

La prevención y la rehabilitación de la discapacidad como política educativo-sanitaria (Argentina, 1960-1970)

The prevention and rehabilitation of disability as an educational and health policy
(Argentina, 1960-1970)

Carla Reyna¹

reynacarla.e82a@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3021-9105>

Resumen: El presente artículo examina, en la Argentina de los años sesenta, el accionar de la Dirección de Educación Sanitaria y Social de la Nación para promover políticas educativas en relación a la prevención y a la rehabilitación de la “discapacidad” laboral. De acuerdo a los imperativos desarrollistas, la agenda local se organizó en torno a tres ejes: la prevención de los accidentes de trabajo, domésticos y viales; la difusión de fundamentos y prácticas de la moderna medicina rehabilitante y su incidencia en la “recuperación” física, social y productiva de personas con discapacidades y; por último, la sensibilización popular y patronal sobre la “residualidad laboral” de los pacientes rehabilitados. El corpus de fuentes está compuesto por actas e informes técnicos emitidos por los organismos internacionales y por los primeros treinta volúmenes de la *Revista Educador Sanitario*, publicación oficial de la repartición durante la década. A partir del análisis documental, es concluyente el predominio de continuidades respecto a la protección de los derechos de los trabajadores accidentados y a la tutela estatal universal en la atención de afecciones discapacitantes, pues las innovaciones que se promocionaron bajo las retóricas desarrollistas retomaron y ampliaron la agenda y las iniciativas institucionales heredadas del gobierno peronista (1946-1955).

Palabras clave: educación sanitaria, desarrollismo, discapacidad, prevención de accidentes, rehabilitación médica integral

Abstract: This article examines the actions of the National Health and Social Education Directorate, in Argentina in the sixties, to promote educational policies in relation to the prevention and rehabilitation of occupational “disability”. In accordance with developmental imperatives, the local agenda was organized around three axes: prevention of workplace, domestic and road accidents; the dissemination of fundamentals and practices of modern rehabilitative medicine and its incidence in the physical, social and productive “recovery” of people with disabilities; and, lastly, popular and employer awareness about the “residual ability to work” of rehabilitated patients. Official records and technical reports issued by international organizations and the first thirty volumes of the *Revista Educador Sanitario*, the official publication of the agency during the decade, made up the corpus of sources. Based on the documentary analysis, the predominance of continuities regarding the protection of the rights of injured workers and the universal state guarantee in the care of disabling conditions is conclusive, since the innovations,

¹ Instituto Regional de Estudios Socio-Culturales / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional de Catamarca. Núñez del Prado 366, San Fernando del Valle de Catamarca, CP 4700, Argentina.

that were promoted under the developmental rhetoric, resumed and expanded the agenda and institutional initiatives inherited from the Peronist government (1946-1955).

Keywords: health education, developmentalism, disability, accident prevention, integral medical rehabilitation

Introducción

Luego del golpe militar de 1955, la política sanitaria local se caracterizó por la proscripción del peronismo, momento en que los saberes técnicos de los organismos internacionales en salud cobraron mayor peso. Bajo este influjo, las endemias y los brotes epidémicos debían percibirse como potenciales factores de perturbación social, de modo que la prevención de las enfermedades y la satisfacción de necesidades elementales para la subsistencia humana mediante iniciativas comunitarias y privadas fueron los ejes centrales del modelo sanitario recomendado (Ramacciotti, 2014; Cueto, 2015; Gomes, 2016; Reyna, 2016). En este escenario, la educación sanitaria fue legitimada como una vía expeditiva para impulsar en las sociedades “atrasadas” los procesos de “modernización” cultural y “desarrollo” capitalista (Reyna, 2021).

