

# CUERPO, DISCAPACIDAD Y PRÁCTICAS INSTITUCIONALES: UNA VISIÓN CRÍTICA DE SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN CHILE

BODY, DISABILITY AND INSTITUTIONAL PRACTICES: A CRITICAL VIEW OF THEIR  
HISTORICAL DEVELOPMENT IN CHILE

**Pamela Gutiérrez<sup>1</sup>**

## Resumen

*Desde una perspectiva genealógica, esta investigación aborda dos momentos históricos, cuyo objetivo es figurar diferentes tratamientos de cuerpos y contextos de personas con discapacidad en la institucionalidad chilena. El primero tiene relación con la normalización de lo corporal como fuerza de trabajo y la consolidación del modelo médico/rehabilitador de la discapacidad en la política médico legal, de 1920 a 1940. En dicho estudio de caso, la intervención se centró, sobre el cuerpo en relación a su ser productivo. El segundo estudio de caso, concierne a la configuración corporal mediática de la discapacidad infantilizada y trágica, estableciendo la asistencia privada y caritativa de la discapacidad, entre 1940 a 1950, se trató de la discapacidad asociada a una economía de imágenes de vulnerabilidad con primacía del cuerpo infantil.*

*La metodología se desarrolla en base a estudios de casos cualitativos, que a partir de la revisión de bibliografía, prensa y archivos, se realiza un análisis descriptivo e interpretativo crítico de los datos.*

*Se expresan como resultados la actual coexistencia de modelos corporales/institucionales. Esta revisión permite una reflexión crítica de la intervención psicosocial hacia las personas en situación de discapacidad a la luz de las configuraciones institucionales y sus efectos en las prácticas interventivas.*

## Palabras claves:

*Genealogía, discapacidad, cuerpo, historia, institucionalidad*

## Abstract

*From a genealogical perspective this research addresses two historical moments, which aims to include different treatments of bodies and contexts of people with disabilities in the Chilean institutions. The first relates to the normalization of the body as a work force and consolidating the medical / rehabilitation model of disability in the legal medical policy from 1920 to 1940. In this case study, the intervention focused on the body relative to its productive being. The second case study concerns the media infantilized body configuration and tragic disability, establishing private charitable assistance and disability, between 1940-1950, was treated in the disability associated with an economy of images of vulnerability primacy of the body child.*

*The methodology is based on qualitative case studies, which from the review of literature, media and files, a critical descriptive and interpretive data analysis is performed.*

*Results are expressed as the current coexistence of personal / institutional models. This patch enables a critical reflection of psychosocial intervention for persons with disabilities in light of institutional settings and their effects on interventional practices.*

## Keywords:

*Genealogy, disability, body, history, institutional*

---

<sup>1</sup> Profesora Asistente, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile. Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Doctora en Psicología Social.  
Independencia 1027, Independencia Santiago, +56 2 29786183. Email de contacto: pamelagutierrez@med.uchile.cl



## INTRODUCCIÓN

Esta investigación abordará dos momentos históricos del siglo XX que, a nuestro<sup>2</sup> juicio, establecen formas diferentes de abordar a quienes han sido definidos como “discapacitados”. En dichos momentos, se han producido sistemas de intervención, es decir, se han producido instituciones, tratamientos y políticas diversas, a la vez, que han elaborado diferentes discapacidades en cuerpos específicos. El objetivo es cuestionar las lógicas que hoy muestran la discapacidad como natural, ya que sabemos está constituida por una historicidad, que se enmarca en la historia de relaciones entre la sociedad civil, el Estado, la medicina, la educación, entre otros, como también la historia de relaciones entre personas consigo mismas, sus pares y sus cercanos.

Para esta investigación, la perspectiva genealógica (Amaya, 2003) nos permitirá acercarnos a los acontecimientos históricos y a las racionalidades que han influido en la configuración de lo que hoy entendemos por discapacidad en la sociedad chilena. No pretendemos abordar toda la complejidad que engloba la temática de la discapacidad, sino más bien revisar episodios históricos que nos parecen relevantes para su configuración como objeto de intervención gubernamental.

En esto, el cuerpo ha sido un material y un terreno de materialización, puesto que las políticas de la discapacidad se han definido según las distintas maneras de concebirlo y, en cierta forma, de construirlo. No nos referimos sólo (aunque también) al cuerpo individual de personas catalogadas como discapacitadas, sino a todo un sistema institucional de intervención que constituye cuerpos discapacitados.

En este sentido, entenderemos al cuerpo como algo intrínsecamente relacional y por lo mismo

como algo que excede a la individualidad. Es decir, el cuerpo como señala Merry Torras como una “encrucijada intertextual, un efecto de los discursos de poder que lo materializan y, al mismo tiempo, un campo de batalla para la reproducción de -y la resistencia a- un orden establecido por estos discursos. En consecuencia el cuerpo es siempre artificial y mutante, su aparente naturalidad es fruto de la repetición constante de unas prácticas autorizadas y (auto)impuestas, una iteración acorde con la interiorización de una representación externa adecuada como propia y –doblemente- apropiada. De esta repetición naturalizada surge la ilusión de los cuerpos fijos, la creencia de que siempre han sido así, son y serán así, en definitiva: esa performatividad del cuerpo y sus atributos genérico sexuales enmascarada y reproduce, bajo el determinismo encuestionable de la naturaleza, las estrategias de control de la economía corporal” (Torras, 2004).

A continuación, se desarrolla la metodología y dos estudios de casos históricos analizados desde la perspectiva de configuración gubernamental, expresada en la configuración corpórea de la discapacidad en relación a prácticas institucionales.

## METODOLOGÍA

La metodología se orienta por una revisión histórico-genealógica en base a revisión de bibliografía, prensa y archivos, para a partir de allí generar estudios de casos cualitativos en torno a la configuración de la discapacidad en la institucionalidad en Chile, con énfasis en la concepción de cuerpo, con el objeto de realizar un análisis descriptivo e interpretativo crítico de los datos, que permita desnaturalizar algunas concepciones vinculadas a la discapacidad.

En el método de estudio de caso “los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físi-

2 El texto está escrito en tercera persona, ya que los desarrollos presentados corresponden a una idea dialogada con diversas personas, y se elabora en base a una construcción colectiva de conocimientos.

cos” Chetty, 1996 citado en (Martínez, 2006). De hecho, en este artículo se ha realizado consulta de prensa, documentación de archivo y publicaciones relevantes a cada caso, además de consulta a informantes claves, para obtener fuentes de información, de modo de construir los casos y su análisis.

## RESULTADOS

### **Análisis de caso I: Normalización de lo corporal como fuerza de trabajo. Consolidación del modelo médico/rehabilitador de la discapacidad en la política médico legal, de 1920 a 1940.**

Este análisis de caso guarda relación con la política médico-legal de las décadas del 1920 al 1940 en torno a los accidentes del trabajo, dicha política comenzó a instaurar tratamientos médicos y a distribuir indemnizaciones o pensiones de invalidez para los llamados “inválidos del trabajo”. En éste periodo se define un progresivo interés gubernamental por los accidentes del trabajo además del surgimiento de un régimen legal que organizó dichas asistencias económicas y médicas para los accidentados. A su vez, los tratamientos médicos se propusieron no sólo aliviar a los accidentados sino también reintegrarlos laboralmente<sup>3</sup> (Ortúzar, 2014).

Hacia fines del siglo XIX, en Chile se aceleró la importación de maquinarias y comenzó a expandirse la mecanización de las faenas productivas, que además de mejorar y acelerar el sistema de producción, empeoró las condiciones de trabajo y la situación sanitaria de los obreros. Los accidentes con resultado de muerte y los lesionados graves se hicieron recurrentes, especialmente en los ferrocarriles y en la minería (Ortúzar, 2014).

Ante este escenario, empresas de vanguardia tecnológica en Chile, como las ligadas a los ferrocarriles y a algunas explotaciones mineras, comenzaron a preocuparse por los costos económicos que traían aparejados dichos accidentes; destrozos de maquinarias, pérdidas de días útiles, entre otros. Entre dichos costos comenzaron a aparecer también los daños de los recursos humanos afectados por accidentes, que significaban un gasto extra en los presupuestos de las empresas a raíz de las ausencias al trabajo, las lesiones, las enfermedades o las muertes. Éstas últimas significaban buscar a un nuevo operario, capacitarlo y, en el mejor (o más justo) de los casos, indemnizar a las familias (Ortúzar, 2014).

A su vez, los médicos denunciaban la precariedad de sus condiciones de trabajo y sus dificultades para atender correctamente a los accidentados. Paralelamente, un movimiento obrero cada vez más organizado comenzaba a denunciar sus precarias condiciones de trabajo, la falta de asistencia médica y las situaciones de riesgo frente a faenas inseguras. Estas reflexiones ocurrían en un contexto de crecientes revueltas y huelgas, manifestaciones de la “cuestión social” que en ese entonces desafiaba al modelo político liberal promovido durante parte importante del siglo XIX (Ortúzar, 2014).

Este escenario de malestar y protesta fue la antesala de la primera Ley de Accidentes del Trabajo (Nº3.170) aprobada por el Senado en diciembre de 1916. La ley fue un primer paso para exigir responsabilidad y asistencias de los patrones para los trabajadores accidentados, sin embargo las consecuencias prácticas no fueron significativas. La ley fue constantemente burlada puesto que el mismo texto favorecía la elusión de responsabilidades frente a los accidentes. Además, el Estado de ese entonces carecía de atribuciones suficientes como para fiscalizar. La ley favoreció además que los patrones transfirieran su responsabilidad de indemnizar hacia compañías de seguro privadas, algunas de ellas creadas por ellos mismos. Así, la ausencia de fiscalización permitió además que las coberturas de dichos seguros no siempre fueran las más adecuadas (Ortúzar, 2014).

3 En este caso guarda especial relevancia el trabajo desarrollado por Diego Ortúzar.



Durante la década del `20 el escenario cambió gracias a la aprobación de las “leyes sociales”. El Estado aumentó su presupuesto, su envergadura y comenzó a mediar aspectos laborales antes abandonados a las arbitrariedades de la “ley del patrón”. Leyes como la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad, Vejez e Invalidez (N°4054) fueron emblemáticas al respecto. Dicha legislación en particular creó la “Caja de Seguro Obligatorio” e inauguró el sistema de previsión social en Chile. También se reformó la primera ley de accidentes del trabajo aprobada en 1916. La nueva ley, reformada en 1924, puso en marcha la “Sección Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros”, institución precursora de campañas de prevención de accidentes y de tratamientos médico-traumatológicos para accidentados (Ortúzar, 2014).

El servicio médico de la “Sección...” significó el comienzo de una institucionalidad médica gubernamental específica para los accidentes del trabajo. Su emergencia puede entenderse como el efecto de las presiones obreras y reformas políticas, y de manera general puede concebirse como la respuesta gubernamental frente al deterioro de la fuerza de trabajo ocasionado por las condiciones precarias de trabajo y los continuos accidentes.

Su policlínico, equipado con un gabinete de fisioterapia y una sala de mecanoterapia.

“La mecanoterapia utilizaba máquinas diversas, como poleas o sistemas de pesas, para ejercitar los movimientos en las regiones del cuerpo afectadas por una lesión. La fisioterapia se servía de dichas máquinas y además proscribía masajes y movimientos para la ejercitación funcional del cuerpo. Ambas técnicas se utilizaban durante el régimen post-operatorio”. (Ortúzar, 2014)

Esto permitió hospitalizar y comenzar a desarrollar tratamientos ortopédicos para accidentados.. Muchos de estos objetivos fueron realizados parcialmente, dada la precariedad en infraestructura y profesionales.

En el Cuarto Congreso Chileno de Asistencia Social, realizado en 1935, se criticaron las defi-

ciencias hospitalarias y se insistió en la necesidad de readaptar e insertar laboralmente a quienes sufrieron algún grado de invalidez a causa de los accidentes. La readaptación o rehabilitación debía, por un lado, devolverles el “gusto por la vida” a los “inválidos del trabajo”, y por otro, aliviar los costos económicos de los organismos de previsión por concepto de pensiones de invalidez (Ortúzar, 2014). Esta doble fundamentación frente a la rehabilitación es la tensión que recorrerá las políticas de la discapacidad durante todo el siglo XX.

Había que asistir económicamente los inválidos, pero también promover la rehabilitación para reducir los costos que significaba pensionar a los inválidos. Como señaló en esos años Julio Bustos, médico Jefe del Departamento de Previsión Social del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, “el inválido que recupera su capacidad de trabajo significa para ella [Caja de Previsión] una renta menos que pagar y un activo más en su cuenta de entradas” (Bustos, 1936).

Al respecto, no es difícil suponer que una vez instaurada la seguridad social de los años `20, los inválidos del trabajo comenzaron a ser una “carga” para la sociedad en general, ya que las desgracias de los trabajadores debían ser cubiertas con tratamientos médicos y pensiones financiadas por el estado, los empleadores y los mismos trabajadores (financiamiento tripartito de la seguridad social). Esta “carga” que antes era asunto de la beneficencia y de la caridad, empieza a significar un costo que las instituciones se esfuerzan por reducir. De ahí, el énfasis por la rehabilitación y los métodos de reincorporación al trabajo. Dicho de otra manera: si los inválidos no se hubieran transformado en carga para el Estado, tal vez éste no habrían impulsado tan fuertemente campañas e instituciones de rehabilitación.

Otro aspecto a considerar es que en este momento histórico se optó por reducir los costos asociados a la invalidez mediante tratamientos médicos, construyó así, una solución estrictamente médica para un problema que no era exclusivamente médico, sino también laboral, in-

fraestructural, social, estatal, entre otros y que estaba claramente vinculado a las condiciones de trabajo. En otras palabras, la inseguridad laboral que generaba accidentes no fue abordada suficientemente con “seguridad laboral”, sino más bien con tratamientos médicos o pensiones de invalidez para paliar el efecto de los accidentes. Al respecto, es posible suponer que primaron los intereses industriales, ya que lograron mantener sus condiciones inseguras de trabajo intactas, sin invertir mayormente en seguridad o modificaciones de las faenas, mientras que se les construyeron instituciones financiadas por el Estado para asistir (financiera y médicamente) a sus obreros accidentados. De este modo, las políticas gubernamentales destinaron un gasto marginal para la prevención y el mejoramiento de las condiciones de trabajo. En cambio, los esfuerzos financieros destinados a otorgar “soluciones” médicas concentraron la mayoría del interés de las políticas laborales y sanitarias relativas a los accidentes (Ortúzar, 2014).

Así prima una concepción de que la causa de la deficiencia está centrada en la persona “caracterizada como una anomalía patológica que impide a la persona realizar actividades que se consideran “normales”, es decir, las que pueden realizar la mayoría de las personas” (Palacios, 2008, p. 81). Primando como solución la rehabilitación de las funcionalidades, en base a fundamentos científicos, es decir, lo que entendemos hoy como el modelo rehabilitador en discapacidad.

Es así, como señala Palacios, “al buscar las causas que dan origen a la discapacidad, las respuestas se centran exclusivamente en las “limitaciones” que tiene la persona. La persona con discapacidad es un ser humano que se considera desviado de una supuesta norma estándar, y por dicha razón (sus desviaciones) se encuentra limitada o impedida de participar plenamente en la vida social”(Palacios, 2008, p. 81). Cabe destacar que este enfoque está inserto en un contexto social, que pone en tensión las responsabilidades en las causas de la discapacidad. Al respecto es valioso reconocer la expresada en la práctica médi-

ca al revisar la referencia del Dr. Gebauer<sup>4</sup>, quien señala que en los casos “dudosos” en referencia al médico: “Si se inclina al lado del enfermo, por su espíritu de conmiseración, comete una injusticia, disponiendo de dineros que no son suyos y teniendo que pagar el patrón, la industria; secundariamente, repercute sobre toda la sociedad por el aumento del precio del costo. Si el médico se inclina a favor del patrón, en contra del enfermo, comete una injusticia, aún muchísimo mayor. En esta situación, todo médico que ve accidentes del trabajo, tiene la obligación de proceder con estricta justicia”(Instituto Traumatológico, 1938, p. 70). Pero, que aún aludiendo a causas más complejas, su respuesta es principalmente clínica-rehabilitadora.

Un emblema de esta forma de gestionar la invalidez, fue el Instituto Traumatológico de Santiago, inaugurado el 29 de diciembre de 1937. Así, el esfuerzo económico se justificó en función del “inmenso valor de devolver a la producción y a la sociedad brazos y vidas que le hacen falta”<sup>5</sup> (Caja Nacional de Ahorros, 1939, p. 6). En este sentido, la inauguración del Instituto Traumatológico, fue un hito al respecto, puesto que implementó tratamientos de “reeducación profesional” para todo tipo de accidentados, incluyendo a quienes adquirieron algún grado de “invalidez” a causa de accidentes (Laborde & Gasic, 2012). Nuestra hipótesis es que las asistencias que se organizaron alrededor de los “inválidos del trabajo” son un antecedente y un material constitutivo de lo que hoy entendemos por discapacidad.

A partir de estos antecedentes, señalamos en primer lugar que la problemática de la invalidez, antecedente directo de lo que hoy llamamos discapacidad, dejó de ser concebida como un problema privado, es decir propio de la caridad y de las instituciones de beneficencia, durante la dé-

4 Director de Instituto Traumatológico 1938- 1957.

5 En palabras de la directiva de la sección, la inversión se habría realizado “a pesar de la lucha en competencia con los enemigos del seguro social”.



cada del '20. Luego, a partir de las presiones de los trabajadores, de la evolución del rol del Estado en la sociedad y de cierta lógica empresarial según rendimiento económico, surge un nuevo trato para la invalidez; dado por la asistencia gubernamental con el objeto de devolver la capacidad de trabajo mediante tratamiento médico y la capacidad de consumo mediante pensiones de invalidez, se estipuló entonces, un tratamiento público de la invalidez en tanto problemática que afectaba a los trabajadores accidentados.

En segundo lugar, señalar que la invalidez quedó circunscrita a una lesión corporal a raíz de accidentes del trabajo, por lo tanto, la noción de rehabilitación desarrollada en este período es crucial para entender la lógica que gobernó a la invalidez, de modo que había que lograr recuperar la capacidad de trabajo de los lesionados para que no significaran costos a la sociedad, por lo que poco se habló de modificar los contextos, ya sea para garantizar la seguridad en el trabajo, prevenir los accidentes, o para facilitar la rehabilitación no solo médica sino social, etc., de los trabajadores. En este sentido, el símbolo de la rehabilitación son las prótesis. Prótesis funcionales que reemplazaban el órgano y la capacidad perdida, es decir se dejaba al contexto intacto y se centraba la intervención en el cuerpo a normalizar potenciando su fuerza laboral.

### **Análisis de caso II: Configuración corporal mediática de la discapacidad infantilizada y trágica. Establecimiento de la asistencia privada y caritativa de la discapacidad, de 1940 a 1950.**

El segundo análisis de caso concierne a la emergencia de iniciativas privadas en el abordaje de las personas con discapacidad, tomando como caso ejemplar la Sociedad Pro-Ayuda del Niño Lisiado. Este tipo de institución retoma la larga tradición "extra-estatal" de la beneficencia y de la caridad del siglo XIX, presente en el siglo XX a pesar del crecimiento del estado y de cierta laicización científica de la salud. Para referirnos a este

momento, que compete a las décadas de 1950 y 1960, consideramos principalmente las actas del "Primer congreso chileno de rehabilitación infantil" que organizó la Sociedad Pro-Ayuda del Niño Lisiado durante los días 6, 7, 8 y 9 de septiembre de 1956 en Santiago de Chile y bibliografía y prensa de la época.

La Sociedad Pro-Ayuda del Niño Lisiado, fue fundada en 1947, institución de carácter privado, cuyo objetivo fue rehabilitar a niños con parálisis residual producto de la poliomielitis y otras enfermedades invalidantes, con la "voluntad de lograr la integración a la sociedad de los menores con secuelas" (Laborde & Gasic, 2012, p. 42). Esta funcionó inicialmente en el Hospital de Niños "Dr. Luis Calvo Mackenna" como Escuela Pública Primaria, centrada en la educación a niños "inválidos". En 1952 se afilió a la International Society for Rehabilitation of the Disabled, en ese entonces Society for the Welfare of Cripples.

"La poliomielitis en Chile fue más bien esporádica en los primeros 30 años del siglo XX; que desde 1935 comenzó a hacerse endémica y a partir de 1945, adquirió un carácter francamente epidémico, con brotes regulares que afectaron de preferencia nuestras grandes agrupaciones urbanas" (L. E. Medina & Kaempffer, 1958), en dicha publicación se informa que los casos comienzan a disminuir y es hacia el 1975 cuando se reportan los dos últimos casos" (Laval citando a Medina y Kaempffer, 2007)

En 1950 la "Sociedad Pro-Ayuda del Niño Lisiado" crea el "Instituto de Rehabilitación Infantil", su "obra predilecta" según su posterior presidente, el médico José Perroni (Perroni, 1953, p. 5). El Instituto recibía colaboraciones de parte de la comunidad y sus fondos provenían de donaciones, colectas nacionales anuales<sup>6</sup> de la "Polla Chilena de Beneficencia"<sup>7</sup> y de subvenciones es-

6 Que hoy conocemos como Teletón

7 La "Polla Chilena de Beneficencia", corresponde es la empresa estatal chilena encargada de la administración de los juegos de azar. Que distribuye un 5% de la venta de sus boletos en diversas instituciones y fundaciones, de la que la Teletón es una de ellas. [http://es.wikipedia.org/wiki/Polla\\_Chilena\\_de\\_Beneficencia](http://es.wikipedia.org/wiki/Polla_Chilena_de_Beneficencia).

tatales intermitentes. Como veremos más adelante, sus fuentes y su modalidad de financiamiento están íntimamente ligadas a su trabajo como “Asociación”, es decir que la cuestión de la donación marcará su estilo de intervención.

En la memoria del año 1952, la “Asociación” definía su finalidad última como la de “luchar por una legislación adecuada, que dé a nuestros egresados, sino mejores, las mismas posibilidades que los individuos normales y, en algunas actividades, preferencia absoluta. Se ve a diario trabajos realizados por personas cuyos músculos están destinados a mejor uso y que podrían ser efectuados por nuestros niños, no solo en iguales, sino en mejores condiciones” (Perroni, 1953, p. 7). Es notorio el énfasis impuesto por la Asociación respecto de la necesidad de una reforma legal que permitiera la inclusión laboral de los niños “inválidos” de la Asociación, lo que es llamativo, tratándose de niños<sup>8</sup>.

Además de la atención médica, la “Sociedad Pro-Ayuda” debía generar ingresos mediante donaciones. Para ello fueron fundamentales las campañas de divulgación que se propusieron estimular el interés de la comunidad. Entre esas actividades se cuenta el Primer Congreso Chileno de Rehabilitación Infantil de 1956<sup>9</sup>. La cuestión de la divulgación no era solo una forma de “estimular” a la comunidad para conseguir ingresos, sino también una forma de trabajo de la misma Asociación ante la discriminación. Esto lo podemos deducir de la exposición de Gabriela Neira, asistente social del Instituto de Rehabilitación Infantil, quien expuso en el mencionado Congreso de Rehabilitación que a su juicio, era indispensable emprender “campañas publicitarias destinadas a vencer los prejuicios existentes contra el lisiado por parte del medio”. Sólo así -continuó- sería posible la

“asimilación del lisiado al medio que actualmente se resiste a recibirlo por prejuicios tales como temor a la incompetencia, ausentismo y accidentes del trabajo” (Neira, 1956). La “resistencia” a la que se refería provenía -argumentaba- tanto de los patrones como de los trabajadores. Los primeros se negaban a emplear personal “con limitaciones físicas”, mientras que los segundos se oponían a trabajar “en compañía de lisiados”. Frente a estas dificultades, la asistente social no sólo proponía campañas publicitarias sino también una ley de protección al inválido y una eficiente preparación profesional. Vemos entonces que la Asociación se propuso intervenir también sobre los medios de comunicación, con el objeto tanto de conseguir recursos (donaciones, colectas, etc.) como de complementar de rehabilitación médica y profesional que se proponía la institución. Había que trabajar mediáticamente para vencer las resistencias de los patrones y de los potenciales compañeros de trabajo, es decir la sociedad completa.

Al congreso en cuestión fueron invitados profesionales de diversas áreas y países. Abrió la conferencia el Dr. Perroni, Presidente de la Sociedad Pro-ayuda al niño lisiado quien señaló la importancia de la atención “del inválido” por un equipo multidisciplinar, citando a médicos, fisioterapeuta, ortopedista, asistentes sociales, psicólogos y educadores a las tareas de la Asociación. Subrayó en ese momento, la relevancia de perfeccionar los conocimientos de los profesionales y de “buscar la felicidad de estos pequeñuelos a medida de su capacidad individual y colectiva, laborando por el progreso y bienestar de nuestra tierra, en miras hacia la construcción de un mundo mejor” (SPNL, 1956).

En las conclusiones generales de dicho congreso se señala la importancia de crear instituciones de rehabilitación en todo el país vinculado a los hospitales regionales, recomendando “aunar esfuerzos para convencer a los poderes públicos, a las instituciones, organismos y a la colectividad en general que debe buscarse el camino para permitir la incorporación de los inválidos, habilitados y a las actividades normales de la nación, aprove-

8 “Que la educación y la terapia ocupacional, orienta al niño para hacerlo ingresar posteriormente al campo del trabajo” (SPNL, 1956)

9 Folleto Sociedad Pro Ayuda al Niño Lisiado, impreso en los talleres de la sección educación para la salud del SNS., Santiago de Chile, sin año, ni página.



chando el máximo de sus capacidades residuales” (SPNL, 1956). Al respecto, cabe destacar cómo se demanda el rol del estado en la configuración de una política pública, recomendando la incorporación de los lisiados del aparato musculo-esquelético en el CENSO de 1960.

Los enfoques que priman en las orientaciones de éste periodo histórico son abordar la discapacidad desde una priorización en la infancia, con un amplio manejo mediático que permita abordar “las resistencias” de la sociedad, relevando el rol del Estado y proyectando esta intervención para favorecer “la incorporación laboral”, desde la infancia de las personas en situación de discapacidad.

Respecto del rol de la dirección de educación primaria y normal, Sandoval señala que “ha planificado su labor con sólidos fundamentos científicos, con conocimiento cierto de las necesidades del sistema, y a la vez, con profunda comprensión del problema que representa el niño irregular, en peligro siempre de quedar al margen, de una adecuada adaptación a la vida social” (Sandoval, 1956). Según Sandoval, “el irregular<sup>10</sup> es un ser humano potencialmente similar al individuo normal: es un complejo de arquitecturas funcionales, es una conjugación psicobiológica de determinadas circunstancias; sus diferencias son de grados a veces pequeñas en el hecho pero grandes en sus perspectivas existenciales. La unidad funcional que constituye, la gama de relaciones órgano-psíquicas que posee están alteradas en algún tramo y, en consecuencia su estado no es el habitual del ser normal. Es, por lo mismo, un ser distinto, pero este ser distinto, este diferenciarse negativamente constituye, por lo mismo la tragedia del irregular” (Sandoval, 1956).

10 Refiriéndose a las Jornadas Pedagógicas de 1950, Sandoval, señala que “llamamos irregular al sujeto que, a causa de deficiencias y alteraciones de origen exógeno o endógeno (físicas, intelectuales, emocionales, sociales, etc.) encuentran dificultades en sus procesos de adaptación al medio social en que se desenvuelven” (Sandoval, 1956).

Respecto a las conceptualizaciones que se manejan en este periodo, la definición del DFL N°20/1412 de 1942 señala que el Servicio Nacional de Salud lo define como un menor que se encuentra en situación irregular cuando su adaptación social sufre alteraciones, se encontrará moral o materialmente abandonado, o en peligro de estarlo, o hubiere delinquido, cualquiera sea su estado civil (SPNL, 1956). El mismo Sandoval señala que en ninguna de estas definiciones existe “uniformidad en cuanto a los rasgos definitorios de la irregularidad, a la extensión de la lesión, y ni siquiera en la nomenclatura”. Refiriendo que “este “ser” irregular, este ser distinto a los demás, este no poder bastarse por sí mismo, este sentirse como un estorbo, este saberse objeto de lástima o motivo de conflictos, condiciona, (...) estados de abatimiento, de temor, de rencor, de indiferencia, etc. (Sandoval, 1956)<sup>11</sup>.

Es de destacar la primacía científica, en la descripción de la discapacidad, lo que naturaliza una condición de diferencia, que establece que esta corporeidad, “*infantil-irregular*” fuera de norma y como algo natural y dado. Estableciendo la “tragedia personal” (Oliver, 1998) como consecuencia directa de la naturaleza de esta corporeidad, conceptualización que supone la existencia de una supuesta normalidad estadística sobre la cual se establece la emergencia de la categoría del irregular. A su vez, es relevante identificar estas construcciones “naturales y verdaderas” de la mano de la ciencia, por que establecen como verdades muy difícil de reconfigurar, al respecto Latour señala que en los procesos de ciencia en acción cuando se recurre al adjetivo “verdadero”,

11 Sin embargo, es posible encontrar visiones críticas a esta configuración corporal mediática infantilizada y trágica, que opera en este periodo histórico, al referirse que “*nuestra época pretende ignorar al irregular o hacerlo motivo de postizas poses de piedad no exentas de inspiración religiosa o de simple oropel de realce personal. Conozco estas actitudes, las he leído en la prensa, las he sentido en el seno de las instituciones que surgen para subrayar a una o más personas enfermas de publicidad, pero ahítas de verdadero humanitarismo. (...) pero la caridad no resuelve, sino que agudiza estos problemas*” Sandoval, 1956).

“un nuevo y formidable aliado aparece de repente junto al vencedor, un aliado hasta entonces invisible, pero que ahora se comporta como si hubiera estado siempre: la naturaleza” (Latour, 1992), volviendo así esta idea una versión respaldada y no cuestionada.

Respecto de la intervención de terapia ocupacional en este contexto, la presentación de la Terapeuta Ocupacional Nélida Etcheverry, N., en 1956 sobre Terapia Ocupacional en parálisis cerebral, en el Primer Congreso Chileno de Rehabilitación Infantil, señala que “toda actividad tiene la condición previa de despertar el interés y estimularlo continuamente, ya que siempre es realizada con una completa aceptación y entusiasmo. Elegidas estrictamente según el lisiado que tratemos, visto como un niño, estudiando sus reacciones e intereses y no aisladamente como un integrante de los distintos grupos de P.C.” (Etcheverry, 1956, p. 156). A su vez, señala que “el logro de las distintas actividades (niño con PC) les permite ser útiles a sí mismos y a los demás, acrecentando la conciencia de su propio valor, el que gravitará en la opinión de la sociedad que indiferente lo relega” (Etcheverry, 1956, p. 138). En dicha intervención, reconocemos la visión social de la exclusión de los niños y niñas en situación de discapacidad y la promoción del valor de cada uno de ellos/as en su desempeño ocupacional, relevando más bien la intervención individual. A su vez, destaca la comprensión aportada desde la terapia ocupacional, que sitúa al niño/a como eje de su intervención y no sólo la consideración de su clasificación diagnóstica.

A partir de estos antecedentes, en primer lugar la concepción de discapacidad que opera en las lógicas de la Sociedad, aportan a la construcción de una política de asistencia, que demanda al Estado y la Sociedad un rol en la “integración”. En segundo lugar, la lógica científica establece los parámetros de lo normal/anormal y naturaliza como consecuencia natural de la condición de “irregular” la tragedia personal, individualizando en la responsabilidad del niño/a su rehabilitación e invisibilizando las condiciones sociales y materiales de su exclusión.

Así, el cuerpo infantil e irregular, ha sido expuesto como una tragedia, aspecto que posteriormente ha sido mediáticamente explotado hasta hoy en día con severas consecuencias en las conceptualizaciones culturales de la sociedad Chilena sobre la discapacidad. Al respecto señalar, lo que describe Medina en la actualidad “como pasara con millones de chilenos durante los treinta y tres años siguientes, el gerente se derrumba frente a la imagen de ese niño con discapacidad que lucha por ganarse un lugar en el mundo” (A. Medina, 2013, p. 25).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el análisis de los casos presentados hemos podido constatar como “el cuerpo es una suerte de tejido que puede ser moldeado, trabajado, inscrito con hábitos y normas, inscrito con gestos que duren más allá de las paredes de la institución, es decir, grabado con historia” (Tirado & Domènech, 2001).

En relación a ambos casos, primero los “inválidos del trabajo”, y luego el/los “niño/s irregular/es” es posible constatar que la dimensión de la problemática no alcanzó a ser suficiente razón para presionar al Estado respecto de la necesidad de dotar de nuevas instituciones de asistencia médica y social.

También podemos suponer que los/as niños/as “inválidos” por la poliomielitis, al no significar una amenaza concreta al sistema productivo de la nación, no gozaron de una cobertura especial, estatal y a nivel nacional. Esta situación posiblemente fomentó que los familiares y personas cercanas a los/as niños/as emprendieran una “Asociación” de las características señaladas. Su misma situación de Asociación, es decir privada, marcó el devenir de la institución en términos de la organización de campañas mediáticas de sensibilización. Dichas campañas y el discurso en general de los profesionales conceptualizaron la intervención desde una comprensión científica de



la normalidad/anormalidad y como consecuencia la tragedia personal y no así, en la concepción del niño/a como sujeto de derecho.

Podríamos destacar, en cambio, cierta lucidez de la "Asociación" acerca del trabajo con los medios, ya que las intervenciones no son exclusivamente médicas o de rehabilitación, como vimos a propósito de los servicios hospitalarios de la década del 1920. La "Asociación" pone en juego la cuestión de los prejuicios o como los señala "resistencias" y plantea la necesidad de derrotarlos instalando otros diseñados según sus propias intervenciones mediáticas. Es decir, denuncia ciertos prejuicios a la vez que fabrica nuevos prejuicios (a su favor), creando otros "medios" capaces de "asimilar" a sus sujetos de intervención. Este nuevo "medio de trabajo" (los medios, la publicidad) sin duda sitúa a los/as niños/as como sujetos pasivos y de beneficencia. Sin embargo, la novedad radica en plantear dicha construcción mediática como un nuevo campo de batalla para los lidiados, o al menos un campo de trabajo relevante para los profesionales ligados a la discapacidad.

Por último, como proyección para continuar la revisión genealógica de casos de la historia de la discapacidad en Chile, se considera la actual coexistencia de **modelos corporales/institucionales** respecto de la discapacidad en nuestra actualidad. Lo que es relevante para reflexionar sobre la vigencia y superposición de respuestas sociales diversas a la discapacidad en la sociedad chilena actual. En particular, sus implicancias en la intervención psicosocial orientada a personas en situación de discapacidad.

De hecho, reflexionar sobre esta situación, a la luz de la reconstrucción histórica y local, brinda elementos para pensar críticamente la persistencia de formas institucionalizadas de denigración de las personas en situación de discapacidad que imposibilitan su real inclusión social y su comprensión desde una perspectiva de derecho.

## AGRADECIMIENTOS

La presente publicación surge del esfuerzo conjunto realizado con Diego Ortúzar, Doctorante en Ciencias Sociales, IIEG-FFyL, CONICET. Universidad de Buenos Aires/ Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de Paris, por presentar estas ideas en el Primer Congreso de Terapia Ocupacional realizado en Abril del 2013, en Viña del Mar, Chile. Agradezco enormemente su perspectiva e invitación al diálogo que sin duda han hecho crecer nuestros proyectos y líneas de investigación.

A su vez, agradezco los valiosos comentarios y referencias aportadas por Carolina Ferrante, Investigadora postdoctoral de la Escuela de Psicología, de la Universidad Católica del Norte, a la presente publicación. Y por su iniciativa a reunirnos para escribir en torno a la temática de discapacidad y así aportar perspectivas a sus conceptualizaciones.

Por último, agradezco el entusiasmo y colaboración de los/las ayudantes de investigación, Paulina Salinas, Danae Rodríguez y Matías Riderelli, estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile, por abrir espacios para el diálogo y continuidad a estas ideas. En particular a Matías por sus valiosos comentarios y correcciones a este texto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya, H. (2003). Foucault, la genealogía, la historia,...la verdad. *Revista Universidad de Guadalajara*, 8, Diciembre, 2008.
- Bustos, J. (1936). *La seguridad social* (Talleres Gráficos.).
- Caja Nacional de Ahorros. (1939). *Memoria de la Sección Accidentes del Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros*. Santiago.
- Etcheverry, N. (1956). Terapia Ocupacional en parálisis cerebral. In *Primer congreso Chileno de Rehabilitación Infantil*. (no informa.). no informa.
- Instituto Traumatológico. (1938). *Anales del Instituto Traumatológico*. Santiago.
- Laborde, M., & Gasic, M. (2012). *Instituto Traumatológico. 75 años de ortopedia y traumatología en Chile* (Instituto Traumatológico y Facultad de Medicina.). Santiago.
- Latour, B. (1992). *Ciencia en acción*. Barcelona: Editorial Labor.

- Laval, E. (2007). Anotaciones para la historia de la poliomielitis en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 24(3), 247–250. doi:10.4067/S0716-10182007000300017
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento Y Gestión*, (20), 165–193.
- Medina, A. (2013). *Teletón. El orgullo de Chile* (Move Solution.). Santiago.
- Medina, L. E., & Kaempffer, A. (1958). Poliomielitis en Chile. 1ª parte., 29, 27–30.
- Neira, G. (1956). Problemas sociales del lisiado en Chile y la labor de la asistente social frente a la rehabilitación infantil. SPNL.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? In L. Barton (Ed.), *Discapacidad y Sociedad* (Vols. 1-Book, 1-Section, pp. 34 – 58). Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Ortúzar, D. (2014). Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900 – 1940. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. doi:10.4000/nuevomundo.66007
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Grupo Editorial CINCA.). Madrid: CERMI, Caja Madrid. Retrieved from <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/64/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- Perroni, J. (1953). Memoria Presentada por el Presidente Dr. José Perroni a la Sexta Asamblea General Ordinaria, ejercicio 1952-53. Sociedad Pro Ayuda del Niño Lisiado.
- Sandoval, J. (1956). El ser irregular y el “ser” lisiado. In *Primer congreso Chileno de Rehabilitación Infantil*. (no informa.). no informa.
- SPNL. (1956). Primer congreso Chileno de Rehabilitación Infantil. Sociedad Pro Ayuda del Niño Lisiado.
- Tirado, F., & Domènech, M. (2001). Extituciones: del poder y sus anatomías. *Política Y Sociedad*, 36, 191–204.
- Torras, M. (2004). Cuerpos, géneros y tecnologías. *Revista de Dones I Textualitat*, 10, 9 – 12.