trabajar permitiría al Estado ahorrar dinero gracias al cese de las pensiones. Además, supondría ganar una enorme energía y fuerza de trabajo para la defensa de la independencia de España (*Mutilado*, 22 de enero de 1939).

Sin embargo, para evitar nuevos problemas al Gobierno republicano, la protesta para obtener empleos en la retaguardia se mantuvo contenida y moderada durante mucho tiempo. Así, Pedro Merino afirmó: “Hoy no exigimos [este derecho]. Solo lo recordamos” (*Mutilado*, 19 de noviembre de 1938).

Durante un Congreso organizado por la LNMIG en agosto de 1938, muchos dirigentes políticos y sindicales prometieron apoyo a las reivindicaciones de la organización, despertando la esperanza de una rápida reclasificación profesional de la mayoría de los mutilados en puestos de retaguardia. Como resultado de este Congreso, el Gobierno republicano tomó más en cuenta las reivindicaciones de la Liga. La Secretaría de Cultura firmó un convenio con ella, que preveía la obligación para los inválidos de inscribirse en los cursos que organizaba (*ABC*, 4 de septiembre de 1938). La consulta de las fuentes disponibles nos lleva a creer que se aplicó una política de colocación en puestos de trabajo subordinados, pero sin medidas legislativas. Esta incorporación se produjo lentamente en las administraciones públicas y en algunos sectores relacionados con la industria bélica. En Linares, había mutilados que trabajaban en una fábrica de armas.

No obstante, esta política de reclasificación profesional resolvía la situación de una pequeña proporción de mutilados (quizás del 20 al 30%). Además, algunos mutilados colocados en las instituciones públicas ocupaban ahora un puesto inferior a su rango y función anteriores. Los dirigentes mutilados señalaron entonces las deficiencias de esta política de reclasificación y exigieron una mayor implicación de los sindicatos (UGT y CNT), así como el mantenimiento de su situación profesional y salarial anterior (Mutilado, 1 de diciembre de 1938).

En el bando franquista, se instauró rápidamente una política de reclasificación profesional, fundada en una rápida alfabetización de mutilados “útiles” y en la colocación autoritaria en empresas privadas y administraciones públicas.

La Dirección de Mutilados de Guerra consideró esta reclasificación profesional en julio de 1937, pero las primeras medidas concretas se pusieron en marcha en el verano de 1938. En abril de 1938, los estatutos del Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra por la Patria disponían que los mutilados “útiles” debían ser colocados en sus respectivos cuerpos o en puestos técnicos, burocráticos o manuales para los que estuvieran cualificados. Esta colocación prioritaria en el empleo permitió al Estado ahorrar en el pago de las pensiones. Durante la primera mitad de 1938, se establecieron Comisiones Inspectoras Provinciales de Mutilados de Guerra bajo la dirección de los presidentes de los tribunales de arbitraje. Eran las encargadas de entregar las prótesis y de organizar la colocación de los inválidos. Las administraciones municipales, provinciales, ministeriales y sindicales estaban obligadas a cubrir los puestos vacantes con los mutilados (como auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, sepultureros, guardias civiles, barberos, etc.). Los puestos en las Secretarías del Ejército y de las Comisiones Inspectoras Provinciales estaban reservados para los mutilados de mayor rango.

A través de una campaña de publicidad masiva, las Comisiones Provinciales exigieron a todas las empresas que les proporcionaran una lista oficial de todos sus puestos de trabajo (técnicos,

burocráticos, manuales) y que les indicaran trimestralmente los puestos vacantes. Las empresas con más de diez empleados debían reservar el 10% de los puestos vacantes a “caballeros mutilados” y hasta el 20% de los puestos vacantes en las grandes empresas. Un decreto adoptado en noviembre de 1938 establecía incluso que el 25% de los puestos vacantes entre los agentes de surtidores de la Compañía Arrendataria del Monopolio del Petróleo debían atribuirse a los mutilados (*ABC*, 16 de noviembre de 1938). En caso de infracción, se preveían sanciones económicas importantes. Varias empresas se mostraron reacias a publicar listas de vacantes y las sanciones se aplicaron con lentitud.

En marzo de 1939, las técnicas de colocación profesional fueron evolucionando. Las Comisiones Inspectoras Provinciales se dirigieron a las grandes empresas industriales para que crearan escuelas de formación profesional para mutilados en sus empresas, a fin de organizar su contratación (*ABC*, 12 de marzo de 1939). Telefónica, las empresas ferroviarias y otras pequeñas empresas privadas ofrecieron cursos de formación de unos meses a cierto número de mutilados, que percibieron un salario durante el aprendizaje (Nogales Puertas, 1939, p. 204).

La colocación profesional de los mutilados se llevó a cabo con dinamismo durante 1938 y continuó así durante varios años. De los 26.500 mutilados identificados como “útiles”, 16.500 ya habían sido colocados en instituciones públicas y privadas en octubre de 1941. Más de 6.000 oficiales y suboficiales estaban aún a la espera de ser colocados, pero la mayoría seguían movilizados en el ejército en ausencia de otras perspectivas (*ABC*, 23 de octubre de 1941). Los 4.000 soldados restantes no gozaron del mismo favor. Sin embargo, no conviene confiar demasiado en las cifras proporcionadas por la propaganda franquista para evaluar el éxito de la política de colocación. Presentan una imagen idílica de la recolocación profesional, al destacar la satisfacción de los mutilados por haber encontrado empleo y dejar de lado las dificultades inherentes a una colocación tan rápida y autoritaria. El doctor Benito Nogales Puerta señaló fracasos en la

colocación de los mutilados de guerra, debido a que algunos de ellos se negaron a trabajar o a la reticencia de algunos empleadores a contratarlos (Nogales Puertas, 1939, p. 206).

En Brasil, la política de colocación de los mutilados de guerra de la FEB fue un completo fracaso. Las medidas legislativas se basaban en los métodos más modernos de evaluación de la incapacidad profesional, determinando como criterio la incapacidad profesional genérica o la incapacidad general de ganancia.¹⁰ Se dio prioridad a la reeducación profesional en una profesión anterior ejercida en el sector civil o en una profesión similar compatible con el nivel cultural. Los mutilados considerados aptos para el trabajo tenían la obligación de aceptar el puesto de trabajo propuesto por la comisión, de lo contrario perdían gradualmente su remuneración. Los mutilados colocados en un empleo mal remunerado mantenían unos ingresos económicos equivalentes a su situación anterior. Algunas disposiciones facilitaban la reinserción de los mutilados que sabían leer y escribir o que se habían graduado en las filas de maestros, técnicos u oficiales administrativos del ejército. Además, el artículo 12 del Decreto n°7.270 exigía a los empleadores públicos o privados con más de 25 empleados que contrataran al menos al 2% de las personas rehabilitadas en su plantilla. No se describía explícitamente a los beneficiarios de esta medida, pero es probable que solo se refiriera a mutilados de guerra rehabilitados. La legislación laboral tan solo se aplicó de forma parcial y solo implicó a un reducido número de beneficiarios, varios centenares como mucho. Esta colocación autoritaria causó un gran descontento entre los soldados, que exigían que la reeducación profesional fuera voluntaria,¹¹ pero no lo lograron.

Las guerras que marcaron la primera mitad del siglo XX llevaron a los gobiernos brasileño y español a organizar políticas en materia de reeducación de los mutilados de guerra. Sin embargo, estas

¹⁰ Decreto n°19.269 del 25 de julio de 1945. Regula la readaptación de las personas incapaces de trabajar en las fuerzas armadas y adopta otras disposiciones.

¹¹ *Diario do Congresso Nacional*, 19 de diciembre de 1950, p. 9.892.

políticas no perduraron en España, mientras que en Brasil fueron constantes, aunque modestas.

Las políticas de reeducación profesional de los mutilados de guerra desarrolladas en el bando republicano diferían de las aplicadas en el bando franquista y en Brasil. En el bando republicano, estas políticas fueron a menudo el resultado de la movilización de los mutilados de guerra y fueron objeto de numerosas discusiones entre médicos, líderes de la Liga y dirigentes políticos y sindicales. Por el contrario, la adopción de estas políticas se llevó a cabo en el bando franquista y en Brasil de manera autoritaria, sin consultar a las partes interesadas. En ambos países, estas políticas se enfrentaban a dificultades relacionadas con la voluntad variable de los mutilados para reeducarse y la reticencia de los empleadores para aceptar esta mano de obra.

Estas políticas no produjeron resultados similares en términos de reclasificación profesional. A través de una formación profesional acelerada y la colocación autoritaria en empresas públicas y privadas, la política franquista adquirió un carácter masivo, a diferencia de la política brasileña, cuyo impacto fue mínimo. La política de colocación de los mutilados franquistas se llevó a cabo en una gama bastante amplia de profesiones, incluyendo posiciones de alto rango, mientras que la de los mutilados republicanos parecía limitarse principalmente a tareas subordinadas, lo que provocó protestas de sus líderes.

De hecho, las guerras no permitieron intensificar el desarrollo y la mejora de las técnicas de reeducación a largo plazo en los tres países estudiados. La continuidad entre las políticas en materia de reeducación profesional de los mutilados de guerra y de los inválidos del trabajo que puede observarse en muchos países europeos no se percibe en España y Brasil. De hecho, estos dos países no extendieron el beneficio de los servicios de reeducación profesional destinados a los mutilados de guerra a otras categorías de inválidos.

La implicación limitada de las autoridades públicas en la reeducación de los inválidos civiles

Durante la primera mitad del siglo XX, ciertas problemáticas no relacionadas con los conflictos bélicos condujeron al progreso de la reeducación física y profesional de los llamados inválidos “civiles”. Los tres países estudiados se enfrentaron a problemas similares en cuanto a la precarización de la salud de los trabajadores, vinculados a la industrialización progresiva de las grandes zonas urbanas y a la mecanización. Las poblaciones europeas y latinoamericanas también sufrieron epidemias de poliomielitis, que afectaron principalmente a los niños. Los gobiernos de estos tres países no gestionaron de la misma manera estos problemas públicos contemporáneos que generaban invalidez. De hecho, el establecimiento de sistemas de protección social para los trabajadores lesionados y de políticas para el cuidado de los niños afectados por la poliomielitis se llevó a cabo con una temporalidad e intensidad específicas según los países. A veces es difícil analizar estos dos problemas sociales por separado, ya que algunos actores veían la reeducación como una solución común.

Aun cuando la atención a los inválidos había sido tradicionalmente una cuestión de caridad y filantropía, hubo médicos, políticos y algunos representantes asociativos que defendieron la implicación de los poderes públicos en la reeducación de los inválidos. Este llamamiento a la responsabilidad del poder público se lanzó según una temporalidad propia a cada país, desde la primera década del siglo XX en España y desde los años cuarenta en Argentina y Brasil. En los tres países, la gravedad de las epidemias de poliomielitis y el aumento de los accidentes laborales constituyeron factores coyunturales en los cuales se apoyaron los médicos para exigir una política pública en materia de reeducación. Sin embargo, todos los actores involucrados (médicos, políticos, líderes asociativos) no estaban de acuerdo en las modalidades para emprender una acción pública. Algunos pedían la inversión directa y masiva del Estado para combatir

las prácticas caritativas existentes en este sector. Por ejemplo, el diputado brasileño Abelardo Matta (del Partido Trabalhista Brasileiro) consideraba que el Estado debía intervenir en la reeducación de los inválidos civiles para que “la caridad fuera superflua”.¹² El médico argentino Galli también defendía una fuerte implicación del Estado en la atención a los inválidos, argumentando que los problemas de los inválidos no podían ser resueltos por la iniciativa privada (Testa, 2011a, p. 72). Por el contrario, otros médicos (Marcelo J. Fitte en Argentina, Renato da Costa Bomfim en Brasil) se oponían al monopolio estatal en la atención de los inválidos y privilegiaban el apoyo financiero del Estado a asociaciones privadas, de las que eran miembros.

La gran mayoría de los actores abogaban por el derecho a la reeducación, ya fuera cuestionando la caridad o transformando su significado para hacerla compatible con el derecho a la asistencia. El presidente de la Liga Económica de Inválidos, Wenceslao Martín Martín, afirmó: “los inválidos son los primeros en querer que se corrija el sentido de la caridad; quieren que la caridad se transforme en `protección´” (ABC, 17 de marzo de 1935).

En los tres países, estos diversos actores defendían el derecho a la reeducación de los niños inválidos y de los accidentados del trabajo, invocando en general argumentos similares: la necesaria moralización de la asistencia a los inválidos, así como la rentabilidad económica de una política de reeducación física y profesional para la nación. En los tres países, los discursos estigmatizaban la mendicidad, percibida como una actividad infamante y depravadora, y sostenían que una política en materia de reeducación permitiría erradicar esta práctica. En España, por ejemplo, en febrero de 1934, los inválidos de Zaragoza exigieron medidas enérgicas por parte del municipio para eliminar la mendicidad del entorno urbano (*Pensamiento Alavés*, 9 de febrero de 1934).

Por otra parte, era necesario permitir a los inválidos, en primer lugar, a los hombres, que ejercieran una actividad productiva,

¹² *Diario do Congresso Nacional*, 13 de noviembre de 1947, p. 8.008-8.010.

para poder asumir las necesidades de sus familias y, de este modo, recuperar la dignidad social perdida. Algunos actores también consideraban que la inactividad de los inválidos constituía un peligro potencial para el orden social y las instituciones democráticas. El médico brasileño Ruthenio de Paiva afirmaba así que era necesario “apartar [al inválido] de la inactividad y la ociosidad, que [producían] insatisfacción y vicio”.¹³

En los tres países, el argumento económico era preponderante entre los especialistas en reeducación y los parlamentarios, especialmente a partir de los años cuarenta. Estos actores presentaban la reeducación como una inversión rentable para la nación, ya que permitía aumentar la producción nacional, ahorrar en pensiones de invalidez y recuperar contribuciones sociales. Para ello, se basaban en estudios realizados en países anglosajones (Estados Unidos, Inglaterra) o en países europeos. El objetivo, por tanto, era transformar a los inválidos en futura mano de obra con buen rendimiento. Por último, algunos actores argentinos y brasileños presentaron el instituto de reeducación como criterio de modernidad urbana. El diputado Abelardo Matta destacaba así las técnicas modernas de reeducación y la necesidad de adoptar las mismas medidas que otros pueblos “civilizados”.

Entre los tres países estudiados, el Estado español fue el primero en incluir medidas de reeducación profesional en su legislación para la protección de los accidentados del trabajo (1922). En ese momento, comenzaban los primeros balbuceos de la reeducación profesional de los inválidos del trabajo a nivel internacional. En 1943, con el gobierno de Getúlio Vargas, Brasil incorporó a su legislación medidas para la reeducación profesional de los trabajadores accidentados en el trabajo. Argentina no incluyó este tipo de medida en la legislación, para el gran pesar de sus médicos.

En España, algunos médicos (Antonio Oller, Manuel Bastos, Joaquín Decref) habían estado promoviendo la reeducación profesional

¹³ *Diário do Congresso Nacional*, 13 de noviembre de 1947, p. 8.008-8.010.

de los inválidos desde la primera década del siglo XX. Con el fin de legitimar las especialidades de traumatología y ortopedia, invocaron en primer lugar la necesidad de reeducar a los mutilados de guerra (en particular a los veteranos de la guerra de Marruecos), antes de mencionar ante las autoridades públicas el caso de los trabajadores accidentados en el trabajo (Porras Gallo, 2007, p. 535). El 10 de enero de 1922, las Cortes aprobaron una nueva Ley de Accidentes de Trabajo, que satisfacía las aspiraciones de los médicos al ordenar la creación de un centro especial para la reeducación de los trabajadores accidentados en el trabajo. El Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT) fue creado en 1924. A principios de los años treinta, los médicos y las asociaciones de inválidos se movilizaron para garantizar la seguridad económica de los inválidos reeducados, en un contexto en el que la elevada tasa de desempleo les impedía encontrar trabajo después de la reeducación. Los líderes del IRPIT propusieron a los políticos enmendar la legislación sobre los accidentes de trabajo para proporcionar una pensión de invalidez de por vida en lugar de una suma global en concepto de indemnización. De este modo, esperaban facilitar el acceso de los trabajadores accidentados a las instituciones de reeducación y garantizar su situación económica. El 4 de julio de 1932 se adoptó una nueva legislación sobre accidentes de trabajo, que establecía el seguro obligatorio de accidentes de trabajo y una pensión vitalicia en caso de invalidez.¹⁴ Esta Ley ya no hacía necesario obtener empleo después de la fase de reeducación, lo que tuvo un impacto negativo en el propio programa de reeducación, privado de su objetivo último, el empleo (Martínez-Pérez y Porras Gallo, 2006, p. 217).

En Argentina y Brasil, las autoridades intervinieron para legislar sobre los accidentes laborales con el fin de preservar la mano de obra local esencial para la reproducción del sistema productivo capitalista, en un contexto de disminución de los flujos migratorios internacionales, fuertes tensiones sociales y expansión de las ideas

¹⁴ Ley de bases del seguro social sobre accidentes de trabajo, 4 de julio de 1932.

socialistas y anarquistas. Argentina y Brasil, junto con Chile y Perú, se encuentran entre los primeros países de América del Sur que garantizaron los derechos de los trabajadores accidentados, con el fin de evitar la escalada de conflictos sociales entre patronal y trabajadores, así como las terribles consecuencias sociales del desempleo que se estaban dando en Europa (Romero, 2006, p. 102). Sin embargo, las primeras legislaciones se limitaron a la introducción de indemnizaciones y de cobertura médica para un cierto número de víctimas de accidentes laborales (Ramacciotti, 2014), mientras que las revisiones legislativas efectuadas por algunos países en las décadas siguientes (Chile, Brasil) incluyeron medidas para promover la reeducación profesional de los trabajadores accidentados. Estos cambios se produjeron con la presidencia de Getúlio Vargas en Brasil en 1943-1944. El voluntarismo del presidente brasileño en este sector puede explicarse por dos factores: por un lado, su deseo de garantizar un mejor estatus a los trabajadores y, por otro, su sensibilidad personal al respecto, ya que su hijo falleció a causa de una epidemia de poliomielitis en enero de 1943.

En junio de 1943, el Ministerio de Educación y Salud de Brasil nombró una Comisión para ayudar a los mutilados mediante la Circular Ministerial n°359/1943. Parece ser que se creó tras la afluencia de cartas personales enviadas al presidente Vargas solicitando dispositivos ortopédicos. Compuesta por médicos, esta Comisión estaba encargada de elaborar las normas a seguir para la protección de los mutilados, principalmente en lo que se refería a la distribución de material ortopédico (AOI, 1944, p. 106-107). La Comisión consideraba que el Estado debía prestar asistencia permanente a todos los mutilados, independientemente del origen de la deficiencia (AOI, 1944, p. 108). Preparó un anteproyecto de ley que determinaba la creación de un servicio nacional de asistencia a los mutilados en Río de Janeiro, consistente en un hospital de traumatología y ortopedia, un centro de fisioterapia, un servicio de colocación en el empleo y colonias-asilos. El anteproyecto no fue validado por las autoridades. De hecho, unos meses después, se organizó en el Ministerio un servicio

de asistencia para los mutilados, pero su ámbito de acción era muy restringido, se limitaba a la gestión de cientos de solicitudes de aparatos ortopédicos y a la orientación de pacientes hacia procesos de atención quirúrgica adecuados. La Comisión logró convencer rápidamente a muchos hospitales federales, municipales y privados, para que crearan un servicio de ayuda a los mutilados con el fin de realizar los procedimientos quirúrgicos necesarios. En mayo de 1944, la Comisión de Asistencia a los Mutilados se incorporó a la División de Organización Hospitalaria.

En noviembre de 1944, el gobierno de Getúlio Vargas adoptó el Decreto-Ley n°7.036, que reformaba las modalidades de reparación de los accidentes del trabajo. El patrono estaba obligado a asegurar al empleado contra riesgos laborales y a ofrecerle la asistencia médica que necesitase, así como una indemnización.¹⁵ El Decreto establecía que todos los inválidos del trabajo tenían derecho a reeducación profesional, dispensada por un *Serviço de Readaptação Profissional*. Este servicio prestaría atención en fisioterapia, cirugía ortopédica y reconstructiva, así como enseñanza profesional en escuelas profesionales especiales (art. 93). El funcionamiento de este servicio de reeducación profesional, al igual que el de las escuelas profesionales especiales, estaba sujeto a la publicación de reglamentos posteriores, que finalmente nunca verían la luz. En noviembre de 1947 y luego en julio de 1948, el diputado Abelardo Matta (Partido Trabalhista Brasileiro) presentó un proyecto de ley para crear un Instituto Nacional de Readaptação e Reeducação Profissionais en Río de Janeiro, dependiente del Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio, que se encargaría de la reeducación profesional de los trabajadores accidentados, incluidos los de las fuerzas armadas y servicios públicos civiles.¹⁶ Pero tras el estudio por varias comisiones especializadas, este proyecto fue finalmente rechazado por la Cámara de Diputados en 1952. A pesar de incluir en su legislación la reeducación

¹⁵ Decreto-Lei n°7.036, 10 de noviembre de 1944.

¹⁶ *Diário do Congresso Nacional*, 30 de julio de 1948, p. 6.268.

profesional de las lesiones relacionadas con el trabajo, el Estado brasileño no desarrolló una verdadera política en el sector. El Estado no creó ninguna institución para la reeducación profesional de los trabajadores accidentados en el trabajo hasta principios de los años cincuenta.

Argentina no incluyó en su legislación medidas que determinasen la reeducación profesional obligatoria de los trabajadores accidentados, para el gran pesar de los médicos. La Ley n°9.688 sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, aprobada en 1915, confería a los empleadores la responsabilidad de prestar asistencia médica y farmacéutica a los mutilados, pero no contenía disposiciones sobre la reeducación profesional. En 1939, el primer Congreso Argentino de Sociología y Medicina del Trabajo recomendó la creación de un Hospital Nacional Policlínico del Trabajo (AOI, 1947, p. 540). En 1946, durante la Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado, los especialistas en reeducación recomendaron que se modificara la legislación laboral para incluir la reeducación y se organizaran clínicas de trabajo para la reeducación de los trabajadores accidentados (AOI, 1947, p. 558). Durante esta Conferencia, el nuevo secretario de Salud, Ramón Carrillo, abogó en una ponencia por una “asistencia integral del inválido” que reeducase a las personas y les ofreciese un trabajo. Presentó un discurso voluntarista, que afirmaba la necesidad de actualizar la Ley n°9.688 y la urgencia de crear “talleres nacionales de educación integral de los lisiados” (AOI, 1947, p. 34). Sin embargo, este discurso voluntarista no se tradujo en ninguna acción importante en el sector. Aunque el Estado incorporó la construcción de un Instituto de Traumatología a su plan de salud pública en 1947, no se construyó ningún hospital traumatológico durante el periodo peronista. Karina Ramacciotti sugiere que este fracaso está relacionado con la falta de acuerdo sobre cómo financiar una institución de este tipo (2009, p. 152). Asimismo, ni las compañías de seguros privadas ni los sindicatos construyeron un centro moderno dedicado específicamente a la atención de los trabajadores accidentados.

La inacción del gobierno peronista en el sector es mucho más significativa por el hecho de que, al mismo tiempo, estaba desarrollando una acción considerable en el ámbito de la protección social y porque el trabajador era un actor fundamental del peronismo (Devoto y Fausto, 2008, p. 308). Varios factores pueden haber contribuido a la ausencia de una política de reeducación de los trabajadores accidentados: la escasa movilización de los sindicatos a este respecto; la negativa de los empleadores a asumir la carga financiera de la reeducación profesional y a contratar a obreros reeducados; la oposición de algunos dirigentes peronistas a la inversión del Estado; los escasos recursos presupuestarios del Ministerio de Salud a partir de 1948; así como la ausencia de asociaciones de trabajadores accidentados o de inválidos que pudieran convertirse en reserva electoral.

De los tres países estudiados, España es el único que contó con una institución modelo para la reeducación médica y profesional de los trabajadores accidentados, que data de mediados de los años veinte, bajo el régimen de Primo de Rivera. Por el contrario, Argentina y Brasil no contaban con hospitales de referencia para el tratamiento de patologías relacionadas con el trabajo a principios de los años cincuenta, a pesar de que la propaganda peronista y getulista se fundamentaba en la protección de los trabajadores.

Dos semanas después de la aprobación de la Ley de 10 de enero de 1922 sobre accidentes laborales, el Ministerio de Trabajo español pidió al Dr. García del Real, del Instituto de Reformas Sociales, que redactara un informe sobre las instituciones de reeducación de los inválidos del trabajo. Este último solicitó a la Oficina Internacional del Trabajo información sobre los sistemas de reeducación de los principales países europeos y de los Estados Unidos.¹⁷ A raíz del informe, Primo de Rivera adoptó un Real Decreto que determinaba la creación del Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT), dependiente del Ministerio de Trabajo. La voluntad

¹⁷ AOIT, MU 15-0-1. Carta, Dr. García del Real al director de la OIT Madrid, 31 de enero de 1922.

de Miguel Primo de Rivera de modernizar la economía española contribuyó sin duda a la realización de este proyecto. El Patronato del IRPIT nombró rápidamente a un comité de especialistas (Dr. Joaquín Decref, Dr. Antonio Oller, Ing. César Madariaga) para preparar un proyecto de centro de reeducación. Esta comisión viajó a varios países europeos para conocer la experiencia de los centros “modernos” de reeducación. El equipo de expertos también se ocupó de la adquisición de instrumentos de radiología, electroterapia y mecanoterapia en Alemania (Climent, 2001, p. 159). Según la opinión de varios especialistas españoles, Alemania era el país que disponía de las tecnologías y de un sistema de reeducación profesional más avanzados.

El IRPIT entró finalmente en funcionamiento en el otoño de 1923 y fue inaugurado el 17 de junio de 1924 en presencia de la familia real (*ABC*, 17 de junio de 1924). Su gestión formó parte de una estrategia para legitimar a los actores de la monarquía: el infante Jaime de Borbón, duque de Segovia y sordomudo, era el presidente del Patronato del IRPIT. Dirigido por el Dr. Antonio Oller, el Instituto era oficialmente responsable de la reeducación funcional, la reeducación profesional y la tutela social de los inválidos del trabajo. Recuperó las dependencias del asilo de los inválidos, que fueron entonces transferidas bajo la dirección del Ministerio de Trabajo. Las monjas ayudaban a los médicos en el cuidado de los inválidos. Gracias a la modernidad de su equipamiento y a la competencia de sus médicos, el centro adquirió una gran reputación internacional. Entre 1924 y 1932, cerca de 300 inválidos se beneficiaron de una reeducación física y profesional (Climent, 2001, p. 221). La mayoría recibió formación en artesanía (zapatería, carpintería), en oficios industriales (mecánica, electricidad) o para ocupar puestos administrativos subalternos (secretaría, contabilidad).

La crisis económica de 1929 generó una crisis de oportunidades profesionales para los trabajadores accidentados reeducados por el Instituto (Martínez-Pérez y Porras Gallo, 2006, p. 217). Varios de ellos se negaron a abandonar el IRPIT para conservar el magro subsidio mensual asignado por el Estado a los trabajadores accidentados que

estaban en el proceso de reeducación. Esta situación impidió la renovación de los beneficiarios de la política en materia de reeducación profesional y el IRPIT se vio rápidamente imposibilitado para cumplir los objetivos iniciales. En 1931, el Gobierno republicano decidió ampliar los beneficiarios del centro a todos los deficientes físicos (niños y adultos) y cambiar el nombre del IRPIT por el de Instituto de Reeducación Profesional (IRP).

La nueva Ley sobre Accidentes del Trabajo, adoptada el 4 de julio de 1932, reforzó la acción pública en favor de los accidentados de trabajo. El Decreto reglamentario de esta Ley, publicado en junio de 1933, estableció la creación de una Clínica del Trabajo responsable de la atención y reeducación profesional de los trabajadores accidentados (accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo). Adscrita al Instituto Nacional de Previsión, esta Clínica del Trabajo recuperó locales adecuados, a saber, el antiguo dispensario de la Cruz Roja. Dirigido por Dr. Antonio Oller, agrupó desde el verano de 1933 a numerosos especialistas y disponía de equipos modernos (escáner de rayos X, cámaras de Bier, etc.) (Climent, 2001, p. 247). Inaugurada en octubre de 1933, la Clínica organizó cursos de especialización en medicina del trabajo, así como cursos de enfermería, con el fin de constituir un cuerpo de enfermeras del trabajo (*Blanco y Negro*, 17 de diciembre de 1933, p. 194). Así pues, se laicizó la asistencia a los trabajadores accidentados.

La creación de una Clínica del Trabajo vino acompañada de un cambio en los estatutos y objetivos del Instituto de Reeducación Profesional (IRP). Unificado con el Asilo de Inválidos del Trabajo, el IRP se transformó en junio de 1933 en el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos (INRI). Su dependencia administrativa se trasladó al Ministerio de Instrucción Pública y el ámbito de intervención del Instituto se vio modificado al perder la atención a los trabajadores accidentados. Se extendió entonces a todos aquellos que sufrían alguna deficiencia física, fuera cual fuera (“lisiados”, “paralíticos”, “impedidos”, “deformados”), de ambos sexos y de todas las edades (niños y adultos). Sin embargo, se dio prioridad al cuidado de los niños

lisiados, de acuerdo con los destinatarios tradicionales de la política desarrollada por el Ministerio de Instrucción. El Dr. Manuel Bastos Ansart, especialista en ortopedia y traumatología, fue nombrado director del INRI a principios de 1934. El Instituto se componía entonces de una clínica, una residencia y una escuela de reeducación para la formación profesional o técnica. Proporcionó enseñanza profesional a los adolescentes con segregación por género. Los talleres de sastrería, zapatería, cestería y marroquinería estaban dirigidos a los hombres jóvenes, en cambio a las jóvenes se las invitaba a participar en actividades de administración, cocina y lavandería. Dirigidas por un médico, las actividades del INRI siguieron estando muy centradas en los aspectos médicos, mientras que los aspectos profesionales se desarrollaron poco. Entre 1932 y 1936, el INRI recibió varios miles de pacientes, 800 de los cuales fueron operados, 1.500 recibieron tratamiento de fisioterapia y solo 325 de ellos recibieron reeducación profesional (Palacios Sánchez, 1990, p. 74).

Las actividades desarrolladas por el INRI fueron criticadas por algunas asociaciones de inválidos. Tras las resoluciones adoptadas por una asamblea de inválidos en Córdoba el 9 de marzo de 1936, el presidente de la Institución de Reeducación y Adaptación de Inválidos, Antonio Pruduman, cuestionó el funcionamiento burocrático del INRI, la orientación focalizada en la cirugía, el tipo de enseñanza impartida, las vejaciones a las que se veían sometidos los inválidos y los numerosos gastos salariales de médicos y religiosos. Reclamaba ante todo que el INRI fuera dirigido por los propios inválidos:

Los inválidos organizados dentro de nuestra disciplina pedimos que el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos sea dirigido y administrado por los inválidos mismos y no por personas ajenas a nuestra causa; pues ocurre en la actualidad que en ese citado centro oficial, cuya idea en su fundación fue el reeducar y adaptar inválidos bajo un principio puramente social –pedagógico– pues por eso pertenece al Ministerio de Instrucción pública, en la actualidad no es ni más ni menos que un hospital quirúrgico con aires de reformismo y tonos demagógicos, y los inválidos que allí se encuentran solo tienen

miseria y vejación, tipo de asilo, y los millones destinados para reeducar y adaptar inválidos se filtran entre las distintas anfractuosidades del plantel de burocracia compuesto de señoritos privilegiados y monjas influenciadas que no son inválidos, en fin, un dinero que pierde el Tesoro Público; pues lo que se hace allí se puede muy bien continuar haciendo en los distintos establecimientos públicos que tiene el Departamento de Sanidad del Estado.¹⁸

La guerra civil provocó una brusca ruptura en cuanto a la cantidad de personal, infraestructuras y materiales disponibles. El INRI fue parcialmente destruido por los bombardeos. Muchos miembros del personal del sector de asistencia a los inválidos se exiliaron o desaparecieron. La instauración de la dictadura franquista vino acompañada de un cambio en los directivos de las instituciones de reeducación y de una mayor presencia de personal religioso en estas instituciones. El director del INRI, Manuel Bastos Ansart, partidario de la causa republicana, fue condenado a 12 años de prisión por ayudar a la “rebelión” al final de la guerra civil (Martínez-Pérez, 2009, p. 133). Sin embargo, solo pasó unos meses en prisión antes de ser puesto en libertad y continuó sus actividades en el sector privado en Barcelona.

No obstante, los elementos de continuidad entre las políticas en materia de reeducación profesional del periodo republicano y las del franquismo no deben minimizarse. El régimen franquista recuperó parte de las infraestructuras de reeducación profesional de los inválidos ya en funcionamiento en la zona republicana. El Ministerio de Trabajo mantuvo así las actividades de la Clínica del Trabajo, que pasó a denominarse Instituto del Trabajo. Se nombró a un nuevo director, el Dr. José María Sánchez Bordona. Con una capacidad de 100 camas, este Instituto recibió a varios centenares de trabajadores accidentados procedentes de toda España (ABC, 26 de noviembre de 1941). El Ministerio de Educación también volvió a

¹⁸ CDMH, PS Madrid, Caja 440, nº12. Carta del Profesor Pruduman a la Minoría Parlamentaria del Partido Comunista, Madrid, sin fecha (entre el 9 y el 24 de marzo de 1936).

poner en funcionamiento el edificio central del INRI. La actividad de la institución se redujo a partir de entonces a la parte médica y los talleres-escuelas no se reconstruyeron (Palacios Sánchez, 1990, p. 75). Algunos médicos que ejercieron en la época republicana siguieron en sus puestos. Es el caso de Dr. Agustín Lozano Azulas, médico del INRI de 1934 a 1937, quien continuó su actividad allí hasta llegar a ser director del Instituto (1956-1976).

Así pues, tanto la legislación española como la brasileña incluyeron medidas para promover la reeducación profesional de los accidentados del trabajo, pero solo España desarrolló una institución de referencia en términos de reeducación médica y profesional de los accidentados del trabajo, el IRPIT (1924-1933) y luego la Clínica del Trabajo a partir de 1933. En Argentina y Brasil, los primeros centros de reeducación que se fundaron estaban destinados al tratamiento de niños con poliomielitis.

Las primeras epidemias de poliomielitis aparecieron en Europa a finales del siglo XIX y fueron registradas en Argentina y Brasil durante los años treinta. La intensidad de las epidemias fue particularmente alta en la región de Buenos Aires en 1942-1943 y, en 1952-1953, en Buenos Aires y Río de Janeiro. La naturaleza específica de las epidemias de poliomielitis, que afectaban a los niños de todas las clases sociales, contribuyó a una fuerte movilización política de las clases altas sobre este tema. Su compromiso llevó a la creación de varias asociaciones privadas dedicadas específicamente a esta causa en Argentina (desde 1943), Brasil (1950) y más tarde en España (1963).

Durante mucho tiempo, la medicina occidental no encontró ningún tratamiento. En los Estados Unidos, la *National Foundation for Infantile Paralysis* (NFIP) y la Asociación Americana de Fisioterapia invirtieron grandes sumas de dinero en la concepción de tratamientos. Los traumatólogos y ortopedistas solo pudieron reducir el impacto de las secuelas, mediante el uso de sistemas inmovilizadores y aparatos ortopédicos. La ciencia médica siguió fracasando hasta el descubrimiento simultáneo de dos vacunas (1955).

En los tres países, los gobiernos invirtieron poco dinero para combatir las primeras epidemias de poliomielitis y aliviar a los pacientes. En Argentina, en 1947, los parlamentarios aprobaron la Ley n°13.022, que determinaba la construcción de un hospital para tratar a los niños que sufrían enfermedades infecciosas y de un instituto dedicado a la investigación y la reeducación. Los parlamentarios se inspiraron entonces en la experiencia del NFIP. Pero hubo falta de inversión para el desarrollo de las infraestructuras. En 1952, el hospital infantil todavía no se había construido (Ramacciotti, 2009, p. 143). Sin embargo, a principios de los años cincuenta se organizó un pequeño instituto de investigación sobre la poliomielitis como anexo al Hospital Muñiz. Por otro lado, el Gobierno otorgó becas de especialización a algunos médicos para perfeccionar sus conocimientos sobre la enfermedad en Estados Unidos. Ante la creciente preocupación de los médicos, el Gobierno peronista adoptó una estrategia discursiva destinada a ocultar la gravedad de las epidemias de poliomielitis (Ramacciotti, 2009, p. 146).

En España, el Dr. Cecilio González Sánchez se movilizó para obtener la creación de una nueva institución para tratar a las víctimas de las epidemias de polio. Rápidamente obtuvo el apoyo del director general de Sanidad, José Antonio Palanca (Climent, 2001, p. 251). En junio de 1949, el Ministerio del Interior creó un Patronato de Lucha contra la Invalidez, encargado de organizar la asistencia a los inválidos en centros especializados, promover la construcción de aparatos ortopédicos y fomentar la colocación en el empleo (*ABC*, 8 de junio de 1949). Solo se convocaron dos reuniones del Patronato y este dejó de funcionar. Por tanto, se tomaron pocas decisiones. Las autoridades sanitarias nacionales simplemente crearon un Dispensario Central de Lucha contra la Invalidez en Madrid en 1951, bajo la dirección del Dr. Cecilio González Sánchez, para gestionar la reeducación de los casos leves de poliomielitis. La inversión pública fue mínima, ya que este Dispensario se instaló en las habitaciones de un antiguo sanatorio de lucha contra la tuberculosis (Aguila Maturana, 2000, p. 136).

En Brasil, el gobierno de Getúlio Vargas alentó el establecimiento de un Instituto de atención a las víctimas de la poliomielitis en San Pablo, pero la participación financiera del gobierno federal seguía siendo escasa e insuficiente. Cuando el hijo Getúlio Vargas fue víctima de la epidemia en enero de 1943, se le pidió al cirujano ortopédico Godoy Moreira que tratara al niño. Aunque este último murió, el médico se mantuvo respetuoso y a la escucha del presidente. Le animó a crear un instituto para atender a los pacientes con polio. Getúlio Vargas aceptó la idea y quiso que este Instituto se construyera fuera del Hospital Clínico de San Pablo, pero Godoy Moreira logró convencerlo para ubicar las instalaciones cerca del edificio central del Hospital Clínico (Napoli y Blanc, 2000, p. 44). Financiado en parte por el Gobierno federal, el trabajo de construcción del Instituto seguía dependiendo de la contribución financiera irregular del Gobierno del Estado de San Pablo y su finalización se demoró. El Instituto no abrió sus puertas hasta 1953, con el nombre de Instituto de Ortopedia y Traumatología del Hospital Clínico. Durante el periodo posterior, los gobiernos federales renunciaron a la lucha contra nuevas epidemias de poliomielitis. En 1952, durante el punto álgido de la epidemia, se presentaron varios proyectos de ley para organizar la asistencia a las víctimas de la poliomielitis, pero ninguno fue aprobado. Además del aspecto financiero, los parlamentarios federales consideraban que la lucha contra la enfermedad era responsabilidad de las autoridades administrativas de nivel inferior (estados, municipios), ya que la gravedad de la epidemia de poliomielitis variaba geográficamente.

En los tres países, los municipios y los gobiernos provinciales participaban directa o indirectamente (mediante subvenciones a asociaciones privadas) en la aplicación de políticas para la reeducación de niños con poliomielitis. Los hospitales públicos los atendieron a gran escala. Especializado en enfermedades infecciosas, el Hospital Muñiz, del municipio de Buenos Aires, recibió aproximadamente 300 pacientes de ambos sexos tras la epidemia de polio a finales de 1942 (AOI, 1947, p. 89). El servicio cerró dos años más tarde, y fue reabierto en 1946 para hacer frente a la nueva epidemia. Paralelamente, el

Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe organizó un servicio de reeducación en el Hospital Infantil Eva Duarte de Perón. En Brasil, el municipio de Río de Janeiro contaba con una clínica especializada en enfermedades infantiles, el Hospital Jesús, que atendió a un gran número de niños con poliomielitis. En España, dos hospitales de Barcelona (Hospital Clínico de Barcelona, Hospital Municipal Nuestra Señora del Mar) y uno de Madrid (Hospital Niño Jesús) establecieron servicios para atender a niños con poliomielitis a principios de la década de los cincuenta.

La escasa intervención pública en el sector de la reeducación dejó mucho espacio a la filantropía y la caridad en Argentina y Brasil. Ante la falta de una acción pública sistemática en favor de los inválidos, médicos y mujeres de la alta sociedad fundaron asociaciones privadas para la reeducación de los niños inválidos. Entre las más importantes figuraban: la Asociación de Ayuda y Orientación al Inválido (AOI) y la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), ambas en Buenos Aires; la Associação de Assistência a Criança Defeituosa (AACD) en San Pablo y la Associação Brasileira Beneficente de Réabilitação (ABBR) en Río de Janeiro. En España, el turbulento contexto político de los años treinta hizo que la acción de las asociaciones fuera caótica en este sector. Además, el movimiento filantrópico y caritativo se vio obstaculizado bajo el franquismo debido a las estrictas normas impuestas para la constitución de asociaciones.

Fundada por médicos en 1937, la AOI creó en 1945 un hogar-escuela para ofrecer a los niños inválidos atención médica, educativa y manual (Testa, 2011a, p. 74). La AOI construyó un Instituto de Recuperación Funcional, pero la falta de fondos la llevó a ceder el edificio a la provincia de Buenos Aires, a cambio del compromiso de esta última de destinarlo a la reeducación de los inválidos.¹⁹ Creada en 1943, ALPI estaba compuesta por mujeres de clase alta que, guiadas por valores católicos, estaban deseosas de implicarse en la causa de los

¹⁹ *Redención, Boletín de la AOI*, n° extraordinario, 1951.

niños pobres afectados por la poliomielitis (Testa, 2011a, p. 23). Estas mujeres se asociaron con médicos ortopédicos (Marcelo J. Fitte, Luis Alberto González). En julio de 1952, ALPI inauguró un pequeño instituto de reeducación en Villa Ballester para niñas con poliomielitis. En 1958, la asociación inauguró un nuevo edificio más amplio, equipado con todas las técnicas modernas de reeducación importadas de Estados Unidos y Europa (psicoterapia, hidroterapia, salas de rayos X, pulmones de acero, etc.).

En Brasil, la AACD fue creada en 1950, bajo el impulso del Dr. Renato da Costa Bonfim. La municipalidad de São Paulo aceptó cederle un terreno para construir un centro de reeducación. Gracias a una campaña anual de recaudación de fondos que recibió una considerable cobertura en los medios de comunicación, al apoyo político y de clubes sociales, y a los subsidios públicos, la AACD estableció un servicio de atención y orientación para niños inválidos en enero de 1951 y luego creó un centro de reeducación de alto nivel en San Pablo. La ABBR fue impulsada por un grupo de médicos dirigidos por el Dr. Oswaldo Pinheiro Campos. Con el apoyo de empresarios adinerados (industriales, banqueros, comerciantes), la ABBR abrió su primer centro de reeducación para las víctimas de la poliomielitis en 1956. Este centro fue inaugurado oficialmente al año siguiente por el presidente Juscelino Kubitschek (Barros, 2008, p. 944).

Las asociaciones privadas en Argentina y Brasil se beneficiaron de las donaciones de terrenos por parte de municipios y de otro tipo de subsidios públicos, pero estas ayudas fueron insuficientes y precarias. Las considerables necesidades de inversión animaron a sus dirigentes a organizar colectas públicas, eventos sociales (tés, bailes, festivales, etc.) o a solicitar el apoyo de clubes sociales (Rotary Club, Lions Club, Jockey Club). Por lo tanto, su financiación siguió dependiendo en gran medida de la caridad privada. Estas asociaciones contaron con el apoyo de ONG (NFIP, ISWC, WRF) que les ayudaron a importar tecnologías modernas de reeducación, les proporcionaron literatura científica y les concedieron a veces becas de especialización para sus miembros. El movimiento asociativo se expandió

geográficamente en Argentina, gracias a la creación de filiales de ALPI, lo que no fue el caso en Brasil.

En ambos países, la perpetuación de la acción privada, a menudo residual en comparación con las necesidades, contribuyó al mantenimiento de una “caridad razonada” (Hernández Gómez, 1965, p. 261). Esta “caridad razonada” en general no mantuvo la limosna directa para las personas discapacitadas y, desde los años cuarenta, tendía a defender el derecho del individuo a la reeducación (y por lo tanto a la promoción social). Sin embargo, la “caridad razonada” preservó las funciones religiosas y sociales de la caridad. Por un lado, creaba vínculos afectivos y obligaciones entre los miembros de una misma comunidad religiosa y, por otro, ofrecía la posibilidad a las clases sociales privilegiadas de ser percibidas como benefactoras, legitimando así su dominación social.

En paralelo a la acción de estas asociaciones gestoras, se formaron otras asociaciones constituidas por los propios inválidos civiles.

La dinámica asociativa de los inválidos civiles

España se distinguía de los otros dos países por la existencia de asociaciones de trabajadores accidentados y por la precocidad de las primeras movilizaciones asociativas desde los años veinte. Las primeras asociaciones de inválidos no aparecieron hasta fines de los años cuarenta en Argentina y hasta fines de los años cincuenta en Brasil. Solo tenemos un conocimiento fragmentario de la existencia de estas asociaciones, de sus objetivos y de sus trayectorias.

En España, raras fueron las asociaciones de inválidos civiles formadas bajo el régimen de Primo de Rivera. Fue durante la Segunda República cuando pudo observarse una dinámica asociativa a gran escala. Esto se debe principalmente al desarrollo de una política de reeducación funcional y profesional de los trabajadores accidentados en el Instituto para la Reeducación Física del Mutilado en Barcelona (desde 1918) y en el Instituto de Reeducación Profesional en Madrid (IRPIT) desde 1924. Paralelamente a esta política, se difundió la idea

de que los inválidos tenían derecho a ocupar un puesto administrativo, artesanal o industrial. La aspiración a obtener un empleo remunerado se extendió mucho más allá de los inválidos presentes en la capital madrileña. Sin embargo, todos estos inválidos, y especialmente los reeducados, se enfrentaron a la imposibilidad de encontrar un trabajo remunerado, sobre todo porque la crisis económica de 1929 causó un desempleo masivo. Esta situación les alentó a movilizarse políticamente por lo que consideraban ahora un derecho. La considerable efervescencia política que existía en la época de la Segunda República española proporcionaba un contexto de oportunidad propicio para el surgimiento de esta movilización política por los derechos. Por último, la temprana movilización de los ciegos españoles en favor del derecho al empleo era un ejemplo a seguir para los inválidos.

Durante la Segunda República se crearon asociaciones que agrupaban a inválidos civiles en las principales ciudades españolas (Madrid, Zaragoza, Sevilla, Barcelona, Tarragona, Toledo, Córdoba, Málaga, Oviedo, Huesca, Valencia). En 1936 se formaron dos sindicatos compuestos exclusivamente por inválidos: el Sindicato Peninsular de Inválidos en Barcelona (afiliado a la UGT) y el Sindicato Único de Inválidos en Alicante (afiliado a la CNT). Durante este periodo surgieron algunas asociaciones nacionales: el Comité pro-Inválidos Españoles (1933); la Liga Económica de Inválidos (noviembre de 1933); la Asociación Nacional de Inválidos Españoles (1934); la Institución de Reeducción y Adaptación de Inválidos y el Hogar del Inválido (1934). Estas organizaciones fueron implantando asociaciones filiales en muchas provincias, de las que no conocemos el número exacto. La Liga Económica de Inválidos se formó a principios de noviembre de 1933 en Madrid. El objetivo de la asociación era crear centros culturales, escuelas de orientación y reeducación profesional, talleres, cooperativas de producción y residencias para los “inútiles totales” que no podían realizar un trabajo remunerado (*ABC*, 12 de noviembre de 1933). Creado a principios de 1933, el Comité pro-Inválidos Españoles tenía como objetivo conseguir la colocación de todos los inválidos aptos en puestos subalternos del Estado y la concesión de una pensión vitalicia a los demás.

La Asociación Nacional de Inválidos Españoles fue fundada en enero de 1934 por una asamblea de inválidos de Zaragoza, anteriormente miembros del Comité pro-Inválidos Españoles. Fundada en 1934 en Madrid, la Institución de Reeducción y Adaptación de Inválidos estuvo dirigida exclusivamente por inválidos (*ABC*, 20 de mayo de 1936).

La mayoría de estas asociaciones compartían el mismo objetivo, garantizar un mínimo de recursos económicos para las personas inválidas, mediante el acceso a una actividad profesional remunerada (venta de billetes de lotería, empleo en la función pública, artesanía, etc.) o la concesión de una pensión para los inválidos “incapaces”. Muchas de estas asociaciones agrupaban a inválidos físicos, independientemente del origen de su invalidez, con una concepción amplia de la deficiencia física que incluía la ceguera. Estas fronteras categoriales no eran uniformes a nivel nacional, lo que reflejaba la movilidad de la categoría “inválidos” en aquella época.

La crisis económica a partir de 1929 y el desempleo sufrido por los accidentados del trabajo rehabilitados constituyeron una coyuntura favorable para la politización de las asociaciones de inválidos. En el contexto de polarización de la política española desde octubre de 1934, con la existencia de múltiples tentativas revolucionarias, las profundas diferencias ideológicas dividieron a los dirigentes de estas asociaciones. En febrero de 1936, pocos días antes de las elecciones, el presidente de la Liga Económica de Inválidos, Valentín Rubio Mayorga, rompió con el principio de neutralidad consagrado en los estatutos y llamó a votar por el partido de las derechas, la CEDA (Confederación Española de Derechas Autónomas) (*ABC*, 14 de febrero de 1936). En el bando político opuesto, Antonio Pruduman Martínez-Castales, director del Hogar del Inválido Español y presidente de la Institución de Reeducción y Adaptación de Inválidos, pertenecía aparentemente al Partido Comunista.²⁰ Los miembros del Sindicato Peninsular de Invá-

²⁰ CDMH, PS Madrid, Caja 440, nº12. Carta del Profesor Pruduman a la Minoría Parlamentaria del Partido Comunista, Madrid, sin fecha (entre el 9 y el 24 de marzo de 1936).

lidos de Barcelona (afiliado a la UGT) eran comunistas, mientras que los miembros del Sindicato Único de Inválidos de Alicante (afiliado a la CNT) eran anarquistas revolucionarios.

El fin de la guerra civil y la extensión del dominio del bando franquista a todo el territorio español fueron acompañados por la disolución de casi todas las asociaciones de inválidos a favor del régimen republicano. Sin embargo, la dictadura no acabó del todo con la existencia de las asociaciones de inválidos civiles. Debido a la tolerancia de las autoridades municipales de Valencia y Barcelona, dos asociaciones siguieron estando activas y organizando loterías, la Sociedad de Inválidos de Barcelona y la Sociedad de Inválidos Civiles de Valencia.

La constitución de una nueva asociación bajo la dictadura franquista era particularmente difícil, ya que el Decreto-Ley de 25 de enero de 1941 prohibía crear cualquier tipo de asociación, con algunas excepciones, por ejemplo, las asociaciones provinciales declaradas de bien público, indiscutiblemente leales al régimen. La Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, dependiente del Ministerio del Interior, era la encargada de expedir la autorización oficial para la creación de asociaciones, según la propuesta y el dictamen del gobernador civil de la provincia. A pesar de este contexto hostil, un gran número de inválidos deseaba asociarse para acceder a determinados servicios y empleos remunerados. El ejemplo de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), que había logrado el privilegio de vender lotería para ocupar a muchas personas ciegas y desarrollar así gran cantidad de servicios en su beneficio, constituía para ellas un modelo que día tras día dejaba constancia de su eficacia.

Desde mediados de los años cuarenta, un grupo de inválidos de Madrid solicitó el apoyo del presidente de la ONCE para negociar con las autoridades la formalización de una nueva asociación de inválidos civiles. Los dirigentes de la ONCE solo concedieron su apoyo con la condición expresa de que la nueva organización de inválidos no tuviera derecho a emitir un cupón pro-invalidez, un privilegio que

podría perjudicar el cupón pro-ciego de la ONCE (Garvia Soto, 1997, p. 189). Con el apoyo de la ONCE, la Dirección General de Beneficencia del Ministerio del Interior autorizó la creación de la Organización Madrileña de Inválidos Civiles en diciembre de 1948. De acuerdo con los deseos de la ONCE, la asociación madrileña no estuvo autorizada a emitir cupones de lotería. Las características de la asociación correspondían perfectamente a los criterios tradicionales de la acción caritativa del Estado franquista, a saber, una concepción paternalista, la voluntad de preservar el orden público (por el abandono de la mendicidad), una oferta de servicios residuales, bajo el control administrativo del Ministerio del Interior, y una financiación que no dependiera de las arcas públicas (Cerdeira Gutiérrez, 1987, p. 137). La asociación estuvo bajo la protección de la ONCE, ya que tenía sede en sus instalaciones. Gracias a una subvención de 12.000 pesetas del Ayuntamiento de Madrid en mayo de 1949, rápidamente se crearon talleres de sastrería y juguetería, para la formación profesional de hombres inválidos, y talleres de corte y confección, para mujeres inválidas. En 1950, la asociación madrileña organizó un servicio de asistencia médica para sus afiliados. Contrariamente a su objetivo inicial, la Organización Madrileña no pudo construir un centro de reeducación moderno, ya fuera por falta de recursos, ya porque, durante las negociaciones con las instancias administrativas de las que dependía, alguno de los ministerios considerara que esta labor era de su competencia y no de la Organización Madrileña de Inválidos.

La creación de la Organización Madrileña de Inválidos Civiles interpeló a muchas personas inválidas residentes en otras provincias españolas, que vieron en ella un precedente favorable para iniciar un proceso similar. En muchas provincias (León, Aragón, Sevilla, etc.) pueden identificarse tentativas para crear asociaciones durante el periodo 1949-1954, pero no todas tuvieron éxito. Para recibir el apoyo del gobernador civil de la provincia, los líderes inválidos debían asegurarse de que su movimiento no pareciera subversivo. Así, en julio de 1953, el gobernador civil de la provincia de Sevilla transmitió al Ministerio del Interior el expediente de la Asociación de Impedidos

e Inválidos de Sevilla. Indicó que la asociación era apolítica, es decir, compatible con el franquismo, y emitió una opinión favorable sobre su creación.²¹ La asociación sevillana fue fundada oficialmente en julio de 1954.

España vivió, por tanto, dos fases de movilizaciones asociativas, una durante la Segunda República –que terminó con la guerra civil– y otra a partir de finales de los años cincuenta. La mayoría de las asociaciones españolas tenían como objetivo principal la conquista de una actividad profesional. En Argentina, esta dinámica asociativa fue posterior, pero las asociaciones creadas tuvieron una existencia más duradera. Sus objetivos eran solo espirituales y sociales. En diciembre de 1947, un grupo de personas lisiadas fundó la Asociación Argentina de Lisiados, cuyas actividades se centraban en la asistencia religiosa a los lisiados. En 1950, unos 20 jóvenes con polio, tratados en el Hospital Infantil de la Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires, fundaron el Club Marcelo J. Fitte pro Unión y Ayuda al Afectado de Parálisis Infantil. Los objetivos de este Club eran “formar en cada uno una real conciencia de llegar a bastarse por sí mismo” y “mantener vivo en todos ellos el deseo de ser útil al prójimo y con ello a la sociedad” (*En Marcha*, agosto de 1958, p. 75). El Club promovía el desarrollo personal, moral y espiritual, a través de la promoción del trabajo y el estudio y a través de la organización de actividades culturales y sociales. Muchos de los miembros provenían de familias adineradas y eran estudiantes, pero otros, que ya estaban trabajando, provenían de familias populares. Las primeras actividades del Club consistieron en celebrar la Navidad con los niños del hospital, distribuyéndoles libros y juguetes. El Club también organizó festivales deportivos y artísticos. El Club fue objeto de un intento de peronización de su actividad, un fenómeno bastante común en aquella época, ya que el Estado extendía su poder y autoridad por todas las asociaciones. De hecho, la Fundación Eva Perón quiso controlar

²¹ AGA, Sección 8, Fondo 0027, 44/04212. Carta del gobernador civil de la provincia de Sevilla al subsecretario del Ministerio de la Gobernación, Sevilla, 7 de julio de 1953.

la distribución de juguetes y la organización de festivales a partir de 1952. Como los dirigentes del Club Marcelo J. Fitte se mostraron reacios a hacerlo, las autoridades amenazaron con prohibir sus festivales. La administración también exigía que el Club demostrara su adhesión al régimen de Perón publicando artículos que promovieran el plan quinquenal del régimen o corrieran el riesgo de ver su revista censurada (*En Marcha*, junio de 1956).

¿La defensa de modalidades de acceso al empleo inspiradas en las experiencias europeas?

En los tres países estudiados, varios actores (profesionales de la reeducación, asociaciones de inválidos, sindicatos, responsables políticos) se inspiraron en las experiencias de las prácticas europeas de colocación para ofrecer oportunidades profesionales a los inválidos reeducados. Los actores españoles y argentinos se inspiraron sobre todo de la *Disabled Persons Employment Act* adoptada en 1944 en Inglaterra, que, una vez regulada, determinaba la obligación de las empresas con más de 20 empleados a contratar una cuota estándar del 2% (elevada en 1946 al 3%) de discapacitados (*disabled*). También preveía la reserva de determinados puestos de ejecución simples (supervisor de aparcamiento, ascensorista) para determinados discapacitados (amputados, etc.) y la promoción por parte del Ministerio de Trabajo de talleres protegidos y trabajo a domicilio para los grandes discapacitados.

La defensa del acceso de los inválidos al empleo en las empresas públicas y privadas solía ir acompañada de un discurso que valoraba la buena productividad de los inválidos reeducados. Para ello, los especialistas en reeducación se basaban sistemáticamente en los resultados de las investigaciones realizadas en los Estados Unidos, el Reino Unido y Europa. Estos estudios indicaban que los trabajadores inválidos reeducados tenían la misma o una mayor productividad que los trabajadores sanos y, a menudo, tenían tasas más bajas de accidentes laborales y absentismo. Ya en 1931, el ingeniero español

César Madariaga afirmaba en su libro *La reeducación profesional* que los inválidos reeducados podían ofrecer un rendimiento pleno, igual al de otros trabajadores, en multitud de profesiones, basándose en los resultados de los estudios desarrollados por la escuela de Burdeos (Francia) y por el Gobierno federal de los Estados Unidos (Madariaga, 1931, p. 274). En Argentina, esta idea se difundió en gran medida a través de la traducción de 1947 de un artículo titulado “Efficiency of the impaired worker” (“Eficiencia del trabajador discapacitado”) escrito por el Dr. Michael Shortley, director del Office of Vocational Rehabilitation de la Agencia Federal de Seguridad Social de los Estados Unidos.²² El discurso sobre la buena productividad de los inválidos gozó de amplia difusión entre los especialistas argentinos y brasileños en reeducación, especialmente desde finales de los años cuarenta. Desde la perspectiva de estos actores, se legitimó el derecho de los lisiados rehabilitados a obtener un empleo en un entorno competitivo, ya que su trabajo no perjudicaba la rentabilidad de la empresa.

España es el único país en el que las asociaciones de inválidos se habían estado movilizandando para defender el derecho al empleo desde los años treinta. Exigían el acceso a puestos en las administraciones, así como la reserva de ciertas profesiones subalternas (vigilantes de aparcamientos, vendedores de participaciones de lotería fraccionada). El derecho al empleo solo se reivindicaba aquí en los servicios públicos, porque varios profesionales de la reeducación profesional, como el ingeniero César Madariaga (IRPIT), se mostraban reacios a la obligación de empleo en empresas privadas (Madariaga, 1931, p. 408). Es difícil identificar la influencia respectiva de cada asociación en las políticas puestas en marcha, ya que apoyaban proyectos muy similares.

Ante las múltiples dificultades para conseguir trabajo en un contexto de desempleo masivo, los inválidos reeducados que abandonaban el Instituto de Reeducación Profesional de Madrid (IRPIT) militaban desde 1931 a favor del empleo en las administraciones

²² *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, 1(4), marzo de 1947, pp. 64-76.

públicas y en las empresas privadas. El 14 de marzo de 1931, una delegación de la Asociación de Antiguos Alumnos del IRPIT, acompañada por miembros del Patronato del IRPIT, se reunió con el ministro de Trabajo para presentarle un proyecto de ley que organizaba el “Patronato Social del Obrero Reeducado” (*ABC*, 15 de marzo de 1931). Dirigido por una comisión tripartita (jefes, trabajadores reeducados, técnicos), la institución debía colocar al trabajador reeducado en puestos públicos y organizar instituciones de trabajo protegido (Madariaga, 1931, pp. 421-422). A pesar de las promesas del ministro de satisfacer esta demanda rápidamente, el Gobierno no aprobó esta solicitud.

Al año siguiente, la Asociación de Alumnos y Antiguos Alumnos del IRPIT militó a favor del derecho a participar en concursos públicos de empleo para puestos subalternos del Gobierno después de dos años de permanencia en el Instituto. Consiguieron el apoyo del diputado republicano Luis de Tapia, quien interpelló al presidente del Consejo de Ministros a través de las Cortes sobre este tema el 1 de junio de 1932.²³ Tras una visita de los alumnos del IRPIT al jefe de Gobierno el 3 de marzo de 1933, el Consejo de Ministros aprobó la presentación de un anteproyecto de ley en las Cortes sobre la provisión de empleos públicos que satisfacía algunas de sus demandas. Presentado en las Cortes el 14 de marzo, este anteproyecto de ley concedía a los inválidos del trabajo reeducados en el Instituto de Reeducción de Madrid –además de a otras categorías de la población, como los militares jubilados– un acceso preferente a los puestos vacantes en las administraciones.²⁴ Un reglamento posterior debía detallar los puestos que serían reservados para estos beneficiarios. Muy rápido, algunos responsables políticos expresaron su oposición a esta propuesta legislativa del Gobierno, por considerar que esta política de

²³ *Diario de Sesiones de las Cortes Constituyentes de la República española*, 1 de junio de 1932, pp. 5.930-5.931.

²⁴ *Diario de Sesiones de las Cortes Constituyentes de la República española* (14 de marzo 1933), Apéndice 4 al número 310.

colocación en las administraciones no era un asunto estatal, sino municipal.

Tras haber sido informadas de este proyecto de ley presentado en las Cortes, algunas asociaciones de inválidos se movilizaron para obtener la votación de un proyecto de ley aún más ambicioso, que abarcaría a todas las categorías de inválidos. En abril de 1933, la Comisión pro Inválidos de Madrid hizo gestiones ante el presidente del Gobierno para obtener la ampliación de las posibilidades de colocación a todos los inválidos españoles aptos para ocupar cargos subordinados en las administraciones estatales, provinciales y municipales (*La Cruz*, 22 de abril de 1933). En septiembre de 1933, siete inválidos enviados por la Comisión pro Inválidos de Zaragoza emprendieron una marcha reivindicativa hacia Madrid para obtener la aprobación del anteproyecto de ley del 14 de marzo de 1933, incluyendo a todos los inválidos españoles entre los beneficiarios de esta medida. Exigían la colocación de los inválidos aptos para ocupar los puestos subalternos del Estado y la concesión de pensiones vitalicias para quienes no podían trabajar (Brégain, 2016). Presentaron su solicitud a los parlamentarios a principios de octubre, pero la disolución de las Cortes unos días más tarde frustró las esperanzas de una legislación que regulara el empleo de los inválidos. Finalmente, el 17 de octubre, el Consejo de Ministros aprobó un Decreto que daba prioridad a los inválidos reeducados en el INRI para cubrir los puestos vacantes de auxiliares en talleres, empleados de oficina y subalternos en escuelas de aprendizaje (*ABC*, 18 de octubre de 1933). Pero la principal reivindicación de los inválidos, la adopción de una ley que favoreciera la colocación de todos los inválidos aptos en un empleo, no fue satisfecha.

El 24 de enero de 1934, el presidente del Consejo de Ministros presentó un anteproyecto de ley titulado “Cuerpo de porteros civiles” en las Cortes (*Gaceta de Madrid*, 24 de enero de 1934). Este anteproyecto de ley establecía, entre otras cosas, que los trabajadores que se lesionaban en el trabajo tenían prioridad para concursar y obtener puestos de funcionarios subalternos del Estado. El Comité Central pro Inválidos Españoles acogió con satisfacción este enfoque y trató

de obtener de los parlamentarios la ampliación del beneficio de esta medida a todos los inválidos (*El Sur*, 16 de mayo de 1934). Al igual que el anteproyecto de ley del 14 de marzo de 1933, este nuevo anteproyecto de ley no se sometió a la votación de las Cortes, sin que podamos explicar por qué. Varios factores pudieron contribuir al fracaso de estas propuestas legislativas: por un lado, las dudas de los parlamentarios y dirigentes políticos sobre las capacidades reales de los trabajadores reeducados; por otro, el fuerte impacto de la depresión económica en España durante 1933 y 1934 pudo hacer que esta medida pareciera inoportuna. Como ya recibían una pensión, no parecía urgente ofrecerles un trabajo cuando tantas personas sin invalidez estaban desempleadas. Durante los años siguientes, muchas asociaciones de inválidos reclamaron la adopción de medidas legislativas que reservaran puestos subalternos en concursos públicos para todos los inválidos declarados aptos, pero sin éxito. Sin embargo, tuvieron éxito en la colocación de los inválidos a nivel local. En Barcelona, los dirigentes del Sindicato Peninsular de Inválidos obtuvieron del Sindicato de Comercio la contratación de 30 de sus miembros.²⁵

Después de la instauración de la dictadura franquista, las reivindicaciones relacionadas con las oportunidades profesionales fueron silenciadas durante unos diez años. La Organización Madrileña de Inválidos Civiles, que se constituyó en diciembre de 1948, planteó algunas reivindicaciones sobre oportunidades profesionales a través de algunos concejales municipales. El 1 de julio de 1949, un concejal municipal, Álvarez Ayúcar, defendió ante el Consejo Municipal el derecho para los miembros de la organización de inválidos civiles de ser empleados como aparcacoches (*ABC*, 2 de julio de 1949), pero esta propuesta no fue aprobada. Finalmente, el ministro de Trabajo adoptó un Decreto a favor de la reclasificación profesional de los trabajadores accidentados el 31 de mayo de 1950 (Borrajo Dacruz, 1956, p. 98-101). Esta medida fue probablemente desarrollada en el

²⁵ CDMH, PS Madrid, Caja 489, nº4. Acta de la Asamblea General del Sindicato Peninsular de Inválidos celebrada el día 15 de noviembre de 1936, en Barcelona.

contexto de las discusiones del Patronato Nacional de Lucha Sanitaria contra la Invalidez, en el cual participaron especialistas en cirugía ortopédica y traumatológica. Todos los trabajadores pensionistas declarados aptos para el trabajo tenían derecho a ser reintegrados en sus puestos de trabajo en su empresa de origen. Para ello, el trabajador solo tenía que volver a su empresa de origen en el plazo de un mes a partir del anuncio de su declaración de idoneidad y esa empresa estaba obligada a reintegrarlo. No se preveían medidas de control ni sanciones.

En Argentina y Brasil, las reivindicaciones por el derecho al empleo de los inválidos surgieron durante los años cuarenta, cuando los gobiernos a favor de la protección social de los trabajadores estaban en el poder. Algunos especialistas en reeducación exigían entonces la adopción de medidas legislativas que determinaran la reserva de plazas para los inválidos reeducados en los servicios públicos, mientras que otros reclamaban la obligación de contratar una determinada cuota de inválidos reeducados en las administraciones públicas y a veces incluso en empresas privadas. El trabajador social argentino Jorge Abelardo Manzo estaba a favor de una cuota de contratación en las empresas (Manzo, 1954, p. 20), mientras que el médico brasileño Renato da Costa Bomfim recomendaba el acceso preferente a ciertos empleos públicos (*O Estado de São Paulo*, 22 y 23 de enero de 1944).

En Brasil, el Gobierno de Getúlio Vargas adoptó una disposición legislativa que organizaba la reclasificación profesional de los mineros lesionados y otra medida que facilitaba el empleo de individuos “con capacidades reducidas” en el servicio público federal. El 1 de mayo de 1943, sancionó el Decreto-Ley nº 5.452, conocido comúnmente como *Consolidação das leis do trabalho* (CLT), cuyo artículo 300 garantizaba a los mineros enfermos o heridos poder continuar trabajando al aire libre, con el mantenimiento de un salario equivalente.²⁶ Este derecho probablemente satisfacía una de las demandas

²⁶ Decreto-Ley nº 5.452 del 1 de mayo de 1943. Aprueba la Consolidación de las Leyes Laborales.

de los sindicatos mineros. A pesar de la CLT, las empresas a menudo eludieron su responsabilidad, obligando al trabajador enfermo a seguir trabajando en condiciones insalubres o a abandonar su trabajo de forma permanente, sin ningún tipo de recursos. En consecuencia, los mineros se movilizaron a finales de los años cuarenta para obtener una enmienda al artículo 300 de la CLT con el objetivo de definir mejor las obligaciones de las empresas. En el otoño de 1953, 5.000 trabajadores de una de las mayores minas de oro del país, la mina Morro Velho, se declararon en huelga, exigiendo en particular la modificación del artículo 300 de la CLT (*O Estado de São Paulo*, 14 de octubre de 1953). El Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio del Gobierno de Vargas, liderado por un miembro del Partido Trabalhista Brasileiro, João Goulart, se ocupó rápidamente de este conflicto social. Elaboró un proyecto de ley que modificaba el artículo 300 de la CLT: la nueva versión atribuía ahora al organismo de seguridad laboral la decisión de trasladar al minero a los puestos al aire libre y especificaba que la empresa estaba obligada a llevar a cabo este traslado.²⁷ Este proyecto de ley fue finalmente aprobado tres años después por el Congreso Nacional en forma de Ley 2924/56.²⁸

En octubre de 1943, se aprobó el Decreto-Ley 5.895, que autorizaba al Departamento Administrativo del Servicio Público a estudiar y emitir normas sobre el empleo de “individuos con capacidad reducida” (*indivíduos de de capacidade reduzida*) –principalmente los ciegos– en puestos en el servicio público federal.²⁹ No obstante, no hemos encontrado ninguna fuente que indique que el Departamento Administrativo hubiera emitido una norma sobre esta cuestión.

En Argentina, en 1944, el Gobierno adoptó el Decreto n°14.534, que obligaba a las empresas ferroviarias a reeducar al trabajador accidentado y a ofrecer empleo a aquellos que hubieran podido recuperar una aptitud física suficiente. Esta medida fue probablemente

²⁷ *Diário do Congresso Nacional* (4 de novembro de 1953), p. 3.672.

²⁸ Ley Ordinaria n°2.924 de 21 de octubre de 1956. Modifica el artículo 300 del Decreto-Ley 5.452, de 1 de mayo de 1943, Codificación de las Leyes del Trabajo.

²⁹ Decreto-Lei n°5.895, 20 de octubre de 1943.

adoptada gracias a la influencia de Dr. Germinal Rodríguez, especialista en traumatología que trabajaba en la Caja Nacional de Pensiones de los Ferroviarios. En 1946, en la Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado, el ministro de Salud del Gobierno peronista, Ramón Carrillo, se pronunció a favor de la aprobación de una ley que obligara a las administraciones públicas y a las industrias privadas a contratar a un 2% de personas lisiadas reeducadas (AOI, 1947, p. 34). Se inspiró en la *Disabled Persons Employment Act* adoptada en Inglaterra en 1944. A pesar de este discurso voluntarista, todos los proyectos de ley destinados a organizar la reclasificación de otros accidentados del trabajo u otras categorías de inválidos fueron rechazados por el Congreso de la Nación Argentina durante el periodo peronista. Varias hipótesis podrían explicar esto. En primer lugar, el hecho de que las personas “lisiadas” no tuvieran acceso al trabajo no era percibido como una injusticia porque ya recibían una pensión de invalidez. En segundo lugar, la mayoría de los políticos consideraban que el inválido rehabilitado tenía una productividad muy baja y los sindicatos obreros argentinos no se interesaban por la reclasificación profesional de los trabajadores accidentados. Por último, los inválidos no habían formado una “comunidad organizada” para defender sus derechos y, por lo tanto, no habían podido mostrarse como un sector del electorado que se pudiera ganar con una política específica. El Club Marcelo J. Fitte, que podía representar a los enfermos de polio, no podía pretender representar a todos los inválidos. El Club no parecía tener ningún tipo de vínculo con la Confederación General del Trabajo. Es más, cuando las autoridades peronistas se interesaron por las actividades de este Club, sus dirigentes se mostraron reacios a “ser peronizados” y a difundir la propaganda peronista. Por tanto, las autoridades peronistas no pudieron encontrar en esta asociación una fuente adicional de legitimidad. Esta hipótesis parece coherente, si se compara la falta de interés del poder peronista por los inválidos con su preocupación por satisfacer las demandas legislativas de los ciegos que se habían constituido en “comunidad organizada” en el marco de la Junta de Vinculación Tiflológica.

Efectivamente, en agosto de 1950, las asociaciones de ciegos lograron que se aprobara la Ley 13.926, que determinaba la obligación para las instituciones públicas de contratar a un determinado porcentaje de ciegos. El decreto de aplicación de esta Ley (Decreto n°11.703) no se publicó hasta una década más tarde, en 1961. Requería que las instituciones públicas reservaran al menos el 2% de sus puestos para las personas ciegas o ambliopes. Sin embargo, ya en 1955, las autoridades crearon un departamento técnico dentro de la Dirección Nacional del Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo. Con una plantilla muy reducida, este departamento técnico se encargó de colocar a los ciegos en las administraciones o en las empresas públicas dentro del perímetro del Gran Buenos Aires. No obstante, las responsabilidades de este departamento se fueron ampliando gradualmente a otras personas inválidas.

En los tres países, las disposiciones legislativas que facilitaban la reclasificación de los inválidos reeducados adoptadas durante este periodo no se aplicaron generalmente, debido a la falta de reglamentos, recursos técnicos y humanos y mecanismos de control. Asimismo, España fue el único país en el cual las asociaciones de inválidos civiles y las asociaciones de ciegos se movilizaron para obtener la reserva de una salida profesional específica en el sector de los servicios, la venta de billetes de lotería. Esta salida profesional no cualificada iba en contra de las recomendaciones de los especialistas europeos en reeducación.

A partir de 1935, la venta ambulante de billetes de lotería se convirtió para varias asociaciones de inválidos en un medio para financiar sus actividades de forma permanente y en un empleo accesible para los grandes inválidos. En Madrid, la venta de billetes de lotería nacional era entonces dominio exclusivo de la Asociación Matritense de Caridad. Esta última tenía sus propios vendedores de lotería, algunos de los cuales eran inválidos (ciegos incluidos). No se permitían otras loterías. Además de este sistema de lotería nacional, varias asociaciones de ciegos organizaron sus propios sistemas de lotería a principios de 1935 en algunas ciudades (Madrid, Sevilla, Barcelona,

etc.). Aunque ilegales, estas loterías eran toleradas por los alcaldes de Sevilla y Barcelona. Su existencia despertó el interés de algunas asociaciones de inválidos. En Barcelona, la Asociación *Germanor d'invàlids de Catalunya*, compuesta únicamente por inválidos indigentes, organizó la venta de cupones de lotería en beneficio de los inválidos a principios de 1936. Unos meses más tarde, inválidos y ciegos indigentes de la ciudad de Tarragona se organizaron para vender los mismos cupones (*La Cruz*, 7 de mayo de 1936). En Madrid, el Hogar del Inválido Español organizó desde finales de enero de 1936 una rifa benéfica cuyos billetes eran vendidos por los propios inválidos (*ABC*, 31 de enero de 1936). Esta rifa debía permitir la creación de escuelas y talleres para inválidos.

Al instaurarse la dictadura franquista, a los ciegos se les concedió el privilegio de emitir y vender billetes de lotería para financiar la ONCE. A las asociaciones de inválidos de Valencia y Barcelona se les prohibió organizar loterías de inmediato. A cambio de este monopolio, los líderes de la ONCE aceptaron que los inválidos pudieran vender el cupón de los ciegos, pero con reducción de derechos en comparación con los vendedores ciegos de la ONCE.

Durante la primera mitad del siglo XX se organizaron políticas en materia de reeducación funcional y profesional en los tres países estudiados. El diseño y la implementación de estas políticas estuvieron estrechamente vinculados a la circulación existente entre estos países y algunos países europeos (Italia, Alemania, Francia, Austria) y norteamericanos. Los intercambios científicos en el marco de la SICOT, las publicaciones difundidas por la OIT, así como la asistencia técnica (envío de especialistas, literatura, instrumentos de alta tecnología), proporcionada por las ONG (ISWC, NFIP) a las asociaciones privadas locales (AACD, AOI, ALPI, etc.), contribuyeron significativamente a la modificación de las tecnologías, las prácticas profesionales y las ideas sobre la reeducación funcional y profesional. Entre los tres países, España destacó por la intensidad y la precocidad de los intercambios con los países europeos que promovían el proyecto

europeo de reeducación y con la OIT. La aceleración de las interacciones de los países latinoamericanos con los Estados Unidos a partir de los años cuarenta desestabilizó rápidamente la percepción de una dominación científica europea en el campo de la reeducación.

Las políticas en materia de reeducación desarrolladas en España y Brasil parecían estar fuertemente influenciadas por el proyecto europeo de reeducación, mientras que las construidas en Argentina lo estaban en menor medida. En los tres países se desarrollaron nuevas especialidades médicas (ortopedia, traumatología) y, al mismo tiempo, estos profesionales formaron asociaciones nacionales de ortopedia y traumatología (1935/1936). Se fabricaron nuevos tipos de prótesis y muchos actores interesados pidieron que se incluyera en la legislación la obligación de emplear a inválidos. En los tres países, las políticas en materia de reeducación se construyeron sobre bases sectoriales, fundadas en el origen de la deficiencia (mutilados de guerra, accidentados del trabajo, poliomiélitis) o en el tipo de deficiencia (ceguera).

Aunque todas ellas estuvieron influenciadas en mayor o menor medida por el proyecto europeo de modernización de la reeducación, las políticas desarrolladas por estos tres países divergieron considerablemente durante el periodo. Ante las consecuencias de su implicación en los conflictos bélicos, los Gobiernos español y brasileño pusieron en marcha políticas autoritarias en cuanto a la reeducación profesional de los mutilados de guerra, basadas en la atención quirúrgica, la asignación de prótesis, la formación profesional (rápida en España, más prolongada en Brasil) y la reclasificación profesional mediante la obligación legal de empleo. España se distinguía por un gran número de beneficiarios y por la rígida aplicación del método de cuotas, promovido por el Comité de Expertos de la OIT en 1923. La política brasileña se caracterizaba por un pequeño número de beneficiarios, el fracaso de su política en materia de reeducación y el uso de una concepción moderna de la incapacidad (incapacidad general de ganancia).

La ausencia de normas internacionales sobre la reeducación profesional de las víctimas de accidentes de trabajo y de otros inválidos

civiles hasta los años cuarenta contribuyó al mantenimiento de una gran heterogeneidad en las prestaciones proporcionadas a los inválidos civiles por los poderes públicos nacionales. Tras la movilización de médicos especialistas en ortopedia y traumatología, los Gobiernos español (desde 1922) y brasileño (desde 1943) emprendieron una política de reclasificación profesional de ciertas categorías de víctimas de accidentes de trabajo. La creación del IRPIT en 1924 hizo de España un país puntero en las ciencias de la reeducación profesional a nivel internacional y a la vanguardia de la política en materia de reeducación de los trabajadores accidentados del trabajo. Esta política se reforzó en 1932 con la adopción de una nueva legislación laboral, que fue acompañada de la creación de una Clínica del Trabajo para la reeducación profesional de las víctimas de accidentes. Sin embargo, el número de beneficiarios de estas políticas siguió siendo relativamente bajo, lo que favoreció la aparición de múltiples asociaciones de inválidos que impartieron formación profesional durante la Segunda República. Además, la guerra civil y sus consecuencias (destrucción, exilio de profesionales, etc.) acabaron con esta experiencia innovadora. A pesar de la insistencia de los médicos, los Gobiernos brasileño y argentino no organizaron una institución central que se encargara de la reeducación de los accidentados del trabajo.

Las grandes epidemias de poliomielitis de finales de los años cuarenta y principios de los años cincuenta dieron lugar a una renovación de la política pública en materia de reeducación funcional y profesional en España con la creación del Dispensario Central de Lucha contra la Invalidez en Madrid en 1949. Este no fue el caso de Brasil y Argentina. En ambos países, los líderes nacionales se contentaron con dejar a los hospitales públicos y privados la gestión de las enormes necesidades de atención. Para hacer frente a estas epidemias, los médicos y los sectores sociales económicamente privilegiados formaron asociaciones privadas para atender a los niños afectados.

La política pública española destacó por una fuerte voluntad política en este sector, tanto en lo referente a los mutilados de guerra

como a los accidentados del trabajo. Este voluntarismo se reflejaba en la participación de múltiples niveles administrativos en la política en materia de reeducación. A principios de los años treinta, el abanico de beneficiarios de esta política se amplió a todas las categorías de inválidos, con un ligero aumento de los recursos invertidos. España era también el único país en el cual las asociaciones de inválidos civiles se movilizaron con fuerza para obtener un acceso privilegiado a puestos subalternos en la función pública. En 1950, sin embargo, la adopción de una medida legal para promover la reclasificación de las víctimas de accidentes laborales quedó en letra muerta. Debido a la ausencia de una política pública global en este sector, fueron las asociaciones de inválidos civiles las que intentaron hacerse cargo de la reeducación profesional de sus miembros. Por falta de recursos financieros, no pudieron más que contentarse con orientar a sus miembros hacia actividades del sector de los servicios.

Capítulo 5

La reorientación de las políticas de rehabilitación bajo la influencia de las Naciones Unidas y las agencias especializadas (1956-1967)

En los tres países estudiados, los Gobiernos se movilizaron a mediados de los años cincuenta para poner en marcha políticas en materia de rehabilitación integral de ciertas categorías de personas discapacitadas. El desarrollo de estas políticas respondía a diferentes imperativos según los países, pero la adopción por parte de la OIT de la Recomendación n° 99 sobre la readaptación profesional de los inválidos en 1955 desempeñó un papel importante en la cobertura mediática de este problema y en la legitimación de las soluciones contenidas en esta Recomendación para resolver la situación laboral de los inválidos. Los tres países solicitaron a las Naciones Unidas y a algunos organismos especializados que organizaran un programa coherente de rehabilitación integral durante el mismo periodo (1956-1958). España adhirió a las agencias especializadas (OMS, Unesco) en 1952 y a las Naciones Unidas en 1955, mucho más tarde que Argentina y Brasil, debido a la reticencia de estas organizaciones a aceptar al régimen franquista en su seno.

En cada uno de estos países, la asistencia técnica proporcionada por las Naciones Unidas y los organismos especializados promovió

el desarrollo o el fortalecimiento de las políticas públicas sobre la discapacidad. Las organizaciones intergubernamentales (ONU, OIT, OMS) alentaron a los Gobiernos a seguir el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación, es decir, la aplicación de una legalidad liberal en el ámbito del empleo de los inválidos, la coordinación de todas las políticas públicas en materia de discapacidad y la igualación de los derechos entre todas las categorías de “inválidos” (físicos y mentales). Al valorar las experiencias de las instituciones del espacio noratlántico (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca), impusieron un nuevo régimen circulatorio en el campo de la rehabilitación, que perturbó el antiguo régimen circulatorio en el campo de la reeducación, centrado en los países de Europa occidental.

La acción de las organizaciones intergubernamentales se enfrentó a una configuración institucional de las políticas en materia de rehabilitación diferente en cada país: en España existía una pluralidad de organismos públicos implicados en la política de rehabilitación, lo que no ocurría en los otros dos países. Del mismo modo, el nivel de desarrollo de la tecnología y de las especialidades médicas relacionadas con la rehabilitación (médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, agente de colocación) no era exactamente el mismo en todas partes, aunque, en general, era bajo en los tres países estudiados. Por consiguiente, la contribución de las organizaciones internacionales al desarrollo de los servicios nacionales de rehabilitación integral debe analizarse en función de su influencia en el desarrollo de nuevas especialidades médicas, la construcción de nuevas infraestructuras de rehabilitación y la incorporación efectiva de la rehabilitación profesional en las prestaciones de rehabilitación. Asimismo, las ONG (ISWC, *World Rehabilitation Fund*) también proporcionaron asistencia técnica en rehabilitación a algunos actores públicos o privados en Brasil y Argentina. No pretendemos estudiar en detalle todas las transferencias de tecnología, competencias y saberes relacionados con estos intercambios internacionales. Nuestro objetivo es medir la influencia de la asistencia técnica de las organizaciones

intergubernamentales en el desarrollo de las políticas en materia de rehabilitación en cada país.

Ahora bien, esta intervención de las organizaciones intergubernamentales aceleró –o reforzó– la difusión previa de los principios noratlánticos de la rehabilitación en los mundos iberoamericanos. Ya a mediados de los años cuarenta, profesionales y responsables asociativos argentinos y brasileños acudían a los Estados Unidos para perfeccionar sus conocimientos en rehabilitación. Gracias a estos viajes de capacitación y a la circulación de literatura en inglés, los principios noratlánticos de la rehabilitación se difundieron, a partir de finales de los años cuarenta, en Argentina y, desde principios de los años cincuenta, en Brasil y España. Fue, sin embargo, la asistencia técnica proporcionada por las organizaciones intergubernamentales la que contribuyó a reorientar la trayectoria de las políticas públicas hacia el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación.

El envío de expertos oriundos de la esfera noratlántica para asesorar a los Gobiernos a finales de los años cincuenta

Los programas de asistencia técnica de las organizaciones intergubernamentales

El compromiso de los Gobiernos con una política de rehabilitación integral de los “inválidos” tuvo lugar más o menos al mismo tiempo, a mediados de la década de los cincuenta. La coincidencia en el compromiso hacia estas políticas se explica por el impacto mediático del problema de los niños afectados por la poliomielitis, la fuerte movilización de los actores locales sobre este tema y la promoción de la política de rehabilitación integral a nivel internacional por parte de organizaciones intergubernamentales (OIT, ONU, OMS) y no gubernamentales (ISRD, WFD, FIMITIC). El compromiso de la OMS –y de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en América

Latina— en favor de la rehabilitación de los niños y niñas afectados por la poliomielitis favoreció la sensibilización de los Gobiernos hacia este problema y a la organización de seminarios de formación.

En Brasil, el Dr. Godoy Moreira, director de la clínica ortopédica y traumatológica del hospital de la USP, realizó los trámites para obtener asistencia técnica internacional con el fin de organizar una política de rehabilitación integral. En mayo de 1956, se dirigió a la Comisión de Asistencia Técnica brasileña para solicitar el envío de un equipo completo de especialistas de las Naciones Unidas (especialista en planificación de la rehabilitación, médico fisiatra, técnico en fisioterapia, terapeuta ocupacional, experto en rehabilitación profesional, especialista en prótesis),¹ así como de un gran número de becarios para reemplazar a los técnicos durante los años siguientes. La asistencia técnica debía facilitar la ejecución de un programa de rehabilitación integral en un futuro centro de rehabilitación, el *Instituto Nacional de Reabilitação* (INAR), que pretendía convertirse en el centro de referencia a nivel nacional. El INAR fue creado oficialmente el 21 de diciembre de 1956 por decisión del gobernador de São Paulo, Jânio Quadros.² El Instituto, cuyo objetivo era rehabilitar a los discapacitados físicos (*incapacitados físicos*), estaba adscrito a la Clínica de Ortopedia y Traumatología del Hospital de la USP. Sus actividades comenzaron en una instalación temporal en el primer piso de la Clínica. El Dr. Moreira fue entonces nombrado director de este Instituto.

Como resultado de largas negociaciones entre responsables del INAR, representantes de organizaciones intergubernamentales y políticos, el programa de asistencia técnica proporcionado por las Naciones Unidas y los organismos especializados tuvo un alcance limitado. Inicialmente solo incluyó la llegada de tres especialistas en rehabilitación médica para el año 1957: un especialista en gestión de

¹ AOIT, TAP 0-9-1 (C). Copia de carta del Dr. Godoy Moreira al Ministro Sergio Afonso Correia da Costa, vice-presidente da Comissão Nacional de Assistência Técnica, San Pablo, 8 de mayo de 1956.

² Decreto n°27.083, 21 de diciembre de 1956.

centros de rehabilitación, un fisioterapeuta, un experto en prótesis y órtesis. Por consejo de los especialistas de la ONU y bajo la presión del Dr. Moreira, otros expertos internacionales (un especialista en medicina física, otro en rehabilitación profesional y un terapeuta ocupacional) fueron enviados durante los años siguientes para completar el equipo internacional. Las Naciones Unidas invirtieron tres millones de dólares en el funcionamiento del Instituto y el Gobierno de San Pablo invirtió ocho millones de dólares con el mismo fin.

En Argentina, la magnitud de la crisis de poliomielitis del invierno 1955-1956, que afectó a más de 6.000 niños de todas las clases sociales, llevó al Gobierno provisional de Aramburu a preocuparse por la rehabilitación de los niños afectados. La insuficiencia de las infraestructuras sanitarias y de los recursos disponibles era evidente. Por iniciativa del Ministerio de Salud, en marzo de 1956 se creó la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL). El programa de acción asignado por el Estado a la CNRL era ambicioso. Compuesta por profesionales de la rehabilitación y empresarios, era responsable de desarrollar “un programa completo de rehabilitación para todo el país que [incluyera] a poliomielíticos, lisiados por accidentes del trabajo, espásticos y todo tipo de afecciones rehabilitables que la comisión [considerase] pertinente”.³ No obstante, los niños con poliomielitis eran prioritarios. La CNRL creó inmediatamente un centro de rehabilitación modelo, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). Esta acción en el campo de la polio fue presentada como una prueba del activismo del nuevo Gobierno y de la incompetencia del Gobierno peronista, al que se responsabilizaba de la epidemia (Testa, 2011b, p. 317).

En marzo de 1957, el Gobierno argentino solicitó la asistencia técnica de las Naciones Unidas para asesorar a la CNRL y al INR sobre sus actividades. Dos expertos en rehabilitación fueron enviados por la ONU, el finlandés Esko Kosunen (del 21 de septiembre al 14 de octubre de 1957) y el estadounidense Paul Albright (del 29 de mayo al

³ Decreto 5.433 de 23 de marzo de 1956.

25 de junio de 1958). Siguiendo las recomendaciones de Kosunen,⁴ la ONU nombró, de acuerdo con las agencias especializadas, a dos expertos en rehabilitación profesional, un técnico en prótesis (Erik Jensen) y un especialista inglés en administración de centros de rehabilitación (Dr. Hindley Smith).

Pocos años después del brote de las graves epidemias de polio-mielitis, el Gobierno español solicitó la ayuda de Unicef en 1952 para obtener equipos médicos modernos con el fin de atender a los niños con polio. En 1953, Unicef concedió un crédito de 50.000 dólares para la rehabilitación de niños lisiados en España, destinado a la compra de equipos especializados. Durante varios años, esta ayuda estuvo en suspenso, no se entregó, probablemente debido a la falta de aplicación de un programa de rehabilitación para niños lisiados en conformidad con los requisitos de Unicef. El brote de poliomielitis de 1956 llevó al Gobierno español a renovar su solicitud de asistencia a Unicef, así como a solicitar ayuda a las Naciones Unidas y a la OMS. Dos especialistas internacionales, el finlandés Kurt Jansson (ONU) y el médico estadounidense Frank Safford (OMS) visitaron España durante cinco semanas a partir del 15 de mayo de 1956 para asesorar al Gobierno sobre la organización de un programa nacional de rehabilitación de niños lisiados previsto durante un periodo inicial de tres años (octubre de 1956-1959). El objetivo de este plan era establecer varios centros completos de rehabilitación (que incluyeran las áreas médicas, sociales, educativas y profesionales) en Madrid, Valencia, Santander y Barcelona. Los expertos también sugirieron que el Instituto Nacional de Previsión (INP) creara servicios de rehabilitación en los hospitales y dispensarios disponibles (Safford y Jansson, 1957, p. 70).

Los dos expertos hicieron varias recomendaciones para paliar la falta de acción pública en el sector del empleo de los inválidos: los

⁴ Archivo de la Organización de las Naciones Unidas [AONU], S-0175-0106-03. E. Kosunen, Report on short-term survey and advisory mission to Argentina, 30 de enero de 1959, p. 29.

sindicatos debían aceptar a los inválidos en sus escuelas profesionales, además había que hacer publicidad ante los empleadores y crear servicios de colocación selectiva. Sugirieron al Ministerio de Educación que contribuyera a la rehabilitación profesional de los inválidos a través de sus institutos psicotécnicos y escuelas profesionales (Safford y Jansson, 1957, p. 60). Recomendaron al Gobierno que solicitara asistencia técnica a la OIT para implementar un programa de rehabilitación profesional en ocupaciones rurales, crear una escuela de formación profesional y obtener becas de capacitación adicional. También alentaron al Gobierno a que solicitara la ayuda de la OMS para obtener la contratación de un instructor de terapia ocupacional y un instructor de fisioterapia durante dos años. La asistencia de la OMS también sería útil para organizar una fábrica de prótesis y órtesis.

Por último, el Gobierno debía establecer un Patronato Nacional de Rehabilitación, bajo la dirección del Ministerio del Interior o del Ministerio de Trabajo. Esta institución debía incluir representantes ministeriales (Interior, Educación, Trabajo, Justicia) y representantes de asociaciones y de otros organismos públicos (OSE, etc.). Debía garantizar la coordinación del programa nacional de rehabilitación (aspectos médicos, educativos, sociales y profesionales) y colaborar estrechamente con la asociación nacional para la educación especial.

Invitado a pronunciarse sobre el plan de asistencia técnica previsto en España, el funcionario de la Unesco, el Dr. W. D. Wall, aconsejó incluir la atención a los niños a partir de los dos años, así como la incorporación de un psicólogo educativo.⁵ El director de Unicef, Gordon Carter, era reacio a la posibilidad de incluir a los niños pequeños en el programa, pero se comprometió a negociar con la Comisión española para la Unesco con el fin de solicitar una beca para la formación de un profesor especializado y la asistencia de un psicólogo de la educación.

⁵ AUNESCO, ICF 1946-1956, 371.91. Carta, W.D. Wall a Gordon Carter, 23 de octubre de 1956.

En el otoño de 1956, el Gobierno español solicitó la colaboración de la OMS, pero no se puso en contacto con la OIT ni con la Unesco, lo que generó consternación entre los funcionarios internacionales. En 1960, el Gobierno español firmó un “Plan de operaciones para un proyecto de rehabilitación de los niños físicamente disminuidos en España” con la OMS y Unicef. Este programa, que se centraba en los niños, debía ampliarse a los adultos en un futuro. Incluía disposiciones para la formación de profesionales de la rehabilitación (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos fisiatras, foniatras, logopedas, orientadores profesionales y especialistas en formación profesional). La OMS se comprometió a enviar a un instructor en fisioterapia y terapia ocupacional, además de conceder becas de estudios en el extranjero. Unicef prometió enviar equipos de terapia ocupacional. El plan operativo recomendaba solicitar la asistencia de la OIT para organizar un programa nacional de orientación profesional, la creación de una escuela especial de formación profesional en Madrid y la organización de una oficina de colocación para los “disminuidos físicos” (Malan, 1962, p. 6). En la Clínica de la Concepción, en el Hospital Provincial y en el Hospital Niño Jesús, en Madrid, así como en el Sanatorio de la Malvarrosa, en Valencia, debían abrirse varios centros modelos de rehabilitación (que incluyeran departamentos de fisioterapia y terapia ocupacional). Estos centros debían ser lugares de demostración y enseñanza, para poder participar en la formación de los profesionales de la rehabilitación. La Clínica de la Concepción debía transformarse en un Instituto Nacional de Rehabilitación. Además de su papel como líder en métodos de rehabilitación, sería responsable de coordinar los comités asesores sobre varios temas (enseñanza, equipo).

A pesar de las numerosas interpelaciones por parte de funcionarios de organizaciones intergubernamentales, el Gobierno español no solicitó asistencia técnica a la OIT para organizar un programa de rehabilitación profesional hasta finales de los años sesenta. Esta reticencia probablemente puede explicarse por el clima de rechazo hacia la dictadura franquista que dominaba la OIT en aquel momento,

cuando España acababa de ser admitida unos años antes (1955), tras un largo periodo de ostracismo. Los representantes de los trabajadores y las organizaciones sindicales internacionales denunciaban constantemente en el seno de la OIT la falta de libertad sindical en España (Mateos, 1997, p. 34).

Los proyectos de asistencia técnica desarrollados por las Naciones Unidas y las agencias especializadas fueron más amplios en Brasil y Argentina que en España. En Argentina, la asistencia prestada por las Naciones Unidas, la OMS y la OIT tuvo varias características importantes: por un lado, incluía importantes recursos para la rehabilitación profesional y la colocación selectiva (47 meses de apoyo), a diferencia de la situación brasileña (18 meses) y española (ningún apoyo); por otro lado, complementó una asistencia anglosajona no coordinada por las organizaciones intergubernamentales. La Embajada británica en Buenos Aires financió a un equipo de fisioterapeutas ingleses y un terapeuta ocupacional por un periodo de seis meses (junio a diciembre de 1956) en el INR de Buenos Aires. La National Foundation for Infantile Paralysis y la Fundación Elizabeth Kenny (EE. UU.) también proporcionaron recursos materiales y humanos a los centros de rehabilitación de la CNRL.

En los tres países, los expertos de las organizaciones intergubernamentales recomendaron la ejecución de un programa nacional de rehabilitación, con la creación de un centro modelo de rehabilitación. El objetivo era centralizar todas las actividades modernas de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, formación profesional, colocación, psicología) en un único espacio. A pesar de que no se llevaran a cabo todos los proyectos recomendados por los expertos internacionales, pueden atribuirse algunos logros a la intervención internacional.

La centralización normativa: éxito en Argentina, fracaso en Brasil y España

Para analizar el grado de centralización normativa de las políticas públicas en materia de rehabilitación, deben tenerse en cuenta dos

elementos: la coordinación de las actividades públicas y privadas de rehabilitación a nivel nacional y el establecimiento de un centro de rehabilitación como referencia nacional.

En Argentina y España, la voluntad de centralización normativa en cuanto a las políticas públicas en materia de rehabilitación se reflejó rápidamente a través de la constitución de organismos de coordinación (Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado en Argentina, Patronato Nacional de Rehabilitación en España).

En España, el Patronato Nacional de Lucha contra la Invalidez, creado en 1949, dejó de ser convocado a principios de los años cincuenta. Tras la llegada de expertos de la OMS y de las Naciones Unidas, las autoridades se mostraron reacias durante mucho tiempo a establecer un comité nacional de rehabilitación. El cambio de gobierno en la primavera de 1957 transformó la situación, ya que el nuevo director general de Sanidad, Jesús García Orcoyen, estaba a favor. En ese año, el Ministerio del Interior firmó el decreto de creación del Patronato Nacional de Rehabilitación. Dirigido por un representante del Ministerio del Interior, este Patronato estaba compuesto por médicos miembros de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Vicente Sanchís Olmos) y un representante de la ANIC. El Ministerio del Interior modificó el nombre del Patronato el 11 de enero de 1960, por el de Patronato de Recuperación y Rehabilitación de Inválidos. Este último estaba encargado de estimular la organización y coordinación de los centros de asistencia y rehabilitación. A mediados de los años sesenta, el Patronato controlaba las actividades del Dispensario Central de Rehabilitación, las dos secciones provinciales en los hospitales clínicos de Barcelona y Valencia, los cuatro sanatorios marítimos nacionales, así como los centros de lucha contra la polio de Cádiz y del Hospital del Rey (Madrid). Tras una visita a España, el Prof. Pierquin, de la OMS, consideró que la institución estaba compuesta por personalidades competentes e interesadas en el éxito de la rehabilitación, pero solo se había reunido una o dos veces en cuatro años y, “en consecuencia, [había] sido incapaz de cumplir su papel” (Pierquin, 1964, p. 35).

En Argentina, la CNRL coordinó las actividades públicas y privadas de rehabilitación. Promovió la creación de comisiones de rehabilitación en cada provincia, que reunían a actores públicos y privados activos en este sector. Subvencionó con prioridad a los centros de rehabilitación públicos o privados en las principales ciudades del país (Rosario, Córdoba, Mendoza, Tucumán, Bahía Blanca, Resistencia, La Plata), logrando así crear una red de centros públicos y privados de rehabilitación. Esta acción fue considerada como “un gran éxito” por el experto Esko Kosunen,⁶ aunque todavía no existía un programa de amplitud nacional. No obstante, la CNRL no logró imponer estándares altos de asistencia como condición a los subsidios y dejó un amplio margen de maniobra a las asociaciones privadas, que fueron invitadas a coordinar las actividades por sí mismas (a través de la Coordinación de Obras Privadas de Rehabilitación).

En Brasil, en 1956, el Gobierno federal nombró al Dr. Godoy Moreira coordinador nacional de las políticas de rehabilitación, basándose en el modelo del sistema ya implantado en Canadá. Pero este trabajo de coordinación se vio obstaculizado por conflictos personales con los líderes de instituciones públicas y privadas, entre ellos el Dr. Bomfim (AACD).⁷ Además, Paul Albright, jefe de la misión de las Naciones Unidas, recibió el mandato en 1957-58 de facilitar la organización y coordinación del programa de rehabilitación a nivel federal. El experto de la OIT John Humphreys también estaba interesado en coordinar las actividades de las instituciones públicas y privadas en el sector de la rehabilitación profesional. El Dr. Moreira, furioso por la intromisión en su ámbito de poder, obstaculizó al máximo la acción de los expertos internacionales en estos temas. Por este motivo, la coordinación establecida en Brasil resultó muy deficiente. Sin embargo, a principios de 1965, las autoridades brasileñas convocaron una *Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da*

⁶ AONU, S-0175-0106-03. E. Kosunen, *Report on short-term survey and advisory mission to Argentina*, 30 de enero de 1959, p. 22.

⁷ AOIT, TAP 0-9-1 (C)-1. Carta de J. A. Humphreys a R. Lyman, Chief of Manpower Division, ILO, San Pablo, 18 de julio de 1958.

Previdência Social, encargada de planificar y coordinar la labor de las instituciones de seguridad social en el ámbito de la rehabilitación profesional. Su acción fue eficaz, pero solo afectó a las instituciones de seguridad social. En 1967, el experto Norman Phillips recomendó sin éxito que el gobierno ampliara esta comisión a otras instituciones (ministerios, asociaciones, sindicatos, etc.) con el objetivo de constituir un consejo nacional asesor para los discapacitados (ILO, 1967b, p. 41).

La coordinación tardía y deficiente que se observó en España y Brasil no fue una excepción a nivel internacional. Los expertos del TWGRPH hicieron la misma observación en los países desarrollados: los órganos de coordinación a menudo no funcionaban adecuadamente y solo existían sobre el papel. Para que funcionaran eficazmente, era esencial la creación de una secretaría activa.⁸

En Argentina, en el marco de un programa nacional contra la poliomielitis, la CNRL asumió en 1956 la gestión de un instituto modelo de rehabilitación, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) de Buenos Aires, así como de un centro especializado en la rehabilitación respiratoria de niños con poliomielitis (Centro María Ferrer). El INR dispuso de recursos considerables durante los primeros años de actividad, tenía equipos modernos y una amplia plantilla multidisciplinar (más de 800 personas). El INR pudo definir los estándares nacionales a seguir en materia de rehabilitación y centrarse a largo plazo en la oferta de formación dirigida a los profesionales. La efectividad de esta centralización normativa se vio facilitada por el reducido número de actores públicos involucrados en la política de reeducación durante el periodo anterior.

Por el contrario, en España, la multiplicidad de actores administrativos involucrados en el sector de la rehabilitación impidió una centralización rápida. Efectivamente, la centralización podía ser

⁸ AOMS, Third generation of files, R4/522/2 (61). *Report of the Ad Hoc inter-agency meeting on rehabilitation of the Handicapped*, Palais des Nations, Ginebra, 31 de julio al 2 de agosto, 4 de agosto de 1961, p. 3.

reivindicada tanto por el Ministerio de Trabajo (del cual dependía la Clínica del Trabajo), como por la Dirección de Sanidad del Ministerio del Interior (que administraba el Dispensario Central de Lucha contra la Invalidez), o incluso por el Ministerio de Educación (del cual dependía el INRI). La elección de un responsable administrativo para el Programa Nacional de Rehabilitación suscitó el desacuerdo entre los equipos científicos y las autoridades. Al examinarse el proyecto de una política nacional de rehabilitación en una reunión interministerial celebrada en mayo de 1956, los ministros con más interés no lograron ponerse de acuerdo sobre la elección de la persona responsable del programa.⁹ Fue solo después de una larga discusión entre el Dr. Safford y Francisco Franco cuando se encontró una solución con la designación del Dr. Jiménez Díaz (Clínica de la Concepción, Dirección de Sanidad) a la cabeza del Programa Nacional de Rehabilitación (Safford y Jansson, 1957, p. 50). En junio de 1956, el Dr. Jiménez Díaz presentó un informe al ministro del Interior sobre la organización de un programa nacional para la rehabilitación de los impedidos, que debía depender de la Dirección General de Sanidad (Safford y Jansson, 1957, p. 91). Según este informe, la Clínica de la Concepción de Madrid constituiría un centro nacional de demostración y formación en rehabilitación, al que estarían afiliados centros regionales (Santander, Valencia). Finalmente, a finales de los años cincuenta, la Clínica de la Concepción se convirtió en uno de los centros de referencia para la rehabilitación médica a nivel nacional, pero no llegó a ser el centro modelo de rehabilitación del país. La baja inversión y la reticencia de las autoridades sanitarias a organizar servicios integrales de rehabilitación contribuyeron a ralentizar los trabajos de renovación y a restringir el ámbito de actuación de la Clínica de la Concepción, así como el de otros centros de rehabilitación “modelos” previstos.¹⁰ En 1957, Unicef accedió a dotar a la clínica madrile-

⁹ AOIT, RH 6-57, carpeta 1. Carta, A. Paul a Mr. Blanchard, 29 de mayo de 1956.

¹⁰ AOIT, RH 6-57, carpeta 1. L.A. De Vermès, *Report on visit to Spain, 2-23 may 1957*, Unicef.

ña de equipos de diagnóstico eléctrico (audiómetro, cronaxímetro, etc.), pero se mostró reacio a entregar a las instituciones provinciales equipos similares previstos en el proyecto debido a la inadecuación de sus infraestructuras. En 1961, el Dr. Cecilio González Sánchez deploró la ausencia de un centro de rehabilitación de relevancia nacional (González Sánchez, 1963, p. 15). No fue hasta 1971 cuando se abrió un centro nacional de rehabilitación en Madrid. Absorbió al personal del Dispensario Central de Rehabilitación, que cerró al mismo tiempo.

En cambio, en Brasil, el Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) de San Pablo no se convirtió en un centro de referencia nacional en rehabilitación, debido principalmente a la escasa inversión financiera del Gobierno federal y del Gobierno del Estado de San Pablo y a las dificultades para ejecutar el programa de asistencia internacional. El funcionamiento del centro modelo de rehabilitación se enfrentó inmediatamente a varios obstáculos: había poco personal especializado, gran parte del cual trabajaba a tiempo parcial. Por otro lado, se limitaban los gastos, que eran gestionados por el Hospital Clínico. Los equipos necesarios para el buen funcionamiento de las secciones de fisioterapia, terapia ocupacional y taller ortopédico se compraron con retraso en Alemania, debido a la reticencia de la administración a pagar los elevados costes de importación.¹¹ Asimismo, el director del INAR, el Dr. Godoy Moreira, quería restringir la actividad del Instituto a la rehabilitación médica. Por último, la supervisora del INAR, la Dra. Lourdes, no estaba muy involucrada en la gestión del Instituto y el jefe de la misión de las Naciones Unidas, Paul Albright, no se llevaba bien con ella, porque la consideraba autoritaria y codiciosa.¹² Insatisfecho con el lento progreso del programa, Albright dimitió del INAR a finales de abril de 1958. Seguidamente, fue sustituido en el cargo por el Dr. Hindley Smith. Los expertos internacionales

¹¹ AONU, S-0175-0188-05. P. Albright, *Development of rehabilitation services for the handicapped in Brazil, prepared for the government of Brazil*, 9 de julio de 1959.

¹² AONU, S-0175-0188-05. E. Kosunen, *Report on visit to São Paulo, september 13 to 17, 1957*.

propusieron en repetidas ocasiones medidas para consolidar el estatus del INAR. Aconsejaron el empleo de un equipo a jornada completa, el traslado de los servicios a un nuevo edificio, la concesión de autonomía presupuestaria y administrativa, así como el aumento de las funciones en formación y colocación profesional.¹³ Finalmente, en 1958 se produjo un cambio en la estructura administrativa, pero no se correspondía con los deseos de los expertos internacionales. Ese año, el 18 de diciembre de 1958, el Gobernador del Estado de San Pablo aprobó el Decreto-Ley n°5.029 que creaba el Instituto de Reabilitação (IR) como anexo al Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Clínico de la USP. Por tanto, el Instituto perdió su estatus de referencia nacional. Si bien el Decreto otorgaba autonomía administrativa y financiera al IR, este siguió vinculado al Hospital Clínico de la USP y su actividad siguió centrada en la rehabilitación médica. Durante algunos años, el IR organizó la formación de profesionales brasileños (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, médicos fisiatras, protesistas) y varios seminarios nacionales sobre rehabilitación.

A lo largo de los años sesenta, el IR siguió teniendo poca actividad y otras entidades públicas (Hospital Sarah Kubitschek, etc.) o privadas (AACD, ABBR) se convirtieron en puntos de referencia nacionales, lo que fue reduciendo sin cesar el rol del IR a nivel nacional. Al final, en 1968, las actividades del RI se dispersaron geográficamente: las actividades médicas fueron absorbidas por una sección del Hospital Clínico y las actividades de rehabilitación profesional fueron transferidas a otra institución, la *Casa do Paraplégico* (Souza, 2010, p. 70). Muchos profesionales decidieron dimitir, mientras que otros entraron a formar parte de los equipos del Hospital Clínico.

A finales de los años cincuenta, el *Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários* (IAPI) construyó un centro modelo de rehabilitación profesional en Río de Janeiro, que actuó como centro de

¹³ AONU, S-0175-0188-05. P. Albright, *Report on UNTAP rehabilitation of the Handicapped. Instituto Nacional de Reabilitação, São Paulo, Brazil, 1957-1958.*

demostración. Por invitación del Dr. Orlando Massa Fontes, el experto Paul Albright participó durante seis meses (julio a diciembre de 1958) en la concepción de este Instituto.¹⁴ En 1963, la *Associação de Assistência a Criança Defeituosa* (AACD) inauguró un centro de rehabilitación “modelo” en San Pablo, cuyos programas y planificación fueron diseñados en colaboración con la ISWC, el *World Rehabilitation Fund* y el Departamento de Rehabilitación Profesional del Gobierno federal de los Estados Unidos. Gracias a este apoyo internacional, la AACD se convirtió en un centro regional de formación para técnicos ortopédicos y protésicos.

En los tres países se produjo una considerable expansión geográfica de la práctica de la rehabilitación médica, sobre todo gracias a un aumento moderado de las inversiones públicas. En España, se pusieron en marcha servicios de rehabilitación y traumatología en los principales hospitales estatales que aparecieron durante este periodo (Ciudades Sanitarias) en Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Oviedo. En Argentina y Brasil, la CNRL y el INPS destinaron la mayor parte de las subvenciones a instituciones de rehabilitación del sector privado, contribuyendo así al fortalecimiento de la acción privada. A finales de los años sesenta, había más de 70 servicios de rehabilitación médica en España y Argentina y, en Brasil, más de 50. Los Gobiernos a menudo prefirieron recuperar parte de las infraestructuras médicas existentes para ahorrar dinero y acelerar el desarrollo del programa de rehabilitación. En Argentina, la CNRL reutilizó las infraestructuras de la Ciudad Infantil y de la Ciudad Juvenil de la Fundación Eva Perón (Testa, 2011a, p. 85). En España, la Dirección de Sanidad decidió transformar los sanatorios marítimos dedicados al tratamiento de la tuberculosis ósea en cuatro grandes centros de rehabilitación y ortopedia (Climent, 2001, p. 249).

La centralización normativa diseñada en colaboración con expertos internacionales (en el seno del INR en Argentina, del INAR

¹⁴ AONU, S-0175-0188-05, P. Albright, *Report on UN TAP Rehabilitation of the Handicapped. Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI)*, Río de Janeiro, 1958.

en Brasil, de la Clínica de la Concepción en España) fue por tanto un éxito en Argentina, pero un amargo fracaso en Brasil y España. Prueba de ello fue la desaparición del IR y de la Clínica de la Concepción a finales de los años sesenta, mientras que el INR siguió siendo el centro nacional modelo de rehabilitación en la Argentina. A finales de los años sesenta, la Escuela de Órtesis y Prótesis de Buenos Aires fue considerada centro de formación regional. En Brasil, la política de rehabilitación profesional de los organismos de seguridad social se coordinó a finales de los años sesenta, lo que no fue el caso de la política en materia de rehabilitación médica.

La contribución de las organizaciones intergubernamentales a la institucionalización de las políticas públicas en materia de rehabilitación integral tuvo gran importancia en Argentina y Brasil, pero fue más limitada en España. La asistencia técnica prestada a la Argentina aportó beneficios a largo plazo, mientras que en Brasil se desvanecieron rápidamente sus efectos.

La construcción de nuevas profesiones médicas y paramédicas (médico fisiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta)

No pueden desarrollarse aquí todas las cuestiones relacionadas con la institucionalización de las profesiones de terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y médicos fisiatras en los tres países. La profesionalización se produjo gradualmente, con la definición de normas de buenas prácticas, la apertura de escuelas de formación, a menudo vinculadas a las universidades, la demostración de la eficacia de la acción de estos profesionales en el cuidado de los niños afectados por la poliomielitis y de los accidentados laborales, la creación de asociaciones de especialistas y la conquista de un monopolio legal sobre el ejercicio de la profesión mediante reglamentación. La regulación de estas profesiones tuvo por objeto protegerlas de cualquier competencia, garantizando que tuvieran el monopolio de estos saberes especializados y actividades de cuidados, que debían llevarse a cabo con prudencia. También determinaba el lugar de cada profesión dentro

de la jerarquía de las profesiones médicas. Uno de los mayores retos de esta profesionalización residía en el contenido y el grado de autonomía profesional atribuido a los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Efectivamente, la elección de carreras largas (tres años, según las prácticas de los países occidentales y las recomendaciones de las ONG) o simplificadas (en dos años, según las recomendaciones de la OMS para los países en vías de desarrollo) implicaba una mayor o menor autonomía respecto a los médicos fisiatras.

Este estudio se centra en la participación de los especialistas de la OMS y de las Naciones Unidas en la formación de los profesionales de la rehabilitación. En los tres países, la OMS inició o aceleró una dinámica de formación de los profesionales en rehabilitación mediante la distribución de becas en países anglosajones (Inglaterra y Estados Unidos) y el envío de médicos fisiatras, instructores en fisioterapia y en terapia ocupacional.¹⁵ Algunos médicos argentinos y brasileños recibieron becas de perfeccionamiento en el *Institute of Physical Medicine and Rehabilitation* de Nueva York, fundado en 1950 por Howard Rusk. Asimismo, especialistas de la OMS y de las Naciones Unidas ayudaron a crear cursos de fisioterapia y terapia ocupacional en el INR de Buenos Aires a partir de 1956, en el INAR de San Pablo en 1958 y en la Clínica de la Concepción de Madrid en 1957. Desempeñaron un papel clave en la creación de escuelas nacionales de terapia ocupacional y fisioterapia en Madrid (1962) y, en menor medida, en algunas escuelas de Brasil y Argentina.

En España, el Dr. Safford construyó con un médico español, el Dr. Gregory, el programa de formación para médicos fisiatras y fisioterapeutas, que fue dispensado a partir de octubre de 1957 en Madrid.¹⁶ El programa de enseñanza estuvo coordinado por tres hospitales (Clínica de la Concepción, Barcelona, Valencia) y las prácticas se llevaron a cabo en otras estructuras sanitarias (Clínica del Trabajo, etc.).

¹⁵ Antes de la llegada de los expertos de la ONU y de la OMS, había cursos de formación parcial y dispersa en fisioterapia y terapia ocupacional en los tres países.

¹⁶ AOIT, RH 6-57, jacket 1. L.A. De Vermès, *Report on visit to Spain, 2-23 may 1957*, Unicef, p. 21.

Durante tres años (1961-1964), la OMS envió a una instructora cubana en terapia ocupacional que había trabajado durante mucho tiempo en los Estados Unidos, Mercedes Abella, así como a una instructora danesa en fisioterapia, Birgit Brodsgaard, para organizar la enseñanza de estas dos asignaturas en escuelas nacionales de terapia ocupacional y fisioterapia. Los cursos de formación tenían una duración de dos años, con seis meses de prácticas. En Brasil, el Dr. Hindley Smith desempeñó un papel decisivo en la concepción de carreras simplificadas (en dos años) en el Instituto de Rehabilitación de San Pablo. Las primeras docentes fueron expertas comisionadas por las Naciones Unidas, una instructora sueca en fisioterapia, Karin Lundborg (febrero de 1957-1960), y una instructora canadiense en terapia ocupacional, Elizabeth Eagles (mayo de 1964-diciembre de 1966). Al mismo tiempo, la ABBR organizó un programa de formación de tres años en fisioterapia y terapia ocupacional, inspirado en el plan de estudios de la Escuela de Rehabilitación de la Universidad de Columbia (Barros, 2008, p. 948). A diferencia de la OMS y de los dirigentes del IR, la ABBR consideraba que estas profesiones eran relativamente independientes de la dirección de los médicos.

En Argentina, fueron los expertos británicos no comisionados por la OMS quienes impartieron las primeras clases de fisioterapia y terapia ocupacional en 1956. Posteriormente, en 1958, la Organización Panamericana de la Salud envió a dos consultoras estadounidenses, una en fisioterapia (Miss Dahstron) y otra en terapia ocupacional (Ruby Kroom) por un año. Sin embargo, al diseñar el currículo de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, inaugurada en 1958, los representantes argentinos de la CNRL no quisieron aplicar el currículo simplificado propuesto por la OMS y prefirieron seguir las recomendaciones de la WFOT. Acudieron a un equipo británico de varias fisioterapeutas y a una terapeuta ocupacional de la *Dorset House* de Oxford, que permaneció en Buenos Aires durante cuatro años, desde abril de 1959 hasta 1964 (Testa, 2011a, p. 131). De acuerdo con el modelo inglés, la Escuela de Terapia Ocupacional de Buenos Aires estuvo dirigida por mujeres terapeutas ocupacionales

y la selección de las candidatas se basó tanto la posesión de un título de secundaria como en la exhibición de valores morales irreprochables. Aunque reconocían la superioridad jerárquica de los médicos, las mujeres inglesas trataron de mantener la autonomía de su profesión (Testa, 2011a, p. 135).

Gracias a estos cursos de formación, fuertemente influenciados por las experiencias anglosajonas, una nueva generación de profesionales surgió en los tres países durante los años cincuenta y sesenta. Desde el principio de la formación se estaban especializando en carreras emergentes (medicina física y de rehabilitación, terapia ocupacional, fisioterapia) y, a menudo, hicieron cursos de formación avanzada en países anglosajones. En el mismo periodo, algunos dirigentes de la primera generación de especialistas formados tras la Primera Guerra Mundial se jubilaron o fallecieron, dejando vía libre para la institucionalización de estas nuevas especialidades médicas.¹⁷

En los tres países, las organizaciones de médicos especialistas en rehabilitación cambiaron sus nombres durante la misma década (1949 en Argentina, 1957 en España, 1959 en Brasil) para cumplir mejor con los estándares internacionales (*physical medicine and rehabilitation*). Asimismo, en los tres países, entre finales de los años cincuenta y finales de los sesenta, se formaron asociaciones nacionales de terapeutas ocupacionales y de fisioterapeutas.¹⁸

En los tres países, la certificación de estas profesiones (fisioterapia, terapia ocupacional, medicina física y de rehabilitación) tuvo lugar desde finales de los años cincuenta hasta principios de los setenta, con vistas a regular la formación impartida por las escuelas

¹⁷ En España, el Dr. Sanchís Olmos, jefe del Departamento de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación del Hospital Provincial de Madrid, que durante mucho tiempo se opuso a la independencia de la rehabilitación de la cirugía ortopédica y traumatológica, murió en 1963.

¹⁸ Los profesionales de la fisioterapia crearon sus asociaciones en Brasil en 1957, en marzo de 1969 en España y en 1970 en Argentina. Las organizaciones nacionales de terapeutas ocupacionales aparecieron en Argentina en 1962, Brasil en 1964 y España en 1967.

de reciente creación. La naturaleza y la temporalidad de estas certificaciones variaron en función del contexto político, la intensidad de la movilización de los grupos profesionales y de sus estrategias de acción, específicas para cada título en cuestión (Surdez, 2003, p. 163). En Brasil, tras la fuerte movilización de algunos institutos de rehabilitación y fisioterapeutas, el Ministerio de Educación definió en julio de 1964 el programa de estudios de fisioterapia y terapia ocupacional y estableció un periodo de formación de tres años (Barros, 2008, p. 951). Aunque fueron los primeros en organizarse en asociaciones, los fisiatras obtuvieron el reconocimiento de su especialidad médica posteriormente. Su especialidad no fue reconocida por las autoridades administrativas españolas y argentinas hasta 1969 y por la sociedad médica brasileña hasta 1972. En España, representantes de la Sociedad Española de Rehabilitación solicitaron el reconocimiento de su especialidad médica en una audiencia con el General Franco (Climent, 2001, p. 253) y lo obtuvieron unos meses más tarde.

A finales de los años sesenta, cada uno de estos países contaba con varios cientos de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y médicos fisiatras formados, pero este número seguía siendo insuficiente para satisfacer las necesidades. Esta profesionalización de la asistencia a las personas discapacitadas no fue sistemáticamente acompañada de una laicización del resto del personal de las instituciones de rehabilitación (enfermeras, profesores, etc.). En muchas instituciones, las monjas que trabajaban como enfermeras permanecieron en sus puestos y recibieron formación profesional. Pero el proceso de profesionalización había empezado. Tras la jubilación de la generación de religiosas que trabajaban en estas instituciones, se contrató a personal laico titulado en estas instituciones.

***El fracaso de la rehabilitación integral:
la escasa consideración de la rehabilitación profesional***

En los tres países, los expertos intergubernamentales alentaron la organización de un programa de rehabilitación integral. En este

sentido, Paul Albright aconsejó a los centros de rehabilitación que visitó (INAR en Brasil, INR y Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados en Argentina) que fortalecieran su acción en el ámbito de la rehabilitación profesional (terapia ocupacional, orientación profesional, colocación selectiva).¹⁹

Se enviaron expertos en rehabilitación profesional a Argentina y Brasil para desarrollar servicios de orientación profesional, formación y colocación selectiva. Al seleccionar a los expertos enviados en misión, los funcionarios de la OIT se basaban en varios criterios: la competencia técnica (incluido el conocimiento de las actividades industriales) y el nivel de experiencia práctica (incluida la colocación selectiva de las personas discapacitadas), su dominio del idioma local y su capacidad para negociar con los agentes administrativos.

El francés Georges-Yves Rouault fue el encargado de organizar un programa de rehabilitación profesional en el INR de Buenos Aires (diciembre 1960-diciembre 1964). Nacido en Francia en 1906, se tituló en la Escuela Superior de Comercio de El Havre (Francia). Trabajó para la United Nations Relief and Rehabilitation Administration en la zona de ocupación estadounidense de Alemania para organizar talleres de producción (1945-1947). Dirigió un centro de rehabilitación de tuberculosos en Alemania (zona estadounidense) para la Organización Internacional para los Refugiados (1947-1952).²⁰ Polígloto, fue seleccionado muy pronto por la OIT para llevar a cabo una misión sobre la rehabilitación profesional de los inválidos en Guatemala (1956), Birmania (1957-1958) y Vietnam (1959-1960).

Norman Phillips, un especialista británico en colocación selectiva, fue enviado en misión a Argentina desde septiembre de 1962 hasta agosto de 1963. Tras haber realizado estudios en administración y ciencias económicas en la Universidad de Manchester, fue responsable de las unidades de rehabilitación profesional y de colocación de

¹⁹ AONU, S-0175-0106-03. P. Albright, *Report on the Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados, Mar del Plata*, sin fecha (1958?), p. 4.

²⁰ AOIT, P. 7493, carpeta n.º1. Formule d'enregistrement, George-Yves Rouault, 13 de junio de 1952.

inválidos para el Ministerio de Trabajo en Manchester de 1946 a 1953. Luego estuvo a cargo de una oficina de empleo. Entre 1957 y 1960, presentó varias solicitudes para llevar a cabo misiones de rehabilitación profesional para la OIT (en la India, Turquía y Argentina). Pero las solicitudes fueron rechazadas sistemáticamente, porque su enfoque de la rehabilitación en los países en vías de desarrollo parecía demasiado teórico y poco exhaustivo. Sin embargo, su candidatura fue considerada positivamente para la misión argentina prevista para 1962, ya que se limitaba a la colocación selectiva y sería supervisada *in situ* por Georges-Yves Rouault.²¹

La OIT envió a John Humphreys, responsable del Workmen's Compensation Board de Columbia Británica, al INAR (Brasil) del 2 de marzo de 1958 a febrero de 1959. Nacido en Gran Bretaña, efectuó su carrera académica en una escuela militar de renombre (Duke of York's Military School). Tenía pocos conocimientos del portugués, pero trabajó bajo la dirección de Paul Albright, que dominaba el idioma. La OIT encargó a Norman Phillips que ayudara a la Dirección de Servicios de Rehabilitación Profesional de la Protección Social (SUSERSPS) en el desarrollo de sus centros de rehabilitación profesional (mayo-noviembre de 1966).

En Argentina y Brasil, la visita de especialistas puso en marcha una dinámica de integración de los servicios de rehabilitación profesional en las prestaciones ordinarias de rehabilitación. Estos expertos participaron en la organización de servicios de colocación selectiva, que integraban a candidatos cualificados, caso por caso, en las administraciones y en las empresas voluntarias. También fomentaron la integración en el mundo laboral de ciertas personas discapacitadas como trabajadores autónomos. En ambos países, sin embargo, los expertos de la OIT tuvieron dificultades para aplicar los programas previstos.

En Brasil, John Humphreys pudo formar rápidamente a dos brasileños sobre el tema, Otto Marques da Silva (como oficial de

²¹ AOIT, P. 10196. Nota, Arthur Bennett al personal, 11 de enero de 1962.

colocación) y Wilma Seabra Mayer (como consejera de orientación profesional), pero estos dos especialistas no trabajaban a jornada completa en el INAR. Además, los responsables de este Instituto eran reacios a organizar una sección de rehabilitación profesional y preferían centrar su acción en los aspectos médicos. El reducido número de pacientes de la clínica ortopédica que podían ser rehabilitados profesionalmente complicó la tarea del experto de la OIT, ya que a los especialistas brasileños en formación les faltaban pacientes.²² Finalmente, representantes de la ONU y de la OIT lograron convencer al director del INAR, el Dr. Godoy Moreira, de la utilidad de ampliar las actividades del Instituto a la preprofesionalización y a la orientación profesional. Así pues, en diciembre de 1958 comenzó a funcionar una unidad preprofesional que impartía formación en relojería, zapatería y reparación de radios. Pero no fue hasta finales de 1959 cuando las autoridades administrativas acordaron financiar la contratación de un supervisor del Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial para esta unidad preprofesional. Entre 1958 y julio de 1966, 663 pacientes se beneficiaron de las prestaciones de esta unidad y 393 pacientes fueron colocados por el INAR u otras instituciones.²³

A principios de 1959, John Humphreys, por un lado, y el coordinador nacional de rehabilitación, Godoy Moreira, por otro, presentaron a las autoridades dos planes ligeramente diferentes para crear un departamento de rehabilitación profesional dentro de la Agencia de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo. Este proyecto fue seriamente considerado por el ministro de Trabajo, pero no se concretó de inmediato. No fue hasta cuatro años más tarde, en diciembre de 1963, cuando se creó una Dirección de Servicios de Rehabilitación Profesional de la Protección Social (SUSERPS) para organizar la rehabilitación profesional a nivel federal. Las organizaciones de la seguridad social transfirieron sus tres centros de rehabilitación

²² AOIT, TAP 069-1 (C)-1. *Progress Report 5*, J. A. Humphreys a A. Lagnado, 12 de noviembre de 1958.

²³ AOIT, TAP 0-9-1 (C). *Progress Report 2*, N. Phillips, 1 de julio al 31 de agosto de 1966.

profesional (Porto Alegre, Recife y São Paulo) a la SUSERPS. Estos centros debían atender a los accidentados laborales asegurados. Estaban compuestos por un equipo multidisciplinario y proporcionaban rehabilitación médica y profesional. Los tres centros contaban con talleres de formación profesional (carpintería, costura, mecánica, reparación de radios, etc.). Cada centro también tenía una agencia de colocación, que conseguía integrar entre diez y cien personas discapacitadas rehabilitadas al año en empresas privadas a finales de los años sesenta. Ahora bien, el experto de la OIT Norman Phillips señaló las deficiencias de estos servicios de colocación: falta de formación de los agentes, ausencia de registros actualizados de los empleadores.

Para facilitar el establecimiento de dos nuevos centros de rehabilitación profesional en Belo Horizonte y Río de Janeiro, el Gobierno brasileño solicitó la visita de un experto de la OIT, Norman Phillips. Después de una estancia de seis meses (mayo-noviembre de 1966), sugirió que la SUSERPS estableciera una unidad piloto de formación y evaluación profesional en San Pablo para recibir a unos 40 aprendices durante unas seis u ocho semanas. Unos años más tarde, se creó una unidad de rehabilitación profesional.

En Argentina, el experto Georges-Yves Rouault concibió en 1962 el proyecto de una gran escuela de formación profesional para inválidos externa al INR, capaz de atender a más de 300 estudiantes, pero abandonó rápidamente este proyecto debido a las dificultades económicas y a la falta de interés de las autoridades.²⁴ Finalmente, el experto optó por otra solución menos ambiciosa: la creación rápida de un centro de rehabilitación profesional integrado al INR. Debido a las restricciones presupuestarias, esta idea solo se concretó tarde y con limitaciones, gracias a las subvenciones de la asociación cooperadora con el Instituto de Rehabilitación (la asociación ACIR). El Centro de Rehabilitación Profesional ACIR abrió sus puertas a finales de

²⁴ AOIT, TAP, 0-2-1 (H)-1. G. Y. Rouault, Progressive report n°9. Period covered July 1st to August 31st 1962.

1963. Inicialmente solo acogió a una veintena de aprendices, luego a 50 alumnos en 1968. Estaba destinado a la formación de hombres lisiados de entre 16 y 45 años, provenientes de las clases populares, en una amplia gama de ocupaciones manuales e industriales (sastres, ebanistas, etc.). El centro también contó con un servicio de colocación que integraba a los candidatos cualificados en el entorno competitivo caso por caso, independientemente de que hubieran recibido o no formación en el centro. El servicio además fomentó la integración de lisiados en pequeñas empresas, en actividades artesanales por cuenta propia o la colocación en talleres protegidos. Georges-Yves Rouault se quejó de la falta de personal especializado en el centro de formación profesional y de la falta de recursos para la construcción de edificios adicionales, pero sus solicitudes fueron rechazadas.²⁵

Tanto en Argentina como en Brasil, los expertos de la OIT participaron en la creación de pequeños servicios de formación profesional y de colocación selectiva en las instituciones de rehabilitación profesional que asesoraban, el INAR de San Pablo y el INR de Buenos Aires. Contribuyeron así a la difusión de la disciplina del trabajo industrial (rendimiento, horarios fijos, etc.). El objetivo del aprendizaje industrial era preparar a los futuros trabajadores para el ritmo intensivo de la producción industrial. Los especialistas en rehabilitación profesional, al igual que los médicos, querían obligar a las personas discapacitadas a someterse a la disciplina fordista del trabajo industrial, mediante la coerción o la persuasión. La mayoría de las principales partes interesadas se sometieron a este mandato, sintiéndose obligadas a aceptar moralmente las propuestas de formación profesional y los valores asociados a ella. No obstante, algunas personas discapacitadas (entre el 10 y el 20%) abandonaron o se negaron a seguir el proceso de rehabilitación profesional, prefiriendo simplemente mantener el beneficio de la pensión de invalidez.

²⁵ AOIT, TAP, O-2-1 (H)-1. G. Y. Rouault, Progressive report n°9. Period covered may 1st to june 30st 1964.

A diferencia de estos dos países, casi todos los centros públicos de rehabilitación en España –como la Clínica de la Concepción– no incorporaron servicios de rehabilitación profesional y de colocación selectiva. El Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos (INRI) fue una excepción en este sentido, ya que amplió sus actividades a la formación profesional a partir de 1959, con la llegada al mando del Dr. Agustín Lozano Azulas. Hasta finales de los años sesenta, la responsabilidad de la formación profesional y de la colocación era asumida únicamente por la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC).

La ANIC contó con varios centros de formación profesional en Madrid, Toledo y La Alberca, que impartían formación manual y técnica (grabado, edición radiofónica, etc.), destinada a un público mayoritariamente masculino. Pero contrariamente a la voluntad de los fundadores de la ANIC, fueron principalmente las actividades profesionales poco cualificadas en el sector de los servicios (guardacoches, venta de billetes de lotería y “cupones de ciegos”, lustrabotas) las que se generalizaron en la mayoría de las delegaciones provinciales. En efecto, los dirigentes asociativos de la ANIC tuvieron dificultades para colocar a sus trabajadores en empresas privadas, pero lograron obtener fácilmente de muchos ayuntamientos la reserva de algunas fuentes de empleo (guardacoches, lustrabotas) y convencer a la ONCE de que permitiera a más miembros de la ANIC vender cupones de la ONCE. En 1968, 2.844 inválidos y personas de edad avanzada vendían el “cupón de los ciegos” (Garvia Soto, 1997, p. 188). Podemos estimar que al menos 12.000 inválidos españoles de ambos sexos obtuvieron un empleo legal, gracias a la ANIC, a finales de los años sesenta.

La acción desarrollada por las asociaciones españolas de inválidos civiles en cuanto a la formación profesional y la colocación laboral fue mucho más importante numéricamente que la desarrollada por las asociaciones argentinas (AOI, COR, Club Marcelo J. Fitte) y brasileñas (Lar Escola São Francisco, AACD, ABBR). En Argentina, la Coordinación de Obras Privadas de Rehabilitación (COR), con el

apoyo de la Dirección Nacional de Asistencia Social, estableció en 1959 varios talleres (fábrica de colchones, carpintería, etc.).²⁶ Al igual que los talleres españoles, los talleres argentinos funcionaron eficientemente, a diferencia de los talleres asociativos brasileños, cuya actividad decayó rápidamente. Así, la AACD tuvo algunos talleres (encuadernación, secretaría, costura, bordado), pero dejaron de funcionar a mediados de los años sesenta por falta de recursos y de instructores (ILO, 1967b, p. 35).

En los tres países, estas asociaciones organizaron la colocación selectiva de ciertas personas discapacitadas cualificadas en las empresas privadas y en las administraciones a través de las redes de relaciones de los dirigentes de las asociaciones. En Brasil, la trabajadora social del Lar Escola São Francisco logró emplear a 14 personas en 1965 (ILO, 1967b, p. 34). En los tres países, unos pocos centenares de personas rehabilitadas consiguieron encontrar así un trabajo cualificado y bien remunerado, pero seguía siendo una minoría de casos.

El personal de la OIT ayudó a incorporar la rehabilitación profesional en las prestaciones de los servicios de rehabilitación en Argentina y, en menor medida, en Brasil. En España, la negativa de las autoridades a solicitar a los expertos de la OIT contribuyó a reducir el alcance de la rehabilitación a los aspectos médicos. Muchos médicos se quejaron de la falta de una política pública para la rehabilitación profesional de las personas discapacitadas, ya que todos los esfuerzos desplegados para rehabilitar médicamente a los pacientes concluían en la ausencia de oportunidades profesionales en oficios especializados.

Una menor expansión de los criterios de selección de los beneficiarios de la rehabilitación

En los tres países, las políticas de rehabilitación médica y profesional se limitaban generalmente a ciertas categorías de personas

²⁶ *Anales del 3er Congreso Argentino de rehabilitación*, Buenos Aires-Mar del Plata, 8-12 de diciembre 1959, p. 738.

discapacitadas físicas, principalmente niños con poliomielitis (en Argentina, España y Brasil), jóvenes con tuberculosis ósea (España y Brasil) y accidentados laborales (en Brasil y España). Los expertos internacionales criticaban esta restricción e incitaban a los servicios especiales a que ampliaran los beneficiarios de la rehabilitación a todas las categorías de personas discapacitadas, sin discriminación basada en el origen de la deficiencia o en el tipo de deficiencia, siempre y cuando la discapacidad no les impidiera ejercer una profesión. El finlandés Esko Kosunen recomendó que la CNRL tuviera en cuenta a “otros grupos de discapacitados que necesitaban cuidados especiales, como los ciegos, los sordos e incluso los discapacitados mentales”.²⁷ En Brasil, Paul Albright sugirió que el centro del IAPI en Río de Janeiro atendiera a todo tipo de personas discapacitadas.

En los tres países se observó una tendencia a ampliar los beneficiarios de la rehabilitación profesional a todas las categorías de disminuidos físicos (amputados, traumatizados) y sensoriales durante la década de los sesenta. Sin embargo, estas políticas de rehabilitación profesional no se extendieron a los disminuidos mentales, a diferencia de las desarrolladas en Inglaterra y los Estados Unidos. De los tres países estudiados, España es el único que mantiene criterios de discriminación política en su política de rehabilitación profesional, al excluir a los mutilados de guerra republicanos. No hemos encontrado ninguna prueba de discriminación racial o religiosa en los archivos, lo que no significa que no la hubiera. Además, se discriminó por razón de sexo al ingresar a varios centros de rehabilitación profesional, en particular en la Argentina, donde el Centro de Rehabilitación Profesional ACIR solo atendía a hombres.

²⁷ AONU, S-0175-0106-03. E. Kosunen, *Report on short-term survey and advisory mission to Argentina, 30 January 1959*, Report TAA/ARG/4, p. 23.

La incorporación de los servicios de rehabilitación en las prestaciones de los organismos de seguridad social en Brasil y España

En los tres países, los expertos internacionales atribuyeron a los organismos de seguridad social una responsabilidad importante, aunque no exclusiva, en la rehabilitación médica y profesional de los inválidos. Algunos médicos y asociaciones también se movilizaron para garantizar que los organismos de seguridad social integraran la rehabilitación en sus prestaciones y crearan servicios de rehabilitación. Lo lograron en Brasil a finales de los años cincuenta, en España a principios de los sesenta, pero fracasaron en Argentina.

En Brasil, en noviembre de 1958, el Gobierno federal creó una Comissão Executiva de Reabilitação Profissional e Serviço Social (CERPSS) dentro de la IAPI, que formaba parte del Departamento Nacional de Protección Social (DNPS).²⁸ Esta Comisión era la encargada de organizar y gestionar los servicios de rehabilitación profesional para asegurados y pensionistas. En este contexto, la IAPI abrió tres centros de rehabilitación médica y profesional en Porto Alegre y San Pablo en 1960 y en Recife en 1961.

En 1960, la Ley de Seguridad Social n°3.807 de 26 de agosto, incluyó medidas de rehabilitación entre las prestaciones ordinarias de la seguridad social. Tres años después, las autoridades establecieron la creación de la Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERPS) y la Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social (SUSERPS).²⁹ La SUSERPS tenía la misión de gestionar los servicios de rehabilitación profesional de los institutos de protección social. Esta ley condujo a la transferencia de la gestión de los centros de rehabilitación de los Institutos de Protección Social de Porto Alegre, Recife y San Pablo a

²⁸ Decreto n°44.770, de 3 de novembro de 1958. Cria, no I.A.P.I, a Comissão Executiva de Reabilitação Profissional e Serviço Social, e dá outras providências.

²⁹ Decreto n°53.264, de 13-12-1963, cria a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional de Previdência Social (COPERPS) e a Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social (SUSERPS), estabelecendo a comunidade de serviços.

la SUSERPS y en años posteriores se construyeron nuevos centros de rehabilitación comunes a todos los institutos de protección social en otros centros urbanos (Belo Horizonte, Río de Janeiro, etc.).

En España, en junio de 1956 el Ministerio de Trabajo promulgó un texto que refundía la legislación de accidentes del trabajo.³⁰ Se preveía que la rehabilitación médica de las víctimas de accidentes laborales estuviera cubierta principalmente por la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo. En diciembre de 1963, el ministro de Trabajo aprobó la Ley de Bases de la Seguridad Social, que consideraba la “reeducación y rehabilitación de inválidos” como uno de los objetivos prioritarios de la seguridad social. Esta disposición fue regulada en 1966 por un decreto que determinó que la rehabilitación funcional, la medicina física y los tratamientos de terapia ocupacional estarían cubiertos por la seguridad social. Estas actividades de rehabilitación médica debían ser realizadas por servicios sanitarios privados o bajo contrato con la seguridad social, o por mutuas patronales.

En Argentina, a mediados de los años cincuenta, muchos médicos y un gran número de asociaciones reclamaron que la rehabilitación se incluyera entre los servicios prestados por las instituciones de seguridad social. Esta exigencia se reafirmó al redactarse una nueva Constitución en 1957. Los dirigentes de numerosas asociaciones elaboraron entonces un proyecto de reforma constitucional en el que se determinaba el derecho a la rehabilitación integral de los “físicamente impedidos” (en particular, los impedidos cardíacos, psiquiátricos, ciegos y sordos) en el marco de la seguridad social (*En Marcha*, agosto de 1958, p. 32). Los diputados constituyentes miembros de la Subcomisión de Derechos Sociales parecían mostrarse sensibles a los argumentos de los líderes asociativos y acordaron, para empezar, incluir el derecho a la rehabilitación integral en el proyecto de constitución. Al cabo de varias sesiones, los diputados quisieron

³⁰ Decreto de 22 de junio de 1956 por el que se aprueba el texto refundido de la legislación de accidentes del trabajo y Reglamento para su aplicación.

reducir la extensión de los artículos y consideraron que el principio de “rehabilitación integral de los incapacitados” ya estaba presente en la expresión general “seguridad social integral” y que, por tanto, no había necesidad de precisar más este derecho, para gran disgusto de las personas impedidas. Así pues, el derecho a la rehabilitación integral no figuraba en la Constitución de 1957 y la legislación sobre las instituciones de seguridad social no obligaba a financiar la rehabilitación. Por este motivo, durante los años sesenta, solo unas pocas instituciones de seguridad social firmaron voluntariamente acuerdos con centros de rehabilitación. La empresa pública Yacimientos Petrolíferos Fiscales firmó así un acuerdo de prestaciones de servicio con ALPI, por el cual la asociación se encargaba de la rehabilitación motora de los pacientes de esta empresa a cambio de una suma establecida (Testa, 2011a, p. 57).

Durante los años cincuenta, se promovieron políticas de rehabilitación de alcance limitado en Argentina por la CNRL, en Brasil por el Hospital Clínico de la USP y por el INPS y, en España, por el Patronato Nacional de Rehabilitación de Inválidos. Estas instituciones se beneficiaron del asesoramiento de los representantes de las Naciones Unidas, la OMS y la OIT. Los expertos alentaron a los responsables administrativos a que reorientaran las políticas sectoriales hacia los principios del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación (creación de nuevas especialidades médicas, coordinación de las políticas sectoriales, desarrollo de la rehabilitación integral y de la colocación selectiva, centralización normativa, fortalecimiento del compromiso del Estado).

Las ideas noratlánticas sobre rehabilitación se difundieron entre los profesionales del sector de la rehabilitación a través de las conferencias internacionales o latinoamericanas organizadas por las ONG (WFOT, WCPT, IFPM, ISRD, etc.). Durante este periodo se organizaron redes regionales de profesionales, con la creación en 1961 de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación, que organizaba un congreso cada dos años. En cada uno de los países estudiados, los médicos y otros especialistas (trabajadores sociales, etc.)

conocieron las experiencias de los países del espacio noratlántico, que difundieron en revistas médicas y comunitarias, en pequeños folletos y a través de conferencias públicas. La mayoría de los artículos de vulgarización describían las prácticas de rehabilitación física y profesional en los Estados Unidos y Gran Bretaña, citando el caso de la empresa *Reemploy*, por ejemplo. Asimismo, el médico argentino Juan Tesone resumió los principios de la rehabilitación “moderna” en folletos (Tesone, 1953).

Ahora bien, la barrera del idioma dificultó la difusión de los principios noratlánticos de la rehabilitación en los mundos iberoamericanos. Las organizaciones intergubernamentales no financiaban la traducción de manuales de rehabilitación y enviaban pocas publicaciones a los países hispanófonos y lusófonos. En 1961, el Dr. Hindley Smith deploró el hecho de que las Naciones Unidas y la OMS se negaran a financiar o a enviar guías de capacitación técnica sobre rehabilitación al Instituto de São Paulo y que, por consiguiente, el 90% de la literatura de capacitación fuera proporcionada por fuentes privadas.³¹ Hasta principios de los años sesenta, la gran mayoría de la literatura sobre rehabilitación física y profesional y sobre colocación selectiva que circulaba en el mundo iberoamericano estaba en inglés, francés o alemán. A finales de los años cincuenta, el experto John Humphreys aconsejó a su homólogo brasileño Otto Márquez da Silva que leyera el libro de Kenneth Hamilton, *Councelling the handicapped in the rehabilitation process*, y también el libro de Henry Kessler, *Rehabilitation of the physically handicapped*, aunque este último no dominara bien el inglés.³² El primer libro de la esfera anglosajona en ser traducido al español parece ser el libro de Howard Rusk, *Rehabilitation medicine: a textbook on physical medicine*, en 1962, por la editorial mexicana Interamericana. La ISWC tradujo al español

³¹ AOMS, Third generation of files, R. 4/522/2 (61). Dr. H. Smith, documento titulado “Ad Hoc Inter-agency meeting on rehabilitation of the Handicapped, Geneva, July 31st-aug 2nd 1961”, sin fecha.

³² AOIT, TAP-0-9-1 (C)-1. *Progress Report 4*, J. A. Humphreys a A. Lagnado, 16 de septiembre de 1958.

varios libros y artículos básicos sobre rehabilitación y distribuyó un gran número de circulares en español a sus asociaciones afiliadas. Pero las obras fundamentales tardaron en traducirse al portugués. La sueca Karin Lundborg deploró la ausencia de manuales de fisioterapia en portugués, imprescindibles para el perfeccionamiento de la formación de los estudiantes brasileños.³³

La expansión de los movimientos asociativos de los inválidos

El periodo 1955-1967 se caracterizó por la expansión de los movimientos asociativos de inválidos civiles en los tres países estudiados. Esta dinámica estuvo ligada a la lucha por el empleo en España y al desarrollo de las actividades deportivas adaptadas en Argentina y en Brasil. La práctica del deporte adaptado aumentó en los tres países a partir de finales de los años cincuenta gracias a la promoción de las ONG (Organización de los Juegos de Stoke Mandeville, ISRD, FIMITIC, etc.). Estas actividades deportivas se extendieron desde Inglaterra y Estados Unidos hasta América Latina y España.

La expansión de los movimientos asociativos

En Argentina, el Club Marcelo J. Fitte abrió sus puertas a la práctica del deporte en 1957 en los edificios de la CNRL, bajo la dirección del Prof. Adolfo Mogilevsky. Fueron los fisioterapeutas ingleses recién llegados a Buenos Aires quienes hablaron con los miembros del Club sobre la existencia del movimiento deportivo inglés (Ferrante, 2014, p. 41). A través de la realización de exhibiciones de baloncesto en silla de ruedas en ciudades de provincias, el Club Marcelo J. Fitte promovió la creación de nuevas asociaciones deportivas en estas ciudades. En 1962 se crearon el Centro de Lisiados Unidos de Tucumán, el Club

³³ AONU, S-0175-0188-05. Carta de K. Lundborg a R. Luna, San Pablo, 30 de diciembre de 1960.

Rosarino de Lisiados en Rosario, el Instituto Cultural del Lisiado Argentino en Mendoza y el Club Recreación y Deportes en La Plata. En 1964, la mayoría de las asociaciones deportivas formaron una federación, la Federación Argentina Deportiva de Lisiados, pero se disolvió a principios de 1967, totalmente desorganizada y sin recursos.

En Brasil, se fundaron tres asociaciones en 1958, todas dedicadas a la práctica del baloncesto en silla de ruedas: el Clube dos Paraplégicos de San Pablo, el Clube do Otimismo y Os Jatos da ABBR en Río de Janeiro. La simultaneidad en la creación de estas asociaciones se explica por el paso en San Pablo y Río de Janeiro en marzo de 1958 del Pan-Am Jats, un equipo de baloncesto estadounidense en silla de ruedas reconocido internacionalmente. (ACPSP, 14 de marzo de 1958). En comparación con la situación argentina, la expansión de las asociaciones en Brasil fue menos significativa, lo que probablemente se deba al escaso número de exhibiciones deportivas adaptadas que se celebraron fuera de las dos principales ciudades (San Pablo y Río de Janeiro). Las asociaciones brasileñas no pudieron obtener suficientes recursos económicos ni apoyo para participar regularmente en competiciones internacionales (Juegos de Stoke Mandeville, Juegos Paralímpicos), a diferencia de los argentinos.

En España, la Organización Madrileña de Inválidos Civiles organizó actividades deportivas desde 1960. La práctica del deporte adaptado fue también desarrollada por la asociación Cáritas, que organizó los I y II Juegos Nacionales para Niños inválidos en 1963 y 1964. Posteriormente, la ANIC organizó la práctica deportiva en cooperación con la Delegación Nacional de Deportes a partir de 1966. En 1968 se formó una federación deportiva, la Federación Nacional de Deporte para Minusválidos. La participación de los atletas españoles en los Juegos de Stoke Mandeville fue posterior a la de los argentinos y brasileños.

En España, la dinámica de la expansión asociativa estuvo ligada al deseo de acceder al empleo y a prestaciones económicas. Bajo la dictadura franquista, las primeras asociaciones de inválidos civiles se constituyeron bajo la tutela del Ministerio del Interior. Desde el

verano de 1954, muchos dirigentes inválidos quisieron afirmar su condición de trabajadores y consideraron preferible depender administrativamente de la Organización Sindical Española (OSE). Única organización sindical legal bajo el franquismo, la OSE gestionaba las oficinas de colocación de los trabajadores. Una organización burocrática, similar a un ministerio, que estaba adscrita a la Secretaría General del Movimiento, el aparato político unitario del Estado franquista, de inspiración fascista. La OSE pretendía unir a los empleados y empresarios de todos los sectores de la economía y, por tanto, se presentaba como un neutralizador de los conflictos de clase. De este modo, combinaba una retórica de justicia social con una práctica de control drástico de la actividad política de los trabajadores, al prohibir el uso de las huelgas. Se trataba pues de un sindicalismo de sumisión, que subordinaba los intereses de los trabajadores a los del Estado (Soto Carmona, 1995, p. 253). La OSE estuvo dirigida de 1951 a 1969 por el falangista José Solís Ruiz, quien insistía en sus discursos sobre la necesidad de justicia social y la lucha de los débiles contra los poderosos (Molinero, 2006).

Desde noviembre de 1954, los dirigentes inválidos defendieron la creación de una asociación nacional de inválidos españoles, que agrupara a todas las categorías de inválidos y que fuera supervisada por la OSE. Querían que se redefinieran las políticas de asistencia que se les destinaban, que hasta entonces estaban impregnadas de la idea de caridad, hacia una política basada en el derecho al empleo. Aunque obtuvieron rápidamente el apoyo de los líderes de la OSE, se enfrentaron a la oposición de otros dirigentes inválidos, que querían seguir dependiendo de la Dirección de Beneficencia, y a la hostilidad del Benemérito Cuerpo de Mutilados de Guerra por la Patria, cuyos líderes se negaban a la posibilidad de admitir a los mutilados de guerra en las filas de la nueva organización nacional. Además, su acción también despertaba la desconfianza de la ONCE, que temía que la nueva organización pudiera tener un privilegio económico similar al suyo (la emisión de un cupón de lotería). Finalmente, la batalla entre la Secretaría General del Movimiento y el Ministerio del Interior por

el control de la futura asociación nacional terminó con la victoria del Ministerio del Interior (Brégain, 2013). Este último firmó en noviembre de 1958 un decreto autorizando la creación de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC).³⁴ El nombre de la nueva asociación se limitó a los inválidos civiles, contrariamente al deseo de la OSE de ver la mención de los inválidos del trabajo. La OSE mantenía un papel secundario en la ANIC, ya que un asesor participaba en los comités nacionales y provinciales. La ANIC tenía que colaborar con la Delegación Nacional de Sindicatos y el Ministerio de Trabajo para asegurar la colocación de inválidos cualificados en empresas y servicios públicos (art. 10) y para crear “oficinas especializadas para el empleo de inválidos recuperados”. La institución también debía cooperar con la Dirección de Beneficencia para la asistencia a los inválidos absolutos e indigentes. También era responsable de integrar a los inválidos en la vida social a través de la cultura, las artes y el deporte. De acuerdo con los deseos de la ONCE, no se autorizó que la asociación organizase una lotería semanal con el fin de recaudar fondos.

Según sus estatutos, la ANIC era reconocida como la única organización capaz de defender los intereses morales y materiales de los inválidos civiles españoles a nivel nacional. Sin embargo, la insuficiencia de sus recursos económicos le impedía desarrollar una acción a gran escala que legitimara esta representación exclusiva de los inválidos civiles. En realidad, incluso antes de su estructuración definitiva, sus pretensiones se vieron cuestionadas por la aparición de otras asociaciones que agrupaban a inválidos civiles dependientes de la Iglesia española, como Fraternidad Católica de Enfermos (1958) y Auxilia (1952), así como de la Delegación Nacional de Deportes, la Federación Nacional de Deporte para Minusválidos (1968).

España fue el único de los tres países donde hubo un desarrollo significativo de los movimientos asociativos religiosos de inválidos

³⁴ Ministerio de la Gobernación, Orden de 29 de noviembre de 1958, por la que se autoriza la constitución de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles y se aprueban sus estatutos.

durante los años sesenta, gracias a la creación de múltiples grupos locales de la Fraternidad Católica de Enfermos. Esta asociación apareció en Francia en 1942 impulsada por el sacerdote Henri François. De obediencia católica, estaba abierta a los enfermos de todas las religiones (protestantes, ortodoxos, etc.) o ateos (D'Argenlieu, 1953, p. 39). Era un movimiento de evangelización de los enfermos, dirigido por ellos mismos, ya fueran sacerdotes o laicos. De hecho, la asociación se orientaba por la idea de que los pacientes debían “liberarse del paternalismo de algunas [personas sin discapacidad], inclinadas a considerarlas personas a las que asistir y a las que no había nada que pedir” (D'Argenlieu, 1953, p. 28). El objetivo de la Fraternidad era sacar a los enfermos crónicos y a los lisiados del aislamiento, para que pudieran participar más en la vida de la Iglesia católica y de la sociedad. A través de encuentros fraternales y de visitas a domicilio, los pacientes debían ayudarse mutuamente a superar sus dificultades y así lograr realizarse social y espiritualmente. Los colaboradores presentes en la asociación debían buscar la participación del enfermo y no decidir en su nombre. Cada grupo de la Fraternidad estaba asistido por un capellán, nombrado por el obispo o el párroco. En teoría, eran los enfermos los que debían establecer el programa de las actividades. Aunque todos los grupos de la confraternidad compartían los mismos principios fundadores, cada grupo tenía un alto nivel de autonomía. A nivel local, el asesor sacerdotal solía desempeñar un papel fundamental en la orientación de las actividades.

El movimiento de la Fraternidad Católica de Enfermos apareció en la provincia de Barcelona en 1957, con el nombre de Hermandad Católica de Enfermos. Ese año, dos sacerdotes españoles que conocían la existencia de una Fraternidad Católica de Enfermos en Lourdes (Francia) animaron a algunos enfermos a asociarse tomando como modelo la organización francesa (Vilá, 1994, pp. 32-33). Otros grupos de la Fraternidad se formaron rápidamente en otras diócesis (Girona, Valencia) en 1958 y luego en la mayoría de las diócesis durante los años sesenta. La asociación obtuvo el reconocimiento legal del Estado franquista tras múltiples negociaciones en 1963. Las

discusiones de la mayoría de los grupos provinciales se centraban, como en Francia, en la reflexión espiritual en torno al sufrimiento y al mensaje de Dios, así como en compartir momentos de convivencia.

Desde 1958, los miembros de la Fraternidad española (especialmente los fundadores catalanes) peregrinaron a Lourdes, lo que les dio la oportunidad de conocer a los líderes de la Fraternidad francesa. A partir de entonces, los contactos entre ellos fueron regulares e intensos.

Análisis comparativo de las actividades de las asociaciones

Existían grandes diferencias entre la ANIC y las asociaciones de inválidos argentinas y brasileñas en cuanto a los vínculos con el poder político. En Argentina y Brasil, las asociaciones gozaban de una relativa libertad de acción durante este periodo. Aunque esta libertad disminuyó con la llegada al poder de las dictaduras militares en Brasil (1964) y Argentina (1966), las asociaciones seguían logrando definir sus propios objetivos y modalidades de acción. Por el contrario, en España, la ANIC estuvo fuertemente controlada por las autoridades franquistas. Su presidente era nombrado por el Ministerio del Interior, a propuesta del Patronato de Rehabilitación. De este modo, a finales de junio de 1959, el Ministerio del Interior nombró a Fernando Tamés Seminario, abogado de 41 años, inválido por atrofia muscular y miembro de una familia de la alta sociedad madrileña, como nuevo presidente de la ANIC. Además, había representantes ministeriales que formaban parte del comité nacional de la ANIC y participaban en la orientación de su política y en su gestión.

En términos de recursos económicos, la asociación española de inválidos civiles era la única que recibió una financiación relativamente importante y regular a partir de 1960, lo que permitió desarrollar algunas acciones locales. A partir de 1960, la ANIC obtuvo de la ONCE una subvención anual de seis millones de pesetas, impuesta por el Ministerio del Interior (Garvia Soto, 1997, p. 191). No obstante, estos recursos eran insuficientes para llevar a cabo un programa de

asistencia a gran escala. Las asociaciones brasileñas y argentinas, por el contrario, experimentaron muchas dificultades económicas y no contaban con recursos financieros estables. Se beneficiaron de donaciones privadas, obtuvieron ocasionalmente subsidios públicos y a veces realizaron colectas públicas durante eventos mediáticos o festivos.

Las asociaciones españolas también se destacaban por su participación en un amplio abanico de actividades (acceso al empleo, formación profesional, educación especial, prestaciones sociales y médicas, deporte y cultura). Por el contrario, las asociaciones de San Pablo y de Río de Janeiro se dedicaron casi exclusivamente a la práctica del deporte. Las asociaciones argentinas se consagraron principalmente a actividades deportivas, culturales y sociales. Solo el Centro de Lisiados Unidos de Tucumán actuó a fondo para facilitar el acceso al empleo de sus miembros, tras haber constatado las dramáticas situaciones de vida de los inválidos en la provincia.³⁵ En Buenos Aires, el Club Marcelo J. Fitte se preocupó a partir de 1962 por el desarrollo de la formación profesional y de las fuentes de empleo para los inválidos, pero este tema seguía siendo una actividad secundaria.

Las asociaciones de inválidos civiles españolas eran también las únicas que se ocuparon de la educación de los niños inválidos físicos. Las delegaciones provinciales de la ANIC en Madrid (1960), Toledo (1966), Barcelona (1966), Sevilla (1967), Albacete (1968), Granada (1968) y Murcia (1968) organizaron escuelas especiales para niños inválidos. Estas escuelas acogieron a varias decenas de niños, de ambos sexos (Granada, Barcelona, etc.), o únicamente a pequeños varones (Albacete).

Esta diferencia en la orientación de la gestión era el resultado tanto de la elección de la actividad por parte de las asociaciones como de los limitados recursos presupuestarios disponibles. De hecho, muchas asociaciones planearon crear y gestionar pequeñas

³⁵ ACMJF. Acta de reunión de la comisión directiva del Club Marcelo J. Fitte, Buenos Aires, 25 de octubre de 1963.

instalaciones de trabajo y alojamiento en los tres países, pero estos proyectos rara vez vieron la luz.

Aunque estuviera sujeto a mucha coerción política, el movimiento asociativo español era el más masivo. A finales de los años sesenta, más de 90.000 inválidos (hombres y mujeres) pertenecían a asociaciones, frente a los 3.000 o 4.000 de Argentina y, probablemente, un número ligeramente inferior en Brasil (entre 500 y 2.000). En España, la ANIC contaba con unos 80.000 miembros a mediados de los años sesenta. Entre ellos se encontraban los inválidos de nacimiento, los inválidos por enfermedades o accidentes (tráfico, trabajo, etc.), pero también los mutilados de guerra republicanos y los enanos. El hecho de que la pertenencia a la ANIC fuera voluntaria –y no estuviese vinculada a una declaración de nacimiento o de accidentes– permitió que los mutilados de guerra republicanos se unieran a la asociación. Los miembros eran principalmente de la clase trabajadora, pero los puestos de dirección estaban generalmente ocupados por inválidos de alto nivel social y cultural. Alrededor de un tercio de los miembros de la ANIC eran mujeres.

En sus inicios, el Club Marcelo J. Fitte de Buenos Aires reunió a jóvenes con poliomielitis que estaban estudiando o trabajando, pero luego amplió su membresía a todas las personas con deficiencia física, tuvieran o no una actividad profesional. Por este motivo, el Club cambió de nombre a finales de los años cincuenta por el de Club Marcelo J. Fitte pro Superación del Lisiado. Tenía entre 600 y 700 miembros a principios de los años sesenta. Las demás asociaciones argentinas tenían unos 100 miembros, o incluso menos, según los casos. Al igual que el Club Marcelo J. Fitte, las asociaciones deportivas de São Paulo y Río de Janeiro requerían que sus miembros estuvieran estudiando o trabajando. Por eso, la gran mayoría de los miembros de la asociación pertenecían a la clase media de la sociedad urbana. Con estatutos bastante restrictivos que no fueron enmendados durante los años sesenta, las asociaciones deportivas de São Paulo y Río de Janeiro tenían unos 60 miembros como máximo.

Este periodo (1955-1968) fue, por lo tanto, un periodo de expansión de las asociaciones de inválidos civiles en los centros urbanos de los tres países. Si bien esta expansión abarcó todo el territorio geográfico de España a partir de 1960, se concentró en cinco provincias argentinas (Buenos Aires, Santa Fe, Salta, Tucumán, Mendoza) y en las zonas urbanas de San Pablo y Río de Janeiro en Brasil. Estos tres países compartían la misma particularidad, la ausencia de movimientos asociativos dedicados exclusivamente a los accidentados laborales. Si comparamos los movimientos asociativos de inválidos físicos en los tres países, solo la ANIC adoptó un perfil claramente basado en la gestión –no tanto en cuanto a las estructuras, sino al personal–. Por otro lado, las asociaciones argentinas fueron las más tempranas y las mejores con respecto a la integración en las redes internacionales de deporte adaptado. Aunque la ANIC entró en las redes deportivas en una etapa tardía (1966), ya estaba integrada en la FIMITIC a principios de los años sesenta.

Regulación de la actividad profesional de los inválidos

La promoción de las legalidades liberales por parte de la OIT

La OIT contribuyó a la promoción de las legalidades liberales en el campo de la rehabilitación profesional y del empleo de los inválidos a través de dos medios: el envío de expertos occidentales al país y la concesión de becas de perfeccionamiento. Entre finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, varios expertos de la OIT fueron enviados a Argentina (Georges Yves Rouault, Norman Phillips) y Brasil (John Humphreys, Norman Phillips) para asesorar a entidades públicas y privadas sobre la aplicación de las políticas en materia de rehabilitación profesional de las personas discapacitadas. Los expertos efectuaron un trabajo para familiarizar a los actores locales con las directrices normativas liberales recomendadas por la OIT. Norman Phillips aconsejó a los Gobiernos de Argentina y Brasil,

que no adoptaran una legislación que impusiera a las empresas privadas la obligación legal de contratar a personas discapacitadas (ILO, 1967b, p. 41; OIT, 1964, p. 15). Apoyó la asignación de puestos a personas discapacitadas rehabilitadas en instituciones públicas, en particular, en instituciones de seguridad social. En Argentina, durante el III Congreso Argentino de Rehabilitación de 1959, el Dr. Héctor Ruiz Moreno, delegado local de la OIT, consideró implícitamente que la idea de la obligación de empleo no era apropiada para la Argentina, que no había sufrido una guerra reciente.³⁶ En Brasil, John Humphreys recomendó que el Gobierno adoptara una legislación que prohibiera toda discriminación en la contratación por motivos de discapacidad y que promoviera la contratación mediante la creación de un fondo de indemnización para los accidentes de los trabajadores discapacitados (*second injury funds*).³⁷

Ningún experto de la OIT en rehabilitación profesional realizó una misión a España hasta finales de los años sesenta, pero los expertos internacionales Kurt Jansson (ONU) y Frank Safford (OMS) aconsejaron en su informe oficial de 1956 que no se estableciera una solución legal de cuotas en España, aunque al mismo tiempo indicaron que “no se [podía] descartar esta posibilidad en el futuro” (Safford y Jansson, 1957, p. 64).

Los expertos de las organizaciones internacionales privilegiaron la concesión de becas en rehabilitación profesional con destino al Reino Unido y a los Estados Unidos, o incluso a otros países que aplicaban métodos de colocación selectiva (Canadá, Noruega, Suecia). En Brasil, Otto Marques da Silva recibió una beca de la OIT del 10 de junio al 4 de noviembre de 1960 para visitar instituciones de rehabilitación profesional en Estados Unidos y Canadá.³⁸ En Argentina, el director técnico del Centro de Rehabilitación José Cibeira

³⁶ *Anales del 3er Congreso Argentino de rehabilitación*, Buenos Aires-Mar del Plata, 8-12 de diciembre 1959, p. 465.

³⁷ AOIT, TAP 0-9-1 (C)-1. Copia de carta, Prof. F. E. Godoy Moreira a Jansson, San Pablo, 2 de diciembre de 1958.

³⁸ AOIT, TAP 0-9-1 (C) FS-3. O. M. Da Silva, *Report of the month october 10 to november 4*.

recibió una beca de la OIT de octubre a diciembre de 1967 para visitar instituciones de Inglaterra, Noruega y Dinamarca.³⁹ Sin embargo, el argentino Antonio Lacal Zuco, que tenía muy poco dominio del inglés, pero manejaba un francés muy correcto, completó su pasantía en rehabilitación profesional en Francia, Suiza y Bélgica del 27 de septiembre de 1966 al 21 de marzo de 1967.⁴⁰ Una vez de vuelta a sus países de origen, estos becarios difundieron ampliamente los principios de la rehabilitación “moderna” (devaluación de la solución coercitiva, valoración de la colocación selectiva) durante los cursos que impartieron.

Gracias a la naturaleza performativa de sus discursos, los especialistas de la OIT lograron progresivamente que una concepción liberal de la rehabilitación profesional y del empleo de los inválidos dominara entre los profesionales de la rehabilitación en ambos países (médicos, dirigentes administrativos). A mediados de los años sesenta, la mayoría de ellos aprobaron los principios de las legalidades liberales en el ámbito del empleo de las personas discapacitadas (creación de talleres protegidos, promoción de la colocación selectiva, rechazo de la idea de una cuota de contratación obligatoria para las empresas privadas). Ahora bien, algunas personas discapacitadas, como el argentino Gino Andrés Valeri, mostraron su indignación por el hecho de que los representantes de la OIT estuvieran promoviendo una legalidad liberal en el campo del empleo de las personas discapacitadas y exigieron la adopción de medidas de contratación obligatoria (*Revista del Club Marcelo J. Fitte*, abril de 1967).

La adopción de medidas coercitivas en Argentina y Brasil

A finales de los años cincuenta, antes de la llegada de los especialistas de la OIT, la idea de utilizar la obligación de empleo de las personas

³⁹ AOIT, TAP 0-2-1 (H). J. Cibeira, *Informe de conclusión*, Buenos Aires, 1 de marzo de 1968.

⁴⁰ AOIT, TAP 0-2-1 (H) FS 2. A. Lacal, *Rapport à destination de Norman Cooper*, París, 7 de noviembre de 1966.

discapacitadas en las empresas y en las administraciones privadas estaba muy extendida entre los profesionales de la rehabilitación y las asociaciones de los tres países estudiados. De hecho, estaban convencidos de la relevancia de la medida de cuotas, gracias a la difusión de las experiencias de los países europeos en relación con los mutilados de guerra y los accidentados laborales. En consecuencia, interpretaron la Recomendación de la OIT en el sentido más amplio y pidieron que se incorporara la obligación de empleo en la legislación nacional. Su lucha contó con el apoyo de algunas organizaciones sindicales en Argentina y España, pero no parece ser el caso de Brasil, según nuestras fuentes.

En Argentina, muchas asociaciones (entre ellas ALPI, AOI, el Club Marcelo J. Fitte, etc.) declararon en 1957 en su petición a los diputados de la Asamblea Constituyente de Santa Fe: “Deberá legislarse en el sentido de que no le falte [al lisiado] la posibilidad de trabajo, estableciendo que un porcentaje del personal de cualquier establecimiento industrial o comercial obligatoriamente debe ser lisiado” (*En Marcha*, agosto de 1958, p. 32). Invocaron la Recomendación de la OIT para legitimar su reivindicación.

DOCUMENTO 10. “ANTECEDENTES Y MOTIVOS POR LOS CUALES SE SOLICITA LA INTRODUCCIÓN DE ESTE DERECHO”, ADJUNTO AL MEMORÁNDUM ELEVADO A LA MAGNA ASAMBLEA CONSTITUYENTE DE 1957 REUNIDA EN LA CIUDAD DE SANTA FE.

[...] El lisiado, cuando alcanza a un grado de cultura a semejanza del hombre normal culto, se rebela contra el sustento por la caridad. Ellos quieren pagar con dignidad su propio lugar en la mutua convivencia dentro de la sociedad. [...] La mayor restricción impuesta al lisiado, no es su insuficiencia física en sí misma, sino su dependencia perpetua de otros para realizar los más simples e íntimos menesteres. La pérdida de la movilidad trae consigo profundos problemas, muchísimo más serios que la insuficiencia física que se posea. [...] Un programa [para la rehabilitación del lisiado] es un vasto plan que tiene por objeto que todo lisiado en cualquier parte del país en que se encuentre, sea localizado y tratado SIN OTRA CARTA DE

RECOMENDACION QUE SU DERECHO A ELLO, SIN DISTINCION DE RAZA, COLOR, RELIGION O IDEAS POLITICAS. [...] El Estado deberá prever las medidas necesarias para que los lisiados tengan la posibilidad de su recuperación, dentro del alcance de las posibilidades de cada uno, tratando de que puedan llegar a ser personas útiles a la sociedad y que, sintiéndose útiles, se evite la mendicidad y el vivir a costa de la caridad. Con ese fin, deberá prever los centros educacionales y de recuperación necesarios. Deberá legislarse en el sentido de que no le falte la posibilidad de trabajo, estableciendo que un porcentaje del personal de cualquier establecimiento industrial o comercial obligatoriamente debe ser lisiado.

Fuente: [Carta] a la Magna Asamblea constituyente de 1957, reunida en la ciudad de Santa Fe. *En Marcha*, órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, 10, agosto de 1958, p. 32.

En España, los promotores de la Asociación Nacional de Inválidos Españoles obtuvieron a partir de 1955 el apoyo de la Organización Sindical Española (OSE) en su reivindicación por el derecho al empleo. Pidieron que se reservara un cierto número de puestos de trabajo (servicios de seguridad, quioscos, reventa de billetes de lotería, etc.) para los miembros de la asociación (*Pueblo*, 18 de junio de 1956). Muchos médicos apoyaron a los inválidos civiles en sus reivindicaciones. En enero de 1956, el Dr. López de la Garma, director de la Clínica Nacional del Trabajo, mencionó la necesidad de que las autoridades adoptaran una legislación social que obligara a las industrias, las empresas y las administraciones a contratar a inválidos, al igual que la ley inglesa de 1944 (López de la Garma, 1956, p. 24). En octubre de 1957, los dirigentes inválidos José Luis Setién de Bobadilla y Fernando Cebreros Poch presentaron al secretario general de la OSE un anteproyecto de ley que reservaba un cierto porcentaje de puestos de trabajo en empresas privadas para los inválidos cualificados y puestos de trabajo subalternos en las administraciones para los inválidos sin cualificación específica.⁴¹ El anteproyecto contenía también

⁴¹ "Anteproyecto de Ley de colocación de inválidos", *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 5 (septiembre-octubre de 1957), p. 1.246-1.248.

la idea de crear cooperativas de producción y de consumo, donde trabajarían los inválidos poco productivos. Pero Francisco Franco no concedió a la asociación las medidas de reserva de empleos que reclamaba. La ANIC solo obtuvo la exclusividad para la venta de billetes de lotería fraccionados. Sin embargo, a nivel local, las delegaciones provinciales de la ANIC también se beneficiaron a menudo de los puestos de guardacoches y, a veces, de la gestión de los quioscos, gracias a la benevolencia de las autoridades municipales.

Como resultado de las movilizaciones de médicos y asociaciones, una serie de medidas legislativas reservaron puestos de trabajo (generalmente subordinados) para los inválidos en los tres países. Estas medidas, adoptadas a nivel regional y municipal en los tres países, así como a nivel federal (Brasil), se mantuvieron en el marco de las legalidades liberales: empleos reservados para los inválidos rehabilitados y productivos, reserva prioritaria de empleos en las administraciones públicas, ausencia de medidas de control estrictas.

En Brasil, la legislación (*Lei Orgânica da Previdência Social* y su decreto reglamentario) adoptada en 1960 estipulaba que las empresas que tenían entre 20 y 200 empleados debían reservar el 2% de los puestos de trabajo para inválidos rehabilitados; las que tenían entre 201 y 500 empleados debían reservar el 3%; las que tenían entre 501 y 1.000 empleados, el 4%; y las de más de 1.001 empleados, el 5%.⁴² Los organismos de protección social fueron designados para asumir esta responsabilidad en primera instancia, contratando a asegurados rehabilitados profesionalmente en sus servicios. No obstante, no parece que se aprobara ningún decreto de aplicación que determinara la admisión de inválidos rehabilitados en estos organismos. Asimismo, las penalizaciones a las que se enfrentaban las empresas eran leves. Por tanto, el carácter de esta ley era poco vinculante.

⁴² Decreto n°3.807 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.

En Argentina, no se aprobó ninguna legislación nacional en la materia. Aunque el Ministerio de Trabajo y Protección Social estudió la adopción de un proyecto de ley que contemplara obligar a las administraciones y empresas del Estado a contratar cierto porcentaje de personas que presentasen disminuciones anatómo-funcionales de su capacidad de trabajo en las administraciones y en las empresas públicas (APRIM, octubre de 1964, p. 3), el proyecto de ley fue finalmente abandonado. Este abandono puede estar vinculado al dictamen desfavorable del experto de la OIT sobre esta iniciativa (OIT, 1964, p. 15).

Ahora bien, en 1958, el gobernador federal de la Provincia de Buenos Aires adoptó el Decreto-Ley 1.804, que obligaba a todas las empresas de la provincia con más de 15 trabajadores a reservar al menos el 2% de los puestos de trabajo para trabajadores inválidos rehabilitados.⁴³ Pero este Decreto fue después fuertemente contestado por los representantes del mundo de la industria privada y del comercio. Considerando que esta medida podía afectar el rendimiento industrial, la Unión Industrial Argentina afirmó que “no se [justificaba] la existencia de una legislación que [obligara] a los empresarios a su empleo, salvo en cuanto se [relacionase] a la creación de facilidades a este fin y su ley de aplicación”.⁴⁴ Este Decreto fue declarado inconstitucional por la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires en 1961.

Tras varios meses de negociaciones entre los líderes del Club Marcelo J. Fitte y los del sindicato de Luz y Fuerza, los dirigentes gremiales se comprometieron a colaborar con la entidad, facilitando la integración en la empresa de los inválidos de la asociación. El 1% de los puestos de trabajo se reservaría para ellos siempre que se dispusiera de las vacantes necesarias.⁴⁵ Al año siguiente, el sindicato de Luz

⁴³ Decreto-Ley 1.804, 19 febrero 1958.

⁴⁴ *Anales del 3er Congreso Argentino de rehabilitación*, Buenos Aires-Mar del Plata, 8-12 diciembre 1959, p. 441.

⁴⁵ ACMJF. Acta de la reunión de la comisión directiva del Club Marcelo J. Fitte, Buenos Aires, 24 de enero de 1964.

y Fuerza firmó un acuerdo salarial con su empresa pública Servicios Eléctricos del Gran Buenos Aires, que se comprometió a contratar a amputados en proporción al 1% de los nuevos contratados.⁴⁶

En España, a partir de 1965, el presidente nacional de la ANIC negoció con delegados del Ministerio de Trabajo la elaboración de normas jurídicas que garantizaran un empleo para todos los inválidos y que regulasen la existencia de talleres protegidos, concediéndoles subvenciones y exenciones de las cotizaciones patronales. Tras múltiples negociaciones, solo obtuvo la posibilidad de adoptar medidas adicionales de empleo selectivo en caso necesario en una enmienda a la ley sobre las bases de la seguridad social, adoptada en 1966.

En Brasil y España, la inclusión de medidas legislativas sobre el empleo de los inválidos tendía a formar parte del proceso de reforma de las leyes de seguridad social, lo que no ocurrió en Argentina.

La regulación del comercio ambulante

En Argentina y Brasil, la legislación de las grandes aglomeraciones urbanas tendía a promover –y regular– la práctica de la venta ambulante por los inválidos. En 1956, el alcalde de la ciudad de Buenos Aires, Miguel Madero, aprobó una resolución que reservaba los permisos para la venta ambulante de golosinas, cigarrillos y baratijas “a quienes por razones físicas no [estuvieran] en condiciones de desarrollar otras tareas, a los mayores de 60 años y a los no videntes” (*En Marcha*, junio de 1956, p. 12). Los permisos de venta se otorgaban por un periodo temporal (un año) a puestos fijos y personalizados. Al igual que en Buenos Aires, el municipio de San Pablo adoptó en diciembre de 1957 una medida legislativa que regulaba la actividad de los vendedores ambulantes “con capacidad física reducida”. Esta Ley n°5.440 del 20 de diciembre de 1957 y su Decreto reglamentario n°4.575 organizaban una distribución espacial de la venta ambulante

⁴⁶ Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1965). *Memoria de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado*, Buenos Aires, p. 32.

de los deficientes físicos. Su ejercicio estaba sujeto a la posesión de una licencia expedida por las autoridades. La licencia especificaba el emplazamiento donde el individuo podía operar su negocio, con el fin de limitar la concentración de vendedores ambulantes inválidos en la medida de lo posible. Esto les mantenía apartados del ajetreado centro de la ciudad.

No obstante, fue precisamente después de la adopción del Decreto reglamentario cuando apareció la Associação Brasileira de Deficientes Físicos (ABRADEF), compuesta principalmente por vendedores ambulantes inválidos. Esta coincidencia sugiere que la asociación fue creada precisamente para defender los derechos de los vendedores ambulantes inválidos frente a la administración. A finales de agosto de 1961, unos cuarenta vendedores ambulantes visitaron al alcalde de la capital, Francisco Prestes Maia, para pedirle que suspendiera el control de su actividad, que calificaron de arbitrario (*O Estado de São Paulo*, 29 de agosto de 1961). Se quejaron de la confiscación de mercancías en los controles realizados por los funcionarios fiscales municipales y reclamaron su devolución. También pidieron permiso para trabajar en el centro de la ciudad. El alcalde se comprometió a devolverles las mercancías sin abonar multas, pero legitimó la existencia de la legislación municipal y la acción de la administración. Sin embargo, dijo estar abierto a una posible modificación de la legislación para ampliar el ámbito de actividad a determinadas zonas del centro de la ciudad.

La difícil organización de la movilidad urbana de los inválidos

En los países de la región noratlántica, la cuestión de la movilidad urbana de los inválidos físicos comenzó a surgir en la década de los años veinte. Su aparición como problema social estaba intrínsecamente ligada al desarrollo de la política en materia de rehabilitación. Esta política creó una nueva necesidad social, la de trasladar

a los niños o adultos inválidos de sus hogares hacia los centros de rehabilitación, al trabajo o hacia espacios deportivos, culturales o de culto. Algunas personas inválidas circulaban en triciclo, otras eran trasladadas en sillas de ruedas por sus familias recorriendo largas distancias. Varias asociaciones e instituciones también organizaron servicios diferenciados de transporte público.

Durante los años cincuenta, la aparición del coche adaptado permitió al inválido moverse con libertad, a la vez que estaba protegido de las inclemencias del tiempo (frío, nieve, lluvia), frecuentes en el hemisferio norte. Las conferencias internacionales organizadas por la ISWC en esa época subrayaron el deber de la sociedad de proporcionar al inválido un medio de transporte adecuado. Por tanto, los gobiernos –o las asociaciones, cuando procedía– debían facilitar la compra y la utilización de vehículos motorizados. En 1957, siete gobiernos (incluidos Inglaterra y España) ya habían adoptado una legislación que facilitaba la adquisición de estos coches con control ortopédico a través de la exención de impuestos, aunque estos privilegios a menudo se limitaban a los mutilados de guerra. En España, el Gobierno franquista adoptó en 1939 una medida dirigida a los mutilados de guerra franquistas que eximía de impuestos y derechos de importación a los automóviles adaptados (*ABC*, 19 de noviembre de 1939), sin que esta medida se extendiera a los inválidos civiles.

Desde mediados de los años cincuenta, en los tres países estudiados (Argentina, Brasil y España), los dirigentes de las asociaciones se preocuparon por organizar la movilidad de los inválidos físicos en las zonas urbanas. En España, esta problemática está prácticamente ausente de las fuentes a nuestra disposición, aunque no podemos saber si esta ausencia es debida a una mayor facilidad en la gestión del transporte de inválidos o a la imposibilidad de formular tal problema por parte de los líderes asociativos dado el contexto dictatorial, lo que resulta más probable.

En los tres países, las administraciones públicas y las asociaciones privadas proporcionaron sillas de ruedas (en Argentina y Brasil) o triciclos (en España) a los inválidos. La compra de una silla

de ruedas solía ser responsabilidad de la persona inválida o de su familia. En España, bajo el franquismo, la entrega de triciclos para inválidos era objeto de espectáculo, una teatralización de la donación, poco frecuente en Argentina y Brasil. Estas ceremonias solían ser organizadas por la ANIC durante las peregrinaciones religiosas y en las Jornadas Mundiales del Inválido (23 de marzo de cada año). Las ceremonias, presididas por las autoridades religiosas, ponían en deuda a los inválidos, situación que se reflejaba concretamente en los sentidos agradecimientos dedicados a las autoridades religiosas y civiles presentes. Con motivo de la peregrinación a la gruta de Nuestra Señora de Lourdes en Puerto Real el 20 de mayo de 1962, la bendición de los enfermos fue seguida de la entrega de siete triciclos bendecidos, en presencia del prelado de la diócesis y de las autoridades provinciales y locales (*Valgo, Revista de la ANIC*, marzo de 1968).

Los líderes de ANIC parecían plantear estas ceremonias como una forma de construir una comunidad afectiva, suscitando emoción a través de la puesta en escena de la indigencia de los inválidos y de la práctica de la donación. Los dirigentes de la provincia de Cádiz deseaban crear así “una felicidad compartida y un sincero deseo de acercamiento entre todas las clases sociales” (*Valgo, Revista de la ANIC*, marzo de 1970) a través de estas ceremonias. Claramente, la ANIC participaba en la política de atracción de las masas populares organizada por las autoridades franquistas con el objetivo de construir un consenso político (Molinero, 2005). Pero algunas personas inválidas podían no experimentar ninguna emoción y extraer otros significados de estas ceremonias, más prosaicos, resistiendo así al sistema de atracción puesto en marcha por estos líderes.

El desarrollo de sistemas específicos de transporte colectivo para los inválidos

Los sistemas de transporte públicos que se desarrollaron en los tres países, ya fueran gestionados por las autoridades públicas o por las empresas privadas, eran inaccesibles para las personas en silla de

ruedas. Solo una minoría de personas inválidas con recursos económicos suficientes recurría puntualmente a los taxis o se inclinaba por la compra de un coche adaptado, que les permitiría ir al lugar deseado en cualquier momento. Así pues, la inexistencia de una red de transporte público accesible marginaba aún más a los inválidos pobres.

En los tres países, la mayoría de las asociaciones e instituciones de rehabilitación optaron por crear un sistema específico de transporte para las personas lisiadas, utilizando coches individuales o colectivos (ómnibus o furgonetas tipo combi). Algunos embriones de redes de transporte paralelas reservadas a los lisiados se organizaron en varias ciudades argentinas (Buenos Aires, Rosario, etc.) por ALPI, la COR, el Club Marcelo J. Fitte y las instituciones de rehabilitación; en algunas ciudades españolas (Madrid, Barcelona, etc.) por la ANIC; así como en varias ciudades brasileñas (San Pablo, Río de Janeiro, Porto Alegre, etc.) por la AACD y las instituciones de rehabilitación. Estas primeras redes de transporte se establecieron en Argentina (finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta) antes que en Brasil (años cincuenta) y España (años sesenta).

Cuando organizaban grandes salidas colectivas, las asociaciones de lisiados utilizaban ocasionalmente medios de transporte colectivo cedidos por las administraciones públicas (municipios, ministerios, etc.) o por empresas privadas. En España, las peregrinaciones en grupo de inválidos a la gruta de Nuestra Señora de Lourdes en Puerto Real fueron organizadas gracias al apoyo de la Marina, que prestó varios autobuses a la ANIC, y del personal de la Cruz Roja, que ofreció su ayuda para llevar a cabo el traslado (*Valgo, Revista de la ANIC*, junio de 1968).

Movilización de las asociaciones para facilitar la importación de automóviles adaptados

El uso de automóviles con control ortopédico comenzó a extenderse durante los años cuarenta en España, a finales de los años cincuenta

en Argentina y a principios de los años sesenta en Brasil. Los mandos de control ortopédicos necesarios para adaptar los coches, así como los aceleradores, frenos o embragues manuales, se fabricaban entonces casi todos en Alemania. Estar en posesión de un coche adaptado era un elemento fundamental para los inválidos que querían desplazarse por la ciudad, conseguir y conservar un empleo. Además, la posesión de un coche era un símbolo de prestigio que exaltaba la masculinidad, permitía ascender en la jerarquía social y facilitaba el acceso a otros bienes (matrimonio, etc.) (Ferrante, 2014, p. 46).

En los tres países, algunos inválidos de alto nivel económico siguieron el tratamiento de rehabilitación en algunos países europeos (Francia, Suiza) o en los Estados Unidos y allí conocieron la existencia de coches adaptados. Al regresar a su país de origen, la mayoría de ellos efectuaron los trámites necesarios para importar un coche de este tipo. En general, se contentaron con su satisfacción personal, sin buscar el beneficio colectivo para facilitar la importación de estos coches.

En los tres países, fueron las asociaciones de personas inválidas las que hicieron campaña para que el Estado facilitara el acceso a la propiedad de este medio de transporte individual, lo que representaba un gasto considerable debido a los impuestos fronterizos y de otro tipo. Esta lucha por la exención de los derechos de aduana y de los tributos sobre los automóviles adaptados fue incluso el objetivo prioritario del Club Marcelo J. Fitte y del *Clube dos Paraplegicos de São Paulo* desde finales de los años cincuenta hasta mediados de los años sesenta. Para legitimar su demanda, estas asociaciones hicieron referencia a las legislaciones que conocieron durante sus viajes al extranjero.

En Argentina, la reivindicación por el coche adaptado ganó impulso en la escena pública argentina después de que un equipo de atletas impedidos argentinos observara la experiencia inglesa en este ámbito. En 1957, los atletas (incluidos varios miembros del Club Marcelo J. Fitte) viajaron a Stoke Mandeville para los Juegos Parapléjicos. Allí

se enteraron de la existencia de los coches adaptados y de una ley que facilitaba la compra para los inválidos de guerra (50% de descuento y sin impuestos).⁴⁷ Una vez de vuelta a Argentina, los dirigentes del Club hicieron campaña a favor del derecho a importar automóviles adaptados beneficiándose de las exenciones fiscales. Consiguieron entrevistarse con las más altas autoridades militares con la ayuda de los líderes de ALPI, del Dr. González y del capitán de la Marina, Perrazo, que tenía un hijo discapacitado. Se entrevistaron con el general Pedro Eugenio Aramburu y el almirante Isaac Francisco Rojas a finales de 1957. Evocaron ante ellos el ejemplo de los coches adaptados de Londres, que permitían a las personas impedidas estudiar, trabajar, ser independientes, en definitiva, ser útiles a la sociedad. Durante la entrevista, Rojas se negó a concederles la exención fiscal que solicitaban, ya que esto reduciría los ingresos del Estado. Pero la sensibilidad de Aramburu, que tenía una sobrina enferma de poliomielitis internada en el Instituto de Rehabilitación, permitió finalmente a los dirigentes asociativos obtener la sanción del Decreto 456/58, el 15 de febrero de 1958. Este decreto preveía la exención de todos los derechos de aduana sobre los automóviles adaptados importados. No obstante, reservaba el beneficio de esta medida solo para las personas impedidas con “lesiones funcionales permanentes” y una “incapacidad absoluta para caminar”. Por este motivo, más del 90% de las solicitudes para la exención de impuestos fueron rechazadas. Durante los años siguientes, el Club Marcelo J. Fitte y unas diez organizaciones más se movilizaron para obtener la modificación del Decreto 456/1958, pero sin éxito. Los dirigentes del Club también negociaron con el Consejo Municipal de Buenos Aires para obtener algunos beneficios relacionados con los automóviles adaptados, de los cuales obtuvieron sin problema una franquicia de un 50% de los derechos de patente y estacionamiento gratuito para automóviles adaptados en el centro de la ciudad.⁴⁸

⁴⁷ Entrevista con Pablo Luna, Buenos Aires, 21 de junio de 2010.

⁴⁸ *Memoria de las actividades del Club Marcelo J. Fitte, periodo del 1 de abril de 1961 al 31 de mayo de 1962.*

En 1959, los atletas del *Clube dos Paraplégicos de São Paulo* hicieron un viaje a Argentina para jugar un partido de baloncesto. La reciente adopción de una legislación sobre el tema en la Argentina reforzó su convicción de que el Estado brasileño debía promover la importación de automóviles adaptados. Gracias a varios apoyos en la industria y el mundo político paulista, los dirigentes del *Clube dos Paraplégicos de São Paulo* lograron ponerse en contacto con las autoridades federales para obtener la adopción de una ley sobre la importación de automóviles adaptados. A raíz de la presión del Club, el presidente Castello Branco aprobó la Ley n°4.613 en abril de 1965, que eximía a los vehículos adaptados para inválidos físicos de los derechos de aduana y de la concesión de licencias.⁴⁹ La legislación preveía la exención de los impuestos de importación y de consumo, así como de los derechos de aduana de los vehículos extranjeros adaptados para la conducción de paraplégicos. La reventa de estos vehículos solo se permitía a los paraplégicos.

En España, los inválidos civiles reclamaron la exención de los impuestos locales y de los impuestos sobre los triciclos y los coches adaptados importados de Alemania. Sin embargo, a diferencia de los otros dos países, su reivindicación se extendió a los sistemas de transporte público. De hecho, la asamblea del I Congreso de Inválidos Civiles y del Trabajo de junio de 1956 pidió medidas para facilitar el transporte de los inválidos, a través de reducciones en los billetes de tren y autocar con la presentación de la tarjeta de socio de la ANIC (*Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, mayo-junio de 1956, pp. 675-676).

En los tres países estudiados, la intervención de los organismos intergubernamentales y, en menor medida, de las ONG, contribuyó a reorientar las políticas públicas en materia de rehabilitación. Estas políticas siguieron algunos de los fundamentos del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación: construcción de un

⁴⁹ Lei 4.613, 2 de abril 1965.

centro nacional de demostración en rehabilitación, nueva división de especialidades médicas, promoción del deporte adaptado, legislación que facilitaba la movilidad de las personas impedidas, legalidad liberal del trabajo y promoción de la colocación selectiva. En aquella época, la circulación de los conocimientos, de los saberes técnicos y de los bienes materiales (automóviles adaptados, aparatos ortopédicos, etc.) iba dirigida masivamente desde los países noratlánticos a los mundos iberoamericanos.

No obstante, algunos actores locales (administración, responsables políticos, personas discapacitadas) obstaculizaron la adopción de otros de los criterios del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación. Los tres países mantuvieron durante varios años una sectorialidad basada en el origen de la deficiencia, la financiación precaria y residual de los servicios de rehabilitación y la baja inversión en formación de recursos humanos y en la construcción de equipos especializados. Los Gobiernos permitieron por tanto que las asociaciones (AACD, ABBR, ALPI, ANIC) compensaran la insuficiencia de las prestaciones de los servicios públicos. A excepción de la política desarrollada por la ONCE, todas estas políticas de asistencia pública cubrían las necesidades de una pequeña minoría de personas discapacitadas. A finales de los años sesenta, la atención diaria a las personas discapacitadas en los tres países estudiados seguía dependiendo esencialmente de la solidaridad familiar y, en menor medida, de la solidaridad asociativa o religiosa.

En los tres países, las autoridades administrativas mantuvieron ciertos criterios de discriminación en el acceso a los centros de rehabilitación. España se caracterizó por una política particularmente desigual hacia los mutilados de guerra republicanos. En este país, los líderes políticos y médicos se negaron durante mucho tiempo a extender los servicios de rehabilitación a la rehabilitación profesional. Asimismo, España no instauró un centro nacional de referencia en rehabilitación estable hasta finales de los años sesenta y Brasil abandonó el IR en favor de los centros de rehabilitación de la seguridad social. Por el contrario, la Argentina logró la centralización

normativa de las políticas públicas en materia de rehabilitación. A diferencia de los otros dos países, Argentina no financió sus infraestructuras de rehabilitación a través de los organismos de seguridad social. Por último, en los tres países, algunas personas discapacitadas se negaron a someterse a la disciplina laboral que se les imponía.

Capítulo 6

Las lentas transformaciones de las trayectorias nacionales de las políticas públicas en materia de discapacidad bajo las dictaduras

Durante los años setenta, a pesar de que el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación se centraba en los países nórdicos, la circulación en el ámbito de la rehabilitación siguió teniendo lugar principalmente entre los mundos iberoamericanos y los países anglosajones (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido). El Institute of Physical Medicine and Rehabilitation de Nueva York seguía desempeñando un papel central en la formación de médicos latinoamericanos. Los especialistas argentinos y brasileños en rehabilitación mantuvieron así intercambios privilegiados con expertos canadienses, americanos, españoles y otros especialistas latinoamericanos. Los españoles tenían contactos más frecuentes con especialistas europeos. Sin embargo, tanto los profesionales de la rehabilitación como los líderes asociativos tenían un horizonte de experiencias mucho más vasto, debido a su participación en congresos internacionales organizados por las ONG.

Durante este periodo, las organizaciones intergubernamentales (Naciones Unidas, OMS, OIT) recomendaron la coordinación de las políticas sectoriales de la discapacidad (rehabilitación profesional,

educación especial, etc.), el compromiso del Estado en la financiación, organización y prestación de servicios de rehabilitación y educación especial; la participación de los organismos de seguridad social en la financiación de los servicios de educación especial y de rehabilitación; así como la incorporación de los derechos de todas las categorías de personas discapacitadas en la legislación. Estas medidas debían garantizar que todas las personas discapacitadas tuvieran acceso a servicios de calidad. En los tres países estudiados, los responsables asociativos y los profesionales de la rehabilitación se apoyaron en estas nuevas orientaciones de las políticas internacionales en materia de discapacidad para pedir la transformación de las políticas públicas de la discapacidad a nivel nacional y local.

Desde finales de los años sesenta, la idea de los derechos de las personas discapacitadas se generalizó en los discursos de los organismos intergubernamentales y de las ONG. La difusión de esta idea de derechos en los tres países tuvo lugar en un contexto cultural compatible con la ideología de los derechos humanos, pero en un contexto político desfavorable debido a la presencia de regímenes autoritarios. Las dictaduras en España (hasta 1975), Argentina (1966-1973 y 1976-1983) y Brasil (1964-1985) se caracterizaron por la represión y la censura, además de por el cierre de los canales democráticos de acceso al gobierno. Si bien Argentina vivió una fase temporal de apertura democrática con el regreso de Perón durante el verano de 1973, este régimen constitucional adoptó rápidamente un tono autoritario tras la muerte del presidente y líder argentino. El 24 de marzo de 1976, las Fuerzas Armadas organizaron un golpe de Estado militar que derrocó al Gobierno constitucional de María Estela Martínez de Perón. Esta nueva dictadura, autodenominada “Proceso de Reorganización Nacional”, puso en marcha una represión sistemática y extremadamente violenta de todos los militantes considerados subversivos. En Brasil, el régimen experimentó una fase de apertura democrática lenta, gradual y controlada a partir de 1974, que permitió que los movimientos sociales y asociativos se expresaran con más libertad, especialmente a partir de 1978 y 1979. Los regímenes militares

argentino y brasileño eran alentados a luchar contra los militantes de izquierda por el Gobierno de Estados Unidos, que les proporcionó apoyo militar, excepto durante el Gobierno de Jimmy Carter (1977-1981), quien condicionó la asistencia estadounidense al respeto de los derechos humanos.

A pesar de este contexto político, los discursos sobre los derechos de las personas discapacitadas eran divulgados localmente por algunas asociaciones, por la prensa y, a veces, incluso por los gobiernos. No obstante, esta idea de derecho no se difundió de manera uniforme en todos los ámbitos sociales y en todos los territorios estudiados, debido al peso de la censura y del control político, así como a la forma en la que las diferentes asociaciones y los profesionales del ámbito de la discapacidad se apropiaban y propagaban esta noción de derechos. La invocación de los derechos humanos a favor de la causa de las personas discapacitadas era más peligrosa para los actores locales bajo dictaduras por el hecho de que esta reivindicación estaba intrínsecamente asociada a la crítica de la acción represiva de los gobiernos dictatoriales. Aunque hubo movimientos sociales durante esta década para extender la noción de derechos humanos a otras dimensiones (género, etnia, discapacidad, etc.), esta dinámica de ampliación era gradual y siguió siendo marginal (Jelin, 2005, p. 510).

La conquista de los derechos de las personas discapacitadas obstaculizada por las dictaduras

En este contexto represivo, los representantes asociativos intentaron utilizar su capital social para hacer oír sus reivindicaciones y beneficiarse así de los favores del régimen.

Movilizaciones asociativas bajo la coacción y el miedo

En los tres países estudiados, los regímenes militares establecieron sistemas muy estrictos, incluso represivos, para controlar la

actividad asociativa. De los tres regímenes militares, España destacó por la importancia del control administrativo directo de la actividad asociativa. El Ministerio del Interior dirigió directamente las actividades de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC) y de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). El grado de represión de las actividades asociativas fue particularmente alto hasta principios de los años setenta en la dictadura franquista y bajo la dictadura argentina (1976-1983). En España, las autoridades prohibieron la creación de la Liga de Mutilados e Inválidos de la Guerra de España (LMIGE), a pesar de las reiteradas peticiones en este sentido de algunos mutilados republicanos dirigidos por Florencio Martínez Durán a partir de 1968. La Dirección General de Política Interior justificaba su negativa mencionando la existencia de la ANIC, supuestamente fundada con idénticos fines y con carácter exclusivo.¹ Sin embargo, los mutilados republicanos rechazaban la simple condición de inválidos civiles y exigían su reconocimiento como mutilados de guerra para beneficiarse de todos los derechos inherentes a esta condición (Sánchez-Bravo y Tellado Vázquez, 1976, p. 58). En Argentina, un grupo de personas discapacitadas que militaban en Cristianos para la Liberación fue víctima de la represión. En noviembre de 1978, José Poblete Roa y su esposa, Gertrudis María Hlaczik, fueron secuestrados por un grupo armado, torturados y luego asesinados. Varios de sus compañeros también fueron secuestrados. Estos jóvenes discapacitados se habían distinguido anteriormente por fundar en diciembre de 1972 el Frente de Lisiados Peronistas, un grupo militante peronista de orientación marxista, y luego por participar en una asociación menos politizada, la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado. La dictadura franquista y la del general Rafael Videla en Argentina (1976-1983) transformaron profundamente la estructura asociativa de las personas discapacitadas en estos países. En Brasil,

¹ Copia de una carta, Madrid, 18 de agosto de 1969, El jefe de la Dirección General de Política Interior y Asistencia Social al Señor Don Florencio Martínez Durán. En *Mutilados de guerra del ejército de la República, Informe*, 1972.

la dictadura retrasó la aparición de movimientos asociativos amplios, pero no impidió su expresión ni su organización.

En los tres países, las asociaciones desarrollaron sus actividades sometidas a un miedo constante. Se puso cuidado en evitar cualquier debate político durante toda la dictadura en Argentina, hasta 1978 en Brasil y hasta finales de los años sesenta en España. Hasta entonces, se mantuvo una actitud respetuosa hacia las autoridades, limitándose a dar muestras de insatisfacción en todo caso. Muy a menudo, los líderes asociativos se vieron obligados a autorregular sus demandas, atenuando o eliminando aspectos potencialmente subversivos u ofensivos de su solicitud. De este modo, en España, los dirigentes de la LMIGE presentaron la actividad de su asociación como apolítica. Para legitimar su derecho a una pensión, invocaron el hecho de que “una inmensa mayoría de ellos cayeron en la ‘zona roja’ por un mero azar geográfico” (S. P., 20 de noviembre de 1966).

No obstante, las asociaciones contaron con margen de acción incluso en los peores momentos de la represión de cada régimen. Está claro que las pruebas de la audacia asociativa fueron mucho más evidentes durante los periodos de mayor libertad de expresión de estos regímenes, en España desde finales de los años sesenta en adelante y, en Brasil, después de 1978. Algunas asociaciones que gestionaban instituciones se escondían tras su capital social y político para permitirse ser críticos con el Gobierno. En España, la FEAPS dio muestras de gran osadía en su revista *Voces* a partir de 1970, al denunciar las promesas incumplidas del Gobierno. En un editorial de 1971, los redactores escribieron que “el ministro de Trabajo [había] defraudado las esperanzas que [hacía] dos años comenzaron a poner en muchos padres de subnormales adultos” (*Voces*, 15 de diciembre de 1971). La publicación de este editorial enfureció al ministro, que exigió disculpas.

Los responsables asociativos buscaban establecer negociaciones duraderas con las autoridades administrativas y gubernamentales. Desarrollaban estrategias específicas para acercarse a las élites gobernantes (económicas, políticas, militares) con el fin de beneficiarse

de su apoyo individual. Las asociaciones que gestionaban instituciones trataban de implicar a los líderes políticos, militares y religiosos en su causa, invitándolos a visitar sus instalaciones, a efectuar discursos durante sus congresos o concediéndoles títulos honoríficos. Trataban de involucrar a las hijas y esposas de los dirigentes, organizando comisiones de mujeres para organizar eventos sociales y caritativos (desfiles, conciertos, etc.). En España, durante una visita oficial, la Comisión de Mujeres de la FEAPS nombró a la esposa de Franco, Carmen Polo de Franco, presidenta de honor de la Federación.² A finales de los años setenta, la ALPI logró asociar a sus acciones a Amalia Lacroze de Fortabat, viuda del hombre más rico de la Argentina, Alfredo Fortabat. Al participar en estas asociaciones, las mujeres de la élite contribuían a mejorar la imagen pública de sus maridos y parejas. De este modo, se encargaban de convertir el capital económico en capital simbólico, ya que manejaban el afán de respetabilidad ética y estética (Bourdieu, 1998, p. 108).

Las principales asociaciones que gestionaban instituciones (FENDIM, FENAPAES, FEAPS, ABBR, ALPI, AACD, ANIC, *Fundação para o Livro do Cego no Brasil*) mantuvieron vínculos estrechos con dirigentes industriales, responsables administrativos, el conjunto de los medios de comunicación (prensa, radio, televisión), líderes políticos a todos los niveles y religiosos, así como con los de algunos clubes sociales influyentes (Rotary Club, Lions Club, Logia Masónica, etc.). Las federaciones de padres de niños discapacitados eran las mejores dotadas en capital social. Militares de alto rango ocupaban la presidencia o vicepresidencia de estas federaciones, ya fuera en Brasil, donde el coronel retirado José Cândido Mães Borba fue presidente de la FENAPAES de 1967 a 1977, o en Argentina, donde el coronel retirado Juan López fue vicepresidente de FENDIM durante toda la dictadura (1976-1983). En España, parece que la FEAPS buscó el apoyo de obispos, de miembros de la familia real, de representantes del

² AFEAPS, Libro de Actas nº1. Acta de la reunión de la Junta directiva de la FEAPS nº8, Madrid, 21 de febrero de 1965.

Movimiento, así como de varios procuradores de las Cortes pertenecientes al tercio familiar.

Las asociaciones que gestionaban instituciones mantuvieron relaciones cordiales con los miembros de los Gobiernos, ya que respetaban las normas culturales y políticas vigentes bajo los regímenes autoritarios. Las administraciones las consultaban de forma ocasional y, de manera sistemática, durante el Año Internacional de los Impedidos. La orientación cristiana y apartidaria de la mayoría de las asociaciones administradoras de instituciones consolidó la actitud indulgente del poder. Las autoridades se vieron obligadas a escuchar sus demandas oralmente cuando surgía la necesidad, sin darles necesariamente una respuesta favorable. Por el contrario, las asociaciones de personas discapacitadas que no administraban ninguna institución contaban con un capital social mucho menos acumulativo. Por lo general, solo unos pocos dirigentes de la asociación, o incluso solo uno, tenían contactos o vínculos con líderes políticos, económicos o religiosos a través de un miembro de su familia. Estos vínculos tan frágiles con las esferas de poder a menudo requerían la intervención de intermediarios que no pertenecían a la asociación: eran con frecuencia líderes militares o asociativos quienes desempeñaban este papel en Argentina, líderes políticos o religiosos en Brasil y líderes de organizaciones falangistas, religiosos o militares en España. En Argentina, los líderes del Club Marcelo J. Fitte consiguieron así una entrevista con el general Lanusse a través de su hijo discapacitado, Marcos Lanusse.³

Una diseminación de la idea de derechos diferenciada según los países

Se observan diferencias significativas en la diseminación de la idea de los derechos de las personas discapacitadas, tanto en la temporalidad, como en el alcance de los derechos difundidos, el grado de compromiso de los distintos actores involucrados y el carácter selectivo

³ Entrevista con Myriam López, Buenos Aires, 19 de marzo de 2010.

de los espacios sociales en los que se proclamaban estos derechos. A pesar de que las agencias de noticias occidentales contribuyeron a la difusión de información internacional, consideramos que las asociaciones privadas y las administraciones desempeñaron un papel clave en la diseminación de la información a través de sus revistas, libros o conferencias.

En los tres países, esta diseminación de la idea de derechos se vio limitada por el contexto político de las dictaduras. Dos matices merecen ser mencionados. Por un lado, algunos actores poseían, a través del capital social acumulado, una especie de inmunidad que les permitía invocar estos derechos incluso durante los periodos más represivos. Este era el caso de los profesionales de la rehabilitación y de la educación especial, así como de algunas esferas de la Iglesia en Brasil. Este era también el caso de las asociaciones de padres de niños deficientes mentales en Brasil y Argentina, que organizaron conferencias nacionales en los años setenta para debatir sobre los derechos de estos niños. Sin embargo, esta expresión solo se permitía mientras no hubiera transgresión, es decir, ataques frontales hacia las políticas gubernamentales. Por otra parte, el contexto del Año Internacional de los Impedidos (1981) era favorable a la promoción de la idea de derechos, ya que los gobiernos, preocupados por su imagen, favorecían la difusión de textos internacionales.

Fue solo con la apertura democrática de los regímenes autoritarios cuando la dinámica de la difusión de la idea de derechos se fomentó realmente, implicando a un número creciente de actores en su propagación. Esta diseminación se intensificó en España (desde finales de los años sesenta) y Brasil (desde 1978), pero fue muy caótica en Argentina. La temprana difusión en España se explica por la fuerte integración de las asociaciones españolas en las redes militantes internacionales y en las redes europeas, así como por la relativa relajación de la censura durante la última década de la dictadura franquista. En Brasil, muchas asociaciones se movilizaron para promover estos derechos a partir de 1978, bajo el efecto combinado de la transición progresiva e irregular del régimen brasileño a la democracia

y la aprobación por el Congreso Federal de la Enmienda Constitucional n°12 sobre los derechos de los deficientes. En Argentina, la difusión de la idea de derechos fue intensa durante los dos primeros años del Gobierno peronista (1973-1975), pero muy limitada bajo las dictaduras. La propagación caótica de la idea de derechos se explica por la violencia estatal desplegada por la extrema derecha peronista (desde 1974) y luego por las autoridades militares, lo que llevó a las asociaciones a reducir considerablemente sus actividades. A lo largo de toda esta década, estos debates permanecieron confinados a círculos restringidos en la capital y en algunas ciudades provinciales.

De los tres países, España es el país donde la idea de los derechos de las personas discapacitadas se difundió con más rapidez e intensidad en una mayor extensión geográfica. Además, mientras que los debates sobre la inclusión de los derechos en la legislación implicaban a decenas de miles de personas en España y Brasil, en Argentina solo afectaban a varios cientos de personas.

En los tres países estudiados, el tema de la accesibilidad no apareció en el debate público hasta los años setenta, es decir, relativamente tarde en comparación con los países del espacio noratlántico. No obstante, se perciben grandes disparidades entre Argentina, Brasil y España en el grado y la temporalidad de la mediatización de este tema. Si bien se popularizó con bastante rapidez en España a partir de 1970, apenas se difundió en Argentina y Brasil hasta finales de los años setenta. En España, algunos dirigentes de la ANIC conocían las actividades desarrolladas por los países nórdicos en el campo de la accesibilidad arquitectónica ya en 1965, al haber asistido a los congresos de la FIMITIC. Sin embargo, estos dirigentes no iniciaron acciones en este campo hasta 1970. A partir de ese año, las políticas de accesibilidad organizadas en los países nórdicos y europeos fueron objeto de amplios artículos en revistas asociativas (*Auxilia*, *Boletín ANIC*, *En Marcha*, etc.) y administrativas (*Minusval*), así como de mesas redondas en congresos nacionales sobre rehabilitación. Este tema fue muy debatido en las asambleas nacionales que reunían a las asociaciones de personas discapacitadas a partir de 1976.

En Argentina y Brasil, esta problemática solo se introdujo en el debate público a través de breves notas de unas diez líneas en revistas asociativas hasta finales de los años setenta. Solo unos pocos especialistas en rehabilitación y algunos líderes asociativos conocían el tema en profundidad. En Brasil, los dirigentes del Clube dos Paraplégicos de São Paulo (CPSP) exigieron, sin embargo, medidas de accesibilidad ya en 1971: pidieron la instalación de rampas en todos los edificios públicos y privados mediante la modificación del código de urbanismo.⁴ El conocimiento de esta problemática venía de su integración en las redes internacionales de deportes paralímpicos. No obstante, el tema de la accesibilidad se mantuvo relativamente al margen hasta 1977. Durante ese año, algunos grupos de la Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes discutieron de sus problemas de movilidad debido a las escaleras y el consejero nacional de la Fraternidade, Vicente Masip, denunció la ausencia de rampas en calles y edificios públicos, así como la ausencia de señales para los ciegos, en su libro *A encruzilhada do doente* (Masip, 1977, p. 34). Posteriormente, otras asociaciones (AACD, Lar Escola São Francisco, etc.) se movilizaron a favor de la accesibilidad. En 1978, el derecho de acceso a los edificios y lugares públicos se consagró en la Enmienda Constitucional n°12 (1978) y, por tanto, comenzó a ser mediatizado. En Argentina, este tema se mantuvo relativamente al margen hasta 1981. A diferencia de España y Brasil, el tema apenas se discutió en las reuniones de las asociaciones y no fue objeto de conferencias. Tan solo algunos dirigentes asociativos y especialistas en rehabilitación se interesaron por este problema. ALPI recibió documentación sobre el tema de la ISRD y sus líderes presentaron un proyecto sobre accesibilidad a los espacios públicos y de trabajo ante la comisión encargada de estudiar un anteproyecto de código de construcción (*Noticias de Deportes para Lisiados*, julio de 1973). En diciembre de 1970, especialistas argentinos en rehabilitación aprobaron una recomendación en las

⁴ ACPSP, artículos de prensa. Com nova sede, paraplégicos vão pleitear apoio do poder público, *A Gazeta Esportiva*, San Pablo, 1971.

Primeras Jornadas Nacionales sobre Rehabilitación que preveía que las escuelas de arquitectura tomaran en cuenta las cuestiones de accesibilidad en sus proyectos de construcción (SNR, 1970, p. 46).

En los tres países, los mismos actores participaron en la defensa del derecho a la accesibilidad: representantes de asociaciones administradoras (ALPI en Argentina, AACD en Brasil, Federación de Entidades Colaboradoras con el Minusválido, ECOM, en España), arquitectos y líderes de asociaciones de personas discapacitadas físicas. Los líderes de las asociaciones españolas recibían información tanto de la FIMITIC como de la ISRD y de algunas organizaciones europeas, mientras que la información recibida por las asociaciones brasileñas y argentinas provenía principalmente de la ISRD. Esto explica probablemente las diferencias en las referencias utilizadas para legitimar sus reivindicaciones. De hecho, los representantes asociativos españoles mencionaban casi exclusivamente los avances arquitectónicos y tecnológicos de los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia) y de otros países europeos (Francia, Reino Unido), mientras que los brasileños y argentinos mencionaban más las experiencias de Estados Unidos y Canadá.

En los tres países estudiados, algunos derechos proclamados por los actores nórdicos a nivel internacional no fueron defendidos a nivel nacional. Ciertamente, los representantes asociativos españoles, argentinos y brasileños fueron muy reacios a aceptar la libertad sexual concedida a los deficientes mentales en los países nórdicos. En Brasil, el líder de FENAPAES admitió que dejar completa libertad sexual a los deficientes mentales, siguiendo el ejemplo de los países nórdicos, sería una solución bastante adecuada. Pero las normas sociales vigentes se oponían a ello, ya que la denominada “gente normal” todavía no disfrutaba de esa libertad. Esta medida “llevaría a la adopción de conductas irregulares respecto a los modelos vigentes” (*Mensagem da APAE*, noviembre de 1974, p. 53). En España, el Padre José Ignacio Eguía Careaga difundió varios artículos sobre sexualidad, que promovían la orientación de los deficientes mentales hacia la aceptación del celibato y condenaban la homosexualidad, sobre la

posibilidad del celibato eclesiástico dentro de congregaciones abiertas o sobre el matrimonio cristiano. En la revista *Servicio Informativo* que dirigía José Eguía se publicaban las posiciones del filósofo católico Jean Vanier sobre el tema, profundamente influenciado por la doctrina religiosa. Jean Vanier defendía la heterosexualidad y consideraba que algunos deficientes mentales podían tener la madurez emocional, moral y espiritual para casarse.⁵ Sin embargo, esta posibilidad solo se contemplaba para aquellos que pudieran asumir la responsabilidad del matrimonio, del hogar y de los hijos, sin correr el riesgo de transmitir enfermedades hereditarias. Los cristianos debían entonces ayudar a estos deficientes mentales a educar a sus hijos. A aquellos que no pudieran asumir estas responsabilidades, se les debía garantizar un ambiente de vida donde pudieran realizarse creando lazos de amistad, momentos para compartir y de intensa alegría, evitando a toda costa que la felicidad fuera asimilada a la vida conyugal. Para ello, era necesario rehabilitar el celibato, mediante la presencia de adultos solteros felices (educadores, trabajadores sociales, etc.) entre ellos. También era necesario facilitar el acceso a la espiritualidad y proponer el celibato eclesiástico a quienes sintieran esa vocación. Jean Vanier condenaba la masturbación y las clases de educación sexual impartidas por adultos.

La idea del derecho a la libertad sexual para los deficientes mentales, tal como se concebía en los países nórdicos, fue ampliamente rechazada en los tres países en favor de la defensa del derecho a la afectividad para los deficientes mentales y del derecho al amor espiritual y fraterno. La defensa del derecho al amor carnal fue muy marginal. Las relaciones sexuales solo eran toleradas en el marco del matrimonio heterosexual cristiano. Aunque algunos líderes asociativos aceptaban la posibilidad del matrimonio para los deficientes mentales leves que eran conscientes de sus actos, todos los actores excluían a un gran número de deficientes mentales de este derecho y,

⁵ Sexualidad y afectividad en los deficientes mentales, *Servicio Informativo*, Secretariado de Educación Especial, Madrid, 1 abril de 1968, pp. 9-20.

por lo tanto, del derecho a una sexualidad. En los tres países, la mayoría de los actores compartían una cultura moral hostil a los métodos anticonceptivos, a la esterilización, a las prácticas homosexuales y a la masturbación. El hecho de que estas sociedades solo contemplaran una ligera modificación de las prohibiciones y prescripciones sexuales para los deficientes mentales daba cuenta de la imposición de cierta representación religiosa de la pareja y de la naturaleza y, por tanto, de la ausencia de laicización de las normas jurídicas y sociales. De hecho, como ha demostrado Nathalie Rubel, la libertad sexual y la igualdad de las sexualidades son criterios pertinentes para juzgar la laicidad de las normas jurídicas. Según ella: “El ámbito privado es la vara de medir para evaluar mejor [la plena realización de la división de los ámbitos público y privado]” (Rubel, 2009).

La implicación de las Iglesias brasileña y española en la promoción de los derechos

Hasta principios de los años setenta en España y durante esta década en Argentina, las jerarquías católicas apoyaron las dictaduras establecidas y no participaron en los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas. Por el contrario, la mayoría de la jerarquía católica brasileña adoptó una posición progresista y se opuso a la dictadura. Los obispos más progresistas, fervientes defensores de la teología de la liberación –que implicaba una opción preferencial de la Iglesia por los pobres–, defendían, desde finales de los años setenta, los derechos de las personas discapacitadas. Durante el Año Internacional de los Impedidos (1981), el Consejo Nacional de Obispos de Brasil (CNBB) apoyó oficialmente la causa de los derechos de las personas discapacitadas como parte de la campaña de la CNBB denominada “Salud para todos”. En enero de 1981, el cardenal Paulo Evaristo Arns, de São Paulo, hizo un llamamiento a la Iglesia para que apoyara a las personas discapacitadas con el fin de obtener la

aplicación de la Enmienda Constitucional nº12 adoptada en 1978,⁶ pero les atribuía un estatus específico en el seno de la Iglesia, asimilándolas al Cristo sufriente y redentor.

En España, una actitud disidente hacia la alta jerarquía católica que defendía el nacionalcatolicismo surgió a principios de los años sesenta en los círculos del catolicismo social y en ciertas sociedades con fuertes identidades culturales (vasca, catalana) (Tusell, 2005, p. 212). La difusión de las ideas del Concilio Vaticano II y el nombramiento de nuevos obispos por parte del Vaticano contribuyeron a un cambio gradual de mentalidad en la jerarquía católica a finales de los años sesenta, hasta el punto de que los obispos se pronunciaron en 1974 por una profunda evolución de las instituciones españolas para garantizar los derechos fundamentales de los ciudadanos. Desde finales de los años sesenta, algunas franjas progresistas del clero apoyaban las luchas de los mutilados de guerra republicanos por el reconocimiento de sus derechos, así como la causa de los deficientes mentales. El apoyo del clero a los mutilados de guerra y a los deficientes mentales se expresó a través de la predicación pública y por su apoyo en la negociación política. El obispo de San Sebastián, Monseñor Jacinto Argaya Goicoechea, envió una carta al ministro del Interior en apoyo a la solicitud de legalización de la LMIGE (Vega, 1981, p. 64). Muchos obispos apoyaron la causa de los deficientes mentales, ya que la Comisión Episcopal acordó en 1967 crear un secretariado especializado dedicado a la educación espiritual de los subnormales. La creación de este secretariado fue el resultado de la fuerte movilización del sacerdote catalán José Ignacio Eguía Careaga, director del Patronato San Miguel de San Sebastián (*Boletín de la FEAPS*, octubre de 1967).

Cuando adoptaban una línea progresista, las iglesias podían convertirse en vector para la emancipación individual y colectiva. No obstante, cuando los grupos religiosos defendían los derechos de

⁶ Arquivo da Fundação Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro. *O São Paulo*, San Pablo, 30 de enero al 5 de febrero de 1981).

las personas discapacitadas, generalmente se mostraban reacios a cuestionar la caridad, ya que la consideraban como una forma de fraternidad. Esta voluntad de mantener la idea de caridad como elemento superior a los derechos se manifestó sobre todo en España (en las asociaciones FRATER, Auxilia y ANIC) y, de forma más marginal, en Argentina. En Brasil, los líderes religiosos promovían enérgicamente los derechos de las personas discapacitadas, sin asociarlos a la caridad.

La implicación variable de las iglesias en la defensa de los derechos de las personas discapacitadas puede verificarse al analizar la posición relativa de las asociaciones cristianas de personas discapacitadas afiliadas a una misma organización internacional, la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Discapacitados.

En España, mientras que muchos grupos provinciales de la Fraternidad centraban sus discusiones en el sufrimiento y el mensaje de Dios, algunos grupos evolucionaron a mediados de los años setenta hacia una línea más progresista, adhiriendo a la doctrina social del Concilio Vaticano II. Estos últimos comenzaron entonces a debatir sobre los derechos de los discapacitados en las reuniones y a defenderlos durante las manifestaciones callejeras.

En Argentina, el movimiento de la Fraternidad empezó a funcionar de manera autónoma a principios de 1973. El sacerdote Marcos Pizzariello entregó a algunos enfermos un librito titulado *La radio junto a tu cama*, escrito por el primer asesor de la Fraternidad en Perú, Manuel Duato (*Quitapenas*, marzo de 1980). Tras la lectura de este librito, muchos enfermos decidieron crear su propio grupo de la Fraternidad en la capital. Rápidamente se fundaron cuatro grupos. Estos grupos de la Fraternidad gozaron de una libertad para el debate bastante amplia durante el intervalo democrático (1973-1975). Eran conscientes de los avances legislativos recientes en materia de empleo y los derechos constituían un tema de debate habitual. El golpe militar de 1976 provocó un estancamiento relativo del movimiento asociativo y una reorientación de las actividades en torno a la espiritualidad. La Fraternidad argentina estaba controlada por

un sacerdote auxiliar ultraconservador, José Kuschniak. A mediados de los años ochenta, durante sus intercambios, las personas discapacitadas interpretaban su experiencia únicamente a partir de los Evangelios, en particular para determinar si la discapacidad era un don de Dios o un castigo.⁷

En Brasil, los primeros grupos de la Fraternidad fueron fundados en 1972 en Rio Grande do Sul por un joven jesuita español, Vicente Masip, que había visitado previamente a grupos de la Fraternidad en Perú. Durante los primeros años, este sacerdote mantuvo una orientación principalmente espiritual de las actividades de la asociación. En 1973, Vicente Masip fue nombrado delegado de la Fraternidad para América Latina. Sus viajes a otras regiones de Brasil (en particular a Recife desde el verano de 1973-1974) y a otros países de América Latina (Perú, Colombia) lo fueron sensibilizando poco a poco con la diversidad religiosa y con una realidad social muy desigual. En 1975, los cursos de formación para los responsables de la Fraternidad que recibió del Perú le parecieron una simple copia del modelo europeo.⁸ Así pues, los modificó teniendo en cuenta la realidad social y la diversidad religiosa brasileña (macumba, batuque, etc.).

Desde 1975, las Fraternidades de Brasil, Argentina y España mantuvieron muchos contactos. En julio de 1975, Luiz Itamar Jaines y Vicente Masip viajaron a Buenos Aires para conocer la Fraternidad argentina. Se quedaron impresionados por la capacidad de liderazgo de la mayoría de los dirigentes argentinos de la Fraternidad y por la legislación social tan avanzada en materia de empleo y de automóviles adaptados (Jaines y Schuck, 1982, p. 48). Dos años más tarde, en julio de 1977, los miembros de la Fraternidad brasileña comenzaron a debatir sobre los problemas a los que se enfrentaban los deficientes físicos en la Asamblea Nacional celebrada en Porto Alegre (Jaines y Schuck, 1982, p. 70). Luego se discutió de los avances legislativos en

⁷ Entrevista con Isaura Helena Pozzatti realizada por el *Projeto Banco de Memórias da Inclusão*. Transcrito en Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011, p. 263.

⁸ Arquivo da Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes [AFCD], correspondencia recibida Masip 1975. Carta de V. Masip para Carmen, 1975 (sin fecha).

Argentina y España sobre la discapacidad y se decidió ampliar los objetivos del movimiento para incluir la mejora de la legislación y la conquista de nuevos derechos para los deficientes (accesibilidad, empleo). En las siguientes reuniones, los discursos hicieron hincapié tanto en los derechos del deficiente físico como en sus deberes para con su familia y la sociedad. Durante este periodo, el consejero nacional Vicente Masip se convirtió progresivamente a la teología de la liberación, tras haber observado las desigualdades sociales tan extremas en el nordeste de Brasil y haber conocido a muchos sacerdotes y obispos implicados en esta teología emancipatoria (especialmente a Hélder Câmara). En 1979, la Fraternidad adoptó finalmente el principio de la teología de la liberación. Ese año, Vicente Masip afirmó que la FCD constituía a partir de entonces “un grupo comprometido, preocupado por la marginación del enfermo, que [tenía] la voluntad de participar en el proceso de liberación de los pobres de Brasil” (*Cartas Abiertas*, 1979).

En 1981, la Fraternidad brasileña estaba compuesta por un centenar de grupos dispersos por todos los Estados, la gran mayoría de los cuales adhirieron a la teología de la liberación. Al asimilar el grupo de personas discapacitadas a una minoría marginada por un sistema económico y político injusto, los líderes de la Fraternidad proclamaron su solidaridad con todos los demás grupos marginados (indios, negros, obreros, mujeres, homosexuales, prostitutas, *favelados*). A diferencia de la Fraternidad española, que solo acogía a católicos, la fraternidad brasileña era ecuménica.

Debido a sus distintas orientaciones, la Fraternidad brasileña estuvo muy involucrada en los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas, mientras que este no fue el caso de la Fraternidad argentina. En enero de 1980, la primera asamblea latinoamericana de la Fraternidad Cristiana de Enfermos adoptó decisiones que tendían a armonizar la orientación de las distintas fraternidades nacionales en torno al referente brasileño: la fraternidad latinoamericana optó preferentemente por los enfermos más pobres de

América Latina, sin excluir a los ricos de buena voluntad.⁹ Además, los líderes latinoamericanos decidieron organizar manifestaciones públicas coordinadas a nivel latinoamericano el 7 de abril de 1981.

La presión de las asociaciones para que se aprobase una ley sobre la protección integral de las personas discapacitadas

Desde 1967, las asambleas parlamentarias de varios países occidentales aprobaron leyes para la protección integral de los deficientes mentales (que abarcaban aspectos educativos, profesionales e institucionales). El país pionero en este campo era Suecia. El 15 de diciembre de 1967, aprobó una ley sobre la prestación de servicios a las personas con retraso mental,¹⁰ que podía asimilarse a un estatuto de los derechos de los deficientes mentales. A mediados de los años setenta, también se adoptó en muchos países una legislación para la protección integral de las personas discapacitadas, en particular en Francia (1975).¹¹

En los tres países estudiados, las asociaciones (incluidas las asociaciones de padres de niños deficientes mentales) tomaron medidas a partir de 1967 para garantizar que los Gobiernos adoptaran leyes de protección integral de los deficientes mentales, de los ciegos o de todas las personas discapacitadas. Desarrollaron su acción reivindicativa con cautela en el contexto de las dictaduras, donde la mayor parte del poder legislativo se concentraba en manos de dictadores o juntas militares. En Argentina, no existía ninguna forma de parlamentarismo bajo las dictaduras, lo que no era el caso de Brasil, donde los sucesivos gobiernos militares hicieron concesiones limitadas a la democracia representativa, permitiendo la existencia de una Cámara de Diputados y de un Senado Federal que trabajaban

⁹ AFCD, Caixa I Encontro Internacional Area III. Documento, I Asamblea Latinoamericana de la Fraternidad Cristiana de Enfermos, Lima, Perú, 20-30 de enero de 1980.

¹⁰ Svensk Forfattningssamling 1967, n°940, 31 de enero de 1968.

¹¹ Loi n°75-534, du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

bajo control. En Argentina, de 1976 a 1983, la elaboración de las leyes era teóricamente responsabilidad de la Comisión de Asesoramiento Legislativo (CAL), integrada por tres representantes de cada una de las Fuerzas Armadas, siguiendo fielmente las instrucciones de su comandante. La CAL solo emitía una opinión sobre los proyectos de ley y la Junta Militar decidía sobre su contenido (Novaro y Palermo, 2006, p. 48). En España, el poder legislativo estaba principalmente en manos de Francisco Franco y, en menor medida en las Cortes, una cámara dócil con poderes consultivos y deliberativos restablecida en 1942. Las asambleas parlamentarias de España y Brasil constituían foros de debates encorsetados y relativamente inofensivos. Para los dictadores de estos países, la decisión de adoptar una legislación sobre los derechos de las personas discapacitadas resultaba compleja en la medida en que se sopesaban los beneficios sociales para las personas discapacitadas con unos beneficios políticos para el régimen y unos costos económicos significativos.

En Brasil, la Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (FENAPAES) había intentado en varias ocasiones, desde finales de los años sesenta, que se aprobara una ley sobre la protección del menor *excepcional*, de conformidad con lo que preveía el párrafo 4 del artículo 145 de la entonces Constitución Federal. En octubre de 1967, los diputados organizaron una comisión parlamentaria especializada para redactar un proyecto de ley sobre el menor *excepcional*. Esta comisión consultó a numerosos especialistas y asociaciones. A continuación, aprobó por unanimidad un anteproyecto de ley muy completo que incluía medidas relativas a la educación, la rehabilitación y el acceso al trabajo.¹² Pero el anteproyecto fue abandonado, porque la aprobación del *Ato Institucional* n°5 conllevó el cierre del Congreso.

¹² ACD, Seção SEDOL, CE (O8) 1967, caja 1. Comissão especial para elaborar projeto de lei que atualize a legislação pertinente ao menor excepcional, Ata da 21ª reunião, 28 de noviembre de 1968.

A finales de los años setenta, la expresión de las reivindicaciones de personas discapacitadas en la Cámara de Diputados se vio facilitada por la presencia de un diputado en silla de ruedas originario del Estado de Pernambuco, Thales Ramalho, que también era secretario general del partido de la oposición, el *Movimento Democrático Brasileiro*. A principios de agosto de 1978, defendió una enmienda constitucional destinada a garantizar a los deficientes la mejora de su condición social y económica (a través de una educación especializada y gratuita, el acceso a la rehabilitación física y profesional, la posibilidad de acceso a los edificios públicos). Con un fuerte apoyo político, esta propuesta de enmienda fue adoptada en octubre de 1978 como Enmienda Constitucional n°12.

En junio de 1981, durante el Año Internacional de los Impedidos, se creó una comisión parlamentaria especializada para sintetizar en un solo proyecto de ley las distintas propuestas legislativas en favor de las personas discapacitadas. Thales Ramalho fue nombrado ponente general de esta comisión. Los parlamentarios llevaron a cabo una amplia consulta con ministerios, asociaciones, profesionales y personas discapacitadas para preparar un anteproyecto de ley. Los líderes de las instituciones gestoras (AACD, FENAPAES, Sociedad Pestalozzi) insistieron en la necesidad de obtener una financiación pública estable y suficiente para garantizar la sostenibilidad de sus servicios.¹³ Las asociaciones de personas discapacitadas centraron sus demandas en la accesibilidad, la integración profesional y la protección social. Por último, se redactó un proyecto de ley sobre los derechos de las personas discapacitadas. Fue aprobado por la Cámara de Diputados en diciembre de 1981, pero estuvo circulando durante varios años entre las comisiones del Senado antes de ser finalmente rechazado en 1989. Además, en 1981, la presidenta de la Comisión Nacional del Año Internacional de los Impedidos (AII), Helena

¹³ ACD, Seção SEDOL, Fundo CE (01) 1981, caja 1. Carta, Rio de Janeiro, 21 de setembro de 1981, Lizair de Moraes Guarino ao Deputado Roberto Carvalho, Presidente da Comissão especial.

Figueiredo, se pronunció en contra de la idea de adoptar una ley específica para los deficientes: “porque, como la filosofía de la campaña [del AII] es la integración, las leyes específicas pueden conducir a la formación de grupos sujetos a la segregación”.¹⁴

A lo largo de la dictadura, la gran mayoría de los proyectos de ley fueron abandonados porque no se incluyeron en la agenda de los debates del Congreso Nacional. La única norma aprobada en aquella época por las cámaras fue una ley iniciada por el presidente de la República sobre la indemnización de las víctimas de la talidomida tras una fuerte presión por parte de las asociaciones involucradas.¹⁵ Las organizaciones brasileñas nunca lograron obtener la adopción de una ley que garantizara todos los derechos de las personas discapacitadas. Solo durante la transición a la democracia se cumplió esta expectativa, con la adopción de la *Lei nº7.853 de apoio às pessoas portadoras de deficiência* en 1989.

En Argentina, los dirigentes de la Federación Argentina de Entidades pro Atención al Disminuido Mental (FENDIM) mostraron interés por la idea de una legislación específica sobre los disminuidos mentales a partir de noviembre de 1971. En 1972, intentaron convencer a algunas administraciones para que tomaran esta vía, pero no lo lograron.¹⁶ Después de la reapertura del Congreso de la Nación, se reunieron con miembros de una comisión del Senado que estaba preparando un proyecto de ley sobre el empleo de las personas discapacitadas (Ley Comisión Nacional del Discapacitado). Los padres de los niños deficientes mentales informaron entonces a los senadores de su deseo de obtener una ley de protección integral que organizara la prevención, la detección precoz de la discapacidad, la atención médica, la educación y la orientación profesional de sus hijos. A pesar

¹⁴ ACD, Seção SEDOL, Fundo CE (01) 1981, caja 2. “Campanha destaca direito a participação”, *Jornal de Brasília*, Brasília, 19 de abril de 1981.

¹⁵ Lei nº7.070, de 20 de dezembro de 1982. Pensão especial aos deficientes físicos portadores de Síndrome de Talidomida.

¹⁶ Archivo de la Federación argentina de entidades de atención a los disminuidos mentales [AFENDIM], Actas I. Acta de la reunión de la comisión directiva de FENDIM nº2, Buenos Aires, 30 de marzo de 1972.

del interés mostrado por algunos parlamentarios, sus reivindicaciones no fueron satisfechas, ya que las demás asociaciones temían que la consideración inmediata de un proyecto de ley de protección integral de las personas discapacitadas retrasara la aprobación de una ley sobre el empleo de las personas discapacitadas, la Ley Comisión Nacional del Discapacitado (Ley n° 20.923).

A raíz de esta negativa, la FENDIM tomó la iniciativa de preparar las bases de una ley de protección integral de las personas discapacitadas con determinados parlamentarios. El Senador Américo García convenció entonces al ministro de Salud Pública para que convocara un comité oficial para redactar un proyecto de ley que sería después presentada al Parlamento. Este comité elaboró un anteproyecto de ley que circuló entre los ministerios pertinentes y que luego fue estudiado por las comisiones del Senado. Todavía estaba en fase de estudio por la Comisión de Salud del Senado en marzo de 1976, cuando este proyecto de ley fue enterrado al instaurarse la dictadura. Pero a partir de octubre de 1976, los dirigentes de la FENDIM negociaron con los líderes de la dictadura para obtener la aprobación de un proyecto de legislación integral de reconocimiento de derechos y obligaciones de personas discapacitadas.¹⁷ La FENDIM logró dialogar con los miembros de la Junta Militar gracias a la cercanía de su líder, el coronel retirado Juan López, con el general Videla. Pero el proceso de negociación tardaba en concretarse. En 1980, el proyecto de ley seguía en los cajones de la administración a la espera de que se tomara una decisión. Ese año, la directora del Servicio Nacional de Rehabilitación, Alicia Amate de Esquivel, se convirtió en vicepresidenta del Comité Internacional para la Preparación del Año Internacional de los Impedidos. 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

¹⁷ AFENDIM, Buenos Aires. Caja Antecedentes de la ley 22.431. Copia de una carta de FENDIM al General Videla, presidente de la Nación, Buenos Aires, octubre de 1976.

las personas discapacitadas. Se preparó uno nuevo, diferente al que defendía inicialmente la FENDIM.

Finalmente, el general Videla aceptó el proyecto de ley propuesto por Alicia Amate y firmó la Ley n°22.431 sobre la protección integral de las personas discapacitadas el 16 de marzo de 1981, pocos días antes de dejar el poder. Esta decisión se explica en parte por la particular sensibilidad del general Videla hacia la discapacidad, ya que tuvo un hijo con una deficiencia intelectual muy grave, que murió joven. La adopción de esta ley era también una forma de afirmar el respeto de los derechos humanos en un contexto de dictadura, presentando así a la Argentina como una nación avanzada en esta materia. El general Videla se felicitó ante la prensa por firmar una legislación que “[colocaba] a [su] país en un punto de avanzada en lo que [atañía] al tratamiento de la discapacidad en todo el mundo” (*FENDIM*, julio-septiembre de 1981). Mantener el Estado de Bienestar –o, al menos, dar a los ciudadanos la impresión de ello– parecía esencial para las autoridades militares a fin de evitar el resurgimiento de la oposición y su consolidación (Devoto y Fausto, 2008, p. 392).

En España, desde mayo de 1967, la FEAPS trabajó en la redacción de un estatuto del deficiente mental, que determinaría sus derechos económicos, sociales y legales (*Boletín de la FEAPS*, octubre de 1967). Pocos meses después, la FEAPS remitió a la Dirección General de Política Interior y Asistencia Social su propuesta de anteproyecto de Estatuto del Subnormal. En el primer trimestre de 1968, esta administración preparó la redacción de una ley sobre la protección social de los subnormales, que incluía un estatuto para ellos, la creación de una obra nacional pro subnormal y un fondo de financiación específico (*Boletín de la FEAPS*, 1968, pp. 20-22). A continuación, el proyecto de ley fue sometido al estudio de la Secretaría General de la Presidencia del Gobierno. La FEAPS presentó sus propuestas de mejora del proyecto a la Secretaría de Estado, pero finalmente fue rechazado en una reunión celebrada el 15 de julio de 1969 en la Presidencia del Gobierno, en presencia de representantes de distintos departamentos ministeriales, representantes de la FEAPS y de la Comisión

Episcopal de Educación Especial.¹⁸ Durante las negociaciones, el proyecto de ley debió haber parecido demasiado ambicioso y, sobre todo, demasiado costoso. Es probable que cada dirección administrativa prefiriera legislar por cuenta propia para limitar y controlar mejor los costes generados por la aplicación de una política pública de este tipo. Posteriormente, la FEAPS continuó movilizándose para obtener una legislación que protegiera a los deficientes mentales, sin conseguirlo durante la dictadura.

A partir de 1975, varias asociaciones (FEAPS, FRATER, etc.) reivindicaron con insistencia la aprobación de una legislación de protección integral. Desde junio de 1977, Ramón Trías Fargas, diputado de la coalición del Pacto Democrático por Cataluña, se unió a las asociaciones del sector para conseguir la aprobación de una ley de protección integral en el recién elegido Congreso. En noviembre de 1977, se constituyó una comisión especializada para estudiar los problemas de los disminuidos físicos y mentales. Representantes de asociaciones y profesionales del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM) participaron en la redacción de un anteproyecto de ley, que se estuvo debatiendo durante varios años en comisiones y luego en sesión plenaria. El Congreso aprobó finalmente la Ley de Integración Social del Minusválido (LIS-MI) el 23 de marzo de 1982.¹⁹

Mientras tanto, en la nueva Constitución española, aprobada por las Cortes el 31 de octubre de 1978 y aprobada por referéndum popular el 6 de diciembre de 1978, se incluía un artículo (art. 49) que obligaba a las autoridades a llevar a cabo “una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psicológicos”.

En los tres países estudiados no se adoptó ninguna legislación para la protección integral de los deficientes mentales durante este

¹⁸ Archivo de la Federación española de asociaciones pro subnormales [AFEAPS], Actas II. Acta de la reunión de la junta directiva de la FEAPS n°40, Madrid, 14 de septiembre de 1969.

¹⁹ Sobre el contenido de la ley, léase Muñoz Machado y Verdugo Alonso (1993).

periodo. En Brasil y España, los derechos de las personas discapacitadas fueron consagrados en las constituciones nacionales. A principios de los años ochenta se aprobó una ley sobre la protección integral de las personas discapacitadas en la Argentina (1981) y en España (1982), lo que no ocurrió en Brasil. A diferencia de la ley española, la ley argentina carecía de legitimidad democrática porque fue adoptada arbitrariamente por un dictador, a pesar de haber sido sometida a consulta de la sociedad civil. Además, había ciertos aspectos clientelistas en beneficio de FENDIM y de empresas privadas. No obstante, una vez adoptada, esta Ley n°22.431 perdió su carácter clientelar y se convirtió en una medida favorable (Chavrier, 2009, p. 295).

La imposible aprobación de una legalidad cosmopolita subalterna

Como ya se ha visto, la Recomendación n°99 sobre la adaptación y readaptación de los inválidos, adoptada por la OIT en 1955, devaluaba implícitamente la idea del empleo obligatorio en las empresas privadas. Promovía la colocación selectiva de trabajadores discapacitados cualificados en empresas y administraciones privadas, así como la colocación de otros trabajadores discapacitados poco competitivos o desempleados en talleres protegidos. Estos principios liberales en el ámbito del empleo continuaron prevaleciendo a nivel internacional durante el periodo 1968-1983, aunque la OIT promovía entonces con más fuerza las cooperativas y la formación profesional simplificada en las zonas rurales.

A finales de los años sesenta, de los tres países estudiados, solo Brasil ya había adoptado una medida que determinaba la obligación legal de emplear a personas discapacitadas rehabilitadas (en la *Lei Orgânica da Previdência Social*), pero esta medida no se aplicó debido a la ausencia de reglamentación.

Durante los años setenta, todas las asociaciones de personas discapacitadas no compartían la misma opinión sobre la obligación legal de empleo. En España y Argentina, las asociaciones más

dinámicas (ANIC en España, la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado en Argentina) reclamaban una legislación que impusiera una cuota para el empleo de personas discapacitadas en empresas públicas y privadas, lo que no ocurría en Brasil, donde en octubre de 1980 se alcanzó un consenso entre las asociaciones de personas discapacitadas contra la hipótesis coercitiva. Cuando se movilizaban para imponer a las empresas privadas la contratación de una cuota de personas discapacitadas rehabilitadas (sin ninguna exención fiscal y bajo la amenaza de fuertes sanciones financieras), las asociaciones querían conquistar 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 (Santos y Rodríguez-Garavito, 2005, p. 1-27).

En Argentina, a finales de los años sesenta, el acceso al empleo constituía un tema delicado, controvertido, porque las autoridades administrativas y las organizaciones patronales rechazaban la hipótesis de la obligación legal de empleo para las empresas privadas, mientras que un buen número de personas rehabilitadas querían someterlo a debate. Desde 1967, Gino Andrés Valeri venía reclamando “una ley de fondo: OBLIGATORIEDAD EMPRESARIA DE OFRECER TRABAJO AL LISIADO [sic]” (*Revista del Club Marcelo J. Fitte*, abril de 1967). Unos años después, para un número creciente de personas discapacitadas y profesionales, la obligación de empleo se convertía en la única solución global al problema del empleo. En 1974, las asociaciones agrupadas en la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado presionaron a los parlamentarios para que introdujeran la obligación de emplear a personas discapacitadas (cuota del 4%) en las empresas privadas y las administraciones.

En España, la idea de una ley que obligara a las empresas y administraciones privadas a contratar a un determinado porcentaje de inválidos reapareció con fuerza a partir de 1968 en los discursos de los dirigentes de la ANIC. Para legitimar esta propuesta, el presidente de la ANIC de Las Palmas de Gran Canaria, Fernando Falcón Díaz, se refirió a la política de colocación obligatoria de los mutilados de

guerra en las empresas privadas y en las administraciones desarrollada por el Estado franquista al final de la guerra civil (*Valgo. Revista de la ANIC*, septiembre de 1968), mientras que otros dirigentes se apoyaron en el ejemplo de la ley inglesa de marzo de 1944 que obligaba a las empresas con más de 20 empleados a contratar un 3% de inválidos. Otros inválidos, como Santiago Aguilar Carré, consideraron que una ley de este tipo sería humillante para los inválidos (*Boletín Informativo ANIC*, cuarto trimestre de 1966).

En Brasil, a partir de 1977, algunas asociaciones exigían la aplicación de la Ley de 1960 que garantizaba hasta un 5% de los puestos de trabajo para los deficientes en las empresas, mientras que otras reclamaban una nueva legislación estableciendo una cuota más alta. Pero tres años más tarde, en un congreso celebrado en Brasilia en octubre de 1980, se llegó a un consenso entre las asociaciones de personas discapacitadas contra la idea de la obligación de empleo. De hecho, la tendencia a afirmar la igualdad de los derechos profesionales de las personas discapacitadas con respecto a otros trabajadores se fue haciendo con la mayoría en el transcurso de los debates. Mesias Tavares de Souza, presidente de las sesiones de trabajo durante el congreso, rechazaba la idea de una legislación coercitiva que él equiparaba a una medida de caridad: “No queremos un empleo como dádiva sino como reconocimiento de nuestra capacidad intelectual”.²⁰ Fuertemente influenciados por la posición de los Estados Unidos sobre el tema,²¹ la mayoría de los líderes de las asociaciones brasileñas consideraban que el sistema de cuotas era una medida caritativa, discriminatoria e innecesaria.

Cuando quisieron conquistar una legalidad cosmopolita subalterna, las asociaciones se enfrentaron a la oposición de los dirigentes

²⁰ ACD, CE (1) 1981, Caja 2. Deficiente quer transporte fácil, *Correio Braziliense*, Brasilia, 24 de octubre de 1980, p. 10.

²¹ Los expertos estadounidenses en rehabilitación (Walter Penrot, Janes Maclelland, James Jeffers) que visitaron Brasil en 1976 y 1978 contribuyeron en gran medida a la difusión del pensamiento liberal ortodoxo en el campo del empleo de las personas con discapacidad.

de los servicios nacionales de rehabilitación, de los representantes de los empleadores y de los expertos de la OIT. En los tres países, los responsables de los servicios nacionales de rehabilitación (SNR en Argentina, SEREM en España, INPS en Brasil) se alinearon gradualmente con la legalidad liberal en el ámbito del empleo de las personas discapacitadas. Dos factores contribuyeron a ello: la proximidad con los representantes de la patronal y la socialización con las normas de la OIT durante las conferencias internacionales o durante las visitas de expertos intergubernamentales. En los tres países, estos dirigentes administrativos promovían medidas legales que favorecían el acceso al empleo de las personas discapacitadas y eran compatibles con la legalidad liberal. Entre las medidas propuestas figuraban la eliminación de las medidas legislativas discriminatorias que prohibían el acceso a la función pública, la concesión de exenciones fiscales a los empresarios que empleaban a un determinado porcentaje de personas discapacitadas, la creación de una agencia de colocación selectiva, la financiación pública de las prácticas en las empresas privadas, el desarrollo de talleres protegidos, el desarrollo de cooperativas de trabajadores, el apoyo al trabajo a domicilio, etc.

Por otra parte, los representantes de los comercios e industrias consideraban que la obligación legal de contratar a personas discapacitadas rehabilitadas en las empresas privadas podía perjudicar el rendimiento industrial y sus beneficios. En Brasil, la Confederação Nacional da Industria y la Confederação Nacional do Comercio se opusieron a todos los proyectos de ley que establecían la obligación legal de empleo en empresas privadas presentados en el Congreso Nacional durante la dictadura. Por ejemplo, el senador Orestes Quêrcia presentó un proyecto de ley en 1980 (n°173) que preveía la reserva obligatoria de ciertos empleos para parapléjicos en empresas públicas y privadas, bajo pena de sanciones financieras disuasorias. En una carta con fecha de 23 de septiembre de 1980, el presidente de la Confederação Nacional da Industria informó al presidente del Senado de su rechazo del proyecto de ley. En particular, sostuvo que “la imposición 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”.²²

No obstante, algunas asociaciones de personas discapacitadas consiguieron convencer a las autoridades para que adoptaran medidas legislativas que obligaran a las empresas privadas y/o a las administraciones a emplear a un determinado porcentaje de personas discapacitadas durante la última fase del régimen franquista en España (1970) y durante el periodo peronista en Argentina (1974). En España, gracias al apoyo de las organizaciones falangistas (Frente de Juventudes, Organización Sindical Española), la ANIC consiguió que el Ministerio de Trabajo estudiara y aprobara un proyecto de ley sobre el empleo de discapacitados. El 22 de agosto de 1970, el Ministerio de Trabajo publicó el Decreto 2.531/70, que estipulaba que las empresas con más de 50 empleados estaban obligadas a reservar el 2% de los puestos de trabajo para personas discapacitadas rehabilitadas. El Ministerio también debía apoyar la creación y el mantenimiento de cooperativas, empresas asociativas y centros piloto de empleo para discapacitados. Este decreto dio esperanzas a los discapacitados, pero muy pronto volvieron a sumirse en el desencanto, porque la regulación del decreto –que debía determinar los puestos de trabajo reservados– llegó muy tarde y fue incompleta. En enero de 1972 se publicaron una serie de decretos que tenían como objetivo ratificar la obligación de reservar plazas para discapacitados en las empresas de refinería de petróleo, las industrias fotográficas, así como en el tratamiento, saneamiento y distribución de aguas.²³ Una medida publicada el 12 de enero de 1972 reguló los beneficios fiscales concedidos a las empresas con más del 2% de empleados discapacitados. Pero el Gobierno tardó en controlar las vacantes en las empresas y no estableció ningún sistema de penalización para las empresas que

²² Arquivo do Senado Federal [ASF], PL nº173/1980. Carta de Domicio Velloso da Silveira, presidente de la Confederação Nacional da Industria, al senador Luiz Viana Filho, presidente del Senado Federal, Río de Janeiro, 23 de septiembre de 1980.

²³ *Boletín Oficial de las Cortes Españolas*, Madrid, 1972, p. 29.996.

no cumplían con este porcentaje. En enero de 1974, el Ministerio de Trabajo emitió una circular que reservaba el 75% de los puestos vacantes en el cuerpo del personal subalterno de las instituciones de seguridad social y de las mutuas patronales de accidentes del trabajo para las personas discapacitadas y las personas de más de 40 años.

En Argentina, la movilización de la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado dio lugar en noviembre de 1973 a la presentación de un proyecto de ley que contenía sus ideas. Con el nombre de Comisión Nacional de Discapacitados, este proyecto exigía que las administraciones y las empresas públicas y privadas emplearan al menos a un 4% de personas discapacitadas en los puestos de trabajo existentes. También determinaba la creación de un organismo oficial responsable de sancionar con multas las infracciones a esta medida. Cuando se le consultó para que emitiera el dictamen del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) sobre este proyecto de ley, el abogado Víctor Walter Greppi se pronunció a favor de reservar puestos en las administraciones públicas, pero criticó la idea de una cuota en las empresas privadas,²⁴ sin éxito alguno. En septiembre de 1974, los parlamentarios aprobaron esta Ley 20.923, más conocida como Comisión Nacional de Discapacitados. Aunque la Ley exponía a las empresas privadas a una coerción, la contratación de trabajadores discapacitados, los intereses financieros de estas empresas fueron en gran medida preservados, ya que el 70% del salario pagado a los trabajadores discapacitados era deducible del impuesto sobre la renta. La legislación seguía con bastante fidelidad 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 reglamentada por el Gobierno constitucional peronista y fue cuestionada bajo la dictadura. La obligación de contratar a personas discapacitadas para las empresas privadas

²⁴ Archivo de la Biblioteca del Instituto de Rehabilitación y del Movimiento, Universidad Nacional de San Martín [ABUNSAM], Donación de María Rosa Guilligan. Dr. V. Greppi, Expediente n°2020-20739/73-8, 27 de diciembre de 1973.

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 mantenía la obligación de contratar únicamente para las empresas y las administraciones públicas. Aunque varias asociaciones de personas discapacitadas físicas y sensoriales habían abogado por el mantenimiento de la cuota del 4% en las administraciones públicas y en las empresas privadas, los debates para la preparación del proyecto llevaron al rechazo de la solución coercitiva para el sector privado. Para fundamentar esta decisión, los expertos jurídicos se basaron en la jurisprudencia que había declarado la inconstitucionalidad de la disposición 1804/58.²⁵ No obstante, la orientación política del régimen militar, que tendía a liberar a las empresas privadas de todas las obligaciones sociales hacia los trabajadores, influyó indudablemente en la decisión de eximir a las empresas privadas de la obligación de contratar a trabajadores rehabilitados.

En Brasil, una nueva Ley (n°5.890), aprobada en junio de 1973, suprimió la responsabilidad de las empresas vinculada a la protección social de contratar a un determinado porcentaje de personas discapacitadas rehabilitadas, mediante la modificación del texto del artículo 55 de la *Lei Orgânica de Previdência Social* (LOPS). Esta nueva fórmula del artículo 55 determinaba que el INPS era responsable de expedir un certificado de competencia profesional a cada asegurado rehabilitado, en el cual se definían todas las profesiones que este podía ejercer.²⁶ El objetivo oficial de esta enmienda era facilitar la integración de las personas rehabilitadas por el INPS en las empresas privadas.

Como la medida incluida en la LOPS concernía a un número restringido de beneficiarios y dada su aplicación limitada, los parlamentarios brasileños de la Aliança Renovadora Nacional y del

²⁵ Entrevista con Alicia Misa de Bustos Fierro, Buenos Aires, 13 de marzo de 2009.

²⁶ Lei n°5.890, de 8 de junho de 1973. Altera a legislação de previdência social e da outras previdências.

Movimento Democrático Brasileiro presentaron más de una docena de proyectos de ley sobre la obligación de empleo durante los años setenta. Cuando los proyectos de ley dictaban la incorporación de personas discapacitadas físicas en el servicio público federal, eran considerados inconstitucionales, porque el régimen jurídico del empleo público en la Unión Federal era de la competencia exclusiva del presidente de la República. Esta fue la conclusión a la que llegó la Comisión de Constitución y Justicia cuando emitió un dictamen sobre un proyecto de ley con este contenido.²⁷ Cuando los proyectos incluían algún artículo sobre el empleo obligatorio de una categoría de personas discapacitadas en las empresas privadas, eran rápidamente rechazados por los parlamentarios bajo la presión de las poderosas *Confederação Nacional da Industria* y *Confederação Nacional do Comercio*. Estos últimos incluso se negaron a hacerse cargo de los trabajadores lesionados rehabilitados porque temían su bajo rendimiento. Al ser consultado, el ministro de Trabajo, Murillo Macedo, se alineó con la posición de los representantes patronales y se negó a establecer normas vinculantes sobre la contratación de personas discapacitadas.²⁸

Las medidas de cuotas adoptadas en España (1970) y Argentina (octubre de 1974) no constituían legalidades cosmopolitas subalternas. En realidad, se ajustaban a una variante de la legalidad liberal sobre el empleo de las personas discapacitadas, ya que contenían medidas de exención fiscal y/o no contemplaban multas disuasorias en caso de infracción. La orientación económica liberal de las dictaduras argentina y brasileña condujo a un retroceso de la conquista social en Argentina (pérdida de la obligación de empleo en las empresas privadas) y a la imposibilidad de aprobar una legislación laboral coercitiva en Brasil.

²⁷ ACD, Seção SEDOL, Fundo 1975, caja 59, PL n°965/1975. Deputado Henrique Córdova, Parecer da comissão de constituição e justiça, 13 de octubre de 1976.

²⁸ ASF, PLC n°141 de 1977. Carta del Ministro do Trabalho Murillo Macedo al Senador Alexandre Costa, 23 de abril de 1979.

Bajo las dictaduras, las asociaciones tuvieron dificultades para obtener los favores de los regímenes. Estos últimos solo acordaron desarrollar políticas de prestación de servicios residuales y caritativos.

Políticas de prestación de servicios residuales, caritativos y simbólicos

Durante los años setenta, las políticas internacionales en materia de discapacidad otorgaron un papel central a la seguridad social y al Estado en la financiación, gestión y prestación de servicios de educación especial y rehabilitación, además de asignar a la familia y a la comunidad un papel fundamental en la rehabilitación y la integración social de la persona. Los especialistas en educación especial y rehabilitación que circulaban en las redes transnacionales militantes interiorizaron rápidamente estas normas. A continuación, exigieron la modificación de las políticas públicas en materia de discapacidad, hasta entonces fragmentadas y precarias, con el fin de garantizar a todas las personas discapacitadas el libre acceso a los servicios que necesitaban. Todos los actores de los tres países estudiados deseaban fortalecer el papel del Estado en la financiación y dirección de las políticas públicas, así como promover el papel de la familia nuclear en la educación. Sin embargo, no estaban de acuerdo sobre la necesidad de asignar la responsabilidad de la prestación de servicios al Estado o a instituciones privadas sin ánimo de lucro. El lugar preponderante que ocupaban algunas asociaciones privadas en las políticas públicas constituía entonces un obstáculo para una fuerte participación del Estado en la prestación de servicios.

En Argentina y Brasil, la presencia de dictaduras reacias a aplicar políticas sociales a gran escala y próximas a las empresas privadas transnacionales constituía un contexto desfavorable para una mayor participación del Estado en la financiación de los servicios para las personas discapacitadas. El contexto español era favorable

a la implicación del Estado en la financiación de los servicios para las personas discapacitadas, ya que la dictadura española emprendió programas de desarrollo económico y social durante los años sesenta.

El impacto moderado de la dinámica de dessectorización coyuntural

En los tres países, entre 1968 y 1983, las dinámicas internacionales (promoción de la idea de coordinación administrativa de las políticas sectoriales en materia de discapacidad a través de un órgano administrativo de alto nivel, igualación de los derechos de las distintas categorías de personas discapacitadas) condujeron al cuestionamiento de las características fundamentales de las políticas sectoriales previamente establecidas: asignación de derechos específicos a una subcategoría (ciegos, mutilados de guerra, etc.), así como la existencia de órganos administrativos responsables de llevar a cabo una política sectorial (rehabilitación, educación especializada, asistencia a los ciegos, etc.). Estas dinámicas indujeron, de hecho, una tendencia hacia la “dessectorización coyuntural” de los espacios de la rehabilitación, de la educación especial, así como de la asistencia a los ciegos y sordos, lo que colocaba a los actores involucrados en este proceso en una posición inestable y cambiante. Se enfrentaban a una coyuntura de fluidez política, caracterizada por la existencia de espacios sociales estructuralmente diferenciados y que generalmente sufrían una dessectorización coyuntural (Dobry, 2009). Los actores se encontraban en una situación de incertidumbre, porque se veían obligados a tener en cuenta las transformaciones coyunturales (en este caso, la coordinación de las políticas sectoriales de la discapacidad y la igualación de los derechos de las diferentes categorías), para elaborar su estrategia de acción, y a dejar de referirse solo a las lógicas sociales propias de su sector. Por tanto, las asociaciones implicadas en los diferentes sectores de la discapacidad eran cada vez más interdependientes. Durante esta coyuntura de fluidez política, algunos aspectos estabilizados de la realidad social, como las instituciones

administrativas, podían perder rápidamente su legitimidad. Según Michel Dobry:

La reducción de la autonomía de los sectores afectados por las movilizaciones multisectoriales [...] se refleja, en particular, en la eliminación visible de las fronteras sectoriales, la apertura de sus campos de competencia y las rupturas repentinas en las temporalidades o en los ritmos sectoriales (Dobry, 2009, p. 480).

En los tres países se observa, por tanto, un proceso de dessectorización coyuntural de las políticas sectoriales de la discapacidad durante el periodo 1968-1983. Algunos actores locales exigieron entonces con vehemencia la coordinación de las políticas sectoriales y se desarrollaron proyectos con este fin. Sin embargo, algunas asociaciones de ciegos y de padres de niños deficientes mentales seguían pidiendo la creación de un órgano interministerial dedicado específicamente a su problema (deficiencia mental, ceguera).

El impulso de una coordinación de las políticas públicas en materia de discapacidad surgió en diferentes sectores administrativos según los países. En Brasil, el Ministerio de Educación impulsó el comienzo de una unificación de las políticas públicas sobre discapacidad, mientras que en Argentina fue el sector de la rehabilitación el que desempeñó este papel. En España, primero el sector de la rehabilitación y luego el sector de la educación especial fueron los que intentaron coordinar las políticas públicas en materia de discapacidad.

En Brasil, la Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (FENAPAES) pidió la creación de una fundación privada para orientar la política pública de asistencia a las personas discapacitadas, la Fundação Nacional de Assistência ao Excepcional (*Mensagem da APAE*, enero-mayo de 1975, p. 30), siguiendo el modelo de la Joseph P. Kennedy Foundation de los Estados Unidos. En cambio, muchos especialistas en educación especial y en rehabilitación apoyaban la creación de una institución pública que coordinaría la asistencia a las personas discapacitadas. Entre 1968 y 1973, se crearon varios grupos de trabajo para estudiar las modalidades de una

intervención administrativa unificada para asistir a los *excepcionais*. En 1972, se creó un grupo de trabajo en el Ministerio de Educación para planificar la implementación de la nueva política de educación especial. Este grupo incluía a Sarah Couto César, entonces directora de la Campanha Nacional de Educação e Readaptação dos Deficientes Mentales (CADEME), y a Dorina de Gouvêa Nowill, directora de la Campanha Nacional de Educação dos Cegos (CNEC). Fue asesorado por expertos internacionales: Esko Kosunen (ONU), James J. Gallagher y David M. Jackson (US Agency for International Development) (Jannuzzi, 2004, p. 144). Los miembros de este grupo elaboraron 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 CNEC y la CADEME.²⁹ Pero, finalmente, en 1973, el Gobierno decidió mantener una distinción clara entre las políticas de rehabilitación y las de educación especial, creando el Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), que absorbió a la CNEC y la CADEME.³⁰ La creación del CENESP decepcionó a los dirigentes de la FENAPAES. Estos últimos siguieron haciendo campaña para la creación de una fundación privada coordinadora de las políticas de asistencia. Varios parlamentarios se pronunciaron a favor de esta reivindicación presentando proyectos de ley en este sentido a lo largo de los años setenta, sin éxito alguno. De hecho, otros parlamentarios sostenían que el modelo económico de la fundación privada no estaba adaptado al régimen y que el establecimiento de dicha fundación sería perjudicial para el desarrollo de los programas gubernamentales en curso.³¹ A pesar del poder social de la FENAPAES, las autoridades no aceptaron crear una fundación privada, porque temían que fuera demasiado

²⁹ Arquivo Nacional, sede Brasília, SEPLAN/MEC, caja 190. Grupo de trabalho, *Anteprojeto de regimento da coordenação nacional de educação especial e reabilitação*, 1972.

³⁰ Decreto nº72.425, 1973.

³¹ ASE, PLC nº60, de 1977. Voto do senador Helvidio Nunes, Da Comissão de Constituição e Justiça, sobre o projeto de Lei da Câmara nº60 de 1977, 24 de octubre de 1979.

independiente políticamente y que interfiriera en el desarrollo de las actividades del CENESP.

Desde mediados de los años setenta, el CENESP abogó por una mayor colaboración con otros ministerios e instituciones privadas de educación especial. En 1975, la Dra. Sarah Couto César apoyó el desarrollo de un plan nacional de asistencia a los *excepcionais*, que definiría a nivel federal las responsabilidades de los ministerios implicados en la atención a los *excepcionais* (Educación, Salud, Trabajo, Justicia, Asistencia Social) (*Mensagem da APAE*, junio-agosto de 1975, p. 26). Después de muchas diligencias, el CENESP logró en 1977 coordinar su acción con el Ministerio da Previdência e Assistência Social (MPAS).³² Estos dos organismos (CENESP-MPAS) coordinaron la distribución de recursos técnicos y financieros a las instituciones privadas para evitar la duplicación de servicios. Firmaron circulares interministeriales que asignaban al CENESP la responsabilidad de la asistencia educativa, a la Secretaría de Asistencia Social la responsabilidad de la asistencia médico-social y de la rehabilitación física (que era ejecutada por la *Legião Brasileira de Assistência*) y al INPS la responsabilidad de la rehabilitación profesional de sus asegurados sociales. El objetivo de esta coordinación era garantizar la continuidad y la mejora de las prestaciones, además de aumentar el número de beneficiarios de estas políticas. Pero contrariamente a las expectativas de algunos profesionales, esta coordinación interministerial no condujo a la construcción de una definición homogénea de los públicos destinatarios de estas políticas y el INPS se comprometió solo a ampliar ligeramente el número de beneficiarios de sus programas de rehabilitación profesional.

En España se realizaron varios intentos de coordinación de las políticas públicas en materia de discapacidad. Desde su creación, la FEAPS defendió la unificación de las políticas de asistencia a los

³² MEC/MPAS, Portaria Interministerial nº477 de 11 de agosto de 1977; MEC, Portaria Interministerial nº186, de 10 de marzo de 1978. *Diário Oficial da União*, Sección 1, 20 de marzo de 1978, pp. 3.999-4.003.

subnormales, sin conseguir convencer a las autoridades. En 1964, obtuvo la creación de una Comisión Interministerial de Asistencia y Educación de Subnormales Físicos, Psíquicos o Escolares, pero rara vez se reunió y terminó desapareciendo en 1968. En 1969, los dirigentes de la FEAPS defendieron la idea de un órgano supraministerial que gestionara la política de asistencia a los deficientes mentales (educación, rehabilitación, asistencia) dentro de la Presidencia del Gobierno (*Boletín de la FEAPS*, junio de 1969, pp. 12-13). La Secretaría General Técnica de la Presidencia del Gobierno pareció atender sus demandas, ya que organizó reuniones con varias entidades administrativas y asociativas (entre ellas la FEAPS y la Secretaría de Educación Especial de la Iglesia) para estudiar esta hipótesis durante 1969. Pero estas reuniones no condujeron a ninguna decisión concreta. El 16 de enero de 1971, durante una visita al ministro de Trabajo, Licinio de la Fuente, los dirigentes de la FEAPS le pidieron que interviniera ante el Gobierno para obtener la creación de un órgano supraministerial (*Voces*, 15 de febrero de 1971). En diciembre de 1971, el subdirector de Asistencia Social, Guerrero Arosa, informó a uno de los dirigentes de la FEAPS que no parecía posible crear el órgano propuesto en Presidencia del Gobierno.³³ Finalmente, en abril de 1975, el Gobierno acordó crear una institución para centralizar todos los esfuerzos de la administración a favor de los deficientes mentales: el Instituto Nacional de Educación Especial (*ABC*, 27 de abril de 1975). Su dirección estaba compuesta por representantes de diversos servicios administrativos, así como por delegados de las asociaciones de padres.

A principios de los años setenta, el Ministerio de Trabajo promovió la coordinación progresiva de todas las políticas de asistencia a las personas discapacitadas. En 1972, creó un nuevo órgano administrativo encargado de la rehabilitación de las personas discapacitadas físicas dentro del sistema de seguridad social, el Servicio Social de

³³ AFEAPS. Acta de la reunión de la Junta Directiva de la FEAPS n°60, Madrid, 19 de diciembre de 1971.

Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM). El SEREM estaba adscrito al Instituto Nacional de Protección Social. Las funciones del SEREM eran ambiguas y podían limitarse a la asistencia directa, la elaboración de estadísticas y la difusión de información. Además, el texto limitaba el número de beneficiarios tan solo a los individuos afiliados a la seguridad social. Muy rápido, las asociaciones del sector cuestionaron el carácter selectivo de los beneficiarios y el carácter restrictivo de las asignaciones. Aparecieron entonces tensiones entre los dirigentes del SEREM para definir las funciones reales de la organización: ¿debía apoyar las iniciativas externas (públicas y privadas) y fomentar el aumento de beneficiarios con un objetivo universalista de protección social o, por el contrario, debía limitarse a la creación de sus propios centros de rehabilitación médica y profesional destinados únicamente a los beneficiarios de la seguridad social (García Viso y Iñiguez del Val, 1983, p. 34)?

Finalmente, los defensores del objetivo universalista del servicio social y de la reorientación de las funciones del SEREM fueron mayoría. Utilizaban las recomendaciones internacionales para defender la idea de que el SEREM se convirtiera en un organismo coordinador de las actividades públicas y privadas en favor de las personas discapacitadas, con el fin de garantizar el acceso a los servicios para todos, sin discriminación. Con el fin de legitimar esta orientación, invitaron en 1973 a un experto de la ONU, Esko Kosunen, para ayudar al SEREM en la organización de sus servicios (Kosunen, 1973). A continuación, el SEREM orientó su acción a la asistencia, a la formación y la orientación profesional, así como a la colocación selectiva en el empleo. La voluntad del SEREM de coordinar las actividades relacionadas con la discapacidad quedó públicamente demostrada en 1974, cuando tomó la iniciativa de organizar la conferencia nacional *Minusval* (García Viso y Iñiguez del Val, 1983, p. 43). El 8 de febrero de 1974, el ministro del Trabajo, Licinio de la Fuente, presentó al Consejo de Ministros varias resoluciones aprobadas por esta conferencia *Minusval*. Este último propuso, en primer lugar, la fusión del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos y del Servicio

de Asistencia a los Subnormales con el fin de racionalizar y hacer más eficaz la actuación en estos sectores con objetivos similares. Esta fusión fue aceptada por y dio lugar a la creación al mes siguiente del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (manteniendo el acrónimo SEREM). En la misma sesión, Licinio de la Fuente propuso la creación de una Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos, presidida por el ministro del Trabajo. Esta propuesta fue aprobada y la Comisión Interministerial se creó de inmediato. Sin embargo, el trabajo realizado por esta Comisión en los meses siguientes solo dio lugar a la aprobación de algunas propuestas en diversos ámbitos (prevención, educación, empleo, rehabilitación, etc.), sin que se implicaran grandes recursos financieros.

La muerte de Franco y el advenimiento de la monarquía condujeron a un cambio gradual en la gestión de las políticas públicas en materia de discapacidad, desde el sector de la rehabilitación hasta el de la educación especial. El 9 de abril de 1976, el Consejo de Ministros aprobó la transformación del Patronato de Educación Especial en Real Patronato de Educación Especial, cuya presidencia ostentó a partir de entonces la Reina. Este organismo era responsable de promover la educación especial, así como de coordinar las iniciativas privadas y públicas en este ámbito. Debido al éxito moderado de la Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos, fue el Ministerio de Educación el que asumió el liderazgo de la coordinación interministerial durante la transición hacia la monarquía constitucional. En 1979, el Real Patronato de Educación Especial se transformó en Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, donde estaban representados todos los ministerios y algunas asociaciones. Este organismo se encargaba ahora de supervisar todas las políticas públicas en materia de discapacidad.

En Argentina, el sector de la rehabilitación intentó promover la coordinación de las políticas públicas en materia de discapacidad desde 1970. El año anterior los estatutos de la CNRL habían sido modificados de forma significativa. Mediante la Ley n°18.384 y el Decreto

de aplicación 1.854 de 1969, la CNRL se transformó en un órgano administrativo permanente, el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), dependiente del Ministerio de Salud. El SNR era responsable de promover el desarrollo de los programas integrados de rehabilitación, definiendo las acciones que debían llevarse a cabo en varios sectores (asistencia, rehabilitación, educación, trabajo). También se encargaba de coordinar las actividades de las entidades públicas y privadas del sector. Debía apoyar el empleo de las personas discapacitadas colaborando con organizaciones profesionales, sindicales y empresariales. La Junta Directiva del SNR estaba compuesta por 12 miembros nombrados por los poderes públicos, entre ellos tres representantes de las Secretarías de Estado (salud pública, trabajo, Consejo Nacional de Educación Técnica), cuatro representantes de asociaciones y otros especialistas en discapacidad. De acuerdo con sus estatutos, el SNR extendió inmediatamente su acción a los ciegos, a los sordos y a los enfermos de Hansen. Estableció grupos de trabajo para planificar la acción con estas tres poblaciones. En abril de 1970 se creó también un grupo de trabajo especializado en educación, que incluía a un representante del Consejo Nacional de Educación Técnica. No conocemos los resultados exactos de este intento de coordinación por parte del SNR, pero parece que tardó en alcanzarse. En diciembre de 1970, durante las Primeras Jornadas Nacionales sobre Rehabilitación, los profesionales de la rehabilitación destacaron la falta de coordinación entre todos los sectores administrativos (salud pública, educación, trabajo, seguridad social, etc.) y recomendaron que el SNR se convirtiera en un “nexo intersectorial [...] para efectivizar el enfoque integral de la rehabilitación” (SNR, 1970, p. 47). Esta coordinación les parecía esencial para garantizar la educación y el empleo de las personas discapacitadas, en un contexto en el que el Gobierno tardaba en establecer una política nacional en educación especial.

En diciembre de 1972, el poder militar creó una Dirección Nacional de Enseñanza Diferenciada, mediante el Decreto 8.765/72. Este departamento fue responsable de programar, coordinar y

monitorear la enseñanza diferenciada dispensada en los establecimientos públicos nacionales, así como en las instituciones privadas y provinciales concertadas. En 1979, como resultado de una recomendación del Consejo Federal de Educación, la Dirección Nacional de Enseñanza Diferenciada cambió su nombre por el de Dirección Nacional de Educación Especial (DINEES) mediante el Decreto 1.161/79 (Voegeli de Goetz y Rojo Vivot, 1986, p. 34-36). El cambio de nombre fue acompañado de una transformación en la orientación de la política de educación especial hacia la integración en el entorno escolar ordinario.

Durante el periodo peronista, las nuevas autoridades del SNR prepararon un programa nacional de rehabilitación integral, con la colaboración de muchas asociaciones. En noviembre de 1973, un grupo de trabajo propuso la creación de un nuevo organismo descentralizado, de carácter intersectorial, que asumiría la responsabilidad de la rehabilitación integral (aspectos médicos y sociales) en todo el país: el Servicio Nacional de Rehabilitación Integral.³⁴ Este último debería planificar y coordinar programas de rehabilitación integral en el país, estableciendo las responsabilidades de cada administración y coordinando las actividades de las asociaciones privadas. Definiría los estándares a seguir en múltiples áreas (atención médica, educación, formación de recursos humanos, rehabilitación profesional, formación profesional, cultura, ocio y deportes). El objetivo era ampliar la gama de servicios ofrecidos en estas áreas y mejorar su calidad. El proyecto de decreto por el que se creaba este nuevo órgano especificaba que estos programas debían ser ejecutados preferentemente por organismos estatales. El comité técnico también consideró la posibilidad de incorporar rápidamente las instituciones caritativas del sector de la rehabilitación (probablemente ALPI y AOI) al sector de salud estatal. No obstante, no sabemos si la incorporación propuesta implicaba una desaparición parcial o total

³⁴ ABUNSAM, Donación María Rosa Guilligan. Servicio Nacional de Rehabilitación, *Anteproyecto de ley*, sin fecha.

de la autonomía de las instituciones privadas. El nuevo organismo también dependería de la Secretaría de Salud Pública. El grupo de trabajo deseaba mantener el predominio de la medicina en el proceso de coordinación.³⁵ Un departamento se encargaría explícitamente de la coordinación intersectorial con otras administraciones (educación, trabajo, etc.). Este proyecto fue remitido al secretario privado del Ministerio de Asuntos Sociales en diciembre de 1973, pero las autoridades no aprobaron la modificación institucional del SNR ni el desarrollo de un programa de rehabilitación integral en todo el país. Esta negativa puede explicarse por la congelación del gasto público fijado por el Ministerio para la reestructuración administrativa.

Unos años después, la Federación Argentina de Entidades pro Atención al Disminuido Mental (FENDIM) presentó una exigencia separada de la de los profesionales de la rehabilitación. En 1976, como parte de su petición en favor de una legislación de protección de los derechos de las personas discapacitadas, la FENDIM pidió al Estado que creara un órgano de coordinación de las prestaciones para las personas discapacitadas. Este órgano debería tener estatus de subsecretaría de Estado, que dependería directamente de la Presidencia de la Nación “a fin de mantener la equidistancia necesaria de todas las áreas”.³⁶ Debía incluir a los delegados administrativos de alto nivel y a los representantes de las asociaciones de personas discapacitadas y de sus padres. Pero este proyecto de ley se abandonó en 1980 en favor de otro redactado bajo la supervisión de Alicia Amate (SNR). Durante el proceso de elaboración de esta nueva ley de protección integral de las personas discapacitadas, la designación de un órgano de coordinación de todas las prestaciones para las personas discapacitadas generó un conflicto abierto entre las

³⁵ ABUNSAM, Donación María Rosa Guilligan. Servicio Nacional de Rehabilitación, Consejo Técnico Asesor, *Propuesta de Cambio del Area Rehabilitación*, sin fecha (posterior al 25 de mayo de 1973).

³⁶ AFENDIM, Carpeta Antecedentes de la Ley 22.431. Normativa fundamental para un proyecto de legislación integral de reconocimiento de derechos y obligaciones de personas discapacitadas. Adjuntada a la copia de una carta de FENDIM al general Videla, presidente de la Nación, Buenos Aires, octubre de 1976 (sin fecha precisa).

administraciones (educación, salud, bienestar social, trabajo). Cada una de las administraciones quería conservar el poder de decisión sobre su ámbito de acción y se consideraba legítima para convertirse en este órgano de coordinación. Finalmente, la Ley n°22.431 no designó ningún órgano de coordinación, pero encargó al Ministerio de Bienestar Social que supervisara la aplicación de las medidas establecidas en la Ley y que coordinara la acción de las asociaciones sin fines de lucro que actuaban en el ámbito de la discapacidad.

En los tres países, algunos organismos administrativos trataron de coordinar las políticas públicas en materia de discapacidad para lograr la plena cobertura de las necesidades de todas las categorías de personas discapacitadas (nociones de continuidad de los servicios y de acceso universal a los servicios). Esta coordinación administrativa fue impulsada por el sector de la educación especial en Brasil y por los sectores de la rehabilitación en España y Argentina. En los tres países, la coordinación no resultó muy eficaz, ya que no se cubrían gran parte de las necesidades de las personas discapacitadas. Los organismos administrativos encargados de las prestaciones de educación especial y de rehabilitación profesional seguían dependiendo de varios ministerios en cada uno de estos países.

No obstante, esta dinámica de dessectorización coyuntural tuvo un impacto bastante fuerte en los ámbitos de asistencia a los ciegos y a los mutilados de guerra. A diferencia de las asociaciones de ciegos brasileñas, las asociaciones argentinas y españolas habían obtenido beneficios sustanciales (en especial, derechos profesionales y sociales) de sus gobiernos en las décadas anteriores. La cuestión de preservar la especificidad de las políticas públicas en favor de los ciegos (en términos de derechos concedidos y de los organismos administradores de las políticas públicas) era, por tanto, más sensible en Argentina y España.

En Argentina, durante los años setenta, la política de asistencia a los ciegos continuó siendo gestionada por múltiples departamentos administrativos sin ser coordinada. Sin embargo, las asociaciones de ciegos seguían reclamando la creación de un órgano administrativo

de alto nivel, el Consejo Nacional del Ciego, para definir, coordinar y ejecutar una política nacional a su favor (Gandolfo y Gandolfo, 1988, p. 53). Sus intentos fueron vanos. Sin embargo, consiguieron que se creara un órgano de coordinación a nivel de la provincia de Buenos Aires, el Instituto Integral del Ciego, en 1970. Las asociaciones de ciegos desplegaron todos sus esfuerzos para garantizar la plena aplicación de la Ley 13.926 (cuyo decreto reglamentario reservaba el 2% de los puestos de trabajo en las administraciones públicas a los ciegos). Pero terminaron perdiendo estos derechos laborales con la adopción de una nueva legislación (Ley n° 20.923 de 1974; Ley n° 22.431 de 1981) que confería derechos laborales iguales para todas las categorías de personas discapacitadas. Ahora bien, el decreto reglamentario de la Ley n° 22.431 (Decreto n° 498), aprobado en 1983, establecía que los ciegos tuvieran un acceso privilegiado al empleo hasta para un 1% de los puestos.

En España, la estructura institucional relacionada con la atención a los ciegos no se modificó bajo la dictadura franquista. Casi todos los servicios (educación, formación profesional, asistencia) fueron prestados por la ONCE, una entidad bajo control directo del Ministerio del Interior. A principios de los años setenta, los jóvenes dirigentes progresistas de la ONCE querían cambiar radicalmente la orientación de la asociación, abandonando el privilegio de vender el cupón y beneficiándose de la nueva legislación social del Estado que promovía la integración de las personas discapacitadas en las administraciones y en las empresas privadas (decreto de 22 de agosto de 1970) (Garvia Soto, 1997, p. 157). Pero la mayoría de los dirigentes de la ONCE quisieron mantener la venta del cupón como base de los recursos económicos de la organización y como principal fuente de empleo para los ciegos. Por esta razón, la ONCE conservó sus privilegios económicos (el cupón), pero progresivamente se vio obligada a compartir parte de los beneficios del cupón con otras categorías de personas discapacitadas. La institución también mantuvo su especificidad organizativa (monopolio del asociacionismo de los ciegos).

En Brasil, es posible constatar un cambio significativo en la estructura institucional en el sector de la asistencia a los ciegos. En 1973, la *Campanha Nacional de Educação dos Cegos* (CNEC) desapareció a favor de la creación del CENESP. Durante la dictadura, se presentaron en las asambleas parlamentarias varios proyectos de ley destinados a conceder a los ciegos un acceso privilegiado al empleo en los sectores público y privado, pero ninguno de ellos fue aprobado. Por este motivo, las personas ciegas no adquirieron ningún derecho laboral específico, lo que facilitó su colaboración con otras categorías de personas discapacitadas en la lucha por sus derechos a finales de los años setenta.

El impacto de la dessectorización coyuntural en el sector de la asistencia a los ciegos difería, por tanto, de un país a otro. Esta dessectorización coyuntural también tuvo un efecto significativo en las políticas brasileñas a favor de los mutilados de guerra, ya que la *Comissão de Readaptação dos Incapazes das Forças Armadas* (CRIFA) desapareció en 1975.³⁷ Por el contrario, la especificidad del sector de la asistencia a los mutilados de guerra en España se mantuvo generalmente en términos de configuración institucional y de derechos concedidos a los mutilados (pensiones más altas, etc.). Ahora bien, los mutilados republicanos dejaron de ser discriminados y gozaron de derechos similares a los de los mutilados franquistas gracias a la adopción de la Ley 35 en julio de 1980.³⁸

Una oferta de servicios caritativos y residuales bajo las dictaduras

A finales de los años sesenta varios países nórdicos (Suecia, Dinamarca, etc.) lograron financiar todos los servicios de rehabilitación y de educación especial a través de la seguridad social. Este tipo

³⁷ Decreto 76.487 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 das outras providências.

³⁸ Esta Ley fue adoptada tras la presión de la Liga de Mutilados Republicanos (Vega, 1981, p. 167-187).

de financiación fue valorada dentro de las redes transnacionales militantes porque proporcionaba seguridad económica a las instituciones proveedoras de servicios. La garantía de financiación condujo a una fuerte expansión de los servicios de rehabilitación y de educación especial en estos países, que poco a poco fueron cubriendo la gran mayoría de las necesidades. Estos países lograron por tanto acercarse al ideal de universalización de los derechos.

Por el contrario, en los tres países estudiados, la financiación de los servicios de educación especial y de rehabilitación siguió siendo diversificada. La financiación pública (del Estado, de la seguridad social, etc.) cubría solo una ínfima parte de las necesidades económicas de las instituciones. En España y Brasil, el principal organismo de seguridad social (INPS en Brasil, INP en España) contribuyó parcialmente a la financiación de los servicios de rehabilitación, de educación especial y de asistencia. Esta contribución financiera estaba prevista en la legislación de seguridad social de cada país. En Brasil, el *Instituto Nacional da Previdência Social* (INPS) solo financiaba la rehabilitación profesional de los asegurados accidentados en el trabajo y, de manera más residual, las instituciones de asistencia a las personas discapacitadas a través de su servicio social. En España, los dos organismos administrativos de la seguridad social encargados de gestionar la asistencia a las personas discapacitadas proporcionaban una financiación irregular y modesta a las instituciones privadas y públicas de asistencia a las personas discapacitadas. Al Servicio Social de Asistencia a los Subnormales se le atribuía el deber de crear centros de asistencia a los subnormales, pero prefirió subvencionar los centros existentes en lugar de construir otros nuevos. Por otra parte, el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos tenía recursos financieros limitados. El servicio prestaba asistencia técnica y financiera a unas pocas entidades privadas o públicas para la construcción o el mantenimiento de centros de formación profesional para discapacitados o centros de empleos protegidos. De hecho, la FEAPS criticó la insuficiencia de las

prestaciones de la seguridad social española, citando las experiencias de los países nórdicos (*Nuestras Cosas*, S./F.).

A diferencia de los otros dos países, la legislación sobre los organismos de seguridad social en Argentina no les exigía que proporcionaran rehabilitación, educación especial o asistencia a las personas discapacitadas. Raras fueron las obras sociales que firmaron voluntariamente acuerdos de financiación con algunas instituciones privadas de rehabilitación o de educación especial. Sin embargo, algunos actores, como los participantes en el VI Congreso de Derecho del Trabajo, exigieron la participación de las obras sociales en la financiación de los servicios de rehabilitación y de educación especial, sin ser escuchados por las autoridades (*FENDIM*, mayo-junio de 1979, p. 24).

Las asociaciones que gestionaban instituciones de rehabilitación o de educación especial trataron de obtener financiación estable de las instituciones oficiales, sin mucho éxito. No obstante, estas grandes asociaciones administradoras, con un fuerte capital social y relacional, pudieron fácilmente beneficiarse de subsidios públicos puntuales. En España, la FEAPS también recibió el apoyo de las Cajas de Ahorros, que destinaban parte de sus beneficios anuales a centros de educación especial y de asistencia a los deficientes mentales. Debido a la precariedad y a la insuficiencia de la financiación pública, la gran mayoría de las asociaciones administradoras conservaron ciertas modalidades de recaudación de fondos privados (festivales de beneficencia, colectas callejeras) gestionadas por comisiones de mujeres. En Brasil, la campaña de recaudación de fondos organizada cada año por la *Associação de Assistência a Criança Defeituosa* aportó varios cientos de miles de cruzeiros.³⁹ Las asociaciones administradoras también buscaban el apoyo financiero de empresas privadas, fundaciones o clubes sociales (Rotary Club, etc.). Las asociaciones

³⁹ AACD. *Relatorio da Campanha de fundos de 1971 da AACD, sob a presidência do Dr. Jacob Pedro Carolo*, São Paulo, AACD, enero de 1972, p. 9.

seguían recurriendo así a la caridad privada, pero los recursos obtenidos seguían siendo insuficientes.

Bajo las dictaduras, los servicios de educación especial y de rehabilitación se ampliaron, pero se dirigían solo a una minoría de beneficiarios. El número de alumnos discapacitados escolarizados en España a finales de los años sesenta aumentó considerablemente, pasando de 30.530 alumnos en 1968 a 69.000 en 1971 (Unesco, 1974, p. 109). Un aumento similar se produjo durante el “Proceso de Reorganización Nacional” en Argentina, de 31.382 estudiantes en 1976 a 61.034 en 1983 (Voegeli de Goetz y Rojo Vivot, 1986, p. 113), y bajo la dictadura brasileña, de 99.413 estudiantes en 1974 a 159.492 en 1987 (Jannuzzi, 2004, p. 152). No obstante, menos del 15% de los niños discapacitados en cada país tenían acceso a una educación, especializada o no, al final de las dictaduras. Además, la oferta pública y privada de formación profesional (o de rehabilitación) para las personas discapacitadas era residual. Sin embargo, afectaba a una mayor proporción de personas en Brasil (entre 10.000 y 25.000 al año durante los años setenta) gracias a la actividad desarrollada por el departamento de rehabilitación del *Instituto Nacional da Previdência Social*. Se proporcionó a un número limitado de personas en Argentina (a unos pocos cientos al año a principios de los años setenta y quizás a unos mil a principios de los años ochenta) y en España (a unos pocos miles al año hasta 1974, luego se produjo un aumento significativo a partir de 1974, con una cifra que superó los 5.000 al año). Disponemos de escasos datos sobre la calidad y la efectividad real de estos programas de rehabilitación profesional. En Brasil, poco menos de mil personas abandonaban o rechazaban el programa de rehabilitación profesional cada año y otros tantos millares no conservaban –o no querían conservar– el trabajo recién conseguido.

Así pues, los Estados en cuestión apenas se dedicaban a la prestación directa de servicios y dejaban un espacio importante para que las asociaciones privadas prestaran esos servicios, especialmente en Argentina y en Brasil. En el sector de la educación especial, el

predominio de las instituciones privadas generó grandes disparidades en la calidad y el contenido de la educación especial impartida.

En los tres países, estas políticas seguían dependiendo del ámbito de la caridad, aunque el presupuesto asignado a estos sectores aumentó durante los años setenta en Brasil. Es cierto que la mayoría de los actores que actuaban en las instituciones públicas y privadas de asistencia no trataban a las personas discapacitadas que ayudaban desde la compasión. Pero el mantenimiento de un sistema de financiación privada y caritativa, así como la ausencia de laicización de estas políticas, llevaban inevitablemente a algunas personas discapacitadas asistidas a sufrir experiencias de infantilización e instrumentalización durante las ceremonias de homenaje a los “benefactores”.

Además, las asociaciones administradoras estaban obligadas a rendir homenaje a las autoridades militares que les habían concedido ciertos favores. En Argentina, para agradecer al general Videla la aprobación de la Ley 22.431, el Comité Ejecutivo de la FENDIM organizó una ceremonia de agradecimiento el 21 de agosto de 1981 en su honor e “hizo entrega al ex presidente de la Nación de un artístico pergamino” (*FENDIM*, julio-septiembre de 1981). En razón de este indispensable homenaje, las políticas públicas en materia de discapacidad –incluso las más progresistas en apariencia, como la Ley 22.431– conservaban algunos aspectos del favor clientelar. Por último, algunas de las políticas públicas establecidas tenían un objetivo puramente promocional, por lo que podrían considerarse simbólicas. Así, durante el Año Internacional de los Impedidos, las autoridades organizaron numerosas conferencias públicas, sin modificar radicalmente las políticas anteriores. Algunas rampas fueron inauguradas con gran pompa durante ceremonias públicas, aun cuando su diseño las hacía a veces inutilizables para las personas discapacitadas.

Hacia la integración de los niños discapacitados en el entorno escolar ordinario

Durante los años setenta, las políticas internacionales en materia de discapacidad se basaban en los conceptos de normalización, integración y servicios globales para la concepción de las modalidades de inserción social de las personas discapacitadas. En los tres países, las políticas públicas en materia de discapacidad fortalecieron el rol de la familia y de la comunidad en la atención de las personas discapacitadas. En Argentina y en España, la familia adquirió mayor relevancia en el proceso educativo, al mismo tiempo que se aliviaba económicamente del costo del cuidado de un niño discapacitado, cuyo monto, de hecho, estaba reconocido en el sistema de cálculo de los subsidios familiares. Por el contrario, en Brasil, el hijo discapacitado seguía siendo considerado un hijo normal para el cálculo de las asignaciones familiares, a pesar de los múltiples requerimientos de la FENAPAES. Asimismo, en los tres países, la mayoría de los actores administrativos y asociativos mantuvieron el principio de grandes unidades educativas o residenciales para poder ampliar rápidamente el número de beneficiarios. Sin embargo, las nuevas unidades residenciales o educativas a menudo se diseñaron siguiendo el modelo del seminternado, con el fin de fortalecer el rol de la familia en el proceso educativo. Por último, en Argentina y Brasil, los organismos administrativos encargados de la rehabilitación física y profesional (INPS en Brasil, SNR en Argentina) adoptaron el modelo de la rehabilitación basada en la comunidad a finales de los años setenta.

Las nuevas normas internacionales sobre la escolarización de los niños discapacitados en las escuelas ordinarias circulaban en la mayoría de los países desde finales de los años sesenta, pero todos los agentes locales no se las apropiaron de la misma manera. De hecho, estas ideas, que venían a cuestionar un cierto número de hábitos y valores, fueron muy contestadas por algunos profesionales y encontraron grandes dificultades para convertirse en mayoritarias e institucionalizarse.

Brasil fue el primero de los tres países que se comprometió durante los años sesenta a integrar a ciertas categorías de alumnos discapacitados en el entorno escolar ordinario, gracias a la acción de Dorina de Gouvêa Nowill, presidenta de la Fundação do Livro do Cego no Brasil y vicepresidenta del WCWB. Esta integración en el entorno educativo ordinario (a través de la integración individual o en clases especializadas) se consideraba entonces principalmente para los niños ciegos y los niños discapacitados físicos. Más adelante, otras categorías de personas discapacitadas se beneficiaron de ella. En virtud del artículo 88 de la Ley 4.042/64 y su reglamentación mediante el Decreto 1.044/69, la educación de los *excepcionais* debía enmarcarse, en la medida de lo posible, en el sistema educativo ordinario, con el fin de integrarlos en la comunidad. En 1968, Araceli Gonçalves Pinheiro, presidenta de la Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Guanabara, escribió que había dos puntos de vista opuestos en el campo de la educación de los niños deficientes físicos y sensoriales. Algunos defendían la idea de escuelas especializadas, con equipos especializados, métodos y programas adaptados e instalaciones atentas a las necesidades de cada individuo. Otros “[condenaban] cualquier tipo de separación que [consideraban] estigmatizante. [Abogaban] por la enseñanza en clases tradicionales, entre estudiantes y profesores normales”.⁴⁰ Desde 1973, los psicólogos de la APAE de San Pablo recomendaron seguir los preceptos de la *mainstream special education* desarrollada en los Estados Unidos, que preveía un sistema complejo que combinaba varias modalidades de educación especial, así como un proceso gradual de integración socializadora en la corriente educativa general (*mainstream*) (*Mensagem da APAE*, septiembre-diciembre de 1976, p. 19). Finalmente, el CENESP siguió este enfoque desde mediados de los años setenta. En 1979, Helena Bandeira de Figueiredo declaró que el CENESP quería

⁴⁰ ACD, Seção SEDOL, CE (8) 1967, caja 2. Araceli Pinheiro, “Considerações em torno da problemática do menor excepcional”, para a Comissão Especial de Assistência ao Excepcional.

“acelerar el proceso de integración del discapacitado en el sistema de educación regular de acuerdo con su condición personal”,⁴¹ al tiempo que mantenía y desarrollaba los establecimientos de educación especial. En 1981, en el Distrito Federal, de 2.252 niños discapacitados matriculados en las escuelas, 1.891 asistían a centros de educación especial y 345 estaban matriculados en la enseñanza ordinaria complementada con el apoyo de especialistas. La gran mayoría de los deficientes visuales estaban matriculados en el sistema de educación regular (100 de 116), en comparación con el 20% de los niños deficientes auditivos (63 de 321), mientras que solo unos pocos niños deficientes mentales tenían esta oportunidad (41 de 1438) (Comissão do Distrito Federal, 1981, p. 14).

En Argentina y España, la educación especial se organizó únicamente al margen del sistema educativo ordinario. Este enfoque se mantuvo a pesar de la circulación de nuevas ideas y de la experimentación de nuevas modalidades educativas en entornos ordinarios por parte de algunos profesores o padres. No fue hasta 1974 en España y 1979 en Argentina cuando se produjo una ligera reorientación de las modalidades educativas.

En España, a mediados de los años sesenta, se realizaron algunas experiencias con la creación de clases especializadas o la integración de un grupo de alumnos “subnormales” en las escuelas ordinarias, pero se consideraron fracasos. Sin embargo, la idea de la integración en el entorno ordinario siguió popularizándose a finales de los años sesenta con la difusión de las recomendaciones internacionales. A principios de los años setenta, algunos dirigentes de la FEAPS abogaron por la creación de plazas para deficientes mentales leves en aulas ordinarias con baja ratio y por la organización de clases de apoyo que complementarían la educación ordinaria (*Voces*, 15 de diciembre de 1971). En junio de 1974, los participantes en una conferencia internacional sobre la asistencia comunitaria a los deficientes mentales

⁴¹ *Anais do IX Congresso da Federação Nacional das APAEs, 15 a 19 de julho de 1979*, Florianópolis-SC, Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 1979, p. 217.

celebrada en Santiago de Compostela se mostraron muy divididos en cuanto a las modalidades de educación de los estos niños. Algunos defendieron la integración en clases ordinarias con baja ratio, mientras que otros preferían las clases especializadas en escuelas ordinarias o en escuelas especializadas, porque, según ellos, algunos deficientes mentales no podían soportar la tensión inherente a la escolarización en un entorno ordinario (*Mensagem da APAES*, enero-mayo de 1975). Los participantes subrayaron la necesidad de promover que el niño deficiente mental permaneciera con su familia, desarrollando el seminternado, si fuera necesario. En ese año, el Ministerio de Educación modificó ligeramente la orientación de su política de educación especial, promoviendo la creación de unidades de educación especial en los centros de educación ordinaria y promoviendo la integración de algunos niños discapacitados en las clases regulares con sistemas de apoyo o de recuperación (*Voces*, 15 de diciembre de 1974). Parece ser que fueron principalmente los niños deficientes físicos y los niños sordos los que se beneficiaron parcialmente de la integración en el sistema de educación ordinaria, gracias a la fuerte movilización de la ANIC. Al final de la dictadura franquista, varias asociaciones (Auxilia, etc.) exigieron una transformación radical de la educación de los niños discapacitados y su integración en el entorno educativo ordinario. Finalmente, en 1976, el Instituto Nacional de Educación Especial publicó un plan nacional de educación especial, en el que se especificaba que esta educación debía llevarse a cabo, en la medida de lo posible, en clases especializadas en instituciones educativas ordinarias (INEE, 1978). Sin embargo, casi todos los niños ciegos siguieron escolarizados en los colegios especializados de la ONCE.

En Argentina, algunos profesores especializados en la educación de ciegos y sordos oralizados experimentaron la integración de estos alumnos en el entorno educativo ordinario a finales de los años sesenta. Pero estas fueron experiencias aisladas y no se ampliaron ni se institucionalizaron durante los años setenta. La administración argentina mantuvo una política educativa de los discapacitados

basada exclusivamente en instituciones de enseñanza especializada, a pesar de las recomendaciones del experto de la Unesco, Félix López Gete, quien se encontraba en misión en Buenos Aires y quien recordó a las autoridades educativas argentinas que el principio de integración implicaba facilitar el acceso de los alumnos deficientes auditivos en las escuelas secundarias y técnicas ordinarias, excepto en los casos en los que tuvieran graves dificultades de comunicación (López Gete, 1971). No obstante, a finales de los años setenta, se observa una inflexión en la posición de las autoridades educativas, que ahora consideraban la posibilidad de apoyar la integración en el medio escolar ordinario de ciertas categorías de alumnos discapacitados que habían superado sus discapacidades (lo que incluía a los sordos oralizados, a algunos discapacitados físicos rehabilitados y quizás a los ciegos alfabetizados). De hecho, en 1978, la V Asamblea Ordinaria del Consejo Federal de Educación aprobó una resolución en este sentido.⁴² Ahora bien, esto no condujo a ningún cambio significativo en la política educativa. En 1981, la Ley n°22.431 estableció la “escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no [pudieran] cursar la escuela común”. En la práctica, las iniciativas para integrar a los alumnos en el entorno educativo ordinario seguían siendo iniciativas individuales, con poco apoyo de la administración. Como resultado, solo unos pocos cientos de alumnos se beneficiaron de ella, gracias a la buena voluntad de los profesores y a los esfuerzos del alumnado implicado.

Así pues, las modalidades educativas para los niños discapacitados se transformaron durante este periodo (1968-1983) hacia la integración en el entorno educativo ordinario en Brasil y España, pero el cambio fue casi inexistente en Argentina. El sector de la educación de los ciegos evolucionó de manera radicalmente diferente en Brasil

⁴² Recomendación n°4 de la V Asamblea ordinaria del Consejo Federal de Educación, Tucumán, 18 de diciembre 1978.

y España, ya que la ONCE contribuyó al mantenimiento de un sistema educativo diferenciado.

Una exclusión de las actividades profesionales remuneradas

Aunque no disponemos de estadísticas fiables sobre las actividades profesionales de las personas discapacitadas, podemos estimar que más del 80% de las personas discapacitadas estaban excluidas del ejercicio de una actividad profesional remunerada debido a la organización social del trabajo. Si bien la gran mayoría de las personas discapacitadas no tenía un empleo remunerado, esto no significa que no se dedicaran a determinadas actividades, no remuneradas, para ayudar a los miembros de sus familias o vecinos (cuidado de niños, recogida de madera, etc.). Ahora bien, estas actividades de la vida cotidiana eran consideradas por las sociedades estudiadas (Argentina, Brasil, España) como actividades que no merecían remuneración.

En los tres países, la mayoría de las personas discapacitadas con un empleo remunerado se dedicaba a actividades profesionales poco cualificadas en el sector de los servicios (venta de billetes de lotería, servicios de alquiler de coches, etc.), actividades comerciales informales (venta ambulante) o actividades ilegales (mendicidad, robo, etc.). En Argentina y Brasil, la principal fuente de empleo remunerado para las personas discapacitadas físicas y sensoriales era la venta ambulante en los centros urbanos. En 1981, San Pablo contaba con varios miles de vendedores ambulantes discapacitados (probablemente 4.000 o 5.000), 900 de los cuales se encontraban en el centro de la ciudad, mientras que Buenos Aires probablemente solo contaba con unos pocos cientos, constantemente amenazados de desalojo. En España, la venta de billetes de lotería (ya fuera en forma fraccionada o como cupones oficiales de la organización) ocupaba al mayor número de personas ciegas pertenecientes a la ONCE (más de 12.000) y a un número significativo de personas discapacitadas físicas de la ANIC (más de 6.000).

El número de personas discapacitadas calificadas integradas en el sector laboral ordinario seguía siendo insignificante bajo las dictaduras argentina, española y brasileña. El cambio de actividad profesional a un empleo remunerado solo afectó a una pequeña minoría de personas discapacitadas que había recibido educación o rehabilitación profesional efectiva y apoyo familiar, social o profesional. En los tres países, las asociaciones privadas y las administraciones públicas intentaron promover una dinámica de integración de las personas discapacitadas en el entorno laboral ordinario mediante la colocación selectiva. Esto fue llevado a cabo con mucho cuidado para no perjudicar la producción de las empresas, tanto en términos de calidad como de rendimiento (*Mensagem da APAE*, julio-septiembre de 1978, p. 46). En los tres países, las asociaciones privadas se encargaron primero de la colocación selectiva de las personas discapacitadas (con la excepción de los trabajadores accidentados en el trabajo en el caso de Brasil) en el entorno ordinario. Sin embargo, hubo una creciente participación de los organismos públicos en esta colocación selectiva. En España, desde 1973, el SEREM se encargó de la colocación selectiva de las personas discapacitadas en las empresas privadas y en las administraciones. Estas gestiones permitieron a 2.000 minusválidos obtener un trabajo entre marzo de 1973 y finales de 1974 (García Viso e Iñiguez del Val, 1983, p. 42). En Brasil, desde finales de los años setenta, el Ministerio del Trabajo y el CENESP colaboraron con algunas instituciones privadas para facilitar la colocación de personas discapacitadas (*excepcionais*) calificadas en empresas privadas.

Dado que las empresas privadas no estaban realmente obligadas a contratar a personas discapacitadas, las asociaciones privadas y las administraciones tenían que atraer a los empresarios, mediante campañas de comunicación sobre la capacidad profesional de las personas discapacitadas o mediante la concesión de premios a los mejores empleadores. En los tres países, como las medidas legislativas sobre la obligación de empleo no estaban reguladas o no se aplicaban lo suficiente, las asociaciones y las administraciones tuvieron muchas dificultades para colocar a todos los trabajadores rehabilitados.

En los tres países, las asociaciones de padres de niños deficientes mentales organizaron muchos talleres protegidos para proporcionar una formación y una actividad profesional a sus hijos. Esta práctica se desarrolló rápidamente de forma masiva en España y Brasil, gracias al apoyo financiero y técnico de las administraciones, pero fue menos importante en Argentina. Ante la falta de salidas profesionales en el sector competitivo para las personas discapacitadas físicas rehabilitadas, se abrieron centros de empleo protegido para proporcionarles una ocupación profesional en España (principalmente bajo la dirección de la ANIC), así como en Argentina, por iniciativa de algunas asociaciones privadas (AOI, COR).

Algunas experiencias de países socialistas (cooperativas) y de países africanos anglófonos (formación profesional simplificada en zonas rurales) fueron reproducidas a pequeña escala en los tres países. Fue en Argentina donde estas experiencias tuvieron más resonancia. En Tucumán, el Instituto de Rehabilitación de la provincia organizó cooperativas de trabajo en zonas rurales.

Bajo las dictaduras, las políticas públicas en materia de discapacidad fueron siempre políticas caritativas, reservadas a un número limitado de beneficiarios. La adopción de una ley de protección integral de las personas discapacitadas tuvo lugar en España en 1982, en Argentina durante la dictadura (1981) y en Brasil varios años después del fin de la dictadura (1989). En realidad, las leyes adoptadas y las políticas aplicadas no confirieron derechos, que pudieran ser reclamados ante las autoridades públicas, sino prestaciones sociales, que requerían homenajes regulares a las autoridades "benefactoras". Sin embargo, estas políticas no diferían mucho de las políticas públicas organizadas en los países desarrollados del bloque capitalista, donde la presencia de la caridad era todavía sistemática, incluso en países con un sistema de protección social relativamente avanzado.⁴³

⁴³ AOIT, NGO n°578, CWOIH, carpeta n°2. Richard Sterner, "Prevention of Handicap and Rehabilitation as part of a rational World Population Policy", *Document of the CWOIH for the plenary meeting of CWOIH in Paris on June 12-13, 1972*, p. 6.

No obstante, la movilización de los actores locales –a menudo quienes formaban parte de redes transnacionales militantes– contribuyeron a reorientar paulatinamente estas políticas públicas. Algunos responsables asociativos y altos funcionarios administrativos fomentaron la ampliación del ámbito de intervención del Estado en el sector de la discapacidad. Intentaron hacer converger las políticas públicas en materia de discapacidad hacia ciertos principios del “proyecto tradicional noratlántico de rehabilitación modulado por experiencias extranjeras” (aumento de la financiación pública, acceso al empleo en el entorno laboral ordinario, inserción en el entorno escolar ordinario, coordinación de las políticas públicas sectoriales, organización de talleres protegidos y de cooperativas, inversión de la seguridad social). La existencia de recomendaciones internacionales difundidas por las redes transnacionales militantes favoreció la homogeneización progresiva y limitada de las políticas públicas de los tres países en torno a referencias comunes. Pero se trataba de una armonización parcial, ya que todos los actores coincidían en el uso de los conceptos de integración, normalización y coordinación de las políticas públicas sectoriales, sin llegar a un acuerdo sobre las implicaciones de dichos términos. En los tres países, las políticas públicas en discapacidad seguían siendo en gran medida incompatibles con varios principios fundamentales del proyecto noratlántico (inversión del Estado, universalización de los derechos, coordinación de las políticas sectoriales).

En los tres países, las transformaciones en las políticas públicas de la discapacidad siguieron siendo insuficientes durante este periodo debido a varios factores. Por una parte, las administraciones eran reticentes a renunciar a su autonomía de acción en favor de una entidad administrativa coordinadora o unificadora. Por esta razón, se observa, en general, el mantenimiento de la configuración asociativa y administrativa heredada del periodo precedente. Sin embargo, algunas reestructuraciones administrativas tendieron a dessectorizar parcialmente las políticas sectoriales de discapacidad. Además, la aparición de nuevos organismos administrativos (DINEES en

Argentina, SEREM en España, CENESP en Brasil) es prueba de la creciente inversión pública en estos sectores. Por otra parte, los Estados no establecieron un sistema de financiación suficiente y adecuado para los servicios destinados a las personas discapacitadas. Por último, las dictaduras argentina y brasileña se abstuvieron de imponer normas estrictas sobre el empleo de las personas discapacitadas y sobre la accesibilidad a las empresas privadas.

Las políticas públicas en materia de discapacidad de los países latinoamericanos estudiados presentan ciertas características originales durante este periodo. Debido a su dimensión geográfica, estos países se caracterizaban por una pronunciada desigualdad territorial en la prestación de servicios de educación y rehabilitación, así como por una gran heterogeneidad en las prestaciones, mal controladas por el Estado y las regiones.

A nivel iberoamericano, la década de los años setenta fue una década paradójica, durante la cual surgió una brecha enorme entre las expectativas generadas por la proclamación internacional de los derechos y las políticas públicas existentes, que eran residuales. Aunque la existencia de las dictaduras le puso freno, la diseminación de la idea de los derechos suscitó –o consolidó– nuevas aspiraciones entre las personas discapacitadas, que no dudaron en radicalizar sus modos de acción.

Capítulo 7

La radicalización de los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas

Los países anglosajones se consideran, en general, los principales polos emisores del reclamo de las personas discapacitadas a nivel internacional. Durante la década de los setenta, varias asociaciones estadounidenses y británicas utilizaron diversos medios de protesta para defender sus derechos (manifestaciones, sentadas, ocupaciones, columnas de autobuses, etc.). Los sociólogos Sharon Barnartt y Richard Scotch han identificado 97 acciones de protesta de personas discapacitadas (incluidos los sordos) en los Estados Unidos entre 1970 y 1982 (Barnartt y Scotch, 2001, p. 140). Estas acciones compartían ciertos objetivos comunes con las acciones desarrolladas en Inglaterra: la lucha contra las actitudes caritativas y paternalistas, contra la discriminación, así como la lucha por la conquista de la autodeterminación y de la accesibilidad. Sin embargo, en Estados Unidos, las movilizaciones se caracterizaban por la defensa de una organización comunitaria específica, los centros de vida independiente, basados en la ayuda mutua y el consumismo, mientras que las movilizaciones inglesas se caracterizaban por la denuncia radical de la tutela médica y por la promoción de una interpretación social de la discapacidad por parte de la Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (Shakespeare, 1993, p. 250).

Con una amplia difusión mediática internacional, gracias a la hegemonía del inglés, las protestas en los países anglosajones no eran más que variaciones, entre otras, de las movilizaciones emancipadoras de personas discapacitadas que estaban surgiendo en muchos países del mundo en un contexto internacional favorable. Hay constancia de movilizaciones similares en la década de los setenta en Francia (Turpin, 2000; Bas, 2017), Alemania, España y en muchos países latinoamericanos, entre ellos Chile y Uruguay, ya en 1972 (Brégain, 2021).

A nivel internacional, estas movilizaciones emancipadoras ampliaron la brecha dentro de los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas físicas, entre aquellos dirigidos por padres, profesionales u otras instancias, por una parte, y los encabezados por las propias personas discapacitadas, por otra. La creación de Disabled Peoples' International en 1981 fue prueba de ello.

El periodo 1973-1981 ha sido identificado por James Charlton como un momento crucial para los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas a nivel internacional (1998, p. 130). Consideramos necesario extenderlo a la década de los años sesenta y ochos, periodo definido por Michelle Zancharini como una coyuntura protestataria a escala internacional, marcada por la politización y la aspiración al cambio social de varios sectores sociales (Zancarini-Fournel, 2008, p. 223). La cronología de esta década contestataria varía de un país a otro y puede extenderse desde principios de 1960 hasta 1982. Una parte de la juventud se encontraba entonces inmersa en una contracultura marcada por la marginalidad y el rechazo a la autoridad. En las sociedades industriales, ciertas organizaciones obreras, así como de ingenieros, de ejecutivos y de técnicos, cuestionaron las jerarquías, las modalidades de producción (taylorización, división del trabajo) y la noción misma de trabajo industrial, al considerarlo aniquilador de las capacidades creativas del individuo. Frente al ausentismo, la desorganización de la producción y la disminución de la productividad, ciertos sectores capitalistas se propusieron entonces reconfigurar el funcionamiento y los mecanismos

del capitalismo fordista. Fomentaron un nuevo espíritu del capitalismo que respondía a las demandas de autonomía y responsabilidad, un capitalismo “libertario”, pues incitaba al individuo a utilizar sus capacidades creativas al servicio de la empresa (Boltanski y Chiapello, 1999). El incremento de la autonomía y de la libertad en el trabajo vino acompañado de un aumento de la precariedad y de otras formas de control del trabajo (autocontrol, control informático en tiempo real). Al mismo tiempo, el acceso al consumo masivo y al ocio también generó una mayor preocupación por la emancipación individual y la satisfacción de los deseos de cada individuo.

Este periodo también se caracterizó por una considerable promoción del concepto de los derechos de las personas discapacitadas a nivel internacional. Comenzó a finales de los años sesenta, cuando varias ONG (FIMITIC, ILSMH, ISRD) adoptaron un programa de reivindicaciones sociales, y finalizó con el Año Internacional de los Impedidos organizado por la ONU en 1981, que tuvo repercusiones hasta 1982. La efervescencia política y la promoción del concepto de derechos actuaron como catalizadores dentro de los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas. En muchos países, provocaron un auge de la cultura social de protesta, el recurso masivo y reiterado de acciones de protesta en el espacio público para defender sus derechos y la construcción de nuevas utopías emancipadoras. Las aspiraciones en favor de la emancipación de las personas discapacitadas, que se habían ido afirmando desde antes de 1968, ampliaron su alcance y se radicalizaron durante el periodo de 1968-1982. A este periodo siguió un apaciguamiento temporal, que se tradujo con frecuencia en una disminución del número de protestas o de su carácter subversivo.

Las movilizaciones radicales observadas en cada país tenían su propia singularidad, en relación con un contexto social, político y cultural particular. Nos inspiramos en el trabajo de los sociólogos estadounidenses (Barnartt, Scotch) para caracterizar las acciones de protesta a partir de varios criterios: los actores involucrados y su cultura política; los posibles grupos de interés que los apoyaban; los

modos de acción empleados; el nivel de conflictividad y de violencia física; el grado de subversión del orden social de las reivindicaciones; los objetivos de la movilización; así como el grado de éxito e institucionalización de estas movilizaciones. Todos estos criterios nos permiten diferenciar estas protestas según su grado de radicalidad. Sin embargo, no hemos aplicado los métodos estadísticos y analíticos de estos investigadores porque no resultan relevantes para nuestro estudio. Por un lado, la diferenciación entre “movilizaciones por los derechos / movilizaciones por los servicios” que utilizan no es adecuada en los países estudiados. Por otro lado, el reducido número de acciones radicales identificadas en Argentina y la falta de información sobre unas diez movilizaciones brasileñas también nos impiden considerar el método estadístico. Por tanto, hemos favorecido un enfoque cualitativo de nuestras fuentes.

Cuestionar la radicalidad de estos movimientos nos lleva a tener en cuenta las dinámicas de moderación de las reivindicaciones y de las acciones, que podían ser generadas por la presión de las autoridades políticas o religiosas, o bien ser el resultado de una confrontación de las demandas de los actores involucrados. Mientras que en Estados Unidos la evolución del nivel de actividad política contestataria estaba ligada a los desafíos clave de la política nacional en materia de discapacidad, la temporalidad de las actividades contestatarias en los tres países estudiados parece más limitada por la presencia de dictaduras: en España hasta 1975; en Argentina en 1966-1973 y 1976-1983; y en Brasil hasta 1985. Por lo general, solo cuando las oportunidades políticas lo permitían, ciertos grupos de personas discapacitadas se manifestaban públicamente para exigir el respeto de sus derechos, utilizando nuevas formas de acción (huelgas de hambre, ocupación de locales, etc.).

Asimismo, la perspectiva transnacional permite entender mejor la especificidad de estas protestas, al medir el alcance de las influencias extranjeras y, en particular, la transferencia de ideas, formas de organización y acciones entre países.

La consulta de las fuentes nos lleva a tener en cuenta las movilizaciones radicales en defensa de los derechos de las personas discapacitadas, ya fueran realizadas por personas discapacitadas físicas, ciegos, sordos o personas deficientes intelectuales y sus progenitores. Algunas movilizaciones se caracterizaban, de hecho, por la presencia conjunta de varios de estos actores. Esta confluencia es reveladora de una recomposición en curso de las categorías sectoriales (ciegos, sordos, deficientes físicos, deficientes intelectuales) hacia una categoría genérica.

Es esencial esbozar las condiciones de posibilidades que explican la transición de una actitud de respeto a las autoridades hacia un cuestionamiento público de la responsabilidad de los líderes políticos, antes de comparar la radicalidad de las modalidades de acción y, a continuación, los desafíos de estas protestas.

Las raíces de las movilizaciones: de la experiencia de la discriminación a su interpretación como problema político

El surgimiento de movilizaciones radicales se debe a varias condiciones de posibilidad: la presencia de grupos de personas discapacitadas, graves disfunciones en las políticas públicas en materia de discapacidad (políticas sociales insuficientes o deficientes), así como el hecho de considerar legítimas estas protestas.

A menudo se formaban grupos de personas discapacitadas en institutos de rehabilitación, talleres protegidos y asociaciones. Cuando las personas discapacitadas, hasta entonces aisladas, se encontraban allí, descubrían que compartían un destino común, una identidad común. Los profesionales del sector de la rehabilitación (médicos, trabajadores sociales) contribuían a la interpelación de las personas discapacitadas para que asumieran su condición de discapacitado/a/s y, en menor medida, para que se reconocieran a sí mismos como sujetos de derechos. Por consiguiente, las asociaciones desempeñaban un papel fundamental en la politización de las personas

discapacitadas. Queda por analizar las dos dinámicas que han podido contribuir a la consolidación (y al debilitamiento) de los movimientos asociativos por los derechos de las personas discapacitadas en cada uno de estos países: la multiplicación de estas asociaciones (y su posible desaparición) y su progresiva unificación en torno a los mismos objetivos.

La efervescencia del asociacionismo

En el marco de una expansión asociativa más general, observada en otros movimientos sociales (feministas, estudiantiles, etc.), los años setenta se caracterizaron por una cierta efervescencia asociativa en los tres países. Fue significativa en España y Brasil entre 1976 y 1980, pero más precoz y de menor magnitud en Argentina.

En Argentina, se produjo una modesta expansión de las asociaciones durante los años setenta, sobre todo tras el anuncio del regreso de Juan Perón al poder. En varias provincias argentinas (Córdoba, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, etc.) surgieron nuevos clubes deportivos para personas discapacitadas. Además, los primeros grupos de la Fraternidad Cristiana de Enfermos fueron creados en la capital en 1973.

En diciembre de 1972, varias decenas de personas discapacitadas físicas y sensoriales que pasaban por el Instituto Nacional de Rehabilitación, procedentes de las provincias y de las clases populares, se unieron para formar el Frente de Rengos Peronistas, que rápidamente cambió de nombre por el de Frente de Lisiados Peronistas (FLP) bajo la presión de algunos dirigentes peronistas. Cuando fue creado en diciembre de 1972, el FLP era tan heterogéneo como el peronismo, pero poco a poco fueron colocándose bajo la bandera de los Montoneros, esos jóvenes peronistas de orientación marxista que decidieron unirse a la lucha armada para combatir contra la dictadura. Los lisiados de la derecha peronista se retiraron entonces del FLP.¹

¹ Entrevista con Daniel Escobar, Buenos Aires, 30 de octubre de 2010.

Después de una intensa actividad política a principios de 1973, el FLP se fue disolviendo progresivamente desde principios de 1974, tras el regreso a las provincias de los jóvenes discapacitados rehabilitados profesionalmente. La decena de activistas que permanecieron en Buenos Aires se unieron a la organización Cristianos para la Liberación, donde militaban sacerdotes comprometidos con la Teología de la Liberación.

En 1980, se creó una nueva asociación por consejo de la directora del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), Alicia Amate. Esta mujer animó a muchas personas discapacitadas físicas y sensoriales de alto nivel social y económico a unirse para formar una asociación que representara los intereses de las personas discapacitadas. La asociación se llamó Corporación Argentina de Discapacitados. Su objetivo era promover medidas que garantizaran la plena integración y el bienestar de las personas discapacitadas, tanto en términos de accesibilidad como de formación profesional.

En España, hasta 1976, esta expansión asociativa se llevó a cabo principalmente a través de asociaciones autorizadas (ANIC, FRATER, Auxilia). Sin embargo, algunos grupos de personas discapacitadas se reunían de manera informal, sin que su organización estuviera reconocida por las autoridades públicas. Ya en 1965, en Martorell, algunos miembros de la FRATER decidieron emanciparse de su organización para poder debatir con más libertad. Fundaron el Grups de Disminuïts Físics de Martorell (Vilá, 1994, p. 189) junto con otras personas discapacitadas. Estos jóvenes se relacionaban con frecuencia con movimientos asociativos católicos franceses y contaban con la protección de los movimientos católicos de la región de Barcelona, muy implicados en el catolicismo social.

La estructura de los movimientos asociativos sufrió una importante transformación entre 1976 y 1979, durante la transición a la democracia. A partir de 1976, la aparición de nuevas asociaciones de personas discapacitadas físicas se produjo principalmente a expensas de las asociaciones preexistentes (FRATER, Auxilia, ANIC), que perdieron a una parte de sus miembros. Así pues, a finales de 1975,

decepcionados por la inacción de sus estructuras asociativas, algunos de sus miembros más jóvenes decidieron fundar asociaciones propias independientes de las autoridades políticas y religiosas, a pesar de los obstáculos administrativos que impedían su formalización. En Madrid, un grupo de jóvenes militantes marxistas fundó la asociación Minusválidos Unidos entre agosto y septiembre de 1975. Ese mismo año, unos jóvenes barceloneses crearon el Grups de Base de Disminuïts Físics.

Unos años más tarde, la ANIC sufrió las reestructuraciones administrativas llevadas a cabo por el nuevo régimen y finalmente desapareció. En abril de 1977, las autoridades gubernamentales decidieron unificar todas las competencias administrativas en materia de acción social bajo el pabellón del Ministerio de Trabajo. En consecuencia, la ANIC pasó a depender administrativamente del Ministerio de Trabajo, que controlaba así dos entidades (ANIC y SEREM) con sectores de actividades similares. La administración planeó entonces integrar los activos y el personal administrativo de la ANIC en el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM). Pero los miembros de la ANIC (vendedores de lotería fraccionada, guardacoches) se opusieron a ello, ya que no formaban parte del personal administrativo incorporado al SEREM y tenían perder los servicios que habían creado (Mutualidad, etc.).² La integración de los activos y del personal de la ANIC en el SEREM se decidió en junio de 1978 y tuvo lugar el 31 de diciembre de 1978. Todos los centros de educación especial, de formación profesional, de empleos protegidos y talleres fueron recuperados por el SEREM u obtuvieron autonomía de gestión. Sin embargo, la ANIC mantuvo su existencia administrativa hasta 1986. Ese año, la administración decidió suprimir el protectorado que ejercía sobre la ANIC,³ lo que resultó en su disolución definitiva a nivel nacional.

² Archivo del Congreso, Legajo 2.082, Expediente n°447. Acta de la Junta Provincial de la ANIC de Baleares, celebrada el 22 de marzo de 1978 en Palma de Mallorca.

³ Real Decreto 2106/1986, de 29 de agosto, por el que se suprime el Protectorado del Estado sobre la ANIC.

En 1978, la disolución de las actividades de ANIC precipitó la creación en el resto de las provincias españolas de varias asociaciones, capaces de mantener la gestión de ciertos servicios previamente controlados por la ANIC (vigilancia de aparcamientos, venta de billetes de lotería, centros de empleos protegidos). La base militante de estas nuevas asociaciones se extendió a menudo a nuevos miembros.

Si bien hubo una recomposición importante de las estructuras asociativas de las personas discapacitadas físicas, la red asociativa de las personas ciegas seguía siendo relativamente estable, ya que los líderes de la ONCE presionaban a las autoridades para mantener la exclusividad de la representación de las personas ciegas y prohibir así la creación de nuevas asociaciones. A pesar de la apertura democrática, las personas ciegas no gozaban de libertad de asociación, ya que seguían estando obligadas a afiliarse a la ONCE. Por ello, tras numerosos intentos infructuosos para democratizar la estructura asociativa y administrativa de la ONCE, varios cientos de personas ciegas decidieron crear un Sindicato Autónomo de Trabajadores Ciegos en Madrid en abril de 1977 (*El País*, 13 de abril de 1977). Este sindicato, cuyo funcionamiento era democrático, tenía como objetivo defender los intereses económicos y profesionales de los trabajadores ciegos. A principios de octubre de 1977, se produjeron enfrentamientos entre sindicalistas y ciegos que defendían la jerarquía de la ONCE. El Consejo Superior de la ONCE decidió entonces sancionar a algunos dirigentes del sindicato y, en particular, a su secretario, el joven Bernardo Alquegui (*El País*, 5 de mayo de 1978). A pesar de la fuerte oposición de la ONCE, se formaron otros sindicatos autónomos de trabajadores ciegos en varias provincias (Vizcaya, Sevilla, Barcelona, Alicante, Valladolid, Zaragoza, etc.).

En Brasil, a finales de los años setenta, con la progresiva y controlada apertura democrática del régimen militar, los movimientos sociales (feministas, campesinos, estudiantiles, etc.) se organizaron, ganaron poder y se expresaron a través de numerosas acciones de protesta. A raíz de esta efervescencia social generalizada, se formaron decenas de nuevas asociaciones de personas discapacitadas

físicas y sensoriales en todas las principales ciudades brasileñas a partir de 1979. Durante ese año, un grupo de mujeres discapacitadas físicas pertenecientes a la clase media instruida de São Paulo decidieron formar el Núcleo de Integração de Deficientes (NID). Esta asociación estaba abierta a personas sin discapacidad que apoyaran la acción de las personas discapacitadas. Aunque un gran número de asociaciones se formaron sobre la base de un tipo específico de deficiencia, la mayoría estaban abiertas a todas las deficiencias, ya fueran físicas, sensoriales o incluso mentales, así como a los leprosos. Es el caso de Vitória (Espírito Santo), donde un grupo de un centenar de personas discapacitadas (con diferentes deficiencias) formaron el 1 de agosto de 1980 la Associação Capixaba de Pessoas com Deficiência, que se reunía con regularidad en la Iglesia metodista (*Tribuna*, 21 de marzo de 1981). De todos los grupos asociativos que se formaron en Brasil en aquella época, al menos un tercio formaba parte de la Fraternidad Cristiana de Enfermos, cuyos líderes estaban en general comprometidos con la teología de la liberación.

Así pues, en los tres países estudiados, los años setenta se caracterizaron por una expansión de asociaciones de personas discapacitadas físicas dirigidas por autoridades religiosas. No obstante, en Argentina esta expansión asociativa fue limitada. La dinámica de emancipación de la tutela religiosa se afirmó sobre todo en España desde mediados de los años setenta. En los tres países, las mujeres discapacitadas participaron activamente a partir de entonces en los movimientos comunitarios y asumieron a veces funciones de liderazgo que antes eran monopolizadas por los hombres. Este era el caso en Brasil de Maria de Lourdes Guarda, coordinadora de la Fraternidad en el Estado de São Paulo, de Juana Tuldrá en la Federación de Entidades Colaboradoras con el Minusválido (ECOM) en España y de Ana María Coppola en la Fraternidad de Buenos Aires.

La difícil unificación de los movimientos por los derechos

Tanto en España como en Brasil, algunos movimientos de personas discapacitadas –físicas y/o sensoriales– lograron unificarse parcialmente, gracias a la organización de encuentros nacionales. Esta dinámica de unificación de los movimientos tuvo lugar entre 1976-1979 en España y entre 1979-1983 en Brasil. La unificación fue más amplia en Brasil, ya que implicaba a las personas discapacitadas físicas, ciegos, sordos y leprosos, a diferencia de España, donde las federaciones de asociaciones se basaban únicamente en el tipo de deficiencia o en el origen de la deficiencia.

En Brasil, desde finales de 1979, numerosas asociaciones de personas discapacitadas (discapacitados físicos, sordos, ciegos, leprosos) oriundas de varios Estados trataron de coordinar sus acciones con el fin de ejercer más presión sobre los responsables políticos. En octubre de 1979, formaron una organización nacional que representaba a todas las categorías de personas discapacitadas, la *Coalizão Pró-Federação Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes* (Junior y Martins, 2010, p. 38). Se celebraron varias asambleas nacionales en Brasilia (octubre de 1980), Recife (octubre de 1981) y São Bernardo do Compo (julio de 1983) para elaborar una lista común de reivindicaciones y definir los criterios de adhesión. Estos dos temas fueron objeto de intensos debates. El primer encuentro concluyó con la aprobación de un texto final que contenía 20 propuestas generales, a las que se añadieron reivindicaciones específicas de las personas ciegas, de las personas sordas y de las personas con lepra (Junior y Martins, 2010, p. 43). Pero conciliar los intereses divergentes de los grupos resultó mucho más difícil en el encuentro de 1982. La definición de los criterios de adhesión suscitó fuertes debates entre quienes apoyaban la integración de las asociaciones para personas discapacitadas (dirigidas exclusivamente por personas sin discapacidad) y quienes querían que fueran excluidas. A mediados de 1982, los delegados decidieron que las organizaciones afiliadas a la coalición debían estar formadas en su mayoría por personas discapacitadas,

quienes representarían al menos dos tercios de los miembros y de la dirección (Junior y Martins, 2010, p. 48). También surgieron tensiones entre grupos de ciegos, sordos y discapacitados físicos. Los primeros y los segundos criticaron el predominio de las personas discapacitadas físicas en la dirección del movimiento y en la jerarquización de las reivindicaciones prioritarias (Junior y Martins, 2010, p. 47). A pesar de estas tensiones, las organizaciones lograron mantener la unidad hasta 1983 gracias a la diplomacia de sus dirigentes.

En julio de 1983, el debate sobre la creación de una federación nacional de personas discapacitadas fue feroz. Algunos abogaban por la creación de una organización nacional dirigida por una junta directiva de ocho miembros, es decir, dos por cada deficiencia (audición, visión, motricidad y lepra) (Junior y Martins, 2010, p. 54). Otros defendían una solución diferente, a saber, que cada grupo de personas discapacitadas se organizase de forma independiente según el tipo de deficiencia, para poder explorar los temas específicos de cada grupo, mientras que los temas generales podrían discutirse en un Conselho Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes con delegados de cada una de las organizaciones. La segunda propuesta fue aprobada por mayoría: cada grupo organizó su propia federación nacional definida por un tipo de deficiencia.

En España, varios encuentros asociativos tuvieron lugar durante los años setenta. En 1970, algunas asociaciones con sede en la provincia de Barcelona (FRATER, Auxilia, etc.) unieron sus fuerzas en la Federación ECOM (*En Marcha CEMFE*, mayo de 1980, p. 19). La Federación se inspiraba en el Comité Nacional Francés de Enlace para la Rehabilitación de los Discapacitados.

Tras el llamamiento de Minusválidos Unidos (MU) de Madrid, varios grupos de Andalucía, Galicia, Barcelona, Zaragoza, Valladolid y León se reunieron por primera vez en Madrid del 30 de octubre al 1 de noviembre de 1976 (Vilá, 1994, p. 105). Adoptaron la plataforma común de reivindicaciones elaborada por MU, inspirada en gran medida por el marxismo (colectivización de centros de empleo protegido, etc.). Afirmaban ser víctimas del sistema económico capitalista.

Un mes más tarde, estas asociaciones se estructuraron en Coordinación Nacional Provisional. En marzo de 1977 se celebró una nueva reunión en Madrid, con la presencia de nuevas asociaciones. La expansión del movimiento condujo al debilitamiento de la posición marxista de la Coordinación, que a partir de entonces se definiría como pluripartidista, al mismo tiempo que se solidarizaba con la lucha de la clase obrera oprimida (*Empuje*, marzo de 1977).

Las asambleas nacionales organizadas posteriormente reunieron a un número creciente de asociaciones. Pero los virulentos debates sobre las reivindicaciones que debían ser promovidas y sobre la posición que debía adoptarse frente a la administración hicieron que un cierto número de asociaciones se retirara. En febrero de 1978, mientras que la mayoría de los grupos de personas discapacitadas estaban a favor de la participación en los órganos del Gobierno (SEREM, etc.), otros, más radicales, como el de Sevilla, se oponían a dicha participación. Estos últimos consideraban que el SEREM era ineficaz y pedían su disolución (*Hoja Oficial del Lunes*, 27 de febrero de 1978). Ante la decisión mayoritaria de la asamblea de aceptar la participación de un representante discapacitado en el SEREM para influir en su orientación, nueve grupos decidieron abandonar la sede de la asamblea. En la reunión siguiente, en diciembre de 1978, varios grupos se opusieron categóricamente a la adopción de una ley sobre la integración social de las personas discapacitadas, que consideraban un trato diferencial y marginalizador de la discapacidad (*Auxilia*, abril de 1979). Por último, el representante de Málaga, que era también presidente de una asociación de paralíticos cerebrales, planteó la cuestión de la posible extensión de la organización a otras categorías de personas discapacitadas (personas discapacitadas psíquicas y sensoriales), pero el debate se cerró inmediatamente con una negativa. Finalmente, varias decenas de asociaciones formalizaron su cooperación en 1980 mediante la creación de la Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (CEMFE). Esta coordinación se decía abierta a todas las opiniones y tendencias políticas, pero se pronunció a favor de la democracia y del respeto del régimen de las

autonomías (*En Marcha CEMFE*, abril de 1981). En las asambleas siguientes continuaron los debates sobre la pertinencia de la participación en los órganos oficiales y sobre el proyecto de ley. Durante la asamblea celebrada en la primavera de 1980, algunos grupos de personas discapacitadas mantuvieron su actitud radical y rechazaron cualquier diálogo con los organismos gubernamentales (*En Marcha*, mayo de 1980a).

Aunque lograron unirse en una coordinación nacional, las asociaciones españolas tenían dificultades para aunar sus reivindicaciones, ya que las diferencias estratégicas e ideológicas seguían siendo fuertes. Sin embargo, consiguieron construir una organización nacional potente, como en Brasil. A diferencia de España y Brasil, los movimientos asociativos en Argentina seguían siendo modestos y estaban divididos debido a posicionamientos políticos antagónicos, conflictos entre dirigentes y un contexto político caótico. En la primavera de 1973, varias instituciones de ciegos se unieron para crear una nueva coordinación: la Unión Argentina de Ciegos y Amblíopes (UACA). Consideraban que la Federación Argentina de Instituciones de Ciegos era ineficaz y carecía de representatividad, ya que solo agrupaba a siete instituciones. Con la voluntad de ser más democrática, la UACA tenía como objetivo obtener la financiación de los servicios por parte del Estado (y no de las fundaciones privadas), así como aprobar leyes sobre la educación y el trabajo de los ciegos.⁴ La única agrupación asociativa de personas discapacitadas físicas en Argentina era la Federación de Deportes en Sillas de Ruedas, pero a principios de los años setenta tuvo dificultades debido a conflictos personales (*Voz informativo de CROL*, agosto de 1975). En la capital, las dos mayores asociaciones deportivas de personas discapacitadas de Buenos Aires (Club Marcelo J. Fitte, Deportes para Lisiados) no compartían la misma cultura política que el Frente de Lisiados Peronistas

⁴ Archivo de la Federación argentina de instituciones de ciegos y amblíopes [AFAICA], Actas UACA. Acta de la Asamblea pro-constitución de la Unión Argentina de Ciegos y Amblíopes, Buenos Aires, 30 de junio de 1973.

(FLP). Por un lado, los líderes del Club Marcelo J. Fitte eran ferozmente antiperonistas y la asociación era miembro del comité directivo de la COR, organización contra la cual se movilizó el FLP. Por otro lado, la asociación deportiva era también miembro del consejo consultivo de la CNRL, lo que la colocaba en una posición moderada de cara a los poderes públicos.

Sin embargo, durante el verano de 1973, el FLP logró reunir en torno a él a las asociaciones de sordos (Confederación Argentina de Sordomudos, Centro de Integración y Liberación Expresiva del Lisiado), de ciegos (Federación Argentina de Ciegos) y de hemofílicos (Unión Nacional de Ayuda Mutua entre Hemofílicos, Fundación de la Hemofilia) para formar la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado (UNSEL) con el objetivo de continuar la lucha por el acceso a un empleo digno en el medio laboral ordinario. La UNSEL mantuvo sus actividades durante unos meses, pero finalmente se extinguió en 1975 debido a la presión política.

A diferencia de Brasil y España, que a finales de los años setenta contaban con una red asociativa densa y bien organizada a escala nacional, Argentina se caracterizaba por una red asociativa débil y dividida.

El aumento del sentimiento de injusticia y la expresión pública de la ira

Durante el periodo de 1968 a 1982, la noción de derechos de las personas discapacitadas se generalizó en los discursos de las ONG y de los organismos intergubernamentales (Naciones Unidas, OIT, Unesco). La proclamación de los derechos interpelaba a las principales partes interesadas y a sus familias, y suscitaba –o consolidaba– nuevas aspiraciones en ellas. Las personas discapacitadas informadas se percibían a sí mismas entonces como titulares de derechos y eran sensibles al mantenimiento de su dignidad. La comparación entre las discriminaciones que sufrían con lo que creían poder obtener les generaba frustración y un sentimiento de injusticia (Massa, 2010). La frustración era más importante entre los individuos que habían

viajado al extranjero, ya que podían evaluar, al comparar, las deficiencias de los servicios prestados en sus países. El sentimiento de injusticia era aún mayor entre las personas discapacitadas rehabilitadas durante muchos años y que no habían conseguido integrar el mercado laboral ordinario, contrariamente a la promesa de los profesionales.

El fenómeno del creciente sentimiento de injusticia puede observarse en los tres países a partir de finales de los años sesenta, en consonancia con la coyuntura de politización de los años 1968. El sentimiento de injusticia constituía un contexto favorable para experimentar y expresar la ira, definida esta como una emoción política producida en respuesta a la percepción de una injusticia, expresada mediante la indignación moral y la agresividad contra la fuente de injusticia (Broqua y Fillieule, 2009, p. 153). Esta ira ya era perceptible en los escritos de las personas discapacitadas varios meses o años antes de que la expresasen a través de acciones radicales en el espacio público. La expresión de esta cólera puede ser percibida en sus escritos por varios elementos: signos tipográficos (mayúsculas, negrita); puntuación (signos de exclamación o de interrogación); el uso de campos léxicos específicos relacionados con la guerra o el combate; el uso de verbos que indican rechazo o denuncia.

Al expresar su indignación, algunas personas discapacitadas no dudaban en amenazar a las autoridades. En Argentina, Patricia Gastrell llamó así en abril de 1967 a la movilización colectiva de los discapacitados en la esfera pública para exigir el derecho al trabajo:

Ya estamos cansados de promesas. El hambre y la necesidad no esperan. Nosotros también somos ciudadanos. ¿Es que habríamos de estar fuera de nuestro papel? ¿Es que acaso daríamos lástima nosotros, ciudadanos, iniciando una marcha de protesta social frente a la casa de Gobierno con carteles que digan “TENEMOS HAMBRE. QUEREMOS TRABAJAR, NO NOS DAN TRABAJO”? (*Revista del Club Marcelo J. Fitte*, abril de 1967).

En una carta dirigida a otro líder asociativo, el responsable del *Clube de Entusiasmo dos Paraplégicos do Rio Grande do Sul* utilizaba un lenguaje belicoso que era significativo de su estado de ánimo. José Jocely Nunes da Costa decía estar indignado por la situación de marginación de las personas discapacitadas y alentaba a su camarada a continuar la lucha, a pesar de la limitada cobertura mediática:

Adelante, hermanos, lloremos como animales heridos y lancemos nuestro grito de guerra [...] y con lucha, humildad y orgullo para poder demostrar que incluso como deficientes siempre tendremos que luchar para ser iguales y ser aceptados como ciudadanos y no como desgraciados.⁵

Esta ira no se expresaba públicamente con la misma intensidad y temporalidad según los países. La expresión de la ira variaba en función de la apreciación que el individuo hiciera de una situación dada. Varios factores contribuían a promover u obstaculizar su expresión pública: el grado de represión política, las convenciones emocionales, las culturas asociativas (prohibición/legitimación de la expresión de la ira), la situación social y la cultura de los individuos, así como la actitud de los interlocutores en una situación dada. Como señalan Christophe Broqua y Olivier Fillieule, el despliegue de la ira en situación debe interpretarse como el producto de un trabajo emocional, producto de estrategias pensadas por los actores y de acontecimientos emergentes de las lógicas de situación (intercambios, gestos, etc.) (Broqua y Fillieule, 2009, p. 155). La expresión de la ira a veces ocurría sin preparación, tras acontecimientos imprevistos que la desencadenaban.

En Brasil, los dirigentes de la FCD del barrio Medianeira en Porto Alegre reaccionaron con furia ante la falta de respeto y consideración hacia ellos del vicario, el padre Braulio, durante el día del 8 de abril. Este grupo de la Fraternidad había organizado ese día una

⁵ AFCD, correspondencia recibida 1979. Carta de José Jocely Nunes da Costa, responsable do Clube de Entusiasmo dos Paraplégicos do Rio Grande Do Sul, para Luiz Itamar, Porto Alegre, 12 de julio de 1979.

celebración en las dependencias de la parroquia con ocasión de la “Pascua de los Enfermos”. Al final de la jornada, también se había acordado con las autoridades parroquiales que los pacientes participaran en la misa de las 18:30. Los enfermos acudirían a la celebración la liturgia. Cuando llegaron por la mañana a las dependencias de la parroquia, la sala estaba desordenada y varios coches –incluido el del padre Braulio– impedían que las personas discapacitadas en silla de ruedas entraran e instalaran bancos. El padre Braulio aceptó retirar su vehículo, pero adoptó actitudes “no muy delicadas”: “negó haber sido informado de nuestro encuentro, así como de nuestra participación en la misa de las 18:30”.⁶ Además, las personas discapacitadas presentes durante la jornada no pudieron acceder a los aseos de la casa parroquial, cuyas puertas permanecieron cerradas. Escandalizadas por esta actitud, las personas discapacitadas decidieron renunciar a su parroquia.

La presencia de regímenes dictatoriales en España, Argentina y Brasil limitó considerablemente la expresión pública de la ira de las personas discapacitadas en el espacio público. A lo largo de la dictadura española, el descontento de algunos dirigentes de la ANIC no se manifestó en revueltas o actos de oposición a la autoridad. Los dirigentes mantuvieron una lógica de crítica respetuosa, como bien resume Sierra Monge: “Pedir, y volver a pedir respetuosamente, pero con dignidad, que se nos haga justicia” (*Boletín Informativo ANIC*, febrero de 1970). En los tres países, la ira de las personas discapacitadas se expresó de forma colectiva en las calles, especialmente cuando las oportunidades políticas lo permitían, por ejemplo, con el regreso de Perón al poder en Argentina (1973) y tras la muerte de Franco en España (1975). Actos de transgresión social (manifestaciones salvajes, ocupaciones), así como violencia física y verbal contra las autoridades, fueron muy frecuentes en España (1976-1982), se dieron en

⁶ AFCD, Correspondencia relativa al año 1980. Copia de una carta del Sr. Vigário Padre Bráulio Aloysio Webber, Porto Alegre, 18 de abril de 1979, Núcleo Medianeira ao Ilmo.

menor medida en Argentina (1973), pero no se produjeron en Brasil. Esta situación se explica en particular por las distintas estrategias de regulación emocional desarrolladas por las asociaciones argentinas, españolas y brasileñas en contextos de efervescencia social.

En los tres países estudiados, las asociaciones que gestionaban instituciones, al igual que las asociaciones brasileñas de personas discapacitadas, se preocupaban por preservar la imagen pública de respetabilidad que habían ido adquiriendo a lo largo de los años. Por este motivo, desarrollaban estrategias para apaciguar el resentimiento y prohibir la expresión de la ira en el espacio público. En Brasil, las organizaciones cristianas de personas discapacitadas (FCD), además de muchas otras asociaciones influenciadas por la moral cristiana, promovían una actitud respetuosa hacia las autoridades públicas y trataban de regular las emociones de sus miembros para evitar cualquier expresión de ira individual o colectiva y cualquier tipo de violencia. Los dirigentes asociativos lograron canalizar el resentimiento de las personas discapacitadas organizando actividades que podían atraer la atención del público sin subvertir el orden social (lectura de la Carta de los Derechos de las Personas Discapacitadas, canciones y lemas sin acusación). Los participantes en las protestas brasileñas interiorizaron plenamente este código de conducta.

Por el contrario, en Argentina y España, algunos líderes asociativos animaron a sus miembros a expresar su resentimiento, ya fuera con palabras o con actos transgresores del orden social. Por tanto, estos líderes desempeñaban el papel de “provocadores” de la ira (Ansart, 2001, p. 20). La expresión compartida de la ira reforzaba la solidaridad dentro de los grupos politizados. Los miembros de asociaciones altamente politizadas de Argentina (FLP) y España (Grups de Disminuïts Físics de Barcelona, MU, etc.) habían interiorizado perfectamente la necesidad de expresar su ira a través de repetidos actos transgresores. En España, los líderes de las otras asociaciones más moderadas y preocupadas por su imagen (FRATER, ONCE, etc.) tuvieron dificultades para canalizar emocionalmente las numerosas manifestaciones organizadas durante la transición a la democracia.

Aun cuando los líderes querían que la manifestación se desarrollara en un ambiente tranquilo, la actitud de los interlocutores o la emulación colectiva a veces modificaba profundamente la dinámica emocional de la manifestación. Por ejemplo, los miembros de la ONCE que participaron en una movilización organizada en julio de 1981 para defender los privilegios de la venta de cupones cambiaron gradualmente de actitud en el transcurso de la manifestación debido a la emulación colectiva: “los ánimos de los manifestantes, un poco fríos al principio, van caldeándose durante la forzosamente lenta marcha. Mediada Sierpes – `cupones sí; boletos no´ –, los gritos suben de tono y llega a pedirse la dimisión del Gobierno – `Gobierno, dimite, los ciegos no te admiten´ –” (ABC, 14 de julio de 1981). Al final de la manifestación, mientras la policía seguía presente en la plaza, los líderes de la manifestación pronunciaron un discurso militante y ofrecieron una victoria simbólica a sus partidarios a través de la composición de una delegación responsable de transmitir sus reivindicaciones al gobernador civil. Al brindar una salida honorable a la lucha, los líderes apaciguaron la ira de los manifestantes.

Las interpretaciones políticas de la marginación social de las personas discapacitadas

En el contexto de la Guerra Fría, las diversas utopías políticas de justicia social e igualdad (marxismo, Teología de la Liberación, nueva izquierda, anarquismo) tenían una influencia diferenciada en los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas. La década de los años sesenta y ochos se caracterizó por el desarrollo de la nueva izquierda a nivel internacional, que cuestionaba las orientaciones del Partido Comunista, alineadas con la posición de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Esta nueva izquierda relativizaba el papel dirigente de la clase obrera y favorecía nuevas estrategias de acción para llevar a cabo la revolución. Algunos grupos tomaban como modelo la Revolución Cubana, creyendo que la acción de pequeños grupos de vanguardia podría extenderse a otros

estratos sociales, mientras que otros se inspiraban en la rebelión popular china. En la misma época, una nueva tendencia en la Iglesia católica, la Teología de la Liberación, se extendía por Sudamérica. Esta corriente, que promulgaba la lucha junto a los pobres para exigir una mejor distribución de la riqueza en el continente, se convirtió rápidamente en mayoría en Brasil, pero siguió representando una minoría muy pequeña dentro de la jerarquía católica argentina (Devoto y Fausto, 2008, p. 417). Los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas eran plurales, ya que las asociaciones que los componían tenían diversas influencias ideológicas y un gran número de asociaciones movilizadas se autoproclamaban apartidarias, debido a la heterogeneidad social y política de sus miembros. Sin embargo, algunos grupos seguían una línea ideológica específica promovida por sus líderes. En España, la asociación Minusválidos Unidos de Madrid hacía gala de su afiliación comunista en las manifestaciones, con pancartas con el símbolo de la hoz y el martillo (*En Marcha CEMFE*, mayo de 1980). Algunos grupos de Auxilia y de FRATER se identificaban con la doctrina social de la Iglesia del Concilio Vaticano II. En Argentina, la gran mayoría de los miembros del Frente de Lisiados Peronistas adhirieron a la tendencia marxista del peronismo. En Brasil, la mayoría de los activistas y sacerdotes consejeros de la Fraternidad Cristiana de Enfermos adhirieron a la Teología de la Liberación desde 1979.

Estos grupos interpretaban a veces las discriminaciones que experimentaban a través del prisma de su ideología política. Tanto en España como en Argentina, algunas asociaciones desarrollaron una interpretación marxista de la discriminación profesional que se sufrían. En Buenos Aires, los dirigentes del FLP organizaron una manifestación el 24 de julio de 1973 para protestar contra la explotación laboral a la que estaban sometidos en los talleres protegidos de la AOI y de la COR, que les pagaban un salario miserable (*El Descamisado*, 31 de julio de 1973). Esta manifestación fue presentada por la publicación militante *El Descamisado* como una expresión de la voluntad de emancipación de la esclavitud del capitalismo. En España,

los líderes de MU de Madrid también interpretaron su marginación a través del prisma del marxismo. En la carta abierta que enviaron a revistas y periódicos en septiembre de 1975, denunciaron la marginación educativa y profesional a la que estaban sometidos por la sociedad capitalista:

DOCUMENTO 11. CARTA ABIERTA, POR UN GRUPO DE
MINUSVÁLIDOS MADRILEÑOS

[...] Si bien no existen cifras ni estudios sobre la situación de este importante sector de la población, podemos afirmar que su problemática gira fundamentalmente en torno a su enfermedad y a la marginación que de ella se deduce.

En cuanto a trabajo (uno de los derechos fundamentales de la persona), muchos de nosotros nos vemos marginados de él, debido a nuestra propia limitación física; a nuestra falta de preparación cultural y profesional debida a nuestra marginación previa en este terreno, a la falta de centros de Recuperación y Rehabilitación, de Formación Profesional especializada, así como a la falta de puestos de trabajo adaptados a nuestras limitaciones y posibilidades.

Nuestra situación económica no puede ser más catastrófica [...]. Quienes trabajamos lo hacemos en trabajos caseros, como costura, vendiendo lotería, lo cual supone, como en el caso de los invidentes, jornadas laborales de hasta 14 horas en una esquina para vender lo suficiente para poder vivir. Algunos trabajamos en talleres "protegidos", en los que se nos paga menos que al resto de los trabajadores, debido a nuestra supuesta menor productividad, en los que nos vemos sometidos a una superexplotación (trabajamos más horas de las que nos pagan, nos imponen ritmos de producción hasta llegar al límite de nuestras posibilidades, etc.), con la constante amenaza de ser despedidos, lo cual, teniendo en cuenta las dificultades de un minusválido para encontrar trabajo, nos impide luchar por nuestros derechos. [...]

Por último, las múltiples barreras arquitectónicas y sociales que encontramos nos impiden el acceso a la cultura, la vida social y, en definitiva, a nuestra integración. [...] Toda esta problemática difícilmente puede ser

solucionada en el marco de una sociedad basada en la competencia y el máximo beneficio, en que una gran mayoría de la población se ve obligada a vender su fuerza de trabajo a una minoría –poseedora de los medios de producción– para poder subsistir.

Sin embargo, pensamos que si la sociedad es responsable de lo que produce –o debería serlo– debe responsabilizarse de nuestra situación, tomando las medidas que, dada la gravedad de ésta, es necesario tomar, y que van desde la incorporación inmediata de todos los minusválidos a la Seguridad Social (trabajen o no), la reforma sanitaria con la creación de centros y camas suficientes, la creación de puestos de trabajo en las mismas condiciones que el resto de los trabajadores, la creación de un seguro nacional de enfermedad a cargo del Estado (es decir, de toda la población, y no solo de los trabajadores), consistente en un 100 por 100 del salario real (o del salario mínimo en caso de no haber trabajado), sin ninguna limitación en cuanto a su duración, pues debe durar mientras dure la causa que impide trabajar y al cual tuviera derecho toda persona en edad laboral, hasta la adaptación de los edificios y servicios públicos, viviendas, transportes, residencias, etc., a nuestras limitaciones.

Fuente: “Carta Abierta”, *Auxilia*, Barcelona, noviembre-diciembre de 1975, p. 23.

Uno de sus miembros fundadores escribió unos años más tarde que era la propiedad privada de los medios de producción la que impedía la integración profesional de las personas discapacitadas en la sociedad, por la falta de recursos técnicos y humanos que les permitieran trabajar. Porque el progreso científico y tecnológico de la revolución industrial había permitido a los discapacitados realizar las mismas tareas que otras personas, pero en la sociedad capitalista, “el minusválido [era] una mercancía defectuosa que no [interesaba] alquilar o que, en todo caso, se [pagaba] a precio de saldo” (Gabinete de Estudios y Asesoramiento, 1979, p. 11). La marginación de la persona discapacitada residía, por tanto, en la estructura económica capitalista de la sociedad, que intentaba ocultar la explotación del hombre por el hombre mediante una ideología paternalista católica (Gabinete de Estudios y Asesoramiento, 1979, p. 23). El 1 de noviembre

de 1976, varios grupos de Andalucía, Galicia, Aragón, Castilla y León y Cataluña adoptaron la Carta de Reivindicaciones de MU y se declararon víctimas del sistema económico capitalista.

En Barcelona, el padre José Ignacio Eguía Careaga consideró que los progresos tecnológicos e industriales contribuían a la creciente marginación de las personas discapacitadas intelectuales y abogó por una profunda reestructuración económica y social:

De la misma manera que la civilización de la propiedad territorial y luego de la propiedad capitalista-industrial produjo sus formas de explotación, de marginación y de rechazo, así también la civilización de la tecnología. Esta divide a los hombres en capaces e incapaces, en eficientes e ineficientes, en integrados al sistema productor y el resto sobrante. El deficiente mental, en cuanto marginado social, es un “subproducto de la civilización tecnológica”, más o menos como el mendigo lo es de la civilización de la propiedad. [...] En este sentido, únicamente una reestructuración socioeconómica profunda puede “resolver” el problema de la subnormalidad. Lo demás son parches. (*Voces*, 15 de febrero de 1972).

José Ignacio Eguía Careaga consideraba que la economía doméstica que prevalecía en las zonas rurales o en el pequeño comercio industrial permitía que los deficientes mentales trabajaran, lo que no era el caso en una economía tecnológica e industrial. Probablemente inspiradas por esta visión católica comprometida sobre el progreso tecnológico para interpretar la marginación, siete mujeres de Barcelona manifestaban su disconformidad con:

[...] esta sociedad materialista que hemos formado, porque, con lo avanzado que va el mundo, nos han dejado atrás, incluso con mas inferioridad que a un simple objeto como es el coche; cada garaje tiene su rampa y, sin embargo, los minusválidos no solo no tenemos rampas, sino que cada día aumentan las escaleras. Por esto nosotras queremos haceros una pregunta: ¿Qué vale más para vosotros, una persona aunque tenga un defecto físico, o un simple coche? (*Auxilia*, febrero de 1977, p. 20).

Sin embargo, con la expansión del movimiento de personas discapacitadas a nuevas asociaciones, estas interpretaciones radicales entraron en conflicto con otras y rápidamente se volvieron marginales. De hecho, un gran número de activistas de otras asociaciones, profundamente creyentes, interpretaban su marginación como una consecuencia de la falta de sensibilidad y colaboración entre los líderes políticos, así como de ineficacia de las políticas públicas (presupuesto insuficiente o mala administración del dinero, centralización excesiva, falta de legislación adecuada) (*Auxilia*, noviembre-diciembre de 1976, p. 16). Fue esta interpretación política apartidista, aunque democrática y conservadora, del sistema capitalista de la época la que rápidamente se convirtió en la dominante en los movimientos españoles por los derechos de las personas discapacitadas físicas. Los defensores de esta línea incitaban a las personas discapacitadas politizadas a moderar su entusiasmo. Así, José Luis Dachs Charlez invitó a las personas discapacitadas a conceder una amnistía general a la sociedad (*Empuje*, junio de 1976).

En Brasil, fue el discurso de la teología de la liberación, que defendía la emancipación del pueblo, el que ofreció la clave para interpretar su experiencia personal a la mayoría de los miembros de la Fraternidad Cristiana de Enfermos. Al asimilar el grupo de las personas discapacitadas a una minoría marginada por el injusto sistema económico y político, muchos líderes de la Fraternidad proclamaron su solidaridad con todos los demás grupos marginados (negros, obreros, personas sin hogar, desempleados, etc.) y militaron por una mejor distribución de la riqueza y por la democracia. En el nordeste de Brasil, marcado por la pobreza y las escandalosas desigualdades de riqueza, la influencia de la teología de la liberación era mucho más evidente en las reivindicaciones de las asociaciones. De hecho, la Associação Capixaba das Pessoas com Deficiência del Estado de Espírito Santo incluyó entre sus demandas una mejor distribución de la riqueza y mejores condiciones de vida para los pueblos (*Boletim Capixaba*, abril de 1981). No obstante, a nivel nacional, la convivencia de múltiples asociaciones, con fuertes divergencias políticas,

condujo rápidamente a una postura consensuada de la coalición nacional, bastante respetuosa del poder y el orden económico vigentes. Así pues, España parece un caso singular, ya que los conflictos de interpretación sobre la causa de la marginación de las personas discapacitadas ocuparon un lugar considerable en los debates de las asociaciones y en el debate público durante los años de transición a la democracia (1976-1977). En los otros dos países, no observamos un conflicto de interpretación similar en nuestras fuentes, lo que no significa que no se produjera de forma marginal.

La radicalidad de la acción de los movimientos y sus límites

La espinosa cuestión de la delimitación de las acciones radicales

La clasificación de ciertas movilizaciones como “radicales” plantea varios problemas. Presupone, en primer lugar, distinguir entre las formas “ordinarias” de acción política y otras, consideradas “radicales” o “protestatarias”. Ahora bien, esta distinción es en gran medida artificial, pues estas formas de protesta están a veces vinculadas a otras formas “habituales” de acción en el registro de acciones de una asociación. También hace que el investigador corra un riesgo, el de asumir “inconscientemente jerarquías de legitimidad que son en realidad el resultado de luchas de clasificación para distinguir entre las ‘buenas’ actividades políticas, es decir, las que forman parte de la ‘norma’ democrática, y las demás” (Lagroye, Bastien y Sawicki, 2006, p. 348).

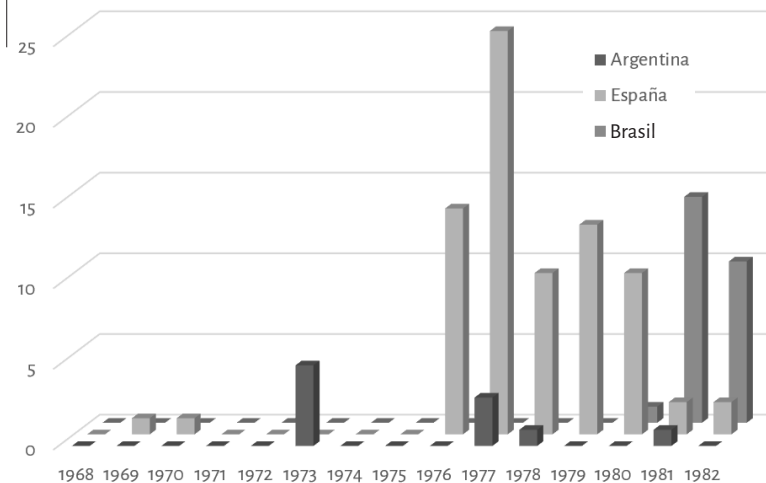
Para analizar la radicalidad de la acción de los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas en cada país, se ha hecho un listado de todas las acciones radicales mencionadas en nuestras fuentes. Este listado no pretende ser exhaustivo y su elaboración ha conllevado ciertas dificultades. La primera consistía en definir el perímetro de las acciones radicales que iban a analizarse. La perspectiva comparativa nos llevó a incluir manifestaciones callejeras,

huelgas de hambre y ocupación de locales, muy bien documentadas por nuestras fuentes. Se optó por ampliar el perímetro hacia las acciones alternativas de protesta, ya fueran colectivas (huelga laboral, interrupción de un acto cultural público, concentración pacífica, etc.) o individuales, aunque fuera más difícil aprehenderlas.

Tuvieron que excluirse acciones difíciles de considerar como protestatarias por formar parte integrante del juego institucional. Por ejemplo, en el marco de la campaña electoral municipal, el 12 de noviembre de 1976 se organizó una manifestación de vendedores ambulantes deficientes físicos en las principales calles de São Paulo para apoyar la candidatura de David Pinto Bastos, presidente de la Associação dos Deficientes Físicos de São Paulo, como concejal municipal por Aliança Renovadora Nacional (*O Estado de São Paulo*, 12 de noviembre de 1976).

El principal obstáculo en la elaboración del listado es que los derechos de las personas discapacitadas podían ser defendidos en manifestaciones callejeras con consignas más generales, convocadas por sindicatos o partidos políticos, las cuales no se han contabilizado. De este modo, el Frente de Lisiados Peronistas en Buenos Aires, Minusválidos Unidos en Madrid y los Grups de Base de Disminuïts Físics en Barcelona participaban con regularidad en manifestaciones organizadas por los partidos políticos a los que pertenecían. Por último, resulta difícil datar con exactitud algunas de las movilizaciones radicales y evaluar el número exacto de manifestaciones organizadas en muchas ciudades durante las jornadas nacionales de lucha. En este caso en particular, se ha utilizado una estimación coherente, pero guardando la prudencia, del número de manifestaciones, que siempre es inferior al número anunciado por los organizadores de la capital. A pesar de todas estas dificultades, este listado pretende ser bastante representativo.

DOCUMENTO 12. ACCIONES DE PROTESTA LLEVADAS A CABO EN EL ESPACIO PÚBLICO PARA DEFENDER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS EN ARGENTINA, BRASIL Y ESPAÑA (1968-1982)



Violencia y represión. El peso del control político

La posibilidad de organizar acciones radicales estaba condicionada en gran medida por el contexto político y el grado de libertad pública existente en cada país. Con la posibilidad de autorizar o no una manifestación, o de reprimirla, si así lo deseaban, los poderes públicos canalizaban las protestas. Participaban, por tanto, en la definición de sus características (recorrido, número de participantes).

Las distintas trayectorias seguidas por los regímenes que se están estudiando conducen a claras diferencias en la temporalidad de las protestas de las personas discapacitadas. Las primeras movilizaciones se iniciaron en Argentina a finales de mayo de 1973, con la llegada al poder de Héctor José Cámpora y Juan Perón, que suscitó enormes esperanzas de justicia social y del derrocamiento del orden económico capitalista en una fracción de la población; en España durante el segundo trimestre de 1976, en la transición a la democracia que siguió a la muerte de Franco; y en Brasil tras 1979,

con la democratización lenta, progresiva y no lineal del régimen dictatorial. En España, las culturas políticas, muy contestatarias en las ciudades de Madrid y Barcelona, explican probablemente la precocidad y la frecuencia de las acciones que se llevaron a cabo allí tras la muerte del dictador (18 en Barcelona, 16 en Madrid) (Ledesma, 2006, p. 128). En España y Brasil, gracias a la dinámica de democratización, las movilizaciones radicales continuaron hasta 1982, y a veces incluso hasta más tarde en el caso de Brasil, pero luego perdieron radicalidad al institucionalizarse. Por el contrario, en Argentina, estas disminuyeron considerablemente en intensidad y número a partir de 1974, debido al endurecimiento político del régimen peronista y luego al instaurarse la dictadura en 1976. En 1982, cuando la dictadura argentina estaba aún en una posición de fuerza y reprimía todos los movimientos sociales, España casi había terminado con su transición a la democracia.

De los tres países, España se destaca por el gran número de acciones radicales llevadas a cabo entre 1976 y 1982 (78), de las cuales una mayoría fueron manifestaciones callejeras (42) y un número significativo de ocupaciones de locales administrativos o religiosos (19). Solo hemos identificado diez acciones radicales en Argentina durante este periodo y 25 en Brasil. Si medimos la intensidad de las protestas tomando como referencia el número de habitantes de estos países a mediados de los años setenta (26 millones en Argentina, 110 millones en Brasil, 35 millones en España frente a 212 millones en Estados Unidos), en España es mucho mayor que en otros países (casi 10 veces mayor que en Brasil, 5 veces mayor que en Argentina y Estados Unidos).

Las movilizaciones brasileñas se limitaban a un único registro de acción, la manifestación callejera, mientras que las acciones fueron mucho más diversificadas en España y Argentina, donde las personas discapacitadas físicas y sensoriales no dudaron en ocupar locales administrativos o asociativos (19 en España, 3 en Argentina) o en realizar huelgas de hambre (dos en España, una en Argentina). En

Barcelona, varios activistas también se encadenaron a las farolas de Las Ramblas e interrumpieron una obra de teatro.

El nivel de radicalidad de la acción de las personas discapacitadas debe también considerarse a la luz de las iniciativas existentes en aquella época en el país. Los medios de acción radicales utilizados por las personas discapacitadas en Argentina (1973) y en España (1976-1981) eran similares a los utilizados por otros grupos sociales en aquella misma época, en un contexto de efervescencia social. Por el contrario, la existencia de concentraciones públicas bajo la dictadura argentina constituía un hecho extraordinario, cuya realización comportaba un alto grado de peligrosidad para los organizadores. No hemos encontrado indicios que muestren la circulación de formas de acción entre las esferas nacionales en aquella época.

La presencia de regímenes dictatoriales influyó en gran medida en el abanico de medios de acción de los que disponían los actores asociativos. En España, solo los mutilados de guerra republicanos se atrevieron a organizar dos concentraciones públicas para exigir la igualdad de derechos con los mutilados de guerra franquistas y el reconocimiento legal de la LMIGE. El 30 de junio de 1969 tuvo lugar una concentración pública frente a las Cortes para apoyar la presentación de una petición dirigida al presidente. Las dos únicas pancartas preparadas para la ocasión finalmente no fueron exhibidas por los activistas (Vega, 1981, p. 66). La segunda concentración pública, improvisada el 30 de mayo de 1970, fue tolerada por la policía, que no intervino, pero convocó unos días más tarde al presidente de la LMIGE para que diera explicaciones sobre la manifestación (Vega, 1981, p. 70). Las concentraciones de los mutilados republicanos reunían a pocas personas, duraban menos de una hora y no eran muy mediatizadas.

No hubo ninguna ocupación ni huelga de hambre bajo las dictaduras brasileña y argentina. Las manifestaciones callejeras organizadas en Brasil durante este periodo, así como las concentraciones públicas en Argentina, eran raramente subversivas. En este último país, a pesar del contexto extremadamente represivo, una treintena

de vendedores ambulantes organizaron algunas concentraciones públicas en 1977 y 1978 ante las administraciones públicas encargadas de expedir los permisos de venta ambulante. Reclamaban el derecho a mantener sus puestos de trabajo, porque el ayuntamiento se negaba a renovar los permisos de venta ambulante para poner orden en la ciudad.⁷ El movimiento estuvo bajo estrecha vigilancia y algunos de sus miembros fueron amenazados físicamente, pero no fueron encarcelados.

Por otra parte, el 8 de agosto de 1981, un grupo de personas discapacitadas físicas se concentró pacíficamente frente a un almacén del puerto de Buenos Aires, para protestar por el retraso en la promulgación de una ley que les eximía del pago de cualquier tipo de impuesto sobre los automóviles importados con control ortopédico (*La Nación*, 9 de agosto de 1981). Querían poder retirar sus coches adaptados de las aduanas lo antes posible sin tener que pagar impuestos de importación. La concentración pacífica sorprendió a las autoridades, pero la ausencia de reivindicaciones subversivas les permitió evitar la represión.

En Brasil, las manifestaciones de personas discapacitadas no parecieron subversivas a las autoridades militares. Los agentes del servicio de la represión (DEOPS) estaban presentes durante las manifestaciones, pero no veían la necesidad de redactar informes sobre el tema. Los agentes se limitaban a añadir artículos de prensa sobre las manifestaciones (dos artículos del diario *O Estado de São Paulo* sobre la manifestación del 21 de agosto de 1980)⁸ o algunos panfletos recogidos durante la manifestación del 7 de abril de 1981. Sin embargo, se tomaron la molestia de fichar a las coordinadoras de la acción del 7 de abril de 1981, líderes de la FCD en San Pablo (María de Lourdes Guarda e Isaura Helena Pozzatti). Aunque había reivindicaciones fuertes, la mayoría de estas acciones se enmarcaban en el

⁷ Entrevista con Tania García, Buenos Aires, 17 de marzo de 2010.

⁸ APESP, Fundo DEOPS, caja OP0654. "Duzentos protestam na Sé", *O Estado de São Paulo*, 22 de julho de 1980.

marco del Año Internacional de los Impedidos (1981), lo que les confería una especial legitimidad. Las autoridades permitieron todas las manifestaciones solicitadas por las asociaciones y las fuerzas policiales nunca recurrieron a la violencia física contra los manifestantes.

El nivel de represión de estas acciones radicales fue paradójicamente más alto durante la transición a la democracia en España. A menudo se impidió que las personas discapacitadas físicas y sensoriales se manifestaran. Tras la negativa a autorizar la manifestación del 2 de diciembre de 1976 en Madrid, los organizadores (MU, FRATER, Auxilia) retiraron la convocatoria, solo unas pocas decenas de personas discapacitadas físicas se atrevieron a manifestarse (*Voces*, 15 de enero de 1977). Además, cuando las personas discapacitadas físicas solicitaron permiso para manifestarse a finales de noviembre de 1977 en 18 ciudades del Estado, la gran mayoría de sus solicitudes fueron rechazadas. Algunos alcaldes negociaron con los organizadores durante los días previos a la manifestación para evitar que se celebrara. La prohibición de manifestarse limitaba efectivamente el número de participantes en tales acciones. En este país, los activistas se enfrentaron a menudo a la violencia de la policía al dispersar las manifestaciones y al desalojar algunos locales administrativos o religiosos. Esta violencia policial hacia las personas discapacitadas físicas y sensoriales se daba con frecuencia, pero afectó de forma excepcional a una manifestación en favor de los derechos de las personas deficientes mentales. A principios de junio de 1977, varias decenas de padres acompañados de sus hijos deficientes mentales se manifestaron en Las Palmas para exigir el respeto del derecho de sus hijos a la educación especial. La policía intervino con celeridad para detener la manifestación utilizando la violencia, incluso contra los deficientes mentales.⁹

A las movilizaciones de las personas ciegas críticas hacia la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) se les ponía trabas

⁹ “Manifestaciones de subnormales en Las Palmas”, *El País*, Madrid, sin fecha. Véase: *Voces*, 15 de junio de 1977.

sistemáticamente y a los ocupantes de los locales de la ONCE se les solía expulsar el mismo día de la ocupación. El 2 de abril de 1977, cuando unos cuarenta ciegos vendedores de cupones en La Coruña se encerraron en la Delegación Provincial de la ONCE, rápidamente fueron desalojados por la policía a las once de la noche de ese mismo día (ABC, 3 de abril de 1977, p. 80). Esta rápida intervención de las fuerzas policiales demuestra la presión que ejercía la ONCE sobre las autoridades españolas.

En Argentina, la manifestación espontánea del FLP del 24 de julio de 1973 terminó con enfrentamientos con los bomberos y algunos agentes de policía, pero no hubo heridos. El ministro de Bienestar Social, José López Rega, censuró esta manifestación en la prensa. Parece que otras acciones se llevaron a cabo sin altercados significativos con las fuerzas policiales.

***La dinámica de moderación de los grupos implicados:
el peso de las estrategias***

Además de las dificultades planteadas por el contexto político, las características de las acciones asociativas se explican principalmente por las opciones estratégicas de sus líderes. Su cultura política los llevó a favorecer ciertos modos de acción. Por otro lado, una dinámica de moderación se producía cuando los movimientos se unían en torno a un consenso o cuando comenzaban a participar en los órganos consultivos gubernamentales o a gestionar servicios. En los tres países, la gran mayoría de los grupos implicados en estas acciones radicales (unos 30 en España y Brasil, 6 en Argentina) estaban fuera de los procesos habituales de negociación de las políticas públicas. La consideración de los grupos de interés y de los partidos políticos con los que estos movimientos cooperaban o estaban en conflicto permite caracterizar mejor las movilizaciones de estos países (Mc Adam, Tarrow, Tilly, 1998, p. 22).

Los dirigentes de las asociaciones de padres de niños deficientes mentales de los tres países pertenecían a clases sociales y económicas

privilegiadas, que tenían un acceso regular a las negociaciones con las autoridades públicas. Gestionaban los servicios de educación especial y recibían subvenciones públicas para ello. Por esta razón, generalmente se negaban a recurrir a medios de acción radicales y preferían las peticiones o cartas cuando surgía la necesidad. Esto explica su ausencia en las acciones radicales llevadas a cabo en Argentina y Brasil, y su escasa presencia en España (8 acciones, es decir, el 11% del total). Raras fueron las asociaciones de padres que organizaron manifestaciones en la calle (Barcelona, Las Palmas, Santa Coloma de Gramanet, Valencia), la mayoría de ellas en el marco de la *Semana de Información sobre Subnormales*. En Barcelona, la Asociación de Padres de Niños Deficientes (ASPANIDE) organizó manifestaciones el 25 de abril de 1976, el 30 de abril de 1977 y a finales de abril de 1978, cada una con varios miles de participantes. Estas manifestaciones de padres eran concebidas generalmente con vistas a la fraternidad entre las clases sociales, lo que explica su alta participación. Los partidos políticos de todas las tendencias se solidarizaron con la manifestación organizada por la asociación de padres de niños anormales ASPRONA el 27 de abril de 1978: el Partido Comunista del País Valenciano, la Falange Auténtica Española, la Izquierda Republicana Autonomista, el Partido de los Trabajadores de España, Comisiones Obreras, los Círculos José Antonio y el Partido Socialista Obrero Español.¹⁰ El objetivo de este acto era obtener el pago de la subvención de 8 millones de pesetas concedida por las autoridades para el centro de Cheste, en la provincia de Valencia. Las fotografías de esta manifestación enviadas a la prensa muestran que los padres querían presentar una imagen muy controlada de su compromiso político. Todos los miembros del cortejo estaban bien alineados tras la pancarta. La presencia de sus hijos deficientes mentales y su cultura política, generalmente conservadora, los llevaba a marchar en fila y en orden. De esta manera, los padres querían demostrar que su compromiso

¹⁰ AFEAPS, Caja Asprona Valencia. *Las Provincias*, Valencia, 25 de abril de 1978.

era en favor de la restauración del orden social, un orden que requería que sus hijos fueran educados como los demás niños.

Durante el segundo trimestre de 1978, como el mantenimiento de algunas instituciones de educación especial se veía amenazado por la irregularidad y la insuficiencia de las subvenciones públicas, algunos padres propusieron modificar el registro de acciones de la Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales (FEAPS). Durante la asamblea anual, sugirieron que la Federación se retirara de los órganos decisorios y que organizara manifestaciones callejeras u ocupaciones de locales para presionar más a la administración (*Voces*, 15 de mayo de 1978). Tras los debates, esta propuesta fue rechazada provisionalmente, pero la asamblea aprobó por mayoría la idea de redactar un manifiesto para las autoridades, en el cual se denunciaba el hecho de que la administración negaba a los deficientes mentales sus derechos más elementales (educación, atención temprana, etc.) y le daba un ultimátum.

En los tres países, fueron principalmente las personas discapacitadas físicas y sensoriales quienes decidieron radicalizar su registro de acción. En España, de las 78 acciones organizadas durante este periodo, 54 fueron realizadas exclusivamente por personas discapacitadas físicas (70%) y 14 por personas ciegas (18%). Los principales puntos de mira de las ocupaciones realizadas fueron el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM), seguido del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) (5 ocupaciones para el SEREM, 4 para el INSERSO) y las delegaciones provinciales de la ONCE (3 ocupaciones). Estas ocupaciones tuvieron lugar principalmente durante los años 1977-1978.

Además, el SEREM constituía a menudo el destino final de las manifestaciones callejeras. Ese fue el caso de la manifestación de padres de niños deficientes mentales que tuvo lugar en Valencia el 27 de abril de 1978. Frente a la oficina del organismo administrativo, los manifestantes expresaron claramente su insatisfacción al grito de

“¡SEREM, dimite, el pueblo no te admite!”¹¹ Manifestaciones de este tipo pueden considerarse “manifestaciones-insurrecciones”, ya que “se dirigen hacia la sede de un órgano de gobierno para forzarlo, bajo presión, pero sin asumir ningún tipo de violencia, a tomar decisiones que no formaban parte de su ideario inicial” (Tartakowsky, 1997, p. 42). Las otras manifestaciones constituyan más bien “manifestaciones-peticiones”, que

señalan al Estado los problemas que hay que resolver y, sin pretender cambiar la estructura de poder, lo convierten en un interlocutor explícito, sometiéndole de forma efectiva, mediante moción y delegación, o de forma simbólica, mediante eslóganes y pancartas, una exigencia o una petición.

En España, la progresiva unificación de las asociaciones de personas discapacitadas físicas a partir de finales de 1976 llevó a la convocatoria coordinada de manifestaciones callejeras, al aumento de su número y a su expansión geográfica. La Coordinadora Estatal de Disminuidos Físicos convocó una jornada unitaria de manifestación el 24 de noviembre de 1979, que fue seguida en más de una decena de ciudades (Barcelona, Bilbao, Toledo, Murcia, Madrid, Zaragoza, Valencia, Las Palmas, Palma de Mallorca, Badajoz). Sin embargo, a partir de finales de 1978, esta Coordinadora decidió por mayoría implicarse en los órganos administrativos decisorios, lo que condujo a la adopción de una actitud más respetuosa hacia los poderes y a una disminución en el recurso a las ocupaciones por parte de las asociaciones implicadas. Otras personas discapacitadas no compartían esta estrategia de participación en los órganos administrativos, que consideraban discriminatorios e ineficaces, y habrían deseado un movimiento mucho más radical (*Hoja Oficial del Lunes*, 27 de febrero de 1978). La satisfacción parcial de las reivindicaciones asociativas con la adopción de la Ley de Integración Social de los Minusválidos

¹¹ AFEAPS, Caja Asprona Valencia. *Las Provincias*, Valencia, 25 de abril de 1978.

(LISMI) en 1982 condujo a una disminución significativa del número de acciones.

Bajo la presión de la ONCE, que intentaba por todos los medios impedir las protestas colectivas, varios grupos de vendedores de cupones optaron por las huelgas como medio de acción. A principios de abril de 1977, un grupo de ciegos vendedores de cupones de La Coruña, Santiago de Compostela y El Ferrol iniciaron una huelga de más de diez días (*El País*, 12 de abril de 1977). Algunos jóvenes ciegos recurrieron a la acción individual, utilizando su cuerpo como arma de lucha. Uno de ellos se cubrió la camisa blanca con múltiples eslóganes, como “Estoy desterrado por la ONCE. Los ciegos españoles no somos españoles ciegos” (*Voces*, 15 de junio de 1978).

Las movilizaciones brasileñas se distinguían de los otros dos países por su carácter mixto y moderado. Los participantes eran muy variados: el 75% de las manifestaciones congregaban a personas discapacitadas físicas, ciegos; en menor medida, a sordos, leprosos y, a veces, a personas deficientes mentales y sus acompañantes. La Coalizão Pró-Federação Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, que agrupaba a múltiples asociaciones de personas discapacitadas físicas, ciegos, sordos y leprosos, convocó una jornada de manifestación conjunta el 21 de septiembre de 1982. Fue secundada en alrededor de diez ciudades. En este país, los eslóganes utilizados durante las manifestaciones no solían contener acusaciones directas contra las autoridades administrativas, las asociaciones que gestionaban instituciones o las empresas privadas. Aunque no se descarte que algunos activistas hubieran podido exhibir carteles con eslóganes más agresivos, no disponemos de pruebas. La mayoría de las fotos y de la información que tenemos sobre las manifestaciones brasileñas provienen de los archivos de la Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes, cuyo discurso durante las manifestaciones callejeras era moderado. Ahora bien, los responsables de esta asociación documentaban sobre todo la acción propia, con fotografías que representan sistemáticamente a los miembros de la Fraternidade. Además, las inscripciones en las pancartas exhibidas por los manifestantes eran

homogéneas en cuanto a la caligrafía, tanto en el grosor del trazo como en la forma de la letra. Esta uniformidad tiende a probar que una única persona, o un equipo de la Hermandad, pintó todas las pancartas visibles en las fotografías. Una excepción, sin embargo, es digna de mención: los vendedores ambulantes, miembros de la Associação Brasileira de Deficientes Físicos, profirieron acusaciones de persecución contra los inspectores fiscales del municipio de San Pablo durante la manifestación organizada el 21 de julio de 1980.¹²

Respetuosas con los poderes establecidos, estas manifestaciones callejeras eran generalmente demostraciones de concienciación de la sociedad sobre los derechos de las personas discapacitadas. En este caso, pueden ser clasificadas como “manifestaciones-procesiones”, es decir, “cortejos sin interlocutor cuya función principal es construir una imagen grupal mediante el uso de símbolos” (Tartakowsky, 1997, p. 42). No obstante, algunas de ellas parecían ser más bien “manifestaciones-peticiones”, ya que tenían como objetivo presentar una lista de reivindicaciones al alcalde de la ciudad.

La posición moderada de las concentraciones asociativas se refleja en las manifestaciones por la presencia de religiosos y por la variedad de apoyos políticos, religiosos y económicos concedidos. La manifestación organizada por el Grupo Capixaba de Pessoas com Deficiências el 20 de marzo de 1981 en Vitória en el marco del Año internacional de los Impedidos contó con el apoyo de un gran número de iglesias (católicas, metodistas, luteranas, presbiterianas), así como de numerosas asociaciones civiles, líderes políticos (Partido do Movimento Democrático Brasileiro y Partido dos Trabalhadores) y comunidades eclesíásticas de base. Un gran número de dirigentes asociativos eran creyentes y muchos pertenecían a la clase media instruida del país. Así pues, las movilizaciones brasileñas se planteaban en general bajo la óptica de la fraternidad entre clases sociales,

¹² APESP, Fundo DEOPS, OP0654. Duzentos protestam na Sé, *Folha de São Paulo*, San Pablo, 22 de julio de 1980.

mientras que las movilizaciones españolas se caracterizaban por tensiones de clase más fuertes.

En Argentina, las acciones apuntaban tanto a las autoridades administrativas como a las sedes asociativas. Las acciones desarrolladas por el FLP eran particularmente subversivas hacia las asociaciones privadas AOI y COR y hacia las mujeres benefactoras que las dirigían. Este posicionamiento radical contribuyó al aislamiento del FLP con respecto a otros movimientos asociativos. El pequeño número de grupos implicados en estas acciones de protesta (6) refleja la fuerte división de los movimientos argentinos y la falta de participación de muchas asociaciones. En este país, la extensión geográfica de las acciones de protesta se limitó a dos ciudades (Buenos Aires y Rosario), mientras que se extendió a una decena de ciudades en España (Barcelona, Madrid, Zaragoza, Sevilla, Málaga, Vigo, Huelva, etc.) y en Brasil (San Pablo, Porto Alegre, Vitória, etc.). La baja tasa de participación en las acciones de protesta argentinas (unas pocas decenas de personas) confirma la singularidad argentina.

No obstante, la dificultad y la penosidad que representaban los traslados hacia el lugar de la movilización para las personas discapacitadas físicas en sillas de ruedas o en camillas ortopédicas explica en parte este bajo nivel de movilización. Muchos solo podían participar con la ayuda de personas sin discapacidad que los llevaran allí. Es por ello que la mera existencia de estas manifestaciones, incluso con una baja participación, era en sí misma un gran éxito para este sector social tan aislado.

Los picos protestatarios

Se pueden observar picos protestatarios en los tres países, con un desfase cronológico significativo entre el caso argentino (junio-agosto de 1973), el caso español (octubre-diciembre de 1977, así como el 24 de noviembre de 1979) y el caso brasileño (enero-abril de 1981, así como el 21 de septiembre de 1982). En general, al concentrar al menos alrededor de diez protestas en unos pocos meses, o incluso en un solo

día, estos picos protestatarios eran muy efectivos a nivel político. Permitieron elevar las reivindicaciones individuales y no oficiales al nivel de problemas sociales: “una labor social de producción de la creencia colectiva y de legitimación de las prácticas que precede y acompaña el trabajo específico que se lleva a cabo en el campo jurídico” (Lenoir, 1986, p. 30-31). A través de su movilización, las personas discapacitadas se convirtieron en un nuevo actor político a escala nacional y el personal político ya no podía ignorarlas.

En España se pueden identificar dos picos protestatarios: el primero de octubre a diciembre de 1977, durante los cuales se sucedieron más de una decena de acciones de índole muy diversa; y el segundo el 24 de noviembre de 1979, que fue una jornada de manifestación unitaria convocada por la CEMFE. El primer ciclo de protestas comenzó a principios de octubre de 1977 con la huelga de hambre iniciada por un discapacitado físico, José González Barreras, en la Puerta del Sol, tras el desmantelamiento de su pequeño puesto de venta en la calle. Exigía entonces beneficiarse de la seguridad social y defendía el derecho de las personas discapacitadas a un empleo o, en su defecto, a un seguro de desempleo igual al salario mínimo interprofesional. Tras nueve días, la policía decidió expulsarlo (*En Lucha*, 3-9 de noviembre de 1977, p. 11). En solidaridad, el 10 de octubre de 1977, veinte personas discapacitadas físicas se encerraron en la iglesia Virgen del Mar en San Blas. El grupo escribió una carta al presidente del Gobierno que exigía el derecho de todos los trabajadores discapacitados a tener un empleo, así como a beneficiarse del seguro de desempleo y de la seguridad social.¹³ Probablemente informadas de la movilización madrileña, una docena de personas discapacitadas físicas de la Coordinadora de Disminuidos Físicos de Cataluña se encerraron el 2 de noviembre en los locales del SEREM en Barcelona. Poco después, unas cuarenta personas discapacitadas físicas ocuparon las oficinas durante más de un mes sin interrupción. Un

¹³ *Mundo Obrero*, Madrid, 43, semana del 27 de octubre al 2 de noviembre 1977, p. 17.

gran número de asociaciones (entre ellas Auxilia, ECOM), sindicatos (UGT) y partidos políticos apoyaron públicamente su lucha.

En Brasil, las manifestaciones callejeras se concentraron en la primavera de 1981, cuando dio comienzo el Año Internacional de los Impedidos, y el 21 de septiembre de 1982, declarado por las asociaciones como “Dia de Luta das Pessoas Deficientes”. La FCD organizó una jornada de manifestación unitaria el 7 de abril de 1981, secundada en al menos cinco ciudades (Pouso Alegre, San Pablo, Maceió, Campinas, Río de Janeiro). En San Pablo, varias asociaciones participaron en este Dia Nacional de Concentração junto con la FCD (NID, ABRADDEF, MDPD, CPSP, etc.). En la plaza donde comenzó la manifestación, se colgó una gran pancarta en las farolas, con el lema de la ONU: “1981. Ano Internacional das Pessoas Deficientes / Participação plena e igualdade”.

En Argentina, el único pico protestatario tuvo lugar durante el verano de 1973, con la llegada al poder de Héctor Cámpora, que constituyó un contexto político favorable a la expresión del malestar social, especialmente en el sector de la salud. A finales de mayo, los peronistas –y especialmente la Juventud Peronista– optaron por ocupar los establecimientos de salud para exigir cambios en los comités directivos y el acceso a una atención de calidad para todos. Fue en este contexto en el que varios grupos de personas discapacitadas internadas se movilizaron por las mismas causas. Por ejemplo, los jóvenes internados en el Hospital de Rehabilitación María Ferrer exigieron el cambio de la directora, a quien consideraban autoritaria, y finalmente lo consiguieron.¹⁴ También exigieron una mejora en la alimentación, simulando para esto una huelga de hambre: se negaban a comer la comida servida por la institución, pero salían a comer fuera.

Tras el 20 de junio, la perspectiva del regreso próximo de Perón al poder llevó a los miembros del FLP a reclamar sus derechos con más fuerza. Acusados de transportar armas a Ezeiza, los dirigentes del FLP decidieron a finales de junio acudir al ministro de Bienestar Social, “para clarificar la situación y solicitar apoyo para el Proyecto

¹⁴ Entrevista con Norberto Butler, Buenos Aires, 13 de marzo de 2009.

Socioeconómico del Lisiado (UNSEL)”, en vano. Los representantes del Ministerio de Bienestar Social les ofrecieron “una limosna” (*El Descamisado*, 31 de julio de 1973, pp. 12-15), es decir, probablemente un poco de leche o de carne. El 20 de julio de 1973, los dirigentes del FLP decidieron ocupar la sede de la Asociación de Ayuda y Orientación al Inválido. La policía los evacuó unas horas después. Los jóvenes discapacitados movilizados decidieron entonces instalarse en las aceras, esperando que las autoridades tuvieran en cuenta sus reivindicaciones y aceptaran recibirlos. Cuatro días después, el 24 de julio de 1973, se trasladaron a la Avenida del Libertador y pararon el tráfico colocando camillas y sillas ortopédicas. Se manifestaron entonces con las consignas “Libres o muertos, pero jamás esclavos” (retomando así un lema de los Montoneros), “Apoyo y seguridad para los lisiados”. La policía intervino rápidamente y dispersó la manifestación para restablecer el tráfico. El diario no oficial de los Montoneros, *El Descamisado*, publicó un artículo sobre el tema con un conjunto de 11 fotografías dispuestas con fines políticos (Brégain, 2021).

En Brasil y España, las asociaciones organizaron al menos un día de manifestaciones unitarias durante esta década. No fue el caso de Argentina, lo que es una indicación de la debilidad de los movimientos argentinos. A nivel iberoamericano, la única tentativa de coordinar una jornada de manifestación fue organizada por la Fraternidad el 7 de abril de 1981. Hubo manifestaciones ese día en Brasil, Guatemala y Costa Rica.

Afectados en diversos grados por las dinámicas de contención política y de moderación estratégica, estos movimientos por los derechos de las personas discapacitadas siguieron diferentes caminos de emancipación en los distintos países.

Los caminos de la emancipación

El análisis cruzado de los desafíos de estas acciones radicales presenta varias dificultades. La comprensión de los objetivos de estas

acciones radicales a veces se ve obstaculizada por la interpretación politizada de la prensa alternativa. Algunas acciones estaban vinculadas a cuestiones locales y prosaicas, mientras que otras se distinguían por la dimensión emancipadora de sus objetivos. Algunas de ellas tenían como objetivo preservar los derechos adquiridos –algunos de carácter tradicional– amenazados por las políticas de los gobernantes. Además, rara vez se limitaban a la defensa de un único objetivo, lo que dificulta especialmente la comparación. Asimismo, cuando varios grupos diferentes estaban implicados en la misma acción, esta última podía ser polisémica. Los actores minoritarios podían promover un discurso diferente al de los organizadores colocándose a la cola del cortejo. Durante la manifestación organizada el 21 de julio de 1980 en San Pablo, en la Plaza de Sé, la asociación NID distribuyó una carta abierta en la cual reclamaba la accesibilidad de los transportes públicos y de los establecimientos culturales, mientras que la asociación de vendedores ambulantes inválidos protestó contra la persecución fiscal hacia ellos de los funcionarios del ayuntamiento y el incumplimiento de la ley que regulaba el comercio de billetes de lotería.

Durante estas manifestaciones protestatarias, algunos grupos de personas discapacitadas mostraban su aspiración a la igualdad y a la emancipación de ciertas tutelas (médica, familiar, administrativa, religiosa, de las personas “sanas”). La aspiración a la igualdad se reforzó en algunos países en 1981, declarado Año Internacional de los Impedidos por las Naciones Unidas. El lema del Año Internacional era: “Participación plena e igualdad”. Esta aspiración a la igualdad en las relaciones sociales entre personas discapacitadas y sin discapacidad estaba simbolizada por el logotipo oficial del Año Internacional elegido por la ONU que representaba a dos personas que se daban las manos como signo de solidaridad y apoyo, en una posición de igualdad.

Había desacuerdos sobre cómo conquistar la igualdad y la emancipación entre los grupos de personas con discapacidad. En España, existía una tensión muy fuerte entre quienes promovían una

ley sobre la integración social de las personas discapacitadas, que también apoyaban la creación de un órgano administrativo coordinador, y quienes se oponían categóricamente a esta línea, que percibían como un tratamiento diferencial y marginalizador de la discapacidad. Estos últimos también se oponían al mantenimiento de servicios especializados, como los talleres protegidos o las residencias colectivas. La Coordinadora Estatal de Disminuidos Físicos defendió la primera opción a partir de diciembre de 1978. El 24 de noviembre de 1979 organizó manifestaciones en una decena de ciudades para exigir la aprobación rápida de la ley sobre la integración social de las personas discapacitadas, que estaba siendo examinada por el Congreso en aquella época. En Brasil y Argentina, los debates enfrentaban a quienes estaban a favor de obtener la igualdad de derechos con los otros ciudadanos y quienes estaban a favor de conquistar derechos específicos y diferenciados. La idea de adoptar una ley específicamente dedicada a la integración social de las personas discapacitadas no generó una fuerte oposición de principios en las asociaciones de estos países, con la excepción del NID en Brasil.

Estas protestas pueden ser consideradas como “momentos de discontinuidades históricas potenciales”, durante los cuales los actores marginados aprovechaban las oportunidades históricas existentes para construir utopías emancipadoras y relaciones sociales más igualitarias. En esta situación, las posiciones de los actores cristalizaban, a veces se radicalizaban, lo que permite al historiador comprender mejor las relaciones sociales y las relaciones de poder en juego (Riot-Sarcey, 1998, p. 34).

En cada país, los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas definían las formas de igualdad que había que conquistar, así como las situaciones de desigualdad y dependencia que debían mantenerse. Resumiremos sus principales características a partir de tres ejes: el acceso a un trabajo correctamente remunerado, la accesibilidad arquitectónica y la emancipación de las tutelas.

Conquistar el derecho al trabajo

En los tres países, la oferta de formación profesional para las personas discapacitadas era residual, aunque en Brasil llegaba a más personas gracias al trabajo del Departamento de Rehabilitación del Instituto Nacional da Previdência Social. La formación profesional era impartida en España por la ANIC y otras asociaciones privadas, en colaboración con el SEREM y el Ministerio de Trabajo, y en Argentina por el SNR. Se limitaba a mil personas al año en España y a alrededor de cien personas discapacitadas en Argentina.

La mayor dificultad para las personas discapacitadas rehabilitadas en los tres países residía en el acceso a un empleo cualificado y debidamente remunerado, a pesar de la adopción de medidas legales que reservaban un porcentaje de los puestos de trabajo en algunas administraciones públicas y empresas privadas para las personas discapacitadas en Brasil (1960) y en España (1970). La crisis de las salidas profesionales fue especialmente aguda en España durante los años setenta. Ante la falta de oportunidades profesionales en el sector ordinario, se desarrollaron centros de empleo protegido en España (principalmente bajo la dirección de ANIC), así como en Argentina, por iniciativa de las asociaciones privadas AOI y COR. En Brasil, la asociación AACD abrió un taller protegido a principios de la década de los setenta, pero solo acogió a personas discapacitadas físicas graves. Estos talleres protegidos constituyeron objetivos importantes en las movilizaciones argentinas y españolas. Durante la manifestación del 2 de diciembre de 1976 organizada en Barcelona por el Grups de Base de Disminuïts Físics, varios cientos de manifestantes gritaron: “Talleres Protegidos una vergüenza” (*Empuje*, marzo de 1977). A finales de 1976, una asamblea de personas discapacitadas físicas de Andalucía, Galicia, Barcelona, Zaragoza y Madrid pidió la transformación de los centros de empleos protegidos en empresas cooperativas (Gabinete de Estudios y Asesoramiento, 1979, p. 32). En Argentina, el FLP ocupó la sede de la Asociación de Ayuda y Orientación al Inválido (AOI) el 20 de julio de 1973, para denunciar la

precariedad y la peligrosidad del empleo en los talleres protegidos de la asociación y afirmar así su voluntad de encontrar empleos en el sector ordinario.

En España, un gran número de manifestaciones criticaban en primer lugar la ineficiencia, la burocratización y la falta de recursos del SEREM. La mayoría de los grupos exigían una descentralización y democratización del SEREM, para poder participar en las decisiones del Gobierno sobre las políticas de asistencia que les afectaban. No obstante, algunos grupos, más radicales, reclamaban la desaparición del SEREM. La cuarentena de discapacitados físicos que ocuparon las dependencias del SEREM en Barcelona en noviembre de 1977 exigían así su disolución y la creación de secretarías específicas en cada ministerio (*Auxilia*, diciembre de 1977). Pedían que los órganos administrativos creados para defender sus derechos fueran controlados por los propios discapacitados físicos.

En Brasil, la ausencia de ataques contra los organismos de formación profesional se explica sobre todo por el carácter generalmente no subversivo de las reivindicaciones y por el importante desarrollo de los servicios de rehabilitación profesional ofrecidos por el INPS.

En los tres países, varias movilizaciones pidieron la adopción o la aplicación de medidas legislativas que garantizaran el acceso al empleo. En España, una treintena de personas discapacitadas físicas provenientes de diversos colectivos se encerraron en la parroquia Beata María de Jesús de Madrid el 27 de septiembre de 1976, para protestar contra la negativa del Ministerio de Trabajo a recibirlos (*El País*, 28 de septiembre de 1976). Exigían la aplicación del decreto de 1970 que reservaba el 75% de los puestos vacantes en los organismos públicos de la seguridad social y el 2% en las empresas con más de 50 trabajadores, la creación de un seguro-desempleo indefinido para todas las personas discapacitadas, equivalente al salario mínimo interprofesional, la inclusión inmediata de todas las personas discapacitadas en la seguridad social, la creación de talleres protegidos cuyos dirigentes serían elegidos por los trabajadores, así como un estatuto del trabajador discapacitado similar al de los demás trabajadores. En

Argentina, la UNSEL militó a favor de una ley que reservaría el 4% de los puestos para las personas discapacitadas en las administraciones públicas y las empresas privadas.

En España, los vendedores de billetes de lotería de la ONCE y los guardacoches de la ANIC estaban sujetos a un estatuto jurídico precario y se movilizaron en varias ocasiones para obtener una mejora de este. Varios grupos de ciegos vendedores de billetes de lotería se movilizaron durante el último trimestre de 1976 para exigir el derecho de algunos a acceder a empleos en el sector laboral ordinario y el de otros a ser contratados y a beneficiarse de un aumento salarial, o incluso de un salario mínimo interprofesional (*El País*, 23 de noviembre de 1976).

Conquistar el derecho a la accesibilidad

En los tres países, si bien se habían adoptado algunas medidas para incentivar la compra de automóviles con control ortopédico, no se había adoptado ninguna medida para imponer una transformación arquitectónica de los espacios públicos a nivel municipal. En España y Brasil, la accesibilidad de los transportes públicos y de la arquitectura urbana constituía uno de los objetivos fundamentales de las acciones radicales que se llevaron a cabo. De hecho, era el objetivo prioritario de la primera movilización radical de personas discapacitadas físicas durante la transición a la democracia española. El 29 de abril de 1976, 24 personas discapacitadas físicas se encerraron voluntariamente en la delegación del SEREM en La Coruña. Los ocupantes reivindicaban la instalación de rampas y la adaptación de los transportes públicos en la ciudad, así como la descentralización del SEREM y la aplicación de medidas para promover el acceso al empleo. Permanecieron encerrados durante dos días, hasta que el director del SEREM, José Farré Morrán, llegó para negociar (*Empuje*, septiembre de 1976). Se firmaron acuerdos entre la administración y los manifestantes, que condujeron a la rápida implementación de medidas de accesibilidad a nivel municipal. En Brasil, en muchas

manifestaciones callejeras se invocaba la necesidad de construir rampas, de eliminar escaleras y de adaptar los transportes públicos. Durante la manifestación callejera organizada el 20 de marzo de 1981 en Vitória, los manifestantes cantaban la consigna “Escadaria não, rampa é a solução” (“Escaleras no, la rampa es la solución”) (*A Gazeta*, 21 de marzo de 1981) y exigían la instalación de señales sonoras de tráfico.

Tanto en España como en Brasil, las personas movilizadas utilizaban medios de acción específicos para denunciar la falta de accesibilidad de los transportes públicos. En ambos países, las personas discapacitadas recurrían al uso masivo del transporte público y visitaban los centros culturales en grupo. En España, varias decenas de personas discapacitadas físicas tomaron en grupo las principales líneas de autobús y visitaron el centro cultural de la ciudad de Madrid el 26 de noviembre de 1977 (Gabinete de Estudios y Asesoramiento, 1979, p. 53). En Brasil, los miembros de varias asociaciones (MDPD, ABRADDEF, NID, FCD, etc.) tomaron colectivamente una línea de metro, no sin ciertos problemas, y visitaron el Museo de Arte de São Paulo el 21 de septiembre de 1982. En España, algunos grupos también recurrían a las sentadas y al bloqueo de las obras públicas. Los MU organizaron sentadas en la Puerta del Sol en Madrid el 5 de junio de 1976 y el 26 de noviembre de 1977. En Barcelona, una treintena de personas discapacitadas interrumpieron durante dos horas las obras en la calle Felipe II el 1 de agosto de 1977, para protestar contra la construcción de bordillos en las aceras (*ABC*, 2 de agosto de 1977).

Aunque no hayan podido identificarse eslóganes comunes en las manifestaciones brasileñas y españolas, sí se observan similitudes en cuanto a la accesibilidad (escaleras no / rampas sí). Esta similitud no significa que el eslogan fuera un préstamo.

Gracias a sus movilizaciones, tanto en España como en Brasil, varios ayuntamientos adoptaron medidas rápidamente para eliminar las barreras arquitectónicas en las ciudades. En Argentina, el tema de la accesibilidad no fue mencionado en las acciones radicales, lo

que se explica por el hecho de que pocos activistas asociativos estaban al tanto de esta problemática en 1973.

Los perímetros de la emancipación

En los tres países, entre las personas discapacitadas físicas y sensoriales movilizadas había unanimidad en la lucha contra el paternalismo y el autoritarismo. Denunciaban el enfoque caritativo y compasivo de la discapacidad y, en menor medida, la actitud sobreprotectora de las familias. De esta manera, afirmaban su voluntad de ser dueños de su destino. El eslogan del FLP es significativo en este sentido: “Los lisiados seremos artífices de nuestro propio destino, nunca más instrumento de la ambición de nadie”.

En los tres países, la crítica al autoritarismo y al paternalismo se acentuaba por la presencia de estructuras administrativas y asociativas vinculadas a la dictadura, que eran jerárquicas y autoritarias. Esta crítica era fuerte en España, donde los miembros de la ONCE se enfrentaban a la arbitrariedad de los dirigentes ciegos de la organización. El grupo teatral de la ONCE expresó en una carta abierta su enfado ante el autoritarismo y el paternalismo de la dirección de la organización, que se negaba a autorizar la puesta en escena de una obra de Albert Camus (*El País*, 9 de febrero de 1977).

En los tres países, las personas movilizadas se negaban a ser consideradas “objetos de caridad”. La contestación era particularmente virulenta en España y Argentina. No obstante, raras fueron las movilizaciones de estos tres países que se centraran específicamente en la lucha contra los “espectáculos-caridad” y de las colectas callejeras. En España, en octubre de 1980, tuvo lugar una manifestación de personas discapacitadas físicas para protestar contra la organización de una colecta pública por parte de la asociación de padres de niños deficientes mentales en Palma de Mallorca. Los manifestantes consideraban que la organización de esta cuestión era una forma de eximir al Estado de sus responsabilidades, mientras que la justicia exigía que la asistencia a las personas discapacitadas fuera

financiada por la administración. “Con este tipo de cuestaciones, se considera al minusválido como objeto de beneficencia y no como un ciudadano de pleno derecho” (*En Marcha CEMFE*, diciembre de 1980). En Brasil, los dirigentes del Núcleo de Integração de Deficientes utilizaban el lema “Nem coitadinho nem super-herói” (“Ni desgraciado ni superhéroe”) (*Folha de São Paulo*, 25 de enero de 1981, p. 8). rechazando tanto la visión miserabilista como el proteccionismo. Probablemente se inspiraban aquí en los eslóganes anglosajones del mismo estilo.

Sin que pueda llegar a considerarse una consigna coordinada a nivel internacional, los grupos implicados en los tres países hacían uso de eslóganes como “Queremos nuestros derechos, no caridad” o “Justicia social, no caridad” en sus acciones. Pueden observarse otras similitudes entre los eslóganes, como el deseo de afirmar su ciudadanía. De hecho, el lema “Nosotros también somos ciudadanos” se gritó en la manifestación organizada en Sevilla por la coordinación de asociaciones de discapacitados el 25 de noviembre de 1977 y el lema “Deficiente también é gente” se exhibió en la manifestación convocada el 20 de marzo de 1981 en Vitória (Espírito Santo) por la Associação Capixaba de Pessoas Deficientes.

Las personas discapacitadas, que ya no querían depender de la caridad privada, hicieron campaña para que la administración se hiciera cargo de sus necesidades, pero exigiendo participar en la toma de decisiones junto con los funcionarios públicos, con el fin de establecer una relación más igualitaria con la administración. En Argentina, este fue el caso de los miembros de la UNSEL. Bajo presión, sus representantes participaban efectivamente en ciertas comisiones decisorias a nivel local, regional o nacional. En España, las personas discapacitadas pudieron así obtener representación en la Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos y en el Consejo de Administración del SEREM (donde los beneficiarios estaban representados en pie de igualdad con los representantes administrativos).

Presente en España desde mediados de los años setenta, la denuncia de la tutela religiosa parecía ser minoritaria en Argentina y estuvo prácticamente ausente de los discursos en Brasil. Por otro lado, la voluntad de imponer una relación más igualitaria con los especialistas en rehabilitación parecía estar ausente en España. Por el contrario, en los otros dos países, algunas personas discapacitadas se rebelaban contra una práctica de rehabilitación profesional que ignoraba totalmente las opciones de la persona discapacitada. En Argentina, en agosto de 1974, la UNSEL afirmó su lucha contra la concepción contemporánea de la rehabilitación profesional, dirigida principalmente por organizaciones privadas y orientada por criterios científicos, paternalistas y caritativos. Concebida como la suma de una serie de acciones a realizar, esta rehabilitación consideraba a la persona discapacitada como un sujeto pasivo, lo que no la preparaba para integrarse en la sociedad y la marginaba.¹⁵ La UNSEL exigía que las personas discapacitadas estuvieran representadas junto con los médicos en la futura comisión encargada de expedir el certificado que acreditaba la discapacidad y las capacidades profesionales. En Brasil, el Movimento pelos Direitos das Pessoas Deficientes (MDPD) denunció en 1980 la falta de formación técnica de los profesionales sanitarios y de rehabilitación, “que, por inadvertencia, a menudo [adoptaban] una posición de superioridad con sus clientes, al no pedirles opinión sobre sus propias necesidades y elecciones”.¹⁶ José Evaldo de Mello Doin, discapacitado y profesor universitario de historia económica, declaró:

Existe un modelo médico. Siempre ha sido a partir de este modelo por el que se ha examinado a los paraplégicos, a los deficientes físicos. Y para el médico, por supuesto, lo que importa es la fisiología. Pero nunca nos preguntaron qué parte de nosotros queríamos rehabilitar.

¹⁵ *Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores*, Buenos Aires, 12 de septiembre de 1974, p. 1.847.

¹⁶ Movimento pelos Direitos das Pessoas Deficientes, *Carta Programa*, diciembre de 1980.

Muchas veces, elegimos sacrificar la estética por una mayor participación social. (*Folha de São Paulo*, 14 de enero de 1981).

En Brasil y Argentina, las personas movilizadas expresaban su descontento con la actitud retrógrada de ciertos médicos de familia, responsables de realizar el examen médico previo al empleo, que mantenían una visión médica anticuada de la deficiencia: al asimilarla a la invalidez total, sin tener en cuenta sus capacidades reales, les negaban el acceso al empleo. En Argentina, ya en 1967, Estela Cabaleiro y Beatriz Bianchi, dos mujeres discapacitadas, deslegitimaron con sus discursos la opinión de los médicos que las declararon incapaces para ocupar un cargo en la administración pública durante el examen médico previo a la contratación:

¿Cómo pueden dos médicos declarar si una persona es o no apta para tal o cual trabajo, si ni siquiera saben qué tarea va a desempeñar? ¿Cómo pueden en un minuto de “revisación” medir las posibilidades de cada uno? ¿Quieren saber Uds. en qué consiste la “revisación” en la Sección de Traumatología de la División de Contralor [sic] Médico de Salud Pública? Se lo diremos: consiste en la observación breve de ese “objeto” que somos nosotros. No nos hacen preguntas. Ni siquiera escuchan nuestras palabras. En ese momento llegamos a sentirnos un objeto. Para ellos debemos serlo. Un objeto raro que está pretendiendo algo a lo que no tiene derecho. Está pretendiendo TRABAJAR.

¿Para qué se ocupan médicos, institutos y asociaciones en rehabilitarnos síquica y físicamente? ¿Para qué? ¿Para qué querer ser útiles? ¿Para qué buscar un empleo? Para qué, si luego pasamos por la revisión de Salud Pública y ellos se encargan, en un solo minuto de derribar todos los sueños que hemos ido forjando en tantos años de luchas. (*Revista del Club Marcelo J. Fitte*, segundo semestre de 1967).

La experimentación de nuevas relaciones sociales más igualitarias

Estas acciones de protesta a veces conducían a la experimentación temporal de relaciones sociales más igualitarias entre las personas

discapacitadas y quienes las rodeaban. En Barcelona, las cuarenta personas discapacitadas físicas que ocuparon las instalaciones del SEREM del 2 de noviembre al 6 de diciembre de 1977 discutieron en pie de igualdad con algunos trabajadores del SEREM que se solidarizaron con su lucha. Las fronteras entre los grupos sociales se derrumbaron, las personas discapacitadas físicas de la clase media instruida confraternizaron con los que vivían en las calles. Según el testimonio de Antonio Guillén, “las propias personas con disminución pudieron vivir durante un mes y medio una nueva realidad marcada por la comprobación de sus propias posibilidades de ser útiles y de poder exigir una vida digna” (Vilà, 1994, p. 65). Mucha gente conoció por primera vez el amor físico.

En Argentina, durante el verano de 1973, los internos del Instituto Municipal de Rehabilitación de Buenos Aires lograron cambiar por completo la actitud del personal sanitario después de haberles hecho entender: “que estaban ahí para nosotros, y no al revés”.¹⁷ Los abusos cesaron y la comida mejoró, porque los menús se decidían ahora de forma conjunta. En el Hogar Vitra de Buenos Aires, los internos discapacitados y el personal lograron imponer un gobierno tripartito de la casa, siguiendo el modelo de la universidad, durante varias semanas.¹⁸

Esta aspiración a la igualdad apareció en algunas ficciones, como el libro argentino *La rebelión de los lisiados* (Defilippis Novoa, 1974). El autor, trabajador social argentino, se inspiró en los movimientos de protesta de las personas discapacitadas del verano de 1973 para imaginar una rebelión de personas discapacitadas contra una sociedad dirigida por personas sin discapacidad, que las explotaban para satisfacer sus necesidades. La rebelión pretendía ser emancipadora, con el fin de lograr la dignidad de los débiles y la abolición de todos los mecanismos de sumisión.

¹⁷ Entrevista con Ramón Colman, Buenos Aires, 16 de marzo de 2009.

¹⁸ Entrevista con Norberto Butler, Buenos Aires, 13 de marzo de 2009.

Con el deseo de emanciparse de las tutelas familiares e institucionales, algunas personas discapacitadas experimentaron una vida comunitaria, sin autoridad familiar, administrativa o asociativa, o una vida en un apartamento individual. Las experiencias de vida comunitaria que surgieron en los Estados Unidos a principios de la década de los setenta, categorizadas como Centros de Vida Independiente (CVI), tuvieron una baja difusión en los tres países durante el periodo estudiado. En Argentina, tres mujeres con una discapacidad severa, dirigentes de la Fraternidad Cristiana de Buenos Aires, se inspiraron en 1982 en unos folletos en inglés sobre los centros de vida independiente para diseñar su propio centro de vida comunitaria, el Hogar para Discapacitados Padre François (HODIF).¹⁹ A estas mujeres (Ana María Coppola, Alicia Estela Cano, Elide Domina) les preocupaba su vivienda futura una vez que sus padres hubieran muerto. Primero decidieron vivir juntas, antes de abrir el proyecto a otros que lo necesitaran. Gracias a la oferta de una de ellas, que propuso poner a disposición su casa para establecer el centro, el Hogar HODIF apareció en 1983, tras el fin de la dictadura. Para mantenerlo, lograron obtener la colaboración económica del municipio, de la provincia de Buenos Aires, de los clubes sociales, pero también contaban con los ingresos de su propia actividad (venta de pollo braseado en la plaza pública frente a la iglesia, etc.). En Brasil, algunos activistas por los derechos de las personas discapacitadas conocían la existencia de los CVI desde principios de los años setenta. Este era el caso de Romeu Sasaki, que conoció los CVI durante una visita de estudio a los Estados Unidos a principios de los 70.²⁰ Pero el primer proyecto de este tipo no se lanzó hasta 1988 en Río de Janeiro, tras el viaje de Rosangela Berman Bieler a los Estados Unidos.²¹

¹⁹ Entrevista con Gustavo Bottelli, Buenos Aires, 18 de junio de 2010.

²⁰ Entrevista con Romeu Sasaki, San Pablo, 5 de febrero de 2009, realizada por el Sr. B. Maia, D. G. Amaral (Junior y Martins, 2010, p. 418).

²¹ Entrevista con Rosangela Berman Bieler, Río de Janeiro, 2 de febrero de 2009, realizada por M. C. Martins, L. Junior y C. B. Lisboa (Junior y Martins, 2010, p. 433).

En España han podido constatarse algunas experiencias de vida comunitaria, pero no hay pruebas de que se basaran en los CVI de los Estados Unidos. En Barcelona, varios grupos pequeños de jóvenes discapacitados físicos decidieron vivir en comunidad de manera autónoma en unos apartamentos del barrio El Besós en 1980. Después de unos meses, lograron arreglárselas solos, sin colaboradores.

Este periodo (1968-1982) se caracterizó por la radicalización de los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas, inscrita en un marco más general de coyunturas nacionales protestatarias durante las cuales aparecieron muchos otros movimientos sociales (obreros, estudiantes, feministas, etc.). El caso español se distingue de los dos otros países por su alto grado de radicalidad, dada la importancia y diversidad del número de acciones protestatarias, el alto nivel de conflictividad con las fuerzas del orden, la importancia de los conflictos de interpretación sobre la causa de la marginación social de las personas discapacitadas en los debates asociativos durante los años 1976-1977, así como las tentativas de ciertos grupos de liberarse de la tutela religiosa. Sin embargo, no se cuestionó la tutela médica en el proceso de rehabilitación profesional. Los movimientos brasileños se caracterizaban, por el contrario, por su fuerte moderación, tanto en términos de modos de acción y reivindicaciones, como por el carácter predominante de “interdiscapacidades”. Las movilizaciones argentinas se distinguían por su carácter relativamente precoz en comparación con los otros dos países y su modestia, tanto en términos del número de protestas como del número de participantes. No obstante, algunas movilizaciones fueron particularmente audaces en un contexto político tenso.

Los resultados de nuestras investigaciones nos llevan a relativizar la precocidad y la originalidad de las movilizaciones anglosajonas en el surgimiento de los movimientos por los derechos de las personas discapacitadas a nivel internacional. Es verdad que algunos actores iberoamericanos se apropiaron de ciertas formas emancipatorias de organización social de origen anglosajón (centros de vida

independiente), pero seguía siendo una práctica limitada. Aunque hemos encontrado similitudes en algunos de los eslóganes utilizados durante las manifestaciones en estos tres países, no tenemos evidencias que sugieran que fueran inspirados por eslóganes extranjeros. Desde el punto de vista de su metodología de acción, las acciones radicales en Argentina y España parecían inspirarse sobre todo en experiencias nacionales, desarrolladas por otros sectores sociales en lucha (obreros, estudiantes, etc.). Por último, la dinámica internacional para la promoción de los derechos de las personas discapacitadas lanzada por las organizaciones internacionales parecía tener un impacto en el contenido de las reivindicaciones mucho mayor que las movilizaciones específicas de los países anglosajones u otros países extranjeros.

Considerar a los países occidentales como los primeros polos emisores de contestación y de proyectos emancipatorios para las personas discapacitadas a nivel internacional equivale a adoptar un punto de vista occidentalocentrista. Creemos, en la línea de Marcel Détienne, que es posible observar una pluralidad de invenciones de proyectos emancipatorios en sociedades lejanas cronológica y espacialmente (Detienne, 2000, p. 106).

Conclusión

Si se adopta una perspectiva histórica transnacional, las temporalidades de las políticas nacionales en materia de discapacidad durante el siglo XX merecen ser analizadas en relación con el ritmo de desarrollo de los proyectos de innovaciones sociales de dimensión mundial, de los tiempos en cuanto a la implicación de las organizaciones internacionales y de los cambios en la delimitación parcial del bien común. El ritmo de desarrollo de los proyectos de innovaciones sociales de repercusión mundial se vio frenado o acelerado por las normas internacionales adoptadas por las organizaciones internacionales, que legitimaban o desacreditaban estos proyectos.

El ritmo de desarrollo de los proyectos de innovaciones sociales de repercusión mundial

Durante el periodo 1918-1983, pueden identificarse varios proyectos coherentes de innovaciones sociales de repercusión mundial en el campo de la rehabilitación. El primer proyecto fue promovido en los países europeos (Francia, Alemania, Suiza, Polonia, Austria, etc.) por asociaciones de mutilados de guerra, médicos ortopédicos, traumatólogos y miembros de ciertas organizaciones intergubernamentales (CPI, OIT). Se basaba en las técnicas de reeducación funcional

y profesional perfeccionadas tras la Primera Guerra Mundial. Este proyecto se apoyaba en una serie de elementos: la introducción de nuevas especialidades médicas (ortopedia, traumatología, fisioterapia); la creación de instituciones (hospitales-escuelas, institutos de reeducación, talleres profesionales, clínica del trabajo); el uso de prótesis modernizadas; la afirmación de los derechos de los mutilados de guerra a pensiones elevadas, a la reeducación y al empleo; el recurso a la obligación legal de empleo y la defensa de una remuneración igual a la de los trabajadores sanos; la concesión de derechos condicionados por el origen de la deficiencia (guerra, accidentes del trabajo). Estas medidas tenían como objetivo equiparar las condiciones económicas de las personas mutiladas con las de las personas sin invalidez. La medicina y la tecnología desempeñaron un papel central en la legitimación de estas ideas, ya que las prótesis concebidas por los médicos debían permitir a los inválidos más gravemente afectados trabajar en el campo, la artesanía o la industria. La voluntad de mejorar las condiciones económicas de los inválidos se produjo, por tanto, al precio de una cierta artificialización del cuerpo humano. El proyecto de innovaciones sociales en el campo de la reeducación evolucionó a mediados de los años veinte al ampliarse a los inválidos del trabajo. Sin embargo, sus promotores no lo conceptualizaron sistemáticamente como un proyecto de modernización y no lograron extenderlo geográficamente. Como mantuvo una relativa coherencia durante la primera mitad de los años veinte, puede hablarse del comienzo de un “proyecto europeo de modernización de la reeducación” (*rééducation*), cuya estructuración quedó inacabada. Desde principios de los años cuarenta, este proyecto fue marginado a nivel internacional por la aparición de otro proyecto de modernización en el ámbito de la rehabilitación.

El segundo proyecto de innovaciones sociales de repercusión mundial fue promovido en los países anglosajones (EE. UU., Canadá, Reino Unido, Australia) y nórdicos (Noruega, Suecia, Finlandia, Dinamarca) tras la Segunda Guerra Mundial por profesionales (médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionales, agentes de colocación), dirigentes asociativos y algunos representantes de organizaciones intergubernamentales (OIT, ONU). El “proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación” (*rehabilitation*) se construyó según múltiples criterios, varios de los cuales eran contrarios a los principios del proyecto europeo: la creencia en la productividad potencialmente igualitaria de los discapacitados, la colocación selectiva en un entorno competitivo para los trabajadores discapacitados productivos, el establecimiento de talleres protegidos para las personas consideradas poco productivas y las desempleadas, el rechazo de las medidas de cuota aplicadas a las empresas privadas, la tendencia a igualar las condiciones de vida de los inválidos con las de los trabajadores sin invalidez, la promoción de la idea de los derechos de los inválidos civiles, la promoción de la movilidad y del deporte de competición, la tendencia a la equiparación de derechos entre todas las categorías de inválidos, el reparto de las responsabilidades entre los organismos públicos y las asociaciones privadas, así como la necesidad de coordinar todas las políticas públicas destinadas a las diferentes categorías de discapacitados dentro de un único organismo de alto rango administrativo o por un comité interministerial.

El desarrollo de este proyecto noratlántico de rehabilitación iba acompañado de la legitimación de nuevas profesiones médicas o paramédicas (medicina física y de rehabilitación, terapia ocupacional, fisioterapia), de nuevos equipos técnicos con tecnologías punteras (prótesis plásticas, pulmones de acero, etc.) y de nuevas configuraciones institucionales (Instituto Nacional de Rehabilitación con múltiples servicios complementarios, etc.). Si los expertos anglosajones y nórdicos calificaban este proyecto de innovaciones sociales como “moderno”, era porque deseaban desacreditar los métodos europeos de reeducación. Desde finales de los años cuarenta, el proyecto noratlántico se propagó a nivel internacional gracias a la acción de la ONU, la OIT y la OMS. En 1952, estas organizaciones adoptaron un programa internacional coordinado de rehabilitación enteramente inspirado en el proyecto noratlántico. De hecho, los funcionarios

encargados de la rehabilitación de estas organizaciones procedían de los países que integraban el proyecto noratlántico (Estados Unidos, Inglaterra, Suecia, Noruega y Finlandia). Pertenecían a una generación formada tras la Segunda Guerra Mundial. Así pues, este proyecto de modernización experimentó una fuerte expansión geográfica y su legitimidad fue en aumento durante los años cincuenta y sesenta.

A partir de los años cincuenta, otro proyecto de innovaciones sociales en el ámbito de la rehabilitación desarrollado en varios países socialistas (Polonia, URSS, Checoslovaquia) adquirió renombre internacional. Sobre el papel, el proyecto socialista de rehabilitación se basaba en el derecho al empleo, a la seguridad social y a la movilidad. La eficacia de esta rehabilitación profesional se fundamentaba en la adaptación de los equipos industriales y en la colocación colectiva de los discapacitados en secciones de la industria (gracias a un sistema de cuotas elevadas) o en cooperativas. El proyecto socialista se guiaba por las ideas de planificación centralizada y libre suministro de ciertos bienes (coches adaptados, prótesis, etc.). De este modo, el proyecto se inscribía perfectamente en el marco de la ideología socialista (gratuidad, seguridad social, derecho al empleo, cooperativismo, estatismo). Constituía un ejemplo más de los que enarbolar ante el público de las conferencias internacionales para construir la oposición simbólica entre los dos bloques (Kott, 2011a, p. 145). Sin embargo, las políticas de los países socialistas tenían puntos en común con las de los países de Europa occidental, ya que tenían orígenes comunes y hubo intercambios constantes entre los expertos en rehabilitación de ambos bandos durante la Guerra Fría. Serían necesarias otras investigaciones para poder calificar este proyecto de innovaciones sociales como “proyecto socialista de modernización de la rehabilitación (ПРИСПОСОБЛЕНИЕ)”. Este proyecto parece que se extendió a otros países socialistas, especialmente a algunos países africanos (Tanzania, Argelia), gracias a la labor de la OIT, de la ONU y de las redes socialistas.

Otro proyecto de innovaciones sociales en el sector de la rehabilitación profesional surgió en algunos países de África Oriental (en particular Uganda) a partir de mediados de los años cincuenta. La innovación en los países en vías de desarrollo predominantemente rurales fue promovida por la Royal Commonwealth Society for the Blind. Se basaba en la formación profesional agrícola, sin alfabetización obligatoria, y en el mantenimiento del individuo en su comunidad de origen, respetando su cultura y sus costumbres. Los promotores presentaban estas ideas como “nuevas” en oposición a los métodos “tradicionales” de inspiración noratlántica. Dos décadas más tarde, este proyecto de innovaciones sociales se extendió a otras esferas (en particular a la rehabilitación médica) y fue elaborado de manera más coherente por las organizaciones no gubernamentales (ISRD) y la OMS con el nombre de “rehabilitación basada en la comunidad”. Este tipo de rehabilitación se basaba en la prestación de servicios lo más cerca posible del domicilio del paciente (con la participación de la familia y de la comunidad en el proceso de rehabilitación), en la legitimación de nuevas categorías profesionales poco cualificadas y capacitadas en el trabajo (auxiliares) y en la utilización de equipos de fisioterapia sencillos, económicos y locales (madera, etc.).

Durante los años setenta, el proyecto noratlántico de rehabilitación era cada vez más cuestionado, puesto que su aplicación en los llamados países desarrollados estaba fracasando (desempleo de larga duración de las personas discapacitadas, salarios muy bajos, etc.). Esta situación se hizo aún más evidente durante la crisis económica de 1973-1974. En los países con una economía capitalista dominante que no tenían medidas de cuotas de empleo, muchas personas rehabilitadas fueron despedidas. La mayoría de los especialistas en rehabilitación de los países del espacio noratlántico dejaron entonces de invocar la “modernidad” de este proyecto de rehabilitación, favoreciendo así su desmodernización. Por esta razón, convendría más bien llamarlo “proyecto tradicional noratlántico de rehabilitación”.

Durante este periodo, las políticas internacionales en materia de discapacidad se alinearon con lo que podría llamarse un “proyecto tradicional noratlántico de rehabilitación modulado por experiencias extranjeras”. Las políticas de la discapacidad promovidas por las organizaciones intergubernamentales mantenían el principio de las legalidades liberales en el ámbito del empleo, pero insistían en ciertas modalidades de formación profesional y de empleo (cooperativas, rehabilitación profesional en zonas rurales) incluidas en los proyectos socialistas y de los países en vías de desarrollo. Las organizaciones intergubernamentales hacían hincapié en la función primordial del Estado en la financiación, dirección y prestación de servicios de asistencia, así como en el papel de la familia y de la comunidad en la rehabilitación del individuo. Al defender la seguridad social, las cooperativas y reforzar el papel del Estado, las políticas internacionales en materia de discapacidad de esta década se alejaban de la experiencia de los Estados Unidos y del Reino Unido para acercarse más a la experiencia de los países nórdicos.

Ahora bien, esta interpretación a largo plazo tiende a dar la imagen de una progresión lineal de los proyectos de innovaciones sociales con repercusión mundial (construcción/apogeo/decadencia), mientras que cada uno de ellos experimentó momentos de inestabilidad que cabría destacar aún más, a través de una investigación profunda centrada en varios periodos cortos (años 1929-1936; 1945-1952; 1967-1971; 1973-1976).

Los tiempos del compromiso de las organizaciones internacionales

El tiempo del compromiso de las organizaciones internacionales en la causa de la rehabilitación de las personas discapacitadas no fue sincrónico. La presión de las ONG del sector, el rol de impulsores de algunos expertos (externos o miembros de organizaciones intergubernamentales), así como el activismo de algunos gobiernos,

contribuyeron a acelerar la implicación de un determinado órgano intergubernamental en un momento dado.

Varias ONG (FIIG, ISCC, AEA, etc.), así como varios organismos intergubernamentales (CPI, OIT, CPE, OH), se comprometieron con las diferentes categorías de impedidos durante los años veinte y treinta. Tras la movilización de las asociaciones de ciegos, el Servicio de los Mutilados de la OIT inició ya en 1920 un estudio sobre el empleo de los ciegos y rápidamente lo abandonó sin completarlo. El Servicio de los Mutilados de la OIT llevó a cabo una gran cantidad de investigaciones sobre la reeducación de los mutilados de guerra y los trabajadores accidentados durante los años veinte, mientras que el CPI se limitó a los mutilados de guerra. El CPE de la Sociedad de las Naciones realizó estudios sobre la infancia ciega de 1926 a 1934, pero no se ocupó de los niños sordos, lisiados y “simples del espíritu”, a pesar de la movilización de la ISCC y de otras ONG. A petición del Gobierno británico, la OH llevó a cabo un estudio internacional sobre los ciegos de 1927 a 1929, que fue un verdadero éxito. Por iniciativa del Gobierno sudafricano esta vez, la OH realizó otro estudio sobre la sordera en 1932, que quedó inacabado.

Al final de la Segunda Guerra Mundial, varias organizaciones intergubernamentales (Naciones Unidas, OMS, OIT, Unicef) se comprometieron o reforzaron su implicación con las personas discapacitadas al mismo tiempo. Varios factores contribuyeron a ello. Por un lado, el compromiso de estas organizaciones estaba motivado por la necesidad de acelerar la asistencia distribuida a los soldados mutilados y a la población europea herida por la guerra. El objetivo humanitario de su intervención ocultaba un objetivo político, el de impedir la difusión de las reivindicaciones socialistas entre la población herida. Por otra parte, varias ONG (ISWC, IUCW, International Conference of Workers for the Blind, etc.) presionaron a las organizaciones intergubernamentales para que actuaran en este sector. Aunque desde finales de los años cuarenta el WCWB, la ISWC y la IUCW habían instado a la Unesco a que adoptara medidas en el ámbito de la educación especial, esta tardó en incluir la educación especial

como parte de su programa de acción. Solo lo hizo a partir de 1968, bajo el impulso de los gobiernos de los países nórdicos, de las ONG y del TWGRPH.

A mediados de los años cincuenta, la OIT se convirtió en la institución intergubernamental más implicada –y más visible– en el ámbito de la rehabilitación de las personas discapacitadas. Esta situación se invirtió durante los años setenta. El impacto de la crisis económica tumbó el argumento económico en favor de la rehabilitación y los expertos le dieron entonces importancia al aspecto humanitario. En 1975, la OMS reorientó su acción hacia la prevención y la rehabilitación simple y poco costosa, siguiendo así las recomendaciones de las ONG (ISR, WCWB). En pocos años, la OMS logró reorientar parcialmente los objetivos de las políticas de rehabilitación de otras organizaciones intergubernamentales (OIT, ONU) de acuerdo con sus criterios (prioridad a la prevención y a los cuidados básicos proporcionados por las comunidades). Así pues, en pocas décadas, el liderazgo en el sector de la rehabilitación pasó de la OIT a la OMS.

Ya en 1949, la Secretaría de las Naciones Unidas preveía una acción coordinada de las diferentes agencias del sector bajo su dirección. En 1952 se aprobó finalmente un Programa Internacional Coordinado de Rehabilitación de las Personas Físicamente Disminuidas. El objetivo de este programa era coordinar y sincronizar el ritmo de acción de las organizaciones intergubernamentales y de las ONG. Se avanzó entonces en la distribución de los ámbitos de competencia de cada organización. Pero los mecanismos de coordinación eran deficientes, debido a la voluntad de las agencias especializadas de conservar autonomía de acción y a su negativa a someterse a la autoridad de las Naciones Unidas.

Consideramos que la constitución del Programa Internacional Coordinado constituyó el primer paso hacia la construcción de un tiempo homogéneo (ideal) de las políticas públicas de la discapacidad a nivel internacional, al que aspiraban las organizaciones internacionales (al menos sobre el papel). La voluntad de obtener un tiempo homogéneo se reforzó a finales de los años sesenta, cuando la

ISRD aprobó la Década de la Rehabilitación, y de nuevo a principios de los años ochenta, con el establecimiento por las Naciones Unidas del Año Internacional de los Impedidos (1981) y un Programa de Acción Mundial para los Impedidos (1983-1992). Así pues, la ISRD y las Naciones Unidas trataron de fijar el ritmo de las políticas públicas en materia de discapacidad imponiendo a la década como marco de referencia para el avance de esas políticas a nivel internacional. Esta dinámica en favor de un tiempo homogéneo de las políticas públicas de la discapacidad a nivel internacional contribuyó sin duda a una creciente homogeneización del ritmo de progreso de las políticas públicas nacionales.

Sin embargo, la idea de un tiempo homogéneo no se ajustaba a la realidad, porque la ortodoxia jurídica internacional y el proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación no se impusieron de manera simultánea y homogénea en todos los países del mundo. Como señala Partha Chatterjee, el tiempo de la modernidad (del cual las políticas públicas constituyen un elemento) es un tiempo denso y heterogéneo, especialmente en los países de la mayor parte del mundo (es decir, los países que han sido mantenidos en el subdesarrollo) (Chatterjee, 2008, p. 116). En estos países, no todos los actores locales interiorizaron las normas legales internacionales de la misma manera y muchos solo se las apropiaron distorsionando su significado o contenido, cuando no se oponían a ellas.

Los cambios en la delimitación parcial del bien común. Geopolítica, presión de las comunidades organizadas y regulación de las utopías

La elaboración de normas internacionales constituye un momento clave en la regulación de las utopías a nivel internacional. Cada uno de los textos internacionales adoptados por las organizaciones intergubernamentales (ONU, OIT, OMS, Unesco) fijaba –o incluso cerraba– el espacio de las posibilidades de las políticas públicas de la

discapacidad, constituyendo así un ejemplo de delimitación parcial del bien común a nivel internacional. Para comprender el contenido de este bien común, es necesario tener en cuenta los desafíos geopolíticos que influyeron en las propuestas gubernamentales, así como las presiones ejercidas por las comunidades organizadas (patronal, iglesias, sindicatos, ONG, etc.). En contacto con las ONG y representada en la ONU como miembro observador, la Iglesia católica se preocupó por defender sus intereses (consolidación del derecho a la vida, de la familia como pilar de la vida social, de la religión como apoyo psicológico ante las vicisitudes de la vida y como base de la organización social). Movidos por una ideología liberal, los representantes de los empleadores deseaban limitar el derecho a la rehabilitación profesional a las personas discapacitadas potencialmente competitivas y sustituir la idea del derecho al empleo por la idea del derecho a la igualdad de oportunidades en la competencia profesional. Durante los debates en el seno de la OIT, exigían que las empresas privadas estuvieran exentas de todas las limitaciones posibles y querían responsabilizar a las personas discapacitadas de su futuro profesional.

Por el contrario, los representantes sindicales trataban generalmente de ampliar los derechos de los trabajadores discapacitados, defendiendo la obligación de empleo, la adopción de una norma legal vinculante y la ampliación de las categorías de beneficiarios de estos derechos específicos. No obstante, algunos representantes sindicales moderaron sus reivindicaciones por temor a que las medidas de cuotas en favor de los discapacitados rehabilitados pudieran obstaculizar el empleo de los otros trabajadores. Por otra parte, varias ONG lograron influir en los debates mediante su participación en el Grupo Técnico de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la Rehabilitación de los Discapacitados (TWGRPH). Se les concedió la condición de observadores en la Conferencia Internacional del Trabajo de 1983, lo que en cierto modo puso en tela de juicio la pretensión de los sindicatos de representar a los trabajadores discapacitados. Las ONG exigían la afirmación de ciertos derechos (educación, trabajo y ocupación, atención, seguridad social, etc.) y a veces la censura de otros

derechos (derecho a la sexualidad, derecho al voto y al matrimonio, etc.). También abogaban por la ampliación de las categorías de beneficiarios de estos derechos y por el fortalecimiento del carácter normativo de los textos internacionales. Sin embargo, cada una de las ONG defendía intereses diferentes.

Es posible distinguir varios periodos en la delimitación parcial del bien común a nivel internacional:

Una primera fase, desde después de la Primera Guerra Mundial hasta 1952, representa el periodo durante el cual los reglamentos interaliados o internacionales (no vinculantes) legitimaban un alcance muy reducido de los derechos en beneficio de ciertas categorías de impedidos únicamente. El CPI, la OIT y el CPE aprobaron una serie de resoluciones que legitimaron ciertos derechos: para los mutilados de guerra (a la asistencia médica, a la pensión, a la obligación legal de empleo); para los trabajadores accidentados en el trabajo (a la asistencia médica, a las prótesis); para los inválidos asegurados sociales (a una pensión); y para los niños ciegos (a la educación). Los representantes gubernamentales presentes en la 4a Conferencia Interaliada aprobaron una resolución en 1920 que determinaba la obligación legal de emplear a los mutilados, pero esta resolución no era vinculante. En 1923, la OIT convocó una reunión de expertos que recomendó la reeducación profesional y la obligación legal de empleo para los inválidos de guerra, pero no fue hasta finales de los años cuarenta cuando la Conferencia Internacional del Trabajo incluyó el derecho a la reeducación profesional para todos los inválidos en algunas recomendaciones internacionales. El Comité de Protección de la Infancia de la Sociedad de Naciones se negó a adoptar una carta de derechos para los niños lisiados, a pesar de las reiteradas peticiones de la ISCC. Sin embargo, en abril de 1932, el CPE aprobó una resolución que determinaba que los niños ciegos debían beneficiarse de la educación obligatoria y gratuita, y que esta instrucción debía dispensarse principalmente en institutos para ciegos o en clases especiales. La aplicación de estos principios perturbó la relación entre inválidos/ personas sin invalidez en ciertos círculos sociales restringidos (los de

los beneficiarios) en la medida en que la educación, la reeducación profesional, la asignación de empleo y la promoción de la movilidad (triciclo) les ofrecía autonomía.

Una segunda fase abarca el periodo 1952-1967. Comenzó con la aprobación en 1952 del Programa Internacional de Rehabilitación de las Naciones Unidas. Este programa se elaboró en respuesta a la preocupación de los organismos intergubernamentales por la situación de los países europeos devastados por la guerra y a la presión de varias ONG (IUCW, ISWC, International Conference for the Workers for the Blind). El programa se inspiraba en gran medida en los principios del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación, aunque algunas propuestas conflictivas con el proyecto europeo de la reeducación quedaron en suspenso, por falta de acuerdo entre los expertos. La fase de incertidumbre durante la cual se enfrentaron los proyectos europeos y noratlánticos (1943-1955) finalizó en junio de 1955 con el establecimiento de normas internacionales sobre la inserción profesional de los inválidos, con la aprobación por la Conferencia Internacional del Trabajo de la Recomendación n°99 sobre la readaptación profesional. Durante la elaboración de esta recomendación, los países que encabezaban el bloque capitalista (EE. UU. a la cabeza) defendían la libertad de contratación de los empleadores y la participación de las organizaciones privadas, mientras que los países que encabezaban el bloque socialista (URSS, Polonia) defendían los principios del estatismo, la gratuidad de los servicios, la igualdad económica real, las medidas de cuotas de empleo, el derecho a un empleo remunerado para todos los inválidos y, sobre todo, una norma jurídica vinculante (una convención). Se rechazaron de forma tajante la mayoría de las propuestas de los países socialistas: solo se adoptó una norma jurídica flexible (una recomendación). La forma misma del instrumento jurídico elegido, una recomendación, equivalía a dejar a los inválidos en manos de la caridad y de la filantropía. Como declaró en 1983 la Sra. Carlsson, asesora técnica de los trabajadores de Suecia: “Como resultado de ello, las personas impedidas han tenido que confiar en los esfuerzos de buena voluntad de

los gobiernos, de los empleadores y de los sindicatos, en sus buenas intenciones, en sus impulsos caritativos y en su sentido de responsabilidad moral y social”.¹

Las medidas recomendadas estaban muy marcadas por los principios de la economía de mercado. Por tanto, esta norma confirmó el giro de orientación de las políticas de inserción profesional de los inválidos hacia las legalidades liberales. Consagró la renuncia a ciertas alternativas promovidas después de la Primera Guerra Mundial en favor de los mutilados de guerra, pero no institucionalizadas a nivel internacional. La dinámica liberal puso así en tela de juicio el objetivo de igualación de las condiciones económicas soñadas por ciertos especialistas durante los años veinte en favor de la igualdad de oportunidades profesionales en el marco de una economía de mercado. Estas nuevas normas instauraron un nuevo sistema de regulación de las relaciones inválidos/personas sin invalidez a través de la ley. Efectivamente, según Bourdieu, “el *derecho* no hace más que *consagrar simbólicamente*, por un *registro* que *eterniza* y *universaliza* el estado de la *relación de fuerzas* entre los *grupos* y las *clases* que *produce* y *garantiza prácticamente* el *funcionamiento* de estos mecanismos” (Bourdieu, 1976, p. 125). El nuevo orden social iba acompañado de una ficción de igualación del inválido con la persona sin invalidez, que solo servía para legitimarlo. Fundada en la creencia de una equiparable productividad de los inválidos, esta ficción ocultaba nuevas formas de dominación de las personas discapacitadas a través de mecanismos institucionalizados que parecían ser objetivos: la creación de instituciones para la rehabilitación profesional y la colocación de los discapacitados, cuya actividad comenzó con la selección médica y profesional de los beneficiarios de la orientación profesional y de la colocación laboral. Estos mecanismos de selección se basaban en instrumentos (pruebas de aptitud profesional, etc.), datos estadísticos e investigaciones denominadas “científicas”, cuya autoridad resultaba difícilmente objetable. Fueron implementados y legitimados

¹ CIT, 69e session, *Compte rendu provisoire*, BIT, Ginebra, 1983, pp. 1.013-1.017.

por un conjunto de profesionales (agentes de colocación selectiva, fisiatras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), cuyo trabajo contribuía, voluntaria o involuntariamente, a que las personas discapacitadas consideradas poco productivas asumieran la pérdida de la igualdad formal en términos económicos con respecto a las personas sin discapacidad.

Esta ficción legitimó la exclusión de un gran número de personas discapacitadas del acceso a la rehabilitación profesional y al empleo ordinario debidamente remunerado: en primer lugar, de las personas discapacitadas muy graves y con un bajo rendimiento industrial, pero también de las mujeres y de las personas deficientes mentales. Este nuevo consenso fue aceptado por todas las partes, excepto por ciertas personas discapacitadas y algunos profesionales. Los mecanismos objetivos de dominación eran muy eficaces, puesto que contribuían al establecimiento de relaciones duraderas de dominación, al tiempo que propiciaban el encubrimiento de esas relaciones (Bourdieu, 1976, p. 126).

No obstante, este nuevo orden social no logró estabilizar las relaciones entre inválidos/personas sin invalidez y las relaciones entre trabajadores discapacitados y empresarios a nivel mundial. La Recomendación n°99 era poco vinculante y no hizo desaparecer la situación de dominación que experimentaban las personas discapacitadas. Los problemas del sector seguían siendo considerables, el primero de ellos era el fracaso de las legalidades liberales para garantizar un empleo cualificado y correctamente remunerado para todas las personas discapacitadas potencialmente productivas. Esta situación impulsó a los actores asociativos a exigir, desde mediados de los años sesenta, un nuevo orden social basado en el fortalecimiento de los derechos de las personas discapacitadas. Así pues, la ILSMH aprobó una Declaración de los Derechos del Retrasado Mental en octubre de 1968 y la WFD aprobó una Declaración de los Derechos de las personas con Deficiencia Auditiva en 1971.

Una tercera fase abarcó el periodo 1967-1983. A partir de 1967, la difusión masiva de la idea de los derechos por las ONG y luego por

los organismos intergubernamentales dio lugar a un aumento de las aspiraciones de autonomía de las personas discapacitadas, a la construcción de nuevas utopías y a una radicalización de los modos de acción de numerosas asociaciones de personas discapacitadas en todo el mundo. La creciente contestación hizo visible la dominación ejercida por las personas sin discapacidad (médicos, dirigentes de asociaciones e instituciones) y los empresarios. Las movilizaciones desvelaron ciertos aspectos ficticios del proyecto noratlántico al denunciar a las instituciones que lo encarnaban (talleres protegidos, agencias de colocación) o sus métodos (selección profesional por aptitud y rendimiento) y al poner de relieve la marginación que producía. Estas movilizaciones eran a la vez signo del disfuncionamiento del proyecto noratlántico de rehabilitación, así como de los fallos en su aplicación. Uno de los principales fallos radicaba en las prácticas de los médicos generalistas, que no estaban informados sobre las nuevas teorías de la rehabilitación y que clasificaban a las personas discapacitadas como no aptas para el trabajo por el mero hecho de su deficiencia. Estas prácticas, tan comunes en la mayoría de los países del mundo durante los años setenta y tan alejadas del ideal del proyecto noratlántico de rehabilitación de los años cincuenta (e incluso del ideal del proyecto europeo de reeducación de los años veinte), construyeron experiencias de discriminación que permitieron la teorización del “modelo médico” de la discapacidad.

Se produjeron numerosas normas internacionales para regular las utopías que surgieron a finales de los años sesenta y durante los años setenta: la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971), la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975), el Convenio nº159 sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas (1983). La adopción de estas normas contribuyó a acelerar la implicación de los organismos intergubernamentales en este sector y a legitimar la radicalización de las acciones asociativas para exigir la aplicación de los derechos acordados.

La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental aprobada por las Naciones Unidas en 1971 hizo suyas las conclusiones de un

debate que había tenido lugar dos años antes en el seno de la International League of Societies for the Mentally Handicapped (ILSMH). Algunos expertos nórdicos defendían un cambio radical en la condición de las personas discapacitadas, otorgando a las personas deficientes mentales derechos sociales, económicos, políticos y sexuales iguales a los de otros seres humanos. Esta utopía transformadora fue atemperada considerablemente por los padres de niños deficientes mentales y por algunos profesionales que juzgaban que no era posible conferir los mismos derechos políticos y sexuales a las personas deficientes mentales graves. De acuerdo con la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental adoptada por la ILSMH en octubre de 1968, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó una Declaración Internacional en diciembre de 1971 que no mencionaba ni el derecho a casarse ni el derecho a tener hijos para los deficientes mentales. Aunque esta Declaración institucionalizó nuevos derechos para los deficientes mentales a nivel internacional, cambió relativamente poco la naturaleza del compromiso de las organizaciones intergubernamentales con la protección de los derechos de las personas discapacitadas. Mientras que la Recomendación n°99 asignaba a la OIT el papel de promotora de los derechos profesionales de los inválidos físicos y mentales, a la ONU se le asignaba a su vez el rol de promotora –más que de garante– de los derechos de los deficientes mentales. El cambio aquí consistía, por un lado, en un salto jerárquico en la institución promotora, ya que ahora era la ONU la que afirmaba su compromiso en este sector, y no una agencia especializada (como la OIT); por otro lado, en una mayor implicación de la ONU con las personas deficientes mentales. La Carta de Derechos no tuvo efecto vinculante y se preveían medidas de exención para los países en vías de desarrollo, que no deseaban que se les impusieran nuevas obligaciones en materia de política social.

Del mismo modo, la Declaración de los Derechos de los Impedidos adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1975 representaba un cambio relativamente pequeño en la naturaleza del compromiso de las Naciones Unidas, ya que seguía siendo una institución

promotora de derechos, no garante de estos derechos. El principal cambio aquí residía en el contenido de la Declaración, al mencionar nuevos derechos y al unificar el ámbito de actuación de las políticas públicas en materia de discapacidad. Se trataba de un salto cualitativo en el compromiso de las Naciones Unidas, al ampliar su ámbito de intereses a nuevos derechos y a nuevas categorías de personas discapacitadas. No era en absoluto una ruptura en la medida en que esta Declaración se basaba en la Recomendación n°99 de la OIT y no la invalidaba. A raíz de una propuesta de los países nórdicos, los derechos civiles y políticos de las personas discapacitadas se inscribieron en este texto. Otros temas (accesibilidad, derechos culturales, derecho a la información sobre la sexualidad) no se incluyeron, aunque eran reivindicados por ONG o representantes gubernamentales. La Declaración fue estudiada y aprobada muy rápido, dejando pocas posibilidades a las ONG de tener una influencia real en los debates para mejorar el contenido del texto. Al igual que los textos internacionales anteriores, esta declaración no era vinculante. Los mecanismos para asegurar la efectividad de los derechos eran insuficientes. Se podrían resumir en la organización del Año Internacional de los Impedidos (1981), que se llevó a cabo mediante una importante campaña de comunicación y un aumento de las actividades de las organizaciones intergubernamentales en este sector.

En 1983, con la segunda reglamentación internacional sobre la readaptación profesional de la OIT (Convenio n°159, Recomendación n°168), los representantes de los países socialistas dejaron de ser actores centrales del debate. Ahora eran los representantes de los países nórdicos quienes promovían avances sociales importantes en favor de los derechos de las personas discapacitadas en el ámbito profesional, convirtiéndose en los gobiernos aliados de facto con las reivindicaciones de los trabajadores y de las ONG. Frente a las dificultades de inserción profesional que encontraban las personas discapacitadas, los países nórdicos querían reforzar la naturaleza jurídica de los instrumentos internacionales y ampliar los beneficiarios a otras categorías (discapacitados psíquicos, inadaptados

sociales). La intervención de un nuevo actor en los debates, las ONG, provocó un ligero cambio en el equilibrio de poder entre los representantes tripartitos de la OIT a favor de los representantes de los trabajadores, que reclamaban la adopción de un convenio. Con la adopción del Convenio n°159 sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas (1983), la política de las organizaciones intergubernamentales cambió en teoría su naturaleza, ya que el convenio obligaba a los Estados a emprender una política de inserción profesional de los discapacitados. En realidad, las medidas que había que aplicar eran insuficientes para generar una acción sistemática en este sector y las disposiciones internas del texto disminuían considerablemente su carácter vinculante, en particular para los países en vías de desarrollo. Además, contrariamente a los deseos de las ONG y de los sindicatos, el contenido de las nuevas reglamentaciones adoptadas por la OIT en 1983 no condujo a una reorientación significativa de la política de inserción profesional promovida por la organización. Se mantuvieron los principios del proyecto noratlántico de la rehabilitación (rechazo de las cuotas para las empresas privadas, promoción de la colocación selectiva, exclusión de los menos productivos de la colocación en el medio laboral ordinario). Los empresarios y los representantes de los países anglosajones se oponían categóricamente a las medidas de cuotas. Se hacía hincapié en la necesidad de la inserción profesional en las zonas rurales y en la promoción de las cooperativas.

Durante los años cincuenta, se delimitó el bien común en el sector de la discapacidad sobre la base de las concepciones noratlánticas de la rehabilitación, debido a la victoria en la lucha por la definición del orden jurídico en el marco de la OIT de los países capitalistas y de los empresarios. Algunos de los principios fundamentales establecidos en aquella época (rechazo de la cuota para las empresas privadas, colocación selectiva, exclusión de los menos productivos desplazados hacia los talleres protegidos, trabajo a domicilio, etc.) no se replantearon hasta los años 2000. La década de los años setenta consagró la persistencia de una dialéctica contradictoria dentro de la tradición

noratlántica de la rehabilitación, entre la promoción y el refuerzo de la lógica de los derechos individuales y el mantenimiento de legalidades liberales en materia de empleo y accesibilidad, así como de legalidades conservadoras en el plano moral (tabú de la sexualidad).

Las numerosas limitaciones de los instrumentos internacionales se debían atribuir principalmente a la voluntad de los gobiernos, que se negaban a adoptar una norma vinculante y, por consiguiente, negaban a las organizaciones intergubernamentales la posibilidad de transformarse en instituciones garantes de estos derechos. El rechazo de una norma vinculante sobre el empleo por parte de los empresarios, así como el rechazo de una norma vinculante sobre el matrimonio y la sexualidad por parte de las familias de los deficientes mentales, influyeron en gran medida en la delimitación de los derechos que figuraban en los textos internacionales.

Así pues, durante el siglo XX, los cambios importantes en la orientación de las políticas en materia de discapacidad a nivel internacional intervinieron a escala generacional e incluso intrageneracional (Rosa, 2013, p. 93).

Las circulaciones de los marcos normativos de las políticas públicas en materia de discapacidad

Pueden identificarse de forma esquemática varios regímenes circulatorios en el campo de la reeducación/rehabilitación. Un primer régimen circulatorio, organizado durante el primer tercio del siglo XX, se polarizó en torno a las experiencias de ciertas ciudades europeas (París, Lieja, Berlín, Viena, Bolonia, Londres). Este orden de las circulaciones fue establecido por varias ONG (FIIG, FIDAC, CIAMAC, SICOT, etc.) y la OIT lo legitimó difundiendo las experiencias de los países europeos. Los agentes de estas circulaciones fueron principalmente cirujanos ortopédicos o en traumatología, así como dirigentes asociativos.

Un segundo régimen circulatorio, que comenzó a principios de los años cincuenta, se polarizó en torno a las experiencias de las instituciones del Atlántico Norte (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca). El Reino Unido y los Estados Unidos encarnaron las políticas de rehabilitación profesional más “modernas” de la época, mediante la aplicación de la colocación selectiva. De hecho, fueron términos anglosajones (*vocational rehabilitation, disabled, handicapped*) los que se institucionalizaron internacionalmente y sirvieron de referencia en otras esferas lingüísticas. La preeminencia de las experiencias inglesas y estadounidenses después de 1945 se vio facilitada por la hegemonía de los Estados Unidos en los organismos intergubernamentales y del inglés como lengua internacional. Este nuevo orden de circulación estuvo determinado por las instituciones intergubernamentales (OMS, OIT, ONU) y las nuevas ONG de profesionales (WFOT, WCPT, IFPM, etc.), que deseaban generalizar las experiencias noratlánticas. Este régimen, que invirtió la polaridad europea, continuó hasta mediados de los años sesenta.

Un tercer régimen circulatorio comenzó a mediados de los años sesenta y perduró hasta los años ochenta. La centralidad de este nuevo régimen estuvo encarnada por los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca), promotores de los principios de accesibilidad y de normalización. Sin embargo, el espectro de las referencias comunes se amplió a las de otros continentes. Así pues, este régimen circulatorio se caracterizó por el nacimiento de una multipolaridad (Polonia, Uganda, Irán, España, India). La dominación noratlántica dentro del régimen circulatorio fue contestada, pero se mantuvo, no obstante, a lo largo de la década.

Los mundos iberoamericanos no se quedaron al margen de estas circulaciones globales. Se insertaron de forma precoz en la esfera de influencia del proyecto europeo de reeducación, gracias a la proximidad geográfica y cultural con los países fundadores del proyecto, a la inclusión de actores iberoamericanos en la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (SICOT) y en la ISCC, así

como al tránsito de expertos europeos en los países iberoamericanos. La Segunda Guerra Mundial obstaculizó considerablemente la circulación de expertos entre Europa y América Latina. Por este motivo, los expertos latinoamericanos se dirigieron hacia los países de América del Norte (Estados Unidos, Canadá) para ampliar su capacitación en materia de rehabilitación. Las fundaciones americanas (NFIP, Fundación Rockefeller, Fundación Kellogg, etc.) promovían estos movimientos financiando becas a latinoamericanos. Los principios noratlánticos de la rehabilitación se difundieron ampliamente desde finales de los años cuarenta en Argentina y desde principios de los cincuenta en Brasil, pero no aparecieron en España hasta finales de los 50, debido a la autarquía impuesta por el régimen de Franco. A partir de entonces, el tiempo de las ideas transcurrió más o menos a la misma velocidad en los tres países, aunque se vio frenado por los ataques a la libertad de expresión bajo las dictaduras. La difusión de las ideas fue perfectamente sincrónica durante los años setenta, gracias a la creciente implicación de las Naciones Unidas, con dos acontecimientos mediáticos: la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975) y el Año Internacional de los Impedidos (1981).

La influencia del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación se produjo gracias a la ingente circulación entre algunos de los países fundadores del proyecto noratlántico (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido) y los mundos iberoamericanos: la de los “mediadores”, miembros de organizaciones intergubernamentales o de las ONG, la de los becarios en busca de una especialización profesional, la del equipo tecnológico y la de la literatura científica.

En España y América Latina la diseminación de los elementos del proyecto noratlántico se produjo en un contexto cultural favorable, compatible con la idea de los derechos individuales. Los elementos de este proyecto noratlántico de rehabilitación no se impusieron por la fuerza, sino que fueron exportados tanto por organizaciones intergubernamentales (OMS, OIT, ONU, Unesco, OEA) como no gubernamentales (ISR, ILSMH, WRF) y fueron reclamados por los actores locales, que se los apropiaron. No obstante, los actores, que

se habían apropiado previamente de las referencias del proyecto europeo de reeducación, podían frenar u oponerse a los preceptos del proyecto noratlántico de rehabilitación, en particular, a las legalidades liberales y a la nueva división de las especialidades médicas de la rehabilitación. Gracias al carácter performativo de su discurso, los organismos intergubernamentales consiguieron rápidamente (en menos de una década) modificar el paisaje cognitivo que prevalecía en los tres países estudiados en torno a las soluciones para el empleo de los inválidos. Las políticas de empleo de los inválidos se reorientaron a partir de entonces hacia legalidades liberales en los tres países. Sin embargo, la influencia previa del proyecto europeo de reeducación en estos países contribuyó a la adopción o al mantenimiento de legalidades de orientación socioliberal en Argentina y España (con la inclusión de una cuota baja, medidas de exención de impuestos para los empleadores, sanciones leves para los empleadores que no cooperasen). La lógica liberal se impuso tanto más fácilmente cuanto que iba acompañada de la promoción de otros derechos, como la movilidad o el derecho a la práctica de actividades deportivas, que permitían restar importancia al derecho laboral como interés específico.²

Mediante la difusión de la información, las organizaciones internacionales favorecieron la convergencia progresiva de las políticas públicas de los países estudiados en torno a referencias comunes (conceptos de normalización, integración, barreras arquitectónicas). Impusieron su marca en el contenido de la formación de las especialidades relacionadas con la rehabilitación (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc.), así como en la clasificación profesional de estas especialidades. Otros proyectos de innovaciones sociales de repercusión mundial (proyecto socialista, proyecto de los países en vías de desarrollo) solo tuvieron una influencia menor en estos países.

² Idea sugerida por François Buton durante la defensa de la tesis doctoral, Rennes II, 2 de junio de 2014.

La fuerte participación del Gobierno de los Estados Unidos y de las fundaciones estadounidenses en la ampliación del proyecto noratlántico de rehabilitación en América Latina sugiere que la política de rehabilitación recubría intereses geopolíticos para los Estados Unidos. La aplicación estricta de las modalidades del proyecto noratlántico garantizaba a las empresas privadas transnacionales estadounidenses que explotaban numerosos recursos en los países del Sur evitar las obligaciones sociales que pudieran pesar sobre ellas (obligación de empleo, etc.) y permitía hacer más dócil a una mano de obra potencialmente perturbadora. En el contexto de la Guerra Fría, los Estados Unidos también se aseguraban de que los gobiernos que recibían asistencia de este modo aplicaran medidas acordes con la economía liberal en este ámbito social. Asimismo, la difusión del proyecto noratlántico formó parte de una innegable influencia cultural en términos de valores (responsabilización del individuo, disciplina de trabajo capitalista, productividad, etc.). No obstante, sería necesario identificar los objetivos específicos del Departamento de Estado de los Estados Unidos y los de las fundaciones, porque estas últimas podían perseguir localmente objetivos independientes de los de la diplomacia estadounidense (Attal, 2010, p. 161).

En un primer momento, los países latinoamericanos confirieron legitimidad mundial al proyecto europeo de reeducación y luego al proyecto noratlántico de rehabilitación. La experiencia en tierras extranjeras dio a los especialistas europeos y estadounidenses una legitimidad científica adicional en su tierra natal y les permitió acceder al rango de expertos internacionales. Por tanto, la situación de los países latinoamericanos no debe considerarse como una situación de dependencia total, sino más bien como una situación de dependencia mutua con los países que encarnaron el proyecto europeo de reeducación y luego con los que encarnaron el proyecto noratlántico de rehabilitación. Las interacciones entre los países del Norte y del Sur también contribuyeron al nacimiento de una nueva concepción de la discapacidad como construcción cultural durante los años

cuarenta y a la creación de nuevos métodos simplificados de rehabilitación a partir de principios de los años cincuenta.

Discordancias de los tiempos constitutivos de las políticas públicas nacionales en materia de discapacidad

Al igual que Jean-Claude Schmitt, concebimos el tiempo histórico nacional como “un sistema de temporalidades diversas, donde los avances de un factor compensarían la inercia de otro” (Schmitt, 2002, p. 58). A nivel nacional, distinguimos múltiples temporalidades que se superponen para componer la temporalidad de las políticas públicas: el tiempo de las ideas, el tiempo de la esperanza de una legalidad más justa, el tiempo legislativo, el tiempo corto del compromiso radical en el espacio público, el tiempo institucional, el tiempo de los saberes profesionales, el tiempo de las tecnologías. Algunos de estos tiempos son acumulativos y, por lo tanto, susceptibles de inercia (tiempo de las ideas, tiempo legislativo, tiempo institucional, tiempo de los saberes, tiempo de las tecnologías). El tiempo de los saberes profesionales es también generacional, lo que facilita la existencia de rupturas temporales durante los cambios generacionales. Aunque efímeros, el tiempo corto del compromiso radical en el espacio público y el tiempo de la esperanza en una legalidad más justa contribuyen a la aceleración de los tiempos legislativos, de los tiempos de los saberes y de los tiempos institucionales.

Con sus acciones, las organizaciones internacionales fomentaban la progresión sincrónica de estas diferentes temporalidades. De hecho, las organizaciones intergubernamentales ayudaron a los gobiernos de Argentina, Brasil y España a desarrollar políticas nacionales de rehabilitación conformes con el proyecto noratlántico, apoyando tanto la aceleración del tiempo de las ideas sobre la discapacidad como del tiempo del conocimiento médico (al promover la formación de personal especializado), del tiempo de las tecnologías (al impulsar la organización de talleres de prótesis y distribuir

equipo especializado), del tiempo legislativo (al proponer normas jurídicas que prohibían las discriminaciones en el acceso al empleo) y del tiempo de las infraestructuras (al ayudar a organizar centros modernos de rehabilitación y talleres protegidos). También promovieron el establecimiento de órganos de coordinación interministerial para asegurar que todos los ministerios actuaran de manera concertada. Las organizaciones intergubernamentales querían una perfecta sincronía en el ritmo de desarrollo de estos diferentes tiempos y solo apoyaban un proyecto si el gobierno nacional se comprometía a realizar inversiones económicas sustanciales en las infraestructuras y en personal.

Contrariamente a sus deseos, la intervención de las organizaciones intergubernamentales no se tradujo en una perfecta concordancia de los tiempos constitutivos de las políticas públicas en materia de discapacidad a nivel nacional, por varias razones:

En primer lugar, existía un conflicto de temporalidades entre la impaciencia y la visión a corto plazo de las organizaciones intergubernamentales y la lentitud y la permanencia de los proyectos desarrollados por los gobiernos (Boyer, 2013, p. 76). Las organizaciones intergubernamentales fijaban una duración cuantificada para sus proyectos de asistencia técnica, a menudo de tres años, y querían poder observar resultados significativos durante este periodo. Al hacerlo, alentaban a los gobiernos a adoptar cierto ritmo en la elaboración de las políticas públicas. Ahora bien, los tiempos de la acción gubernamental no eran los mismos; las decisiones políticas tardaban en tomarse y ser aplicadas. Este conflicto de temporalidades a menudo condujo a situaciones de bloqueo o de espera, ya que los expertos internacionales tuvieron que esperar durante largos meses los materiales, instalaciones y aprendices prometidos por el gobierno anfitrión.

En segundo lugar, los gobiernos de los países estudiados (Argentina, Brasil, España) no dedicaban suficiente dinero público en desarrollar simultáneamente las infraestructuras, la formación profesional y la tecnología. Estas inversiones mínimas condujeron a la

elaboración de políticas de escasa dimensión, que solo cubrían una ínfima parte de las necesidades. Las asociaciones privadas lograron compensar parcialmente estas deficiencias apelando a la caridad privada, pero los recursos recaudados eran insuficientes e irregulares. La falta de inversión a largo plazo contribuyó a numerosas discordancias en las temporalidades de las políticas públicas: las nuevas instituciones de rehabilitación tuvieron muchas dificultades para encontrar personal cualificado y adquirir tecnologías “modernas”. Algunas instituciones se alojaban en infraestructuras construidas con otro propósito y no estaban adaptadas a sus nuevas funciones. Otras instituciones, que disponían de equipos de punta, ya no contaban con el personal competente para utilizarlo.

A nivel nacional, la acción de las organizaciones internacionales en el sector de la formación y del suministro de equipos de alta tecnología era cualitativamente buena (sobre la base de la cualificación de los expertos comisionados y la perfección tecnológica de los equipos enviados), pero cuantitativamente más bien insuficiente. A lo sumo, las becas otorgadas beneficiaban solo a unas pocas decenas de profesionales en cada país. Sin embargo, las conferencias y seminarios organizados permitían una lenta progresión de los saberes nacionales. En Brasil y Argentina, los tiempos nacionales de la tecnología y de la formación de personal especializado comenzaron a finales de los años cincuenta. El tiempo de la formación de personal especializado fue más caótico en España, porque el franquismo puso fin a la primera dinámica de nacionalización de la formación en rehabilitación. Los gobiernos de los tres países facilitaron tardíamente la circulación de los equipos tecnológicos occidentales al suprimir los impuestos a la importación de los equipos especializados. Los tres países siguieron siendo tecnológicamente dependientes de los países occidentales (Alemania, EE. UU.) al menos hasta finales de los años ochenta.

En tercer lugar, la intervención de los organismos internacionales se vio obstaculizada por la inercia de las estructuras históricas (administraciones, asociaciones, etc.) y de las infraestructuras

(edificios, etc.). El tiempo institucional, que reflejaba la inversión administrativa y asociativa en el sector, era generalmente acumulativo, puesto que las estructuras administrativas y las infraestructuras generadas por las políticas públicas subsistían de un periodo a otro. Su existencia constituyó un elemento de rigidez considerable a la hora de reorientar las políticas públicas. Asimismo, la inercia de las estructuras históricas (asociaciones de mutilados de guerra, asociaciones de ciegos, administraciones encargadas de la rehabilitación o de la educación especial) favorecía la continuidad de las políticas sectoriales.

En España, la aplicación de una política nacional para la rehabilitación de los mutilados de guerra y de los trabajadores accidentados en el trabajo durante el periodo 1924-1936 (siguiendo ciertos principios del proyecto europeo de reeducación) complicó considerablemente la aplicación posterior de una política de rehabilitación basada en los principios del proyecto noratlántico. A principios de los años cincuenta, de la rehabilitación de los niños y adultos discapacitados se ocupaban varias administraciones y la rivalidad entre ellas obstaculizaba la organización de una política nacional coordinada de rehabilitación, como recomendaban las instituciones intergubernamentales. Por el contrario, en la Argentina, el no haber desarrollado una política nacional de reeducación durante la primera mitad del siglo XX facilitó enormemente la aplicación de una política pública en la línea de los principios del proyecto noratlántico.

Los gobiernos de Argentina y Brasil desarrollaron políticas experimentales de rehabilitación profesional a finales de los años cincuenta, pero dedicaron más recursos al desarrollo de las políticas de rehabilitación médica. De ahí que los aspectos médicos de la rehabilitación “moderna” fueran por delante de los demás aspectos de la rehabilitación (educativos, sociales, profesionales).

Hasta los años sesenta, Argentina, Brasil y España desarrollaron varios tipos de políticas sectoriales de la discapacidad, basadas en deficiencias particulares (sordera, ceguera), en prestaciones (educación especial) o en el origen de la discapacidad (mutilación de guerra,

accidentes laborales, poliomielitis). Durante los años setenta, la unificación de las políticas públicas de la discapacidad a nivel internacional y la dinámica de igualación de los derechos de las categorías de personas discapacitadas condujeron a una dessectorización parcial de las políticas públicas de la discapacidad en los tres países. La especificidad de las políticas públicas para los ciegos, los deficientes mentales y los mutilados de guerra se puso en tela de juicio. Así pues, algunas asociaciones hicieron campaña para mantener los beneficios sociales ya obtenidos y contestaron estos cambios.

Si bien la especificidad de la asistencia a los ciegos desapareció en Brasil, no ocurrió lo mismo en España, donde la ONCE mantuvo el monopolio en la atención a los ciegos y sus beneficios económicos. Es posible observar además una fuerte inercia en las actividades desarrolladas por la asociación, ya que el ejercicio de la venta de billetes de lotería seguía siendo la principal actividad desarrollada por la ONCE durante los años sesenta y setenta. En Argentina, los ciegos perdieron los beneficios vinculados a la inserción profesional (cuota del 2% en las administraciones) con la aprobación de la Ley 20.923 en 1974, seguida de la aprobación de la Ley 22.431 en 1981. La especificidad de la política de asistencia a los mutilados de guerra desapareció en Brasil durante los años setenta, pero se mantuvo en España. Aunque introdujo algunos cambios importantes al unificar los servicios para los deficientes mentales y los inválidos civiles, el decadente régimen de Franco conservó algunas estructuras heredadas de las décadas anteriores (ONCE, administración de los mutilados de guerra).

En cuarto lugar, el ritmo de progreso de las ideas sobre la humanidad y la productividad de las personas discapacitadas no fue homogéneo en todas las esferas sociales. La escasa campaña de información sobre el tema y el reducido número de personas rehabilitadas en los tres países hasta finales de los años setenta, junto con su inserción laboral en profesiones poco cualificadas y reconocidas, no fueron suficientes para provocar un cambio de mentalidades, a pesar de la promoción de una imagen positiva a través del deporte paralímpico. Los prejuicios persistían en ciertos grupos sociales, en

particular, entre los empresarios y los responsables políticos y administrativos, así como en muchas familias.

En quinto lugar, las configuraciones económicas, sociales y culturales particulares de los países de los mundos iberoamericanos contribuían a la creación o al mantenimiento de discrepancias con el proyecto noratlántico de rehabilitación. La importancia de la economía informal llevó a las autoridades municipales argentinas y brasileñas a aceptar la reglamentación de la venta ambulante como solución al problema del empleo de los inválidos. El predominio de la cultura católica y el peso de los representantes religiosos impedían una laicización total de los derechos de las personas discapacitadas. Por último, la escasa regulación de la labor de los organismos de seguridad social en Argentina no alentaba su participación en la financiación de los servicios de educación especial y de rehabilitación durante este periodo. Ahora bien, la complacencia de estos Estados hacia las empresas privadas de transporte para aplicar los principios de accesibilidad no es prueba de discrepancia con el proyecto noratlántico, basado en sí mismo en principios liberales.

En sexto lugar, la acción de las organizaciones internacionales favorecía la armonización transnacional de la terminología, aunque no todos los actores asociativos y administrativos siguieron esta línea terminológica. Ciertamente, durante los años noventa, los órganos intergubernamentales adoptaron la identificación “persona con discapacidad” en español y *pessoa com deficiência* en portugués. La mayoría de los Estados adoptaron esta terminología durante los procedimientos de revisión legislativa. Pero esta identificación fue cuestionada por académicos y actores asociativos, que promovieron identificaciones alternativas ante los organismos públicos: personas con necesidades especiales; personas con capacidades especiales; persona con capacidades diferentes; *pessoa em situação de desvantagem física ou mental*; persona en situación de discapacidad; persona con diversidad funcional.

La adopción tardía de varios criterios fundamentales del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación

La adopción de varios criterios fundamentales del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación (la adopción de una ley de protección integral, la creación de un órgano interministerial de coordinación) se llevó a cabo de forma tardía e incompleta. Las políticas nacionales evolucionaron bajo la presión de las movilizaciones asociativas, que fueron muy fuertes durante los periodos de transición a la democracia. Muchos actores criticaron entonces la ineficiencia y el servilismo de los órganos administrativos durante las dictaduras recientes. En España, el SEREM fue duramente criticado por las asociaciones de personas discapacitadas físicas. En Brasil, la FENAPAES desafió la legitimidad del CENESP.

El tiempo de la esperanza está constituido por los periodos en los cuales los proyectos de ley de protección integral (para los ciegos, los deficientes mentales o las personas discapacitadas en general) u otros proyectos de ley de importancia fundamental (en particular relacionados con el trabajo) fueron realmente estudiados por las administraciones o las asambleas parlamentarias. Las numerosas gestiones llevadas a cabo por las asociaciones les hacían creer en la posibilidad de una legalidad más justa en un futuro más o menos próximo (unos años). Es necesario tener en cuenta este tiempo de la esperanza, aunque las gestiones llevadas a cabo por las asociaciones no tuvieran éxito. De lo contrario, estaríamos adoptando una visión teleológica. El tiempo de la esperanza varía de un país a otro. En Brasil fueron tres fases cortas y relativamente distanciadas (otoño de 1967 a diciembre de 1968; año 1975; 1981-1982); en España, dos fases distintas (1968-1969; 1977-1982); y en Argentina varias fases intercaladas entre 1974 y 1981. Las leyes de protección de los derechos de las personas discapacitadas constituían un horizonte de espera y, al mismo tiempo, un futuro largamente postergado durante todo el periodo 1967-1982. Solo a finales de este periodo se cumplieron las

aspiraciones en Argentina bajo la dictadura de Videla (marzo de 1981) y al final de la transición a la democracia en España (1982), pero las esperanzas se vieron frustradas en Brasil, ya que no se aprobaron leyes bajo la dictadura. No fue sino hasta 1989 cuando la nación sudamericana aprobó una legislación para la protección integral de las personas discapacitadas.

En cada uno de los países estudiados, la consulta a las personas discapacitadas y a sus familias en los nuevos órganos administrativos se institucionalizó durante la transición a la democracia. El gobierno de transición a la democracia creó un órgano de coordinación de las políticas de asistencia a las personas discapacitadas, en el cual estaban representados tanto los ministerios involucrados en el sector de la discapacidad como los representantes de las asociaciones de/para las personas discapacitadas. En 1978, el Gobierno español transformó el estatuto del Real Patronato de Educación Especial en Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. En Brasil, la Coordinadora Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência fue creada en 1986. En Argentina, la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas fue creada en 1987. De los tres países, fue en España donde la labor de este órgano de coordinación resultó más eficaz, ya que estaba presidido por la reina, lo que favorecía la rápida aplicación de las decisiones; las asociaciones estaban representadas en el comité directivo y los ministros responsables de los principales sectores (trabajo, transporte) estaban sistemáticamente presentes en las reuniones.

Así pues, en los tres países, los actores locales se apropiaron de las referencias noratlánticas de la rehabilitación para construir políticas públicas “modernas”, que mezclaban ciertos aspectos del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación con otros aspectos de la tradición nacional (potencialmente influida por el proyecto europeo de reeducación). Por tanto, la influencia del proyecto noratlántico de modernización de la rehabilitación en los mundos iberoamericanos puede calificarse de incompleta y conflictiva. La influencia del proyecto noratlántico de rehabilitación observada en los

mundos iberoamericanos no puede ser generalizada a todos los continentes. De hecho, las organizaciones internacionales promovían muchas veces en los países africanos y asiáticos otras modalidades de rehabilitación (cooperativas, rehabilitación en medio rural, etc.), fomentando las circulaciones de técnicas y saberes sin centrarse en los países noratlánticos (por ejemplo, entre los países socialistas europeos y africanos o entre los países en vías de desarrollo). De este modo, los expertos en rehabilitación enviados por la OIT, la OMS y otras ONG como misiones de cooperación al Gobierno socialista argelino durante los años sesenta y setenta eran principalmente francófonos (franceses o belgas) o de países socialistas (Yugoslavia, Polonia). Algunos de estos expertos contribuyeron a la asistencia médica y paramédica en el ámbito de la rehabilitación, a la formación de cooperativas para ciegos y a la aplicación de medidas de cuotas de empleo obligatorias para los muyahidines mutilados. En consecuencia, las políticas de asistencia técnica proporcionadas por los organismos internacionales (OMS, OIT, ONU, etc.) eran polimorfas a nivel internacional: variaban según las zonas culturales y geográficas, principalmente debido a cuestiones geopolíticas y diplomáticas, pero también según la cultura de los funcionarios y expertos internacionales enviados.

Bibliografía

ABC (17 de junio de 1924).

ABC (15 de marzo de 1931).

ABC (18 de octubre de 1933).

ABC (12 de noviembre de 1933).

ABC (17 de marzo de 1935).

ABC (31 de enero de 1936).

ABC (20 de mayo de 1936).

ABC (25 de junio de 1937).

ABC (7 de septiembre de 1937).

ABC (18 de noviembre de 1937).

ABC (6 de diciembre de 1937).

ABC (4 de septiembre de 1938).

ABC (26 de septiembre de 1938).

ABC (18 de octubre de 1938).

ABC (16 de noviembre de 1938).

ABC (7 de marzo de 1939).

ABC (12 de marzo de 1939).

ABC (19 de noviembre de 1939).

ABC (5 de septiembre de 1941).

ABC (23 de octubre de 1941).

ABC (26 de noviembre de 1941).

ABC (8 de junio de 1949).

ABC (2 de julio de 1949)

ABC (4 de junio de 1953).

ABC (14 de febrero de 1963).

ABC (3 de febrero de 1965).

ABC (27 de abril de 1975).

ABC (3 de abril de 1977)

ABC (2 de agosto de 1977).

ABC (7 de julio de 1981).

ABC (14 de julio de 1981).

Actis, Carlos et al. (1962). *Aspectos sociales de los niños incapacitados*. Mar del Plata: CERENIL/El Portal del Sol.

ACPSP (14 de marzo de 1958). ¿Paraplégicos estão fazendo notícias? *Visão*.

Agamben, Giorgio (2004). *Image et mémoire. Ecrits sur l'image, la danse et le cinéma*. París: Desclée de Brouwer.

A Gazeta (21 de marzo de 1981).

Águila Maturana, Ana María (2000). *El debate médico en torno a la Rehabilitación en España (1949-1969)* [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/6027/>.

Albéniz, María Reyes Berruezo y López, Susana Conejero (coords.) (2009). *El largo camino hacia una educación inclusiva. La educación especial y social del siglo XIX a nuestros días*, Vol. I. Navarra: Universidad Pública de Navarra.

Ansart, Pierre (2001). História e memória dos ressentimentos. En Stella Bresciani y Márcia Nawara (orgs.), *Memória e (res)sentimento. Indagações sobre uma questão sensível* (pp. 15-35). Campinas: Unicamp.

APRIM (octubre de 1964). *Boletín Mensual*, 7.

Archibald, Gail (1993). *Les Etats-Unis et l'UNESCO, 1944-1963 : les rêves peuvent-ils résister à la réalité des relations internationales*. París: Publications de la Sorbonne.

Arguelles, Manuel Blanco y Gómez, Enrique Robles (1965). Diez años de rehabilitación de parapléjicos (su fracaso social). *Revista española de rehabilitación del aparato locomotor*, 5, 41-71.

Asociación de orientación y ayuda al inválido [AOI] (1944). *Primera Conferencia Argentina. Relatos oficiales, contribuciones y discusiones, Buenos Aires, octubre de 1943*. Buenos Aires: Orestes A. Cappellano.

Asociación de orientación y ayuda al inválido [AOI] (1947). *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado, Relatos Oficiales*,

Contribuciones y Discusiones, Buenos Aires, octubre de 1946. Buenos Aires: Orestes A. Cappellano.

Association Internationale des étudiants aveugles [AEA] (1922). *Bulletin de 1914 à 1922.* Ginebra: AEA.

Association Internationale des étudiants aveugles [AEA] (1930). *Rapport du pré-congrès pour Aveugles à Vienne, 1929.* Paris: American Braille Press.

Attal, Frédéric (2010). Reconstruire l'Europe intellectuelle: les Fondations Rockefeller et Ford et les sciences sociales en Italie, 1945-1970. En Ludovic Tournès (dir.), *L'argent de l'influence. La philanthropie et ses réseaux en Europe (1900-2000)* (pp. 143-163). Paris: Autrement.

Auxilia (noviembre-diciembre de 1976).

Auxilia (abril de 1979).

Auxilia (febrero de 1977).

Auxilia (diciembre de 1977), 104.

AVEPANE (1981). *Memorias de Avepane, II Jornadas internacionales a nivel latinoamericano sobre retardo mental y IV Jornadas de AVEPANE 1979.* Caracas: AVEPANE.

Balfour, Sebastian (2002). *Deadly embrace: Morocco and the road to the Spanish Civil War.* Oxford: Oxford University Press.

Barnartt, Sharon y Scotch, Richard (2001). *Disability protests: contentious Politics: 1970 to 1999.* Washington: Gallaudet University Press.

Barros, Fabio Batalha Monteiro de (2008). Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 50. *Ciências e Saude Coletiva*, 13(3), 941-954.

Bas, Jérôme (2017). Des paralysés étudiants aux handicapés méchants. La contribution des mouvements contestataires à l'unité de la catégorie de handicap. *Genèses*, 107(2), pp. 56-81.

Blanco y Negro (17 de diciembre de 1933).

Benvenuto, Andrea y Séguillon, Didier (2014). Des premiers banquets des sourds-muets à l'avènement du "sport silencieux" 1834-1924. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 64, 135-149.

Bereni, Laure (2012). Penser la transversalité des mobilisations féministes: l'espace de la cause des femmes. En Christine Bard (dir.), *Les féministes de la deuxième vague* (pp. 27-41). Rennes: PUR.

Berlivet, Luc (2016). A laboratory for Latin eugenics: the Italian Committee for the Study of Population Problems and the international circulation of eugenic knowledge, 1920s-1940s. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23 (suppl. 1), 51-72.

Bernecker, Walther (1996). La revolución social. En Stanley Payne y Javier Tusell (dir.), *La Guerra civil. Una nueva visión del conflicto que dividió España* (pp. 488-505). Madrid: Temas de hoy.

Boletim Capixaba (abril de 1981), 3.

Boletín de la Academia Argentina de Letras (1971).

Boletín de la FEAPS (octubre de 1967), 1.

Boletín de la FEAPS (diciembre de 1967), 2.

Boletín de la FEAPS (1968), 3.

Boletín de la FEAPS (junio de 1969), 12.

Boletín Informativo ANIC (primer trimestre de 1965). Delegación Provincial de Barcelona, 1.

Boletín Informativo ANIC (cuarto trimestre de 1966). Delegación Provincial de Barcelona, 7.

Boletín Informativo ANIC (enero de 1967). Delegación provincial de Zaragoza, 14.

Boletín Informativo ANIC (diciembre de 1968). Delegación provincial de Zaragoza, 37.

Boletín Informativo ANIC (febrero de 1970). Delegación de Zaragoza, 51.

Boletín Informativo ANIC (septiembre de 1971). Delegación provincial de Zaragoza, 70.

Bureau international catholique de l'Enfance [BICE] (1960). *L'enfant africain*. París: Fleurus.

Bureau International du Travail [BIT] (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)*. Ginebra: BIT.

BIT (1925a). *Rapport sur la réparation des accidents du travail, pour la 7e session de la CIT, 1925*. Ginebra: BIT.

BIT (1925b). *La réparation des accidents du travail. Analyse comparative des législations nationales*. Ginebra: BIT.

BIT (1937). *L'évaluation de l'incapacité permanente de gain dans les assurances sociales*. Ginebra: BIT.

BIT (1954). *Rapport IV (1). L'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides*. Ginebra: BIT.

Bloch, Marc (1928). Pour une histoire comparée des sociétés européennes. *Revue de synthèse historique*, 46, 15-50.

Boltanski, Luc y Chiapello, Eve (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. París: Gallimard.

Boncourt, Thibaud (2011). *L'internationalisation de la science politique: une comparaison franco-britannique (1945-2010)* [Tesis de ciencias políticas]. Université Montesquieu Bordeaux-IV. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00606354/fr/>

Bonetti, Michel (1993). La construction des problèmes sociaux. En Vincent de Gaulejac y Shirley Roy (dirs.), *Sociologies cliniques* (pp. 163-176). París: Desclée de Brouwer.

Borowy, Iris (2009). *Coming to terms with World Health. The League of Nations Health Organisation 1921-1946*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Borrajo Dacruz, Efrén (1956). Derecho al empleo y Seguridad Social del trabajador incapacitado por accidente de trabajo. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1, 57-101.

Bourdieu, Pierre (1976). Les modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2-3, 122-132.

Bourdieu, Pierre (1986). La force du droit. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. 64, 3-19.

Bourdieu, Pierre (1994). *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. París: Seuil.

Bourdieu, Pierre (1995). Sur les rapports entre la sociologie et l'histoire en Allemagne et en France. Entretien avec Lutz Raphael. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 106-107, 108-122.

Bourdieu, Pierre (1998). *La domination masculine*. París: Seuil.

Bourke, Joanna (2015). Love and limblessness: male heterosexuality, disability, and the Great War. *Journal of War & Culture Studies*, 9(1), 3-19.

Boyer, Robert (2013). Les crises financières comme conflit de temporalités. *Vingtième siècle*, 117, 69-88.

Brégain, Gildas (2013). “Nous ne demandons pas la charité. Nous voulons du travail!” La politique franquiste d’assistance aux invalides. *ALTER, Revue européenne de recherche sur le handicap*, 7(3), 206-221.

Brégain, Gildas (2016). Comparative study of Two protest marches for Disabled People’s Rights (Spain 1933-Bolivia 2011). *Moving the Social. Journal of Social History and the History of Social Movements*, 56, 115-140.

Brégain, Gildas (2021). Historia y memorias de las manifestaciones callejeras de los “lisiados” a principios de los años 70 en el Cono Sur (Argentina, Chile, Uruguay). *Pasado Abierto*, 13, 56-95.

Broqua, Christophe y Fillieule, Olivier (2009). Act Up ou les raisons de la colère. En Christophe Traïni (dir.), *Emotions... Mobilisation!* (pp. 141-167). París: Presses de Sciences Po.

Brown, Ivan (2018). When is life unworthy of living? Lessons from the systematic killing of children with disabilities in Nazi Germany. En Roy Hanes, Ivan Brown y Nancy Hansen (dirs.), *The Routledge History of Disability* (pp. 421-433). Londres: Routledge.

Bueno, José Geraldo Silveira (1993). *Educação especial brasileira - integração/segregação do aluno diferente*. San Pablo: Educ.

Bury, Michael y Wood, Philip (1978). Sociological Perspectives in Research on Disablement. *Disability and Rehabilitation*. 1(1), 24-32.

Bustamante, Márcio (2006). *A Memória entre duas guerras: Uma História da Memória dos Veteranos da Força Expedicionária Brasileira* [Disertación de Maestría en Historia]. Universidade Federal de Minas Gerais.

Buton, François (2009). *L'administration des faveurs. L'Etat, les sourds et les aveugles (1789-1885)*. Rennes: PUR.

Buton, François y Mariot, Nicolas (dirs.) (2009). *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*. París: PUF.

Cabanes, Bruno (2014). *The Great War and the Origins of Humanitarianism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cantin, Yann (2014). *Les sourds-muets de la Belle Epoque. Une communauté en mutation* [Tesis de doctorado en Historia, EHESS]. <https://hal-emse.ccsd.cnrs.fr/HISTOIRE/tel-01116965v>.

Carrillo, Vicente (S/F). *Material de discusión para el Pleno Nacional de la Liga Mutilados e Inválidos de Guerra*. Madrid: Unión Poligráfica.

Cartas Abertas (1979), 27.

Castel, Robert (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. París: Fayard.

Castles, Katherine (2002). Quiet Eugenics: Sterilization in North Carolina's Institutions for the Mentally Retarded, 1945-1965. *The Journal of Southern History*, 68(4), 849-878.

Cayet, Thomas y Rosental, Paul-André (2013). Politiques sociales et marché(s). Filiations et variations d'un registre transnacional d'action, du BIT des années 1920 à la construction européenne et à la Chine contemporaine. *Le Mouvement social*, 244(3), 3-16.

Cefaï, Daniel y Terzi, Cédric (dirs.) (2012). *L'expérience des problèmes publics*. Paris: EHESS.

Cerdeira Gutiérrez, Isabel (1987). Los servicios sociales del franquismo a la constitución. *Cuadernos de trabajo social*, 0, 135-158.

Charlton, James (1998). *Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment*. Berkeley: University of California Press.

Chatterjee, Partha (2008). *La Nación en tiempo heterogéneo y otros estudios subalternos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Chavrier, Géraldine (2009). Les mots de la faveur en droit. En Gilles Guglielmi (dir.), *La faveur et le droit* (pp. 287-304). Paris: PUF.

Christin, Olivier (2001). Pour une historicisation des concepts historiques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 140(5), 3-6.

Clarke, Alan (1991). A brief history of the international association for the scientific study of mental deficiency (IASSID). *Hull England Journal of Intellectual Deficiency Research*, 35, 1-12.

Climent, José (2001). *Historia de la Rehabilitación médica. De la física terapéutica a la reeducación de inválidos*. Barcelona: Edibamed.

Comissão do Distrito Federal (1981). *Relatorio do Ano Internacional das Pessoas Deficientes*. Brasilia: Distrito Federal.

Commaille, Jacques y Durand, Patrice (2009). Pour une sociologie politique du droit: présentation. *L'Année sociologique*, 59(1), 11-28.

Commend, Susanne (2019). Entre protection et mobilisation: contributions canadiennes et québécoises à l'histoire transnationale des droits des enfants handicapés (1920-1980). *Canadian Journal of Children's Rights*, 6(1), 39-59.

Compagnon, Olivier (2013). *L'Adieu à l'Europe. L'Amérique latine et la Grande Guerre (Argentine et Brésil, 1914-1939)*. París: Fayard.

Cooper, Frederick (2010). *Le colonialisme en question. Théorie, connaissance, histoire*. París: Payot.

Cooper, Norman (1968). World needs and problems in vocational rehabilitation. *International Rehabilitation Review*, 29(3), 14-15.

Cousin, Bruno y Chauvin, Sébastien (2010). La dimension symbolique du capital social: les grandes cercles et rotary Clubs de Milan. *Sociétés contemporaines*, 77(1), 111-137.

D'Argenlieu, Thierry (1953). *La fraternité catholique des malades*. Bourges: Les éditions du cerf.

Da Silva, Otto Marques (1986). *A Epopéia ignorada, A pessoa deficiente na Historia do mundo de ontem e de hoje*. San Pablo: CEDAS.

De Blic, Damien (2008). De la Fédération des mutilés du travail à la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés. Une longue mobilisation pour une “juste et légitime réparation” des accidents du travail et des maladies professionnelles. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2-3, 119-140.

De Boer, Hans Alfred (1946). La réadaptation médicale des infirmes et des invalides. *Revue internationale du Travail*, 33-42.

Defilippis Novoa, Carlos Enrique (1974). *La rebelión de los lisiados (Novela de anticipación)*. Buenos Aires: Trenti Rocamora.

Del Cura, Mercedes (2007). El comienzo de la asistencia “oficial” a los niños anormales en España: la Escuela Municipal de Deficientes de Barcelona (1910-1936). En Ricardo Campos, Luis Montiel y Rafael Huertas (coords.), *Medicina, Ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI)* (pp. 541-554). Madrid: CSIC.

Denéchère, Yves (2015). Droits des enfants: de la chronologie à une histoire transnationale. En Yves Denéchère y David Niget (dirs.). *Droits des enfants au XXe siècle. Pour une histoire transnationale* (pp. 9-17). Rennes: PUR.

Detienne, Marcel (2000). *Comparer l'incomparable*. Paris: Seuil.

Devoto, Fernando y Fausto, Boris (2008). *Argentina-Brasil: 1850-2000. Un ensayo de historia comparada*. Buenos Aires: Sudamericana.

Dezalay, Yves y Garth, Bryant (2002). *La mondialisation des guerres de palais. La restructuration du pouvoir d'Etat en Amérique latine. Entre notables du droit et "chicago boys"*. Paris: Seuil.

Dimier, Véronique (2014). *The invention of a European aid bureaucracy: Recycling empire*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Dobry, Michel (2009). Révolutions, crises, transitions. En Olivier Fillieule, Lilian Mathieu y Cécile Pechu (dirs.). *Dictionnaire des mouvements sociaux* (pp. 475-483). Paris: Presses de Science Po.

Driedger, Diane (1989). *The Last Civil Rights Movement. Disabled People's International*. St. Martin Press: New York.

Droux, Joëlle (2011). L'internationalisation de la protection de l'enfance: acteurs, concurrences et projets transnationaux (1900-1925). *Critique internationale*, 52(3), 17-33.

Dubois, Vincent (2003). La sociologie de l'action publique. De la socio-histoire à l'observation des pratiques (et vice-versa). En Pascale Laborier y Dany Trom (dirs.), *Historicités de l'action publique* (pp. 346-364). Paris: PUF.

Eisenstadt, Shmuel (2000). Multiple modernities. *Daedalus*, 129(1), 1-29.

El Descamisado (31 de julio de 1973), 11.

El Luchador (27 de octubre de 1937).

El País (28 de septiembre de 1976).

El País (23 de noviembre de 1976).

El País (12 de abril de 1977).

El País (13 de abril de 1977).

El País (9 de febrero de 1977).

El Sur (16 de mayo de 1934).

Empuje (junio de 1976), 5.

Empuje (marzo de 1977), 2.

Encrevé, Florence (2008). Réflexions sur le congrès de Milan et ses conséquences sur la langue des signes française à la fin du xixe siècle. *Le Mouvement Social*, 223, 83-98.

En Lucha (3-9 de noviembre de 1977), 170.

En Marcha (junio de 1956), 9.

En Marcha (agosto de 1958), 10.

En Marcha CEMFE (mayo de 1980), 1.

En Marcha CEMFE (mayo de 1980a), 2.

En Marcha CEMFE (diciembre de 1980), 4.

En Marcha CEMFE (abril de 1981), 5.

FENDIM (mayo-junio de 1979), 1.

FENDIM (julio-septiembre de 1981), 10.

Fédération mondiale des sourds [FMS] (1971). *Actes du VIe Congrès mondial de la FMS, Paris, 31 juillet-5 août 1971*. Paris: FMS.

Ferrante, Carolina (2014). *Renguear el estigma. Cuerpo, deporte y discapacidad motriz (Buenos Aires, 1950-2010)*. Buenos Aires: Biblos.

Ferreri, Giulio (1934). Il Sordomutismo nel campo eugenetico e sociale. *Decade of progress of Eugenics. Scientific Papers of the Third International Congress of Eugenics, held at American Museum of Natural History, New York, August 21-23, 1932*. (pp. 264-266). Baltimore: The Williams and Wilkims Company.

Ferreti, Lucia y Bienvenue, Louise (2010). Le Bureau international catholique de l'enfance: réseau et tribune pour les spécialistes québécois de l'enfance en difficulté (1947-1977). *Revue d'Histoire de l'enfance irrégulière*, 12, 155-176.

Ferrière, Frédéric (1920). Projet d'exposition internationale d'appareils pour la rééducation professionnelle des mutilés. *Bulletin international des Sociétés de la Croix-Rouge*, 20(2), 889-894.

Fineman, Mia (1999). Ecce Homo Prostheticus. *New German Critique*, 76, 85-114.

Folha de São Paulo (27 de octubre de 1934)

Folha de São Paulo (30 de mayo de 1936).

Folha de São Paulo (14 de enero de 1981).

Folha de São Paulo (25 de enero de 1981).

Gabinete de Estudios y Asesoramiento (1979). *Minusválidos Físicos. Marginación y Opresión*. Madrid: Grafiprint.

Gaceta de Madrid (24 de enero de 1934).

Gaïti, Brigitte y Israel, Liora (2003). Sur l'engagement du droit dans la construction des causes. *Politix*, 16(62), 17-30.

Gandolfo, Guido P. y Gandolfo, Horacio G. (1988). *Problemática organizativa del ciego en la Argentina. Manual de tiflogía*. Córdoba: Marcos Lerner.

García Viso, Manuel y Iñiguez del Val, M. (1983). *Diez años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Garvia Soto, Roberto (1997). *En el país de los ciegos. La ONCE desde una perspectiva sociológica*. Barcelona: Hacer.

Gerber, David (ed.) (2012). *Disabled veterans in History*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Girault, René y Frank, Robert (2004). *Turbulente Europe et nouveaux mondes 1914-1941*. París: Payot et Rivages.

Godelier, Maurice (2007). Systèmes de parenté, formes de famille. Quelques problèmes contemporains qui se posent en Europe occidentale et en Euro-Amérique. *La clinique lacanienne*, 12, 13-20.

González, M. y García, J. M. (1969). *Rehabilitación*, 3(4), 487-512.

González Sánchez, Cecilio (1963). Los accidentes como causa de invalidez. En Secretaría General del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, *Charlas radiofónicas: El problema de los disminuidos físicos y su rehabilitación* (pp. 15-21). Madrid: Dirección general de Sanidad, Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos.

Groce, Nora Ellen (1995). *The United States' Role in International Disability Activities: A History and a look towards the Future*. Nueva York: RI/World Institute on Disability/WRF.

Groce, Nora Ellen (2002). *From charity to Disability Rights : Global initiatives of Rehabilitation international, 1922-2002*. Nueva York: Rehabilitation International.

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*, 29(4), 503-515.

Gzil, Fabrice et al. (2007). Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1616-1624.

Hanes, Roy (2018). Introduction. En Roy Hanes, Nancy E. Hansen e Ivan Brown (eds.), *The Routledge History of Disability* (pp. 1-6). Oxon: Routledge.

Hernández Gómez, Ricardo (1965). El Discapacitado. Hallazgo, defensa y estímulo. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica*, I, 41-43.

Hernández Gómez, Ricardo (1965). Evolución histórica del concepto de discapacitado ante la sociedad. *ASCLEPIO*, 17, 261-271.

Hernández Gómez, Ricardo y Orozco Acuaviva, Antonio (1975). Nomenclatura. En *Minusval 74. Conferencia nacional sobre integración del minusválido en la sociedad* (pp. 121-177), volumen 1. Madrid: Ministerio de Trabajo.

Hanks, Jane R. y Hanks, L. M. (1948). The Physically Handicapped in certain non-occidental societies. *Journal of Social Issues*, 4(4), 11-20.

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*, 55(1), 113-132.

Helander, Einar, Mendis, Padmani y Nelson, Gunnell (1980). *Training the disabled in the community: an experimental manual on rehabilitation and disability prevention for developing countries*. Ginebra: WHO.

Herrera Gascuña, Mariano Gonzalo (1995). *Aproximación a la educación especial española del primer tercio del siglo XX*. Cuenca: UCLM.

Herrmann, Irène (2012). Décrypter la concurrence humanitaire: le conflit entre Croix-Rouge(s) après 1918. *Relations internationales*, 151, 91-102.

Hoja Oficial del Lunes (27 de febrero de 1978).

Horne, John (2004). The european Moment between the two world wars (1924-1933). En Madelon de Keizer y Sophie Tates (orgs.), *Moderniteit. Modernisme en Massacultuur in Nederland, 1914-1940* (pp. 223-240). Zutphen : Walburg Pers.

Houssa, Pierre (1955). Réadaptation des travailleurs physiquement diminués. *Bulletin de l'OMS*, 13(4), 619-633.

International Labour Review (1957). The legal Obligation to employ the disabled.

Instituto Nacional de Servicios Sociales [INSERSO] (1983). *Diez años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Israël, Liora (2009). Résister par le droit? Avocats et magistrats dans la résistance (1940-1944). *L'Année sociologique*, 59(1), 149-175.

International Labour Office [ILO] (1921). *The compulsory employment of disabled men*. Ginebra: ILO.

ILO (1945). *The Training and Employment of Disabled persons. A preliminary Report*. Montreal: ILO.

ILO (1965). *Manual on selective placement of the Disabled*. Ginebra: ILO.

ILO (1967a). *Report to the Government of Ethiopia on the Vocational Rehabilitation of the Disabled*, ILO/OTA/Ethiopia/R.7. Ginebra: ILO.

ILO (1967b). *Report to the government of Brazil on the vocational rehabilitation and placement of the Disabled*, OIT/TAP/Brasil/R. 10. Ginebra: ILO.

International League of societies for the mentally handicapped [ILSMH] (1967). *Conclusions of the Symposium Legislative aspects of Mental retardation, Stockholm, 11-17 June 1967*. Stockholm: ILSMH.

Instituto Nacional de Educación Especial [INEE] (1978). *Primer Plan Nacional de Educación Especial*. Madrid: INEE.

International Society for the Welfare of Cripples [ISWC] (1957). *Planning for victory over disablement. Proceedings of the seventh world congress of the ISWC held at Westminster, London, July 22-26, 1957*. Exeter: W. Chudley and Son Limited.

Jaines, Luiz Itamar y Schuck, Ethilha Maria (1982). *Dez Fraternos Anos no Brasil. Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes 1972-1982*. San Pablo: Loyola.

Jannuzzi, Gilberta S. De Martino (2004). *A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI*. Campinas: Autores Associados.

Jelin, Elizabeth (2005). Los derechos humanos entre el Estado y la sociedad. En Juan Suriano, *Dictadura y Democracia* (pp. 507-555). *Nueva Historia Argentina*. Tomo X. Buenos Aires: Sudamericana.

Jordan, Edouard (1929). L'Eugénisme. En *Commission catholique du congrès de la Natalité, Eugénisme et stérilisation. Leur valeur morale, Rennes, 27 septembre 1929* (pp. 16-25). París: SPES.

Jornal de Brasilia (15 de enero de 1981).

Junior, Lanna, Martins, Mario Cléber (comps.) (2010). *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos.

Kaeser, Marc-Antoine (2010). Une science universelle, ou “éminemment nationale”? Les congrès internationaux de préhistoire (1865-1912). *Revue Germanique Internationale*, 11, 17-31.

Katz, Grégor (1970). *La vie sexuelle des arriérés mentaux*. Bruselas: ILSMH.

Keck, Margaret y Sikkink, Kathryn (1998). *Activists Beyond Borders. Advocacy Networks in international politics*. Ithaca/Londres: Cornell University Press.

Kessler, Henry Howard (1950). *The principles and practices of rehabilitation*. Lea y Febiger.

Kosunen, Esko (1973). *Rehabilitación de personas discapacitadas bajo la seguridad social en España*. Rapport inter-régional pour les Nations Unies. Madrid.

Kott, Sandrine (2008). Une “communauté épistémique” du social? Experts de l'OIT et internationalisation des politiques sociales dans l'entre-deux-guerres. *Genèses*, 71(2), 26-46.

Kott, Sandrine (2011a). Par-delà la guerre froide. Les organisations internationales et les circulations Est-Ouest (1947-1973). *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 109(1), 142-154.

Kott, Sandrine (2011b). Les organisations internationales, terrains d'étude de la globalisation. Jalons pour une approche socio-historique. *Critique internationale*, 52, 9-16.

Kott, Sandrine y Droux, Joëlle (2013). Introduction: A Global History written from the ILO. En Sandrine Kott y Joëlle Droux (eds.), *Globalizing social rights: The International Labour Organization and beyond* (pp. 1-13). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Kreitz, Joseph (1972). *Historio de la Esperanto-Movado Inter la Blinduloj*. Barcelona: Imprenta Braille de la ONCE.

Kudlick, Catherine J. (2003). Disability History: Why We Need Another "Other". *American Historical Review*, 108, 763-793.

Kühl, Stefan (2015). *For the Betterment of the Race. The rise and fall of the international movement for eugenics and racial hygiene*. Nueva York: Palgrave Macmillan.

La Cruz (22 de abril de 1933).

La Cruz (7 de mayo de 1936).

La France mutilée (3 de septiembre de 1922).

La France mutilée (8 de abril de 1923).

Lagroye, Jacques, François, Bastien y Sawicki, Frédéric (2006). *Sociologie politique*. París: Presses de Sciences Po et Dalloz.

Las Heras Hervas, Antonio (1925). *El problema social de la ceguera en España*. Madrid: Papelería Nacional.

La Nación (9 de agosto de 1981).

La Provincia (12 de agosto de 1923). En favor de los niños ciegos.

La Provincia (12 de agosto de 1923). En favor de los niños ciegos.

La Voix des aveugles (abril-mayo de 1931).

La Voix des aveugles (febrero-marzo de 1932).

League of the Red Cross Societies [LRCS] (1929). *The prevention of blindness*. París: LRCS.

Ledesma, Manuel Pérez (2006). Nuevos y viejos movimientos sociales en la transición. En Carme Molinero (dir.), *La Transición, treinta años después. De la dictadura a la instauración y consolidación de la democracia* (pp. 117-151). Barcelona: Península.

Lenoir, Rémi (1986). Groupes de pression et groupes consensuels. Contribution à une analyse de la formation du droit. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64, 30-39.

Le Temps (26 de julio de 1937).

Le Valentin Haüy (julio-agosto-septiembre de 1930).

Le Valentin Haüy (octubre-noviembre-diciembre de 1932).

Lewin, André (2006). *L'ONU, Pour quoi faire ?* París: Gallimard.

Longmore, Paul K. y Umansky, Lauri (dirs.) (2001). *The New Disability History: American Perspectives*. Nueva York: New York University Press.

López de la Garma, Francisco (1956). Rehabilitación de Traumatisados. *Revista Iberoamericana de Seguridad Social*, 1, 9-29.

López Gete, Félix (1971). *Argentina. Educación Especial*. París: Unesco.

Lorenzo, Luis Pelaz (1975). Orientación profesional de minusválidos físicos y psíquicos. En *Minusval 74. Conferencia nacional sobre integración del minusválido en la sociedad*. Volumen 2 (pp. 155-193). Madrid: Ministerio de Trabajo.

Mackenzie, Clutha (1960). Pilot project for the rural blind in Uganda. *International Social Service Review*, 7, 45-53.

Madariaga, César de (1931). *La reeducación profesional*. Madrid: M. Aguilar.

Malan, R. M. (1962). *Rapport sur une mission en Espagne, 19-25 mars 1962*, TA n°12-59. Ginebra: OMS.

Manzo, Jorge Abelardo (1954). *Rehabilitación de Inválidos*. Buenos Aires: Publicidad Gráfica Beta.

Marín Gómez, Isabel (2003). *El Laurel y la Retama en la Memoria: Tiempo de Posguerra en Murcia 1939-1952*. Murcia: Universidad de Murcia.

Marshall, Dominique (2008). Dimensions transnationales et locales de l'histoire des droits des enfants. La Société des Nations et les cultures politiques canadiennes, 1910-1960. *Genèses*, 71, 47-63.

Martin, Florent (1924). *Mutilations et les appareils de prothèse*. Etudes et Documents, Série E (Mutilés), 5.

Martínez-Pérez, José y Porras Gallo, María Isabel (2006). Hacia una nueva percepción social de las personas con discapacidades: Legislación, medicina y los inválidos del trabajo en España (1900-1936). *Dynamis*, 26, 195-219.

Martínez-Pérez, José (2009). Consolidando el modelo médico de discapacidad: sobre la poliomielitis y la constitución de la traumatología y ortopedia como especialidad en España (1930-1950). *Asclepio*, 61(1), 117-142.

Masip, Vicente (1977). *A encruzilhada do Doente*. San Pablo: Loyola.

Massa, Patrick (2010). Vae Victis. La face sombre de la méritocratie. *Revue du MAUSS permanente*. <http://www.journaldumauss.net/?Vae-Victis-La-face-sombre-de-la>.

Mateos, Abdón (1997). *La denuncia del sindicato vertical. Las relaciones entre España y la Organización Internacional del Trabajo (1939-1969)*. Volumen II, parte I. Madrid: CES.

Maul, Daniel Roger (2010). The Morse Years: The ILO 1948-1970. En Jasmien Van Daele et al. (eds.), *Essays on the International Labour Organization and Its Impact on the Worlds during the Twentieth Century* (pp. 365-400). Peter Lang.

Maurel, Chloé (2006). *L'Unesco de 1945 à 1974* [Tesis de Historia, bajo la dirección de Pascal Ory, Paris I]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00848712>.

Maurel, Chloé (2013). Introduction: Pourquoi l'histoire globale? *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 121, 13-19.

Mazzota, Marcos (1991). *Educação especial no Brasil*. Porto Alegre: Artes médicas.

Mc Adam, Doug, Tarrow, Sidney y Tilly, Charles (1998). Pour une cartographie de la politique contestataire. *Politix*, 11(41), 7-32.

Mensagem da APAE (noviembre de 1974), 1.

Mensagem da APAE (enero-mayo de 1975), 2.

Mensagem da APAE (junio-agosto de 1975), 3.

Mensagem da APAE (mayo-agosto de 1976), 6.

Mensagem da APAE (septiembre-diciembre de 1976), 7.

Mensagem da APAE (julio-septiembre de 1978), 13.

Mental Retardation (1971), 9.

Miller, Carol (1995). The social section and advisory committee on social questions of the League of Nations. En Paul Weindling (dir.), *International Health Organisations and movements 1918-1939* (pp. 154-175). Cambridge: Cambridge University Press.

Mitchell, David y Snyder, Sharon (2003). The eugenic Atlantic: race, disability, and the making of an international eugenic science 1800/1945. *Disability & Society*, 18(7), 843-864.

Molinero, Carme (2005). *La captación de las masas: política social y propaganda en el régimen franquista*. Madrid: Cátedra.

Molinero, Carme (2006). El reclamo de la “justicia social” en las políticas de consenso del régimen franquista. *Historia Social*, 56, 92-110.

Montès, Jean-François (1991). *1915-1939, (re)travailler ou le retour du mutilé : une histoire de l'entre-deux-guerres*. París: Institut d'études économiques et sociales.

Muller, Pierre (2005). Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs. *Revue française de science politique*, 55(1), 155-187.

Murray, Joseph John (2007). “One touch of nature makes the whole world kin”: *The transnational lives of deaf Americans, 1870-1924* [Disertación de doctorado, University of Iowa]. <https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/One-touch-of-nature-makes-the/9983776700602771>.

Mutilado (19 de noviembre de 1938), 11.

Mutilado (1 de diciembre de 1938), 12.

Mutilado (22 de enero de 1939), 13.

Napoli, Manlio y Blanc, Claudio (2000). *Ortopedia Brasileira. Momentos, crônicas e fatos*. Tamboré: Oespgraphica.

Neilson, Muriel Joyce (1960). The progress of physiotherapy in some of the economically less-developed regions of the world. *International Social Service Review*, 7, 31-38.

Nirje, Bengt (1969). The Normalization Principle and its human management implications. En Robert B. Kugel y Wolf Wolfensberger (eds.), *Changing patterns of residential services for the mentally retarded* (pp. 181-195). Washington: The President's Committee on Mental Retardation.

Nogales Puertas, Benito (1939). *La reorientación y colocación profesional de los mutilados de guerra*. Santiago de Compostela: Imprenta Paredes.

Noiriel, Gérard (1997). Représentation nationale et catégorie sociale. *Genèses*, 26(26), 25-54.

Normand, Roger and Zaidi, Sarah (2008). *Human Rights at the UN. The Political History of Universal Justice*. Bloomington: Indiana University Press.

Noticias de Deportes para Lisiados (abril de 1973), 9.

Noticias de Deportes para Lisiados (julio de 1973), 10.

Novaro, Marcos y Palermo, Vicente (2006). *La dictadura militar 1976-1983. Del golpe de estado a la restauración democrática*. Buenos Aires: Paidós.

Nuestras Cosas (S./F.).

O Estado de São Paulo (22 y 23 de enero de 1944).

O Estado de São Paulo (14 de octubre de 1953).

O Estado de São Paulo (29 de agosto de 1961).

Oficina Internacional del Trabajo [OIT] (1953). *La Rehabilitación Profesional de los Inválidos. Informe IV. Conferencia Internacional del Trabajo. Trigésima Séptima reunión, 1954, cuarto punto del orden del día*. Ginebra: OIT.

OIT (1964). *Informe al Gobierno de la República argentina sobre la colocación selectiva de los inválidos, OIT/TAP/Argentina/R.8*. Ginebra: OIT.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS], Comité mixte d'experts de l'enfance physiquement diminuée (1952). *Premier rapport, SRT n°58*. Ginebra: OMS.

OMS (1955). *Les amputés et les appareils de prothèse. Rapport d'une conférence, Copenhague, 23-28 août 1954*. Ginebra: OMS.

OMS, Comité d'experts de la réadaptation médicale (1958). *Premier rapport, SRT n°158*. Ginebra: OMS.

OMS (1968). *La deuxième décennie de l'Organisation mondiale de la Santé, 1958-1967*. Genève : OMS.

OMS, Comité d'experts de la réadaptation médicale (1969). *Deuxième rapport, SRT n°419*. Ginebra: OMS.

Organisation des Nations Unies [ONU] (1952). *Rapport du secrétaire général sur un programme international pour la réadaptation des personnes physiquement diminuées*, Document ECOSOC E/CN.5/259.

ONU (marzo de 1957). Réadaptation des personnes physiquement diminuées. *Revue internationale de Service Social*, 2.

ONU (abril de 1980). *Textos y Documentos*, 2(4).

ONU (septiembre de 1981). *Textos y Documentos*, 3(9).

ONU, Département des Questions Sociales (1954). *L'assistance aux handicapés*. Ginebra: OMS.

Organisation d'Hygiène [OH] (1929). *Rapport sur la protection des aveugles dans différents pays d'après les réponses à un questionnaire de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations*. Ginebra: OH.

Ortuzar, Diego (2011). "D'indigents à contribuables". *Invalidité, médecine et travail au Chili (1916-1938)* [Tesis de Maestría 2 en Historia, bajo la dirección de Jean-Paul Zuñiga, EHESS].

Palacios Sánchez, Julián (coord.) (1990). *Historia del C.P.E.E. de Reeducación de Inválidos. Antiguo INRI*. Madrid: MEC-CPEE.

Pantano, Liliana (1983). *La discapacidad como problema social*. Buenos Aires: Eudeba.

Pensamiento Alavés (9 de febrero de 1934).

Petiteville, Franck y Smith, Andy (2006). Analyser les politiques publiques internationales. *Revue française de science politique*, 56, 357-366.

Pierquin, Louis (1964). *Rapport sur une mission en Espagne, du 28 septembre au 24 octobre 1964*, TA 12-59. Ginebra: OMS.

Porras Gallo, María Isabel (2007). Medicina, guerra y reintegración social del inválido del trabajo en la España del primer cuarto del siglo XX. En Ricardo Campos Marín, Luis Enrique Montiel y Rafael Huertas García-Alejo (coords.), (pp. 525-540). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Prost, Antoine y Winter, Jay (2013). *René Cassin and Human Rights : From the Great War to the Universal Declaration*. Cambridge: Cambridge University Press.

Prud'homme, Julien (2008). Professionnelles des soins et marchés de la santé: les trajectoires analogues des physiothérapeutes et des psychologues québécoises, 1950-2010. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 62(2), 253-287.

Pueblo (18 de junio de 1956).

Quitapenas (marzo de 1980), 2.

Radaelli, Claudio M. (2006). Européanisation. En Laurie Bousquet, Sophie Jacquot y Pauline Ravinet (dirs.), *Dictionnaire des politiques publiques* (191-199). París: Presses de Science Po.

Ramacciotti, Karina Inés (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.

Ramacciotti, Karina Inés (2014). Influencias internacionales sobre la gestión de los accidentes de trabajo en Argentina. Primera mitad del siglo XX. *e-latina*, 12 (48), 21-42.

Ramacciotti, Karina Ines (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*, 22(1). <http://www.scielo.br/hcsm>.

Rehabilitation International [RI] (1978). *Second International Conference on Legislation concerning the Disabled: proceedings, January 16-20, 1978, Manila*. Manila: Philippine Foundation for the Rehabilitation of the Disabled.

Rehabilitation International Newsletter (10 de octubre de 1975).

Revel, Jacques (1995). L'institution et le social. En Bernard Lepetit, *Les formes de l'expérience. Une autre histoire sociale* (pp. 63-84). París: Albin Michel.

Revista del Club Marcelo J. Fitte (abril de 1967), 1.

Revista del Club Marcelo J. Fitte (segundo semestre de 1967), 2.

Revista Iberoamericana de Seguridad Social (mayo-junio de 1956), 3.
I Congreso Nacional de Inválidos Civiles y del Trabajo.

Riot-Sarcey, Michèle (1998). *Le réel de l'utopie. Essai sur le politique au XIXe siècle*. París: Albin Michel.

Rodgers, Gerry et al. (2009). *L'Organisation internationale du Travail et la quête de justice sociale 1919-2009*. Ginebra: BIT.

Romero, Luis Alberto (2006). *História contemporânea da Argentina*. Río de Janeiro: Jorge Zahar.

Romien, Pierre (2005). A l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées: la prise en charge des invalides de guerre. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, 229-247.

Rosa, Hartmut (2013). Mouvement historique et histoire suspendue. Le rapport du changement social et de l'expérience en histoire. *Vingtième Siècle, Revue d'Histoire*, 117, 89-103.

Rubel, Nathalie (2009). *Sexe et laïcité: l'égalité sexuelle comme critère fondamental de laïcité du droit* [Tesis de Filosofía, bajo la dirección de Catherine Kintzler]. Université de Lille. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01025498>.

Rubens-Alcais, Eugène (1931). *IVe congrès international des sourds-muets, tenu à Paris, du 6 au 16 juillet 1931, à l'occasion de l'Exposition Coloniale internationale*. París: Secrétariat Général.

Ruggiu, François-Joseph (2007). Quelques réflexions sur l'histoire comparée et sur les théories des interactions culturelles. En Jean-Philippe Genet y François-Joseph Ruggiu (eds.), *Les idées passent-elles la Manche* (pp. 377-394). París: Presses de l'Université de la Sorbonne.

S. P. (20 de noviembre de 1966).

Safford, Frank K. y Jansson, Kurt (1957). *Programa nacional de rehabilitación de niños físicamente disminuidos. Informe sobre una misión en España*. Publicaciones “Al servicio de España y del Niño español”. Madrid: Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad.

Sajón, Rafael y Achard, José Pedro (1974). Anteproyecto general de Ley de protección de los deficientes físicos y mentales. *Boletín del Instituto Interamericano del Niño*, 48, 44-47.

Sánchez-Bravo, Antonio y Tellado Vázquez, Antonio (1976). *Los mutilados del ejército de la República*. Madrid: Gráficas Carlavilla.

Santarrone, María Fernanda y Kaufmann, Carolina (2005). Los discapacitados sociales. La política de educación especial durante la última dictadura argentina. *Cultura, lenguaje y representación*, 2, 75-88.

Santiago Muñoz Machado, Santiago y Verdugo Alonso, Miguel Angel (coords.) (1993). *La Integración social de los minusválidos. Balance después de diez años de vigencia de la Ley 13/1982*. Madrid: Fundación ONCE/Escuela Libre editorial.

Santos, Boaventura de Sousa and Rodríguez-Garavito, César (eds.) (2005). *Law and Globalization from below. Towards a Cosmopolitan Legality*. New York: Cambridge Studies.

Saunier, Pierre-Yves (2008). Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940: projets et ingénierie de la convergence et de la différence. *Genèses*, 71(2), 4-25.

Saunier, Pierre-Yves (2010). *Trajectoire de recherche: De l'Histoire de Lyon à l'Histoire des organisations internationales: un récit à l'envers de l'évidence* [Acreditación de habilitación para dirigir investigaciones, EHESS]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00546557>.

Saunier, Pierre-Yves (2012). La secrétaire générale, l'ambassadeur et le docteur. Un conte en trois épisodes pour les historiens du "monde des causes" à l'époque contemporaine, 1800-2000. *Monde(s). Histoire, Espaces, Relations*, 1, 29-47.

Saunier, Pierre-Yves (2013). *Transnational History. Theory and history*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Schianchi, Matteo (2014). Associations of people with disabilities in Italy: a short history. *Modern Italy*, 19(2), 121-133.

Schmitt, Jean-Claude (2002). *Le corps des images, essai sur la culture visuelle au Moyen Âge*. Paris: Gallimard.

Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2011). *30 Anos do AIPD. Ano Internacional das Pessoas Deficientes 1981-2011*. San Pablo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo.

Séguillon, Didier (2002). The origins and consequences of the First World Games for the Deaf, 1924. *The International Journal of History of Sport*, 38, 119-136.

Servicio de rehabilitación sanitaria (1963). *Invalidez y rehabilitación (folletos para médicos)*. Madrid: Gráficas González.

Servicio Nacional de Rehabilitación [SNR] (1970). *Jornadas Nacionales sobre Rehabilitación, Mar del Plata, 1970*. Buenos Aires: SNR.

Servicio Nacional de Rehabilitación [SNR] (1972). *II Jornadas Nacionales sobre Rehabilitación, San Salvador de Jujuy, 1 al 4 de Noviembre de 1972*. Buenos Aires: SNR.

Shakespeare, Tom (1993). Disabled people's self-organisation: a new social movement? *Disability, Handicap and Society*, 8(3), 249-264.

Silva, Tomaz Tadeu da (org.) (2000). *Identidade e Diferença. A perspectiva dos Estudos Culturais*. Petropolis: Editora Vozes.

Slaughter Stalvey, Marissa Leigh (2014). *Love is not blind: eugenics, blindness, and marriage in the United States, 1840-1940* [Disertación]. University of Toledo. <http://utdr.utoledo.edu/theses-dissertations>.

Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie [SICOT] (1950). *Quatrième congrès international de chirurgie orthopédique, Amsterdam, 13-18 septembre 1948. Procès-Verbaux, rapports, discussions et communications particulières*. Bruselas: Lielens.

Soto Carmona, Alvaro (1995). Auge y caída de la Organización Sindical Española. *Espacio, Tiempo y Forma, Historia Contemporánea*, 8, 247-276.

Souza, Luciana Aparecida de (2010). *Trajetória histórica da reabilitação na cidade de São Paulo* [Disertación de Maestría em Enfermería]. Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12082010-142752/pt-br.php>.

Stiker, Henri-Jacques (1996). Handicap, handicapé. En Henri-Jacques Stiker, Monique Vial y Catherine Barral (dirs.), *Fragments pour une histoire: notions et acteurs* (pp. 15-34). París: ALTER.

Stiker, Henri-Jacques (2005). *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*. París: Dunod.

Subrahmanyam, Sanjay (1997). Connected Histories: Notes Towards a Reconfiguration of Early Modern Eurasia. En Victor Lieberman (éd.), *Beyond Binary Histories. Re-imagining Eurasia to C. 1830* (pp. 289-315). Ann Arbor : University of Michigan Press.

Surdez, Muriel (2003). Approche génétique et comparaison des formes nationales d'action publique. La mise en place de

certifications en Suisse, en France et en Allemagne. En Pascale Laborier y Danny Trom (eds.), *Historicités de l'action publique* (pp. 159-181). París: PUF.

Talak, Ana Maria (2005). Eugenesia e Higiene Mental: usos de la psicología en Argentina (1900-1940). En Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (comps.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp. 563-600). Buenos Aires: Siglo XXI.

Tamés Seminario, Fernando (1963). La Asociación Nacional de Inválidos. Sus problemas, sus inquietudes, sus aspiraciones. En Secretaría General del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, *Charlas radiofónicas: el problema de los disminuidos físicos y su rehabilitación* (pp. 41-48). Madrid: Patronato de Rehabilitación de Inválidos.

Tartakowsky, Danielle (1997). *Les manifestations de rue en France: 1918-1968*. París: Publications de la Sorbonne.

Tesone, Juan O. (1953). *El problema de la rehabilitación funcional y social del lisiado: sus diferentes aspectos*. Mar del Plata: Centro de rehabilitación para niños lisiados.

Testa, Daniela (2011a). *La lucha contra la poliomiélitis. Intermitencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971)* [Tesis de maestría en Historia, bajo la dirección de Karina Ramacciotti]. FLACSO.

Testa, Daniela (2011b). Poliomiélitis: La “herencia maldita” y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(2), 309-323.

Therborn, Göran (2003). Entangled Modernities. *European Journal of Social Theory*, 6(3), 293-305.

Tixier, Adrien (1923). L'organisation de l'assistance aux invalides. *Revue internationale de la Croix-Rouge*, 55, 652-684.

Tournès, Ludovic (2010). La philanthropie américaine et l'Europe: contribution à une histoire transnationale de l'américanisation. *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, 31(1), 173-187.

Tournès, Ludovic (2012). La philanthropie américaine, la Société des Nations et la coproduction d'un ordre international (1919-1946). *Relations internationales*, 151(3), 25-36.

Tribuna (21 de marzo de 1981).

Turda, Marius and Gillette, Aaron (2014). *Latin eugenics in Comparative Perspective*. Londres: Bloomsbury.

Turpin, Pierre (2000). Les mouvements radicaux des personnes handicapées en France pendant les années 1970. En Catherine Barral et al. (dirs.), *L'institution du handicap. Le rôle des associations* (pp. 315-324). Rennes: PUR.

Tusell, Gómez Javier (2005). *Dictadura Franquista y democracia, 1939-2004*. Barcelona: Critica.

Tyl, Rudolf (1966). Les coopératives d'invalides en Tchécoslovaquie. *Revue Internationale de la Croix Rouge*, 48(570), 267-274.

United Nations (UN) (1951). *Yearbook of the United Nations, 1950*. Nueva York: UN.

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

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [Unesco] (1949). *Problems in Education – War Handicapped Children*, n°439. París: Unesco.

Unesco (1950). *Disabled children. Report of the proceedings of the International Conference of experts of Geneva, 1950, Paris, 8 december 1950. Reproduced in provisional form for the exclusive use of the regional conference on physically handicapped children (Jamshedpur – India, 19 to 21 december 1950)*. París: Unesco.

Unesco, Division of Statistics (1974). *Special education statistics*. París: Unesco.

UPIAS (1976). *UPIAS and The Disability Alliance discuss Fundamental Principles of Disability*. Londres: UPIAS.

Valgo, Revista de la ANIC (marzo de 1968). Delegación Provincial de Cádiz, 1.

Valgo, Revista de la ANIC (junio de 1968). Delegación Provincial de Cádiz, 2.

Valgo, Revista de la ANIC (septiembre de 1968). Delegación Provincial de Cádiz, 3.

Valgo, Revista de la ANIC (marzo de 1970). Delegación Provincial de Cádiz, 9.

Van Ertvelde, Anaïs (19-20 January, 2017). A true revolution of the minds concerning the handicapped person, his social situation and the implementation of care? The Impact of the UN International Year of Disabled Persons (1981) on Belgium's shifting Welfare State Policies for Disabled Citizens [Comunicación]. *Workshop Whose Welfare? Fresh Perspectives on the Post-War Welfare State and Its Global Entanglements*. Leiden: Leiden University.

Vega, Pedro (1981). *Historia de la Liga de Mutilados*. Madrid: LMIGE.

Voces (15 de febrero de 1971), 5.

Voces (15 de diciembre de 1971), 14.

Voces (15 de febrero de 1972), 16.

Voces (15 de diciembre de 1974), 47.

Voces (15 de enero de 1977), 70.

Voces (15 de junio de 1977), 75.

Voces (15 de mayo de 1978), 85.

Voces (15 de junio de 1978), 86.

Vilà, Antonio (dir.) (1994). *Crónica de una lucha por la igualdad. Apuntes para la historia del movimiento asociativo de las personas con discapacidad física y sensorial en Catalunya*. Barcelona: Fundación Institut Guttmann.

Ville, Isabelle (2008). *Le Handicap comme épreuve de soi. Politiques sociales, pratiques institutionnelles et expérience* [Acreditación de habilitación para dirigir investigaciones en sociología]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00485504>

Voegeli de Goetz, Lucrecia y Rojo Vivot, Alejandro (1986). *La educación especial en la Republica Argentina. Aproximación metodológica a su tratamiento estadístico*. Montevideo: Instituto Interamericano del Niño.

Voz informativo de CROL (agosto de 1975).

Wall, William Douglas (1979). *Constructive education for special groups. Handicapped and deviant children*. París: Harrap/Unesco.

World Council for the Welfare of the Blind [WCWB] (1965). *Proceedings of the World Assembly of the WCWB held at New York City*

(USA), 31st July to 11th August 1964. Harpenden: Printing Technical School National Children's Home.

WCWB (1970). *Proceedings of the World Assembly of the WCWB held at Vigyan Bhavan, New Delhi (Inde), October 8-17th 1969*. Bombay: Theodore A. Pereira.

WCWB (1975). *Proceedings of the World Assembly of the World Council for the Welfare of the Blind held at São Paulo, Brazil, August 7-16, 1974*. Shrewsbury: Wildings of Shrewsbury Ltd.

WCWB (1980). *Proceedings of the World Assembly of the WCWB held in Antwerp, Belgium, August 1-10th 1979*. Shrewsbury: Wildings of Shrewsbury Ltd.

Wegscheider, Angela (2016). Differenzierte Hilfe für Menschen mit Behinderungen in Oberösterreich (1918-1938). <http://bidok.uibk.ac.at/library/wegscheider-hilfe.html>

Weindling, Paul (1995). Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office compared. En Paul Weindling (dir.). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939* (pp. 146-149). Cambridge: Cambridge University Press.

Weinert, Sebastian (2011). Die "Krüppelfürsorge" in der Weimarer Republik. Zwischen eigenem Standpunkt und diskursiver Anschlussahigkeit an eugenische Argumentationsstrukturen. *Berichte Zur Wissenschaftsgeschichte*, 34(1), 64-76.

Werner, Michael y Zimmermann, Bénédicte (2003). Penser l'histoire croisée: entre empirie et réflexivité. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1, 7-36.

World Health Organization [WHO], Joint Expert Committee on the Physically Handicapped Child (1952). *First report*, TRS n°58. Ginebra: WHO.

WHO (1954). *The Mentally subnormal child. Report of a Joint Committee*, TRS n°75. Ginebra: WHO.

WHO (1955). *Report of the study group on the child with impaired hearing*. Ginebra: WHO.

WHO (1980). *International classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Ginebra: WHO.

Wolfensberger, Wolf (1972). *The Principle of Normalization in Human Services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Zancarini-Fournel, Michelle (2008). *Le moment 68. Une histoire contestée*. París: Editions du Seuil.

Zygart, Stéphane (2013). *Les réadaptations au début de la Première Guerre Mondiale*. Mimeo.

Archivos consultados

Archivos de las organizaciones intergubernamentales:

Archivo de la Unesco, París [AUnesco]

Archivo del *Centre international de l'Enfance*, Angers [ACIDEF]

Archivo de la Oficina internacional del Trabajo, Ginebra [AOIT]

Archivo de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra [AOMS]

Archivo de la Sociedad de las Naciones, Ginebra [ASDN]

Archivo de la Organización de las Naciones Unidas, Nueva York [AONU]

Archivos públicos y asociativos:

Archivo de la *Fédération des aveugles et amblyopes de France*, Paris [AFAAF].

Archivo del Club Marcelo. J. Fitte, Buenos Aires [ACMJF].

Archivo del Club Rosarino de Lisiados, Rosario.

Archivo del Congreso, Madrid.

Archivo del Municipio de Guadalajara.

Archivo del Real Patronato, Madrid.

Archivo de la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil, Buenos Aires.

Archivo de la Biblioteca Argentina de Ciegos, Buenos Aires.

Archivo de la Biblioteca del Instituto de la Rehabilitación y del Movimiento, Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires [ABUNSAM].

Archivo de la Biblioteca del Instituto Municipal de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires.

Archivo de la Federación argentina de entidades de atención a los disminuidos mentales, Buenos Aires [AFENDIM].

Archivo de la Federación argentina de instituciones de ciegos y ambliopes, Buenos Aires [AFAICA].

Archivo de la Federación española de asociaciones pro subnormales, Madrid [AFEAPS].

Archivo General de la Administración, Alcalá de Henares [AGA].

Archivo General de la Nación, Buenos Aires.

Arquivo da Camara dos Deputados, Brasilia [ACD].

Arquivo da Federação Nacional das APAES, Brasilia.

Arquivo da Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes, Porto Alegre [AFCD].

Arquivo da Fundação Biblioteca Nacional, Ríó de Janeiro.

Arquivo do Clube dos Paraplegicos de São Paulo, San Pablo [ACPSP].

Arquivo do Memorial da Inclusão, San Pablo.

Arquivo do Senado Federal, Brasilia [ASF].

Arquivo Nacional, sede de Brasilia.

Arquivo Publico do Estado de São Paulo [APESP].

Centro Documental de la Memoria Histórica, Salamanca [CDMH].

Riksarkivet, Stockholm [SE/RA].

Abreviaciones

AACD	Associação de Assistência à Criança Defeituosa
ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ACIR	Asociación Cooperadora del Instituto de Reabilitación
AEA	Association internationale des Etudiants Aveugles
AFOB	American Foundation for Overseas Blind
AIMPP	Association Internationale de Médecine Physique et de Physiothérapie
AIPC	Association Internationale de Prophylaxie de la Cécité
AIPE	Association Internationale de Protection de l'Enfance
AII	Año internacional del Impedido. En Inglés International Year of Disabled Persons.
ALPI	Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil
ANIC	Asociación Nacional de Invalidos Civiles
AOI	Asociación de Orientación y ayuda al Invalído

BICE	Bureau International Catholique de l'Enfance
CA	Consejo de Administración
CADEME	Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais
CENESP	Centro Nacional de Educação Especial
CIAMAC	Conférence Internationale des Associations de Mutilés de guerre et d'Anciens Combattants
CICR	Comité International de la Cruz Roja
CIE	Centro internacional de la infancia
CIT	Conferencia internacional del Trabajo
CISS	Conferencia interamericana de la Seguridad Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNEC	Campanha Nacional de Educação dos Cegos
CNRL	Comisión Nacional permanente para la Rehabilitación de los Lisiados
COPERS	Comissão permanente de reabilitação profissional da previdência social
COR	Coordinación de Obras privadas de Rehabilitación
CPE	Comité de Protección de la infancia de la SDN
CPI	Comité Permanent Interallié pour l'étude des questions intéressant les mutilés de guerre
CRIFA	Comissão de Readaptação dos Incapazes das Forças Armadas
CWOIH	Council of World Organizations Interested by the Handicapped
DINEES	Dirección Nacional de Educación Especial
DPI	Disabled's People International

ERO	Eugenics Record Office
FCD	Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes
FEAPS	Federación Española de Asociaciones protectoras de Subnormales
FEB	Força Expedicionaria Brasileira
FENAPAES	Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
FENDIM	Federación Argentina de Entidades pro atención al Disminuido Mental
FIDAC	Fédération Interalliée Des Anciens Combattants
FIIG	Fédération Interalliée des Invalides de Guerre
FIMITIC	Fédération Internationale des Mutilés, Invalides du Travail et Invalides Civils
FMAC	Fédération mundical de veteranos (en anglais World Veterans' Federation)
FNMIT	Fédération Nationale des Mutilés et Invalides du Travail (France)
FRATER	Fraternidad cristiana de enfermos y disminuidos (Argentina). Fraternalidad católica de enfermos y disminuidos (España)
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriarios
IAC	Internationale des Anciens Combattants
IFB	International Federation of the Blind
IFEO	International Federation of Eugenic Organizations
IFPM	International Federation of Physical Medicine
ILSMH	International League of Societies for the Mentally Handicapped

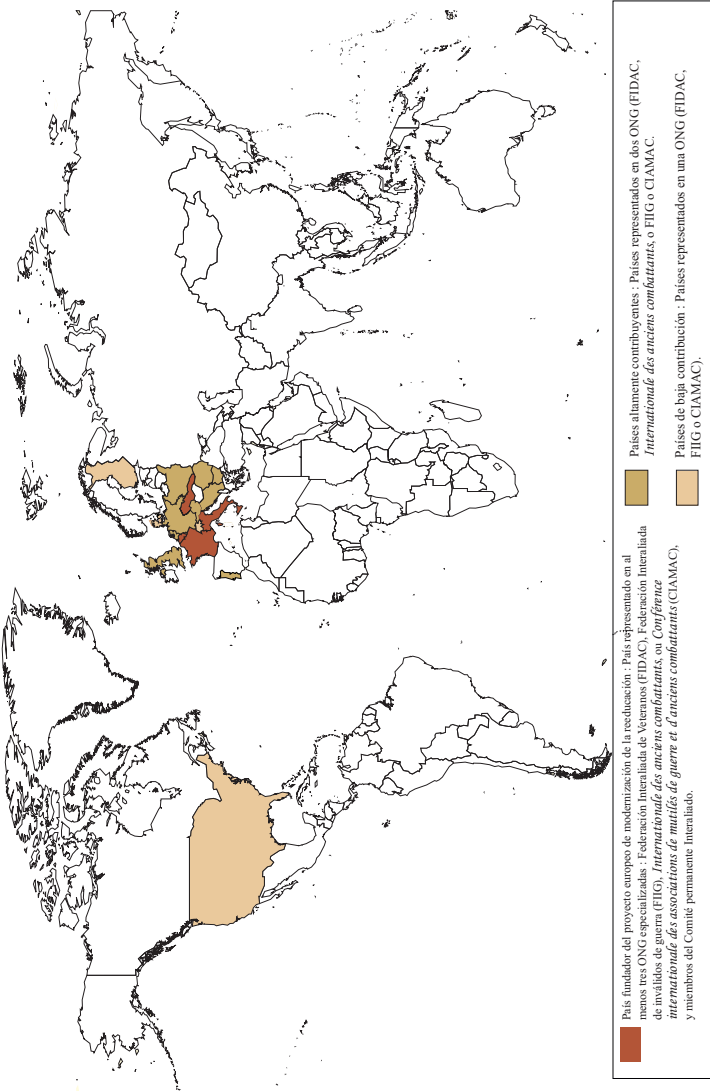
- INP Instituto Nacional de Previsión (Madrid)
- INPS Instituto Nacional da Previdência Social
- INAR Instituto Nacional de Reabilitação. Cambia de nombre en 1958 para Instituto de Reabilitação (IR)
- INR Instituto Nacional de Rehabilitación
- INRI ver IRPIT
- IR ver INAR
- IRPIT Instituto de Reeducação Profesional de Inválidos del Trabajo. Cambia de nombre en 1931 para Instituto de Reeducação Profesional, y después en 1933 para Instituto Nacional de Reeducação de Inválidos (INRI)
- ISCC The International Society for Crippled Children. Cambia de nombre en 1939 para International Society for the Welfare of Cripples (ISWC), y después en 1960 para International Society for the Rehabilitation of the Disabled (ISR D), y después en 1972 para Rehabilitation International (RI).
- ISR D ver ISCC.
- ISWC ver ISCC
- IUCW International Union for Child Welfare
- LN MIG Liga Nacional de Mutilados e Inválidos de Guerra
- LMIGE Liga de Mutilados e Inválidos de la Guerra de España
- LRCS League of Red Cross Societies
- MPAS Ministerio de Previdência e Asistencia Social
- NFIP National Foundation for Infantile Paralysis
- OEA Organización de los Estados Americanos
- OIR Organización internacional para los Refugiados

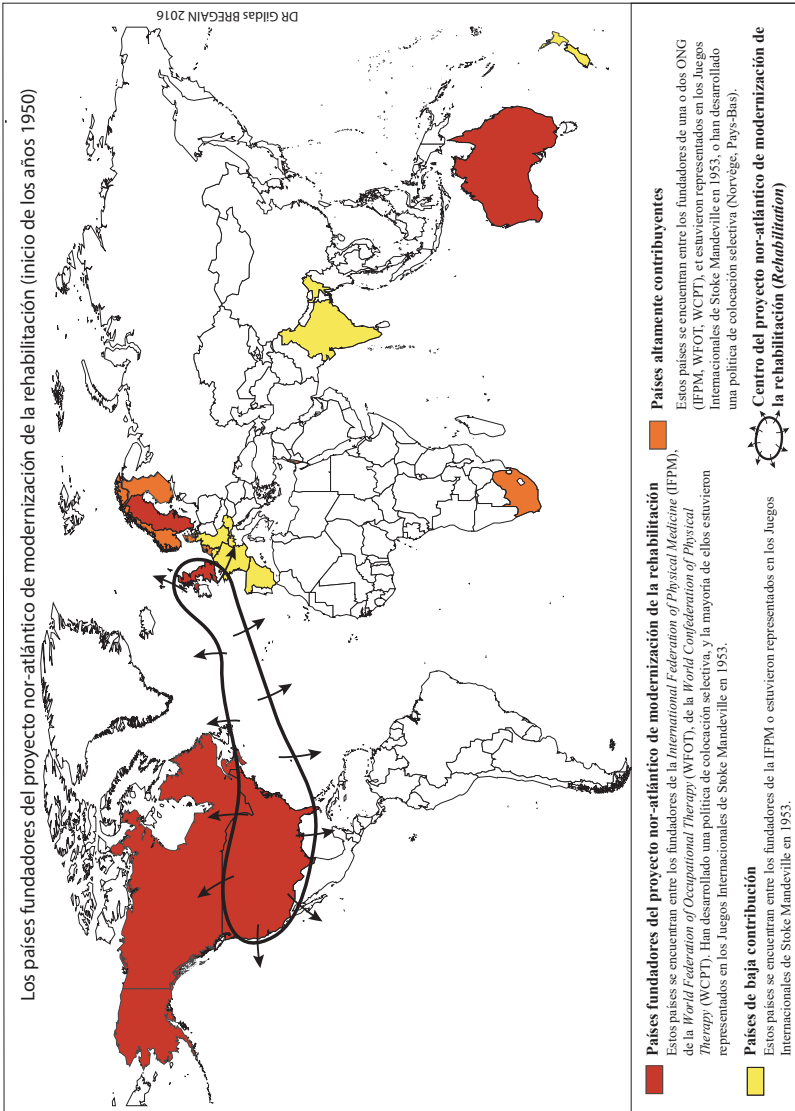
- OIT Oficina internacional del Trabajo / Organización internacional del Trabajo. En inglés International Labour Organisation (ILO)
- OH Organización de Higiene
- OMS Organización mundial de la Salud. En inglés World Health Organization (WHO)
- ONCE Organización Nacional de Ciegos Españoles
- ONG Organizaciones no gubernamentales internacionales
- ONU Organizaciones de las Naciones Unidas. En anglais United Nations (UN)
- OSE Organización Sindical Española
- PIEC Permanent International Eugenics Committee
- RI ver ISCC
- SDN Sociedad de las Naciones
- SEREM Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Después de la fusión con el Servicio Social de Asistencia a los Subnormales en 1974, se convierte en Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusvalidos Fisicos y Psiquicos
- SICOT Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
- SNR Servicio Nacional de Rehabilitación (Argentina)
- SUSERPS Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da Previdência Social

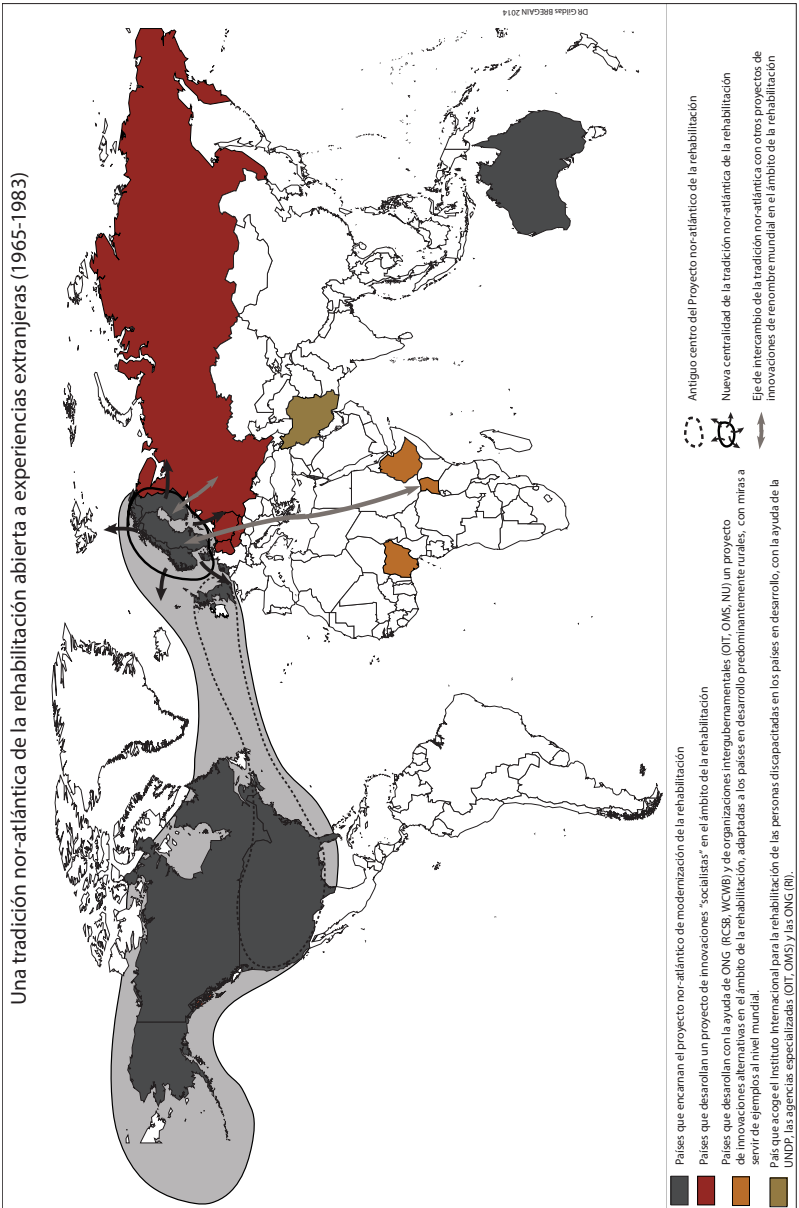
- TWGRPH Technical Working Group on Rehabilitation of the Physically Handicapped. Cambia de titulo para Technical Working Group on the rehabilitation of the handicapped, después se convierte en Ad Hoc Inter-agency rehabilitation meeting
- UABE Universala Asocio de Blinduloj Esperantistoj. Después se convierte en Universala Asocio de Blindulorganizajxoj (UABO) en 1931
- UF Union Fédérale des associations françaises de blessés, mutilés, réformés et anciens combattants de la Grande Guerre, de leurs veuves, orphelins et ascendants
- UISE Union Internationale de Secours aux Enfants (en inglés Save the Children International Union)
- Unesco United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Unicef United Nations Children's Emergency Fund
- USP Universidade de São Paulo
- WCPT World Confederation of Physical Therapy
- WCWB World Council for the Welfare of the Blind
- WFD World Federation of Deaf
- WFOT World Federation of Occupational Therapists
- WRF World Rehabilitation Fund

Anexo de imágenes

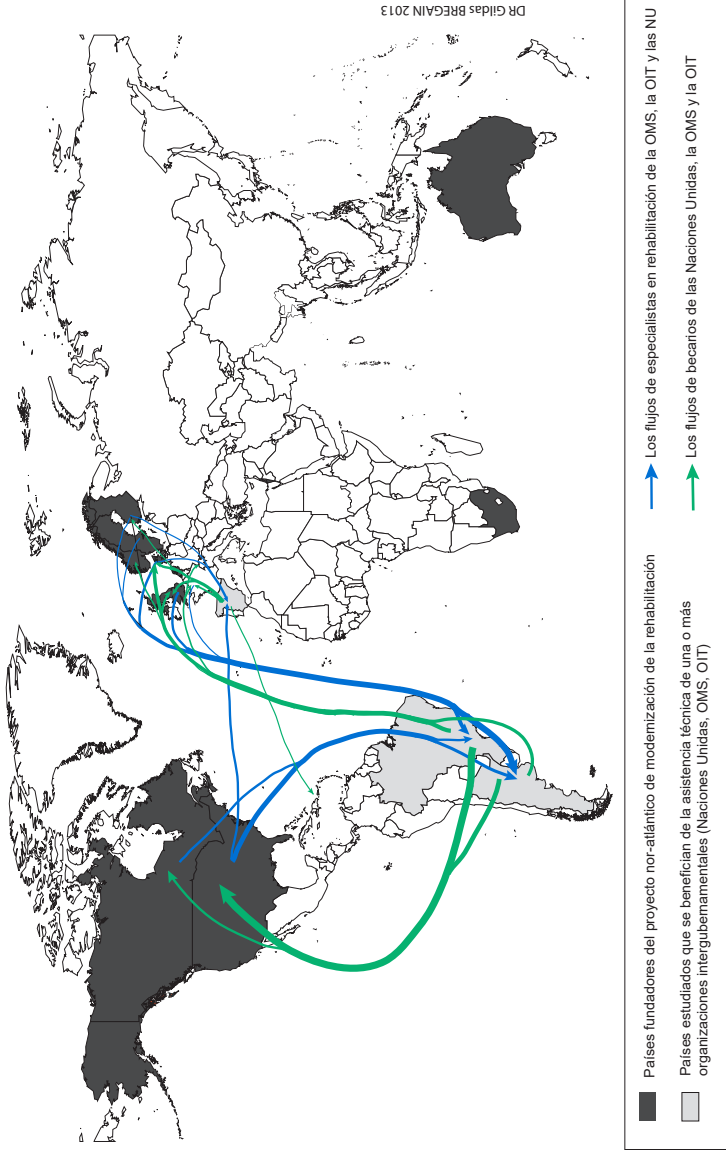
El inicio de un proyecto europeo de modernización de la reeducación de los mutilados de guerra (Principios de los años 1920)

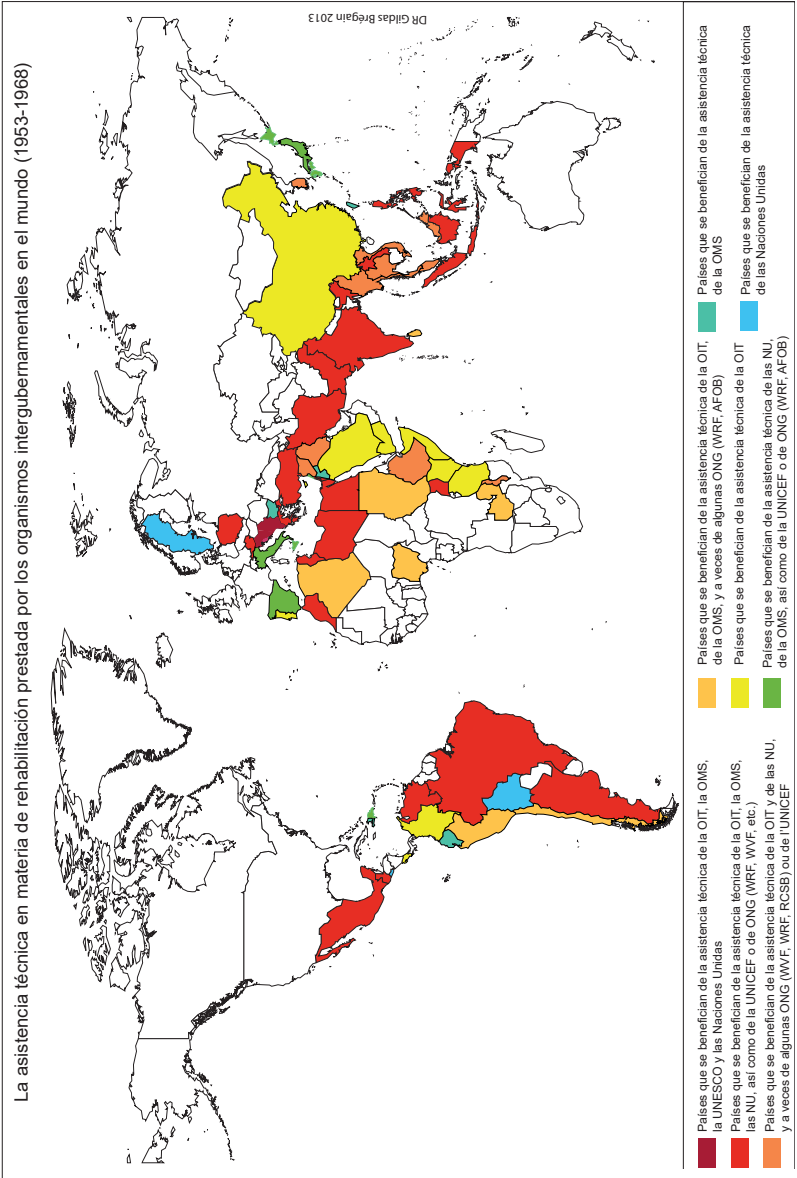




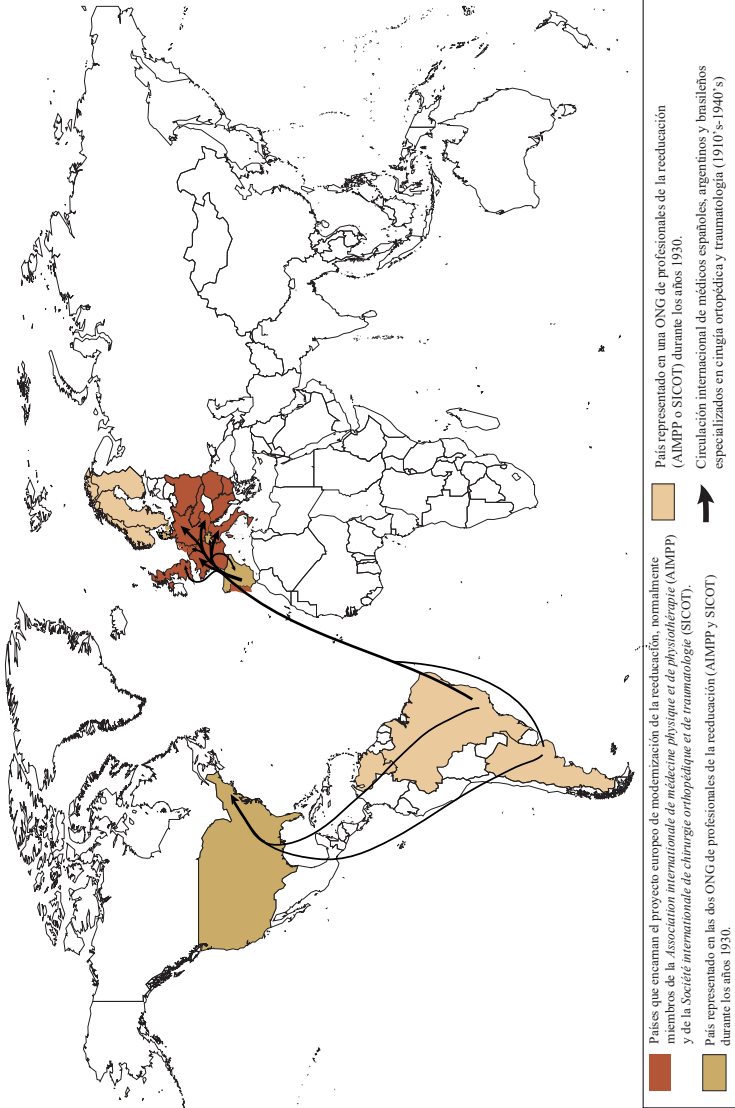


La promoción del proyecto nor-atlántico de modernización de la rehabilitación en Argentina, Brasil y España por parte de las Naciones Unidas, la OMS y la OIT (1956-1968)

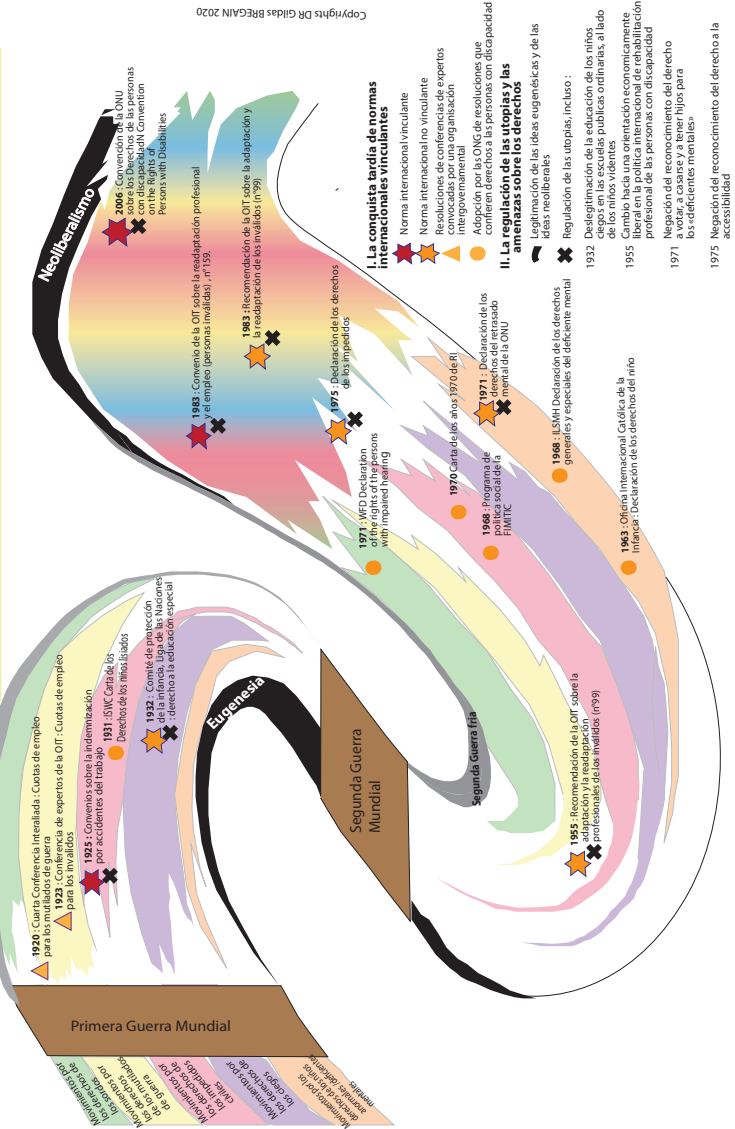




La importación del proyecto europeo de modernización de la reeducación en España, Argentina y Brasil (1910's-1940's)



Los movimientos por los derechos de las personas con discapacidad al nivel internacional : Un siglo de conquistas sociales obstaculizadas



Copyrights Dr Gildas BRÉGAÏN 2020

Gildas Brégain

Para una historia transnacional de la discapacidad

Las publicaciones sobre discapacidad han estado circunscritas mayoritariamente a las editoriales de salud, rehabilitación y educación. En cambio, esta nueva Serie Editorial, abierta a los movimientos sociales, a las plataformas de lucha, a los grupos académicos, a las redes de colaboración, a los hacedores de políticas públicas, a los ciudadanos y ciudadanas de toda nuestra América Latina y el Caribe y otras latitudes del Sur global, conjuga una multiplicidad de aristas, perspectivas y enfoques. El presente volumen viene a ocupar un lugar de vacancia en los estudios críticos sobre discapacidad en América Latina, que es el historiar las luchas por los derechos de dichas personas en nuestra región. Introducir una problematización histórica al respecto no solo posee una relevancia epistemológica y política, sino que también realiza una contribución al presente y a las políticas contemporáneas de discapacidad.