Si bien estas ideas, saberes y prácticas expertos en educación sanitaria se presentaron al escenario mundial como innovaciones exitosas en países centrales, en la coyuntura local la gestión del primer ministro de salud pública en los años del peronismo, el neurocirujano Ramón Carrillo, ya había sido pionera en el desarrollo estatal de políticas de prevención educativa. Su amplitud y complejidad institucionales quedaron establecidas con la sanción en 1947 de la Ley Nacional N° 13.039 de Educación Sanitaria. En ese mismo año se creó una repartición de primera jerarquía ministerial encargada de su instrumentación, la Dirección de Cultura y Política Sanitaria, transformada hacia 1949 en Dirección de Cultura Sanitaria. Durante este período, las inmunizaciones, la salud materno-infantil, la salud bucal, la educación alimentaria y el deporte infanto-juvenil fueron cuestiones prioritarias en la agenda de la repartición, en particular la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y de accidentes en el ámbito laboral. A estos efectos, se creó el Instituto de Educación y Propaganda Sanitaria, la primera sección estatal destinada a la producción y a la distribución a gran escala de micros radiales, material gráfico y cortometrajes cinematográficos (Ramacciotti, 2009).

Tras el derrocamiento del gobierno peronista, en 1956 la dependencia pasó a denominarse Dirección de Educación Sanitaria y Social (DESSN), bajo la égida del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la

Nación. Su titular fue el médico sanitarista Saúl Mateo Biocca quien, a pesar de la volatilidad político-institucional de aquellos años, logró que su plantel de funcionarios se consolidara como núcleo de expertos estatales y permaneciera íntegro en la repartición por casi dos décadas, hasta el retorno de Juan Domingo Perón en las elecciones presidenciales de 1973. En el contexto de los procesos de centralización normativa y descentralización ejecutiva, la agencia se ubicó dentro de las primeras filas de la cartera sanitaria, pero sus funciones quedaron limitadas a las de asistencia técnica para organismos públicos y para asociaciones privadas vinculados al fomento, protección y recuperación de la salud (Reyna, 2018).

Al no disponer de facultades presupuestarias para instrumentar programas propios, a partir de 1960 la DESSN implementó una innovadora política editorial destinada a la difusión de los lineamientos teóricos, metodológicos y temáticos de las agencias desarrollistas en materia de educación sanitaria. La *Revista Educador Sanitario*, de frecuencia trimestral, combinó distintos registros periodísticos para construir a un público heterogéneo. En el mismo espacio editorial, convivieron artículos sobre las recomendaciones técnicas internacionales para personal sanitario, docente, asociaciones civiles y voluntarios, y notas sobre las curiosidades del moderno mundo de la salud pública que recreaban el estilo comercial de las revistas masivas de consumo femenino. En su extenso y variado índice temático, las medidas de seguridad para evitar accidentes y la recuperación física, social y laboral de personas con afecciones psicomotrices parciales ocuparon un lugar destacado en toda la colección hemerográfica (Reyna, 2021).

Este artículo tiene por objetivo analizar esas iniciativas educativo-sanitarias que instrumentó la DESSN sobre prevención y rehabilitación de la “discapacidad” laboral durante los años sesenta, auscultando cambios y permanencias respecto a las acciones implementadas durante el gobierno peronista. El corpus documental está compuesto por actas e informes técnicos emitidos por los organismos internacionales y por los primeros treinta volúmenes de la *Revista Educador Sanitario* (RES). Su elección remite a una primera cuestión metodológica. Los expertos de la DESSN, en su mayoría posgraduados en salud pública y en educación sanitaria a través de becas otorgadas por la Organización Mundial de la

Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), construyeron un perfil editorial corporativo, partidario y prosélito a los intereses de las autoridades de salud pública de turno, bajo la única insignia política de adherir al contexto de proscripción peronista. En efecto, en la revista elaboraron intertextualidades discursivas entre los informes técnicos de las agencias desarrollistas, la propaganda oficial de las actividades ministeriales y la promoción ejemplar de las iniciativas civiles; las que eclipsaron los matices político-institucionales de la gestión de la DESSN a lo largo de la década de 1960 (Reyna, 2021). No obstante, por sus singularidades temáticas dentro de un período escasamente explorado, la RES constituye un punto de observación privilegiado sobre el modo en que las políticas estatales de atención a las discapacidades y de educación sanitaria se intersectaron.²

Así pues, nuestro objeto de indagación se ubica en el campo de estudios de la historia social de la salud y enfermedad, particularmente en el de la salud pública (Armus, 2010; Biernat *et al.*, 2018). Por sus características, abarca en dos corrientes historiográficas. En primer lugar, dialoga con un emergente grupo de estudios históricos sobre educación sanitaria en América Latina (Pimenta Rocha, 2005; Ramacciotti, 2009; Guimarães, 2010; Agostoni, 2015; 2018; Gudiño Cejudo, 2016; Reyna, 2016; 2018), que abordan un “heterogéneo universo de mensajes, prácticas, recursos, instituciones y múltiples actores en la enseñanza de las pautas vinculadas a la salud, diseñadas e instrumentadas desde la esfera estatal” (Ramacciotti & Reyna, “La educación sanitaria en Argentina: de la higiene persuasiva a una política estatal modernizadora (1920-1970)”, 2022). En segundo lugar, se nutre de las producciones académicas que abordaron en clave historiográfica la construcción de categorías sociopolíticas sobre la discapacidad en Argentina. Esas contribuciones locales al campo de los *Disability Studies* examinan cómo se vinculan los procesos de medicalización con los de reproducción capitalista y, en este sentido, cuestionan las interpretaciones opresivas sobre la instrumentación de políticas estatales, al reivindicar las experiencias de los propios sujetos “discapacitados” para gestionar sus demandas (Joly, 2008; Scribano, 2009; Ferrante, 2012; Ferrante & Venturiello, 2014; Ramacciotti & Testa, 2016; Bregain, 2018; Sólans & Ferrante, 2019).

A partir de estas referencias, el presente texto se organiza en tres secciones. La primera indaga en los orígenes institucionales de la atención de la discapacidad en Argentina durante las primeras décadas del siglo XX y la expansión de sus estructuras en los años del gobierno

peronista (1946-1955). La segunda sección aborda los lineamientos geopolíticos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la OMS en los tardíos años 1950, respecto a los parámetros de la moderna medicina rehabilitante y su influjo en los procesos nacionales de desarrollo económico y social. La última sección analiza el accionar de la DESSN para promover políticas educativas en relación a la prevención y a la rehabilitación de la “discapacidad” laboral, durante la década de 1960. De acuerdo a los imperativos desarrollistas, la agenda local se organizó en torno a tres ejes: la prevención de los accidentes de trabajo, domésticos y viales; la difusión de fundamentos y prácticas de la moderna medicina rehabilitante y su incidencia en la “recuperación” física, social y productiva de personas con discapacidades parciales y; por último, la sensibilización popular y patronal sobre la “residualidad laboral” de los pacientes rehabilitados.

Una segunda cuestión metodológica se vincula a la decisión de recuperar de las fuentes analizadas las expresiones literales *inválido*, *lisiado*, *impedido*, *discapacitado*, *disminuido*, entre otras, con el propósito de visibilizar las tensiones y contradicciones implícitas en el proceso de legitimación de estos saberes e ideas internacionales en acciones estatales. Como señala Liliana Pantano (2007), los eufemismos y disfemismos remiten a una concepción y a una contextualización reduccionista de la discapacidad; en tanto condición física, experiencia individual-familiar y fenómeno social; variables de acuerdo a los parámetros funcionales estandarizados y hegemonizados por el saber biomédico en distintas épocas. Así pues, sus transformaciones semánticas condicionaron –y aún condicionan– las instancias de diseño, instrumentación y evaluación de políticas específicas a los intereses, derechos y apoyos necesarios para las poblaciones en situación de discapacidad.

Orígenes y desarrollo de la atención estatal a la discapacidad en Argentina

Son recientes las contribuciones de investigadoras e investigadores locales sobre los orígenes y el desarrollo de la prevención y de la rehabilitación de la discapacidad como políticas estatales en Argentina. Estas producciones demuestran cómo la sociedad civil, el mercado, la corporación galénica y el Estado han recorrido un largo camino para resolver tales demandas.

La sanción en 1915 de la Ley de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales N° 9.688 inaugu-

² Es por ello que este trabajo no profundizará en la presencia de rupturas y de continuidades entre las administraciones sanitarias de las presidencias democráticas de Arturo Frondizi (1958-1962); José María Guido (1962-1963); Arturo Humberto Illia (1963-1966) y del gobierno de facto de Juan Carlos Onganía (1966-1970).

ró un período de marcados avances institucionales en la atención de la discapacidad. La normativa estableció la responsabilidad patronal en la cobertura de la atención médica, la concesión de licencias por enfermedad y el otorgamiento de compensaciones económicas en caso de lesiones que provocaran inhabilidad permanente e “invalidéz” para el trabajo. El amparo estatal a estos reclamos propició que la ortopedia, la kinesiología y la terapia ocupacional alcanzaran un notable grado de desarrollo como ofertas médico-tecnológicas que posibilitaban la recuperación funcional. Sin embargo, la reorientación profesional y la reubicación laboral de los empleados convalcientes quedaban excluidas del marco regulatorio, por lo que la prevalencia de los reparos indemnizatorios fue sedimentando una cultura preventiva de los accidentes laborales y de cuidados a la salud de los obreros (Ramacciotti & Testa, 2016; Ramacciotti & Maddalena, 2019).

En los años del peronismo, la ampliación de los derechos de los trabajadores y la instrumentación de medidas sanitarias concomitantes intentaron reparar estos vacíos regulatorios. Primero, como secretario de trabajo y previsión, en 1944 Juan Domingo Perón impulsó la sanción del decreto/ley de Medicina Preventiva y Curativa N° 30.656, que dio origen al Instituto de Previsión Social y contempló la obligatoriedad de la reincorporación laboral, una vez finalizado el proceso de rehabilitación. Si bien había sido notable el progreso de las terapias rehabilitantes, su prescripción por períodos cortos y la escasa disponibilidad de servicios de atención especializados precipitaron la brecha entre los objetivos normativos y su instrumentación. Más tarde, con la elección de Perón como presidente nacional en 1946, estas iniciativas cursaron con un paquete de medidas sanitarias innovadoras. Fue durante la gestión del primer ministro de salud pública, el neurocirujano Ramón Carrillo, que por primera vez se fiscalizaron los ambientes laborales y los elementos de protección para el obrero y se estableció el monitoreo periódico de los trabajadores para diagnosticar precozmente patologías crónicas y/o debilitantes. Asimismo, el Instituto de Propaganda y Educación Sanitaria fue pionero en la producción y distribución de campañas gráficas para evitar accidentes en el trabajo (Ramacciotti, 2009; Ramacciotti & Testa, 2016; Ramacciotti & Maddalena, 2019).

Una de las contribuciones más significativas de la política sanitaria del peronismo fue delimitar una taxonomía más amplia de causales por “invalidéz”, por lo que la tutela estatal significó para muchos niños y adultos su primer contacto con servicios que pudieran atender sus discapacidades. Según Karina Ramacciotti y Daniela Testa, el *Plan Analítico de Salud Pública* (1946-1952) estableció cinco categorías:

la invalidéz de los niños, la invalidéz obrera (propia del desgaste de dichas tareas), la provocada por accidentes de trabajo, aquellas consecuencia de la suerte fortuita (en el tránsito o accidentes en el hogar) y, por último, la invalidéz invisible a los ojos, la que incluía una extensa lista de enfermedades crónicas que se portan en aparente estado de salud y resultan un atentado futuro a las capacidades productivas (Ramacciotti & Testa, 2016, pág. 186).

Puede apreciarse en ese nuevo nomenclador ciertas preocupaciones respecto al porcentaje de población que quedaría excluido del circuito económico que, acorde a los avances médicos, había prolongado la edad de vida media y proyectaba una futura insuficiencia de fondos previsionales. Estas inquietudes se agudizaron en el *Segundo Plan Quinquenal* (1952-1958), cuando dispuso la recuperación física, social y laboral de las personas con limitaciones corporales sin distinción etaria. Un proyecto sanitario que quedó trunco tras el Golpe de Estado de 1955 (Ramacciotti & Testa, 2016).

Cabe destacar que, ante los estragos ocasionados por la epidemia de poliomielitis de 1956, esas primigenias líneas de atención a las discapacidades infantiles que auspició el peronismo fueron retomadas y ampliadas en lo inmediato. En efecto, la creación de la Comisión Nacional del Lisiado ese mismo año tuvo por propósito coordinar –y en algunos casos absorber– a las históricas y emergentes entidades públicas y privadas abocadas a la rehabilitación de niños con secuelas motrices (Ramacciotti & Testa, 2016; Testa, 2019).

No obstante, hacia el ocaso de la década, el despliegue de campañas masivas de inmunización fue restando pacientes pediátricos. Este fue el motivo por el que la red mixta de prestadores que se había conformado debió reorientar sus servicios hacia la recuperación de adultos en edad laboral. De acuerdo a Ramacciotti y Testa, las tensiones en torno a la aptitud productiva de personas con discapacidad y su baja o nula inserción laboral continuaron vigentes en la agenda pública, debates que quedaron plasmados en el *III Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado* (1959, Buenos Aires-Mar del Plata). Tales controversias y demandas impulsaron en los años sesenta el ensayo de diferentes estrategias estatales como, por ejemplo, prerrogativas impositivas para incentivar entre los sectores empresariales la contratación de trabajadores rehabilitados, bajo el supuesto de que por la escasez de oportunidades rendirían más y mejor (Ramacciotti & Testa, 2016).

Entonces, en el contexto de proscripción peronista de los años sesenta, ¿cuáles fueron las retóricas discursivas que se emplearon para instrumentar líneas de intervención estatal destinadas a la prevención y a la rehabilitación de las discapacidades?

Una moderna medicina rehabilitante: saberes expertos y recomendaciones internacionales

Durante la segunda mitad de los años 1950, uno de los principales lineamientos desarrollistas que coordinaron la OIT, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue la instrumentación de políticas estatales de prevención y rehabilitación a las discapacidades. El surgimiento de un nuevo paradigma en el ámbito de la medicina rehabilitante auspiciaba un dispositivo económico-sanitario que permitiría a los gobiernos nacionales rentabilizar el ingreso per cápita, a través de la inserción social y laboral de las personas con afecciones funcionales parciales.

La primera instancia fue la trigésima octava edición de la *Conferencia General de la OIT* de 1955, en Ginebra. Más conocida como la “Recomendación 99” sobre “la adaptación y la readaptación profesional de los inválidos”, estos lineamientos promoverían el ejercicio de actividades remuneradas en “toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar empleo adecuado se hallen realmente reducidas debido a una disminución de su capacidad física o mental” (Organización Internacional del Trabajo, 1955, pág. 1). Su proyección no se anclaba en la simple aplicación de terapias rehabilitantes eficaces, sino también en su percepción social como sujetos productivos, especialmente entre los sectores patronales. De este modo, la agencia instó a sus estados miembros al despliegue de campañas de difusión popular que ponderaran su productividad, en tanto presentaban índices de rendimiento, de accidentes y de ausentismo similares a los trabajadores sin discapacidades diagnosticadas.

La segunda instancia fue la publicación en 1958 del *Primer Informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS*, que reforzó y extendió las recomendaciones emanadas por la OIT en 1955. Los saberes y las prácticas de una nueva medicina rehabilitante se basaban en una modalidad de asistencia integral a las discapacidades. Según estos imperativos, los servicios de atención debían organizarse contemplando aspectos médicos (cuidados especiales y la vigilancia del progreso funcional); profesionales (orientación vocacional y formación/reeducación ocupacional); sociales (asistencia por subsidios, pensiones por invalidez, cobertura de prótesis y equipamiento de movilidad); y pedagógicos (campañas de educación sanitaria) (Organización Mundial de la Salud, 1958).

En el último caso, la sensibilización individual, familiar, popular y empresarial debía atender dos cues-

tiones primordiales. Primero, difundir ampliamente “la verdadera naturaleza del impedimento” de las personas con afecciones motrices, sensoriales, cardíacas, respiratorias y mentales, acentuando sus “posibilidades de corregirlo con las modernas técnicas de rehabilitación” (Organización Mundial de la Salud, 1958, pág. 21). Segundo, esos mensajes debían orientarse a deconstruir los estereotipos de improductividad/pasividad asociados a la “invalidez”. El cambio de signo sobre la percepción popular y patronal respecto a las personas con discapacidad legitimaría su ingreso o su reinserción al circuito mercantil “en función de la capacidad residual de trabajo” (Organización Mundial de la Salud, 1958, pág. 23).

Según las recomendaciones técnicas, estas acciones gubernamentales tributarían en favor del anhelado proceso de desarrollo económico y social, en especial en países donde la superabundancia de brazos para el trabajo no era calificada y la informalidad laboral en condiciones inseguras era la norma. En términos de rentabilidad empresarial, era más viable contratar impedidos que financiar organizaciones filantrópicas. En términos de inversión estatal, la oferta pública de dispositivos rehabilitantes contribuía a la reposición económica, transformando “en productor útil a un consumidor inútil”. Desde esta óptica, prevenir enfermedades y accidentes invalidantes revestía un considerable ahorro fiscal y el resguardo de la escasa mano de obra competente en países “subdesarrollados” (Organización Mundial de la Salud, 1958, pág. 7).

En sintonía con los saberes expertos y los modelos de intervención que legitimaban, por esos años la OMS, la OIT, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el UNICEF auspiciaron en conjunto distintos programas regionales de asistencia técnica y financiera para impulsar el desarrollo estatal de tecnologías rehabilitantes y de servicios de atención. Bajo el supuesto de que estas medidas reducían el período y la severidad de condiciones invalidantes, los Estados beneficiarios podrían economizar los gastos de hospitalización y de previsión social, repuntando así el ingreso per cápita. Con este propósito, se contempló un sistema de becas profesionales para favorecer el intercambio de experiencias y la realización de estudios colaborativos (Organización Mundial de la Salud, 1958).

Como señala el historiador francés Gildas Bregain (2018, pág. 66), sin dudas esta “transformación semántica” que se dio en torno a la definición de “inválido” en los tardíos años cincuenta tornó obsoleta la tradicional concepción basada en criterios fisiológicos sobre la capacidad “destruccionista” de los soldados. Asimismo, figuró una instancia de legitimación de las prácticas médicas de recuperación funcional y profesional que se habían extendido por Europa desde la posguerra. A partir de esos cambios

normativos, la alteración funcional quedó desvinculada de la aptitud para el empleo remunerado y, en tanto, sujetos de derecho, resultó incompatible su percepción como “sujetos no productivos” (Bregain, 2018, pág. 65).

¿Cómo fueron apropiados estos lineamientos internacionales sobre prevención y rehabilitación de la discapacidad en las políticas educativo-sanitarias que se implementaron en la Argentina de los años 1960?

Prevenir y rehabilitar la discapacidad

La política editorial que implementó la DESSN durante los años 1960, la publicación de la *Revista Educador Sanitario* (RES), se dirigió a públicos amplios. Su frecuencia trimestral y la distribución de 20 mil ejemplares en cada edición tuvieron por propósito otorgar un marco de referencia técnico al personal de las “ramas auxiliares” de la medicina, a docentes y a organizaciones civiles a nivel federal sobre los lineamientos teóricos, metodológicos y temáticos de los organismos sanitarios internacionales. Entre ellos, la prevención y la rehabilitación de las discapacidades ocuparon un rol preponderante. En 1961, la agencia publicó una edición especial temática, alusiva a la campaña anual pautaada por la OMS, y en cada uno de los treinta números que se publicaron durante la década se incluyeron artículos que abordaron estos temas (Reyna, 2021). En sintonía con los saberes y las prácticas expertos que circulaban a nivel mundial, las líneas de intervención propuestas en la revista se agruparon en tres áreas. Primero, la prevención de los accidentes de trabajo, domésticos y viales. Segundo, los fundamentos y terapias de la moderna medicina rehabilitante y su incidencia en la “recuperación” física, social y productiva de personas con discapacidad parcial. Por último, la sensibilización popular y patronal sobre la “residualidad laboral” de los pacientes rehabilitados.

“Los accidentes no son accidentales”

“Los accidentes no son accidentales” fue el título de la campaña sanitaria anual que decretó la OMS para 1961. Un slogan con implicaciones semánticas deliberadamente contrafácticas tenía por propósito generar sensibilidad popular sobre el factor humano en la incidencia de lesiones invalidantes y fatales. Según las estadísticas a nivel mundial, la tendencia en ascenso de las eventualidades de este tipo en el hogar y en la vía pública incrementaba el riesgo de traumatismos discapacitantes transitorios y permanentes entre la población económicamente activa, mientras que figuraban entre las primeras causas de invalidez infantil (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961i; 1967a; 1967c).

Esta problemática sanitaria cobraba mayor magnitud en función del lento crecimiento vegetativo que por entonces experimentaban los países “desarrollados”; donde los accidentes, las patologías cardiovasculares y las enfermedades oncológicas encabezaban las cifras por muertes y morbilidades (Organización Mundial de la Salud, 1958). La tensión entre la menor tasa de nacimientos y los avances tecnológicos que prolongaban la vida proyectaba un panorama sombrío para las estructuras económicas en “vías de desarrollo”, puesto que reducían la disponibilidad de mano de obra calificada, generando mayores cargas previsionales y demandas sanitarias a largo plazo (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961b).

En línea con la campaña anual promovida por la OMS, los contenidos que se publicaron en la RES arbitraron en favor de aquella percepción sobre la imprudencia adulta como etiología de los accidentes. Las explicaciones y recomendaciones expertas para prevenirlos giraron en torno a la presencia de “un medio ambiente propicio [que] lo hace posible y upa [sic] intervención humana que se encarga de provocarlo”. Así pues, en el registro de secuelas permanentes y de casos fatales “siempre [era] posible establecer alguna responsabilidad humana”, originada en “fallas culturales” (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961b, pág. 18). Bajo esta lógica, la noción de “seguridad” fue clave para alegar que “la imprudente ama de casa” o “el automovilista riesgoso” de “vocación suicida” eran los primeros eslabones en la siniestralidad doméstica y vial. Su trascendencia actual en los países centrales acusaba mayores demandas de atención sanitaria que las enfermedades contagiosas y que los conflictos bélicos (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961b; 1962e; 1962g; 1967a; Núñez Malnero, 1967; Russo, 1967).

La seguridad del ambiente laboral revestía idéntica importancia que la de los ambientes domésticos. Dentro del hogar, esos reparos no guardaban relación con la ocurrencia de eventualidades fatales sino con el mayor riesgo de lesiones invalidantes, transitorias o permanentes, tanto para niños como para adultos en edad productiva. Un referente sobre el tema fue el pediatra Tomás Banzas, presidente en 1962 del Comité de Prevención de Accidentes Infantiles de la Sociedad Argentina de Pediatría. En virtud de los guarismos en Estados Unidos y gran parte de Europa a principios de la década, por cada accidente fatal ocurrían en promedio 150 accidentes severos, lo que señalaba la amplitud estadística entre secuelas infantiles indelebles y la cantidad de decesos. Para el facultativo, las cifras de Capital Federal evidenciaban una tendencia similar a los países del norte, donde las muertes infantiles por siniestros superaban a las provocadas por las infecciones (Banzas T., 1962). Sin embargo, no tuvo reparos respecto a la situación de las demás provincias argentinas, ya que en el artículo resultaron incógnitas por omisión.

Por su parte, la prevención de lesiones domiciliarias leves o severas en adultos activos se justificaba en su impacto inmediato en el bolsillo del empleador: ausentismos por licencias médicas, coberturas de atención y remuneraciones indemnizatorias en casos graves e irreversibles. Debido a la trascendencia económica y sanitaria atribuida a los accidentes, es posible comprender que en el contenido gráfico de estos artículos fueran frecuentes las ilustraciones dramáticas de percances hogareños, propiciados por la disposición insegura de muebles, aberturas, artefactos a gas, aparatos e instalaciones eléctricas, sustancias tóxicas y armas de fuego (Biocca, 1960; Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961a; 1961d; 1962a; 1964e; 1967a; 1967c; Cutler, 1961; Villegas Videla, 1962).

En el caso de las notas referidas a la prevención de siniestros viales, su distribución estuvo asociada a varones en edad productiva. Su etiología “humana” se equiparó a la de los accidentes laborales, dado que la ingesta de alcohol y la privación de horas de sueño contribuían de manera equivalente a las eventualidades de este tipo entre obreros y automovilistas (Basualdo, 1961; Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961c; 1962c; 1962e; 1965a; Hrdalo, 1962; Núñez Malnero, 1967).

Por otro lado, las referencias sobre infortunios del trabajo en la RES enlazaron aspectos preventivos, propuestas institucionales y demandas sociales. Además de fiscalizar la seguridad de los entornos fabriles, se recomendó que los sectores patronales incorporaran gabinetes médicos para el monitoreo permanente del estado de salud de los obreros, y para la detección oportuna de afecciones latentes que podrían precipitar la ocurrencia de accidentes dentro y fuera del ámbito laboral. Por esa vía, múltiples referentes locales de la medicina laboral exigieron nuevas disposiciones jurídicas que garantizaran a los empleados la cobertura total de las prestaciones de rehabilitación sin límite temporal, y exhortaron a las empresas para contratar o reubicar a los trabajadores con condiciones crónicas o con limitaciones físicas leves (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961e; 1963c; 1964f; 1966; Rodríguez Castells, 1961; Biocca, 1964; Fiol Perera, 1964). Tales estrategias formaban parte del decálogo propuesto por la OIT en 1955 y luego por la OMS en 1958, pero en Argentina se trataban de medidas estatales que ya se habían implementado durante la política sanitaria del peronismo.

Es posible comprender que, en el contexto de proscripción política, el impulso a esas medidas se sustentara en modelos institucionales y repositorios estadísticos de países hegemónicos, lo que dotó a las narrativas locales una pretendida objetivación científica. Por ejemplo, en los albores de la década, las investigaciones de la *Research Education Community Service* en Estados Unidos arrojaban datos contundentes sobre cómo la pesquisa precoz de

cardiopatías en operarios reducía los eventos accidentales y las muertes súbitas. En el caso de los trabajadores convalecientes por un ataque cardíaco, las cifras alegaban que la pronta reinserción a sus puestos no comprometía su desempeño. Según las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, el bloqueo coronario no tenía relación con el esfuerzo físico, sino con el reposo prolongado posterior al infarto. Así pues, la contratación y la continuidad laboral en estos casos no representaban una amenaza a los intereses patronales. Imponían cargas sociales mayores los empleados con afecciones ignoradas, guarismos con los que las compañías de seguro habían expandido su mercado (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1960b).

En sintonía con las impresiones alarmistas que se deseaban figurar entre el público lector, en el estilo gráfico de las notas sobre prevención de accidentes laborales, domésticos y viales fue frecuente el uso combinado de titulares sensacionalistas, fotografías, estadísticas, esquemas porcentuales e ilustraciones dramáticas. Sin dudas, la composición de distintos formatos tipográficos, signos de puntuación y elementos icónicos (Pessi, 2010) tuvo por propósitos reforzar la percepción de una problemática sanitaria con implicancias deliberadamente humanas, cuyos registros estadísticos tenían un impacto sociosanitario mayor al de las patologías infecciosas.

Del mismo modo, abundaron en la RES instrucciones pormenorizadas sobre primeros auxilios y protocolos de seguridad. Cómo actuar ante la pérdida de conocimiento, hemorragias, fracturas óseas, quemaduras, intoxicaciones, atragantamientos y ahogamientos resultaban maniobras que todo ciudadano común y corriente debía dominar en situaciones de emergencia, mientras la atención médica estaba en camino (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1960a; 1967d; 1967e; Antonuccio, 1964; Chimenti & Domes, 1964).

En líneas generales, los discursos expertos que sustentaron los contenidos vinculados a la prevención de accidentes en la RES se pronunciaron explícitamente a favor de las iniciativas del gobierno destituido, pero se imbricaron a los imperativos desarrollistas. En este sentido, se advierten dos cuestiones. La necesidad de reducir el impacto macroeconómico de los infortunios laborales, domésticos y viales no era un aspecto novedoso, ya que habían sido contemplados como causales de “invalidéz” en el “Plan Analítico de Salud Pública” (1946-1952). Sin embargo, durante la política sanitaria del peronismo sólo se desplegaron campañas preventivas para resguardar la seguridad de los trabajadores en los ambientes laborales (Ramacciotti, 2009), por lo que la difusión popular de medidas para evitar accidentes en el hogar y en la vía pública era una línea de intervención educativo-sanitaria que los funcionarios de la DESSN instrumentaron por primera vez dentro de la agenda estatal.

La rehabilitación como un dispositivo estatal rentable

Como se señaló anteriormente, según las recomendaciones técnicas de la OIT y de la OMS en los tardíos años cincuenta, los saberes y las prácticas de la moderna medicina rehabilitante configuraban un dispositivo económico-sanitario que permitiría a los gobiernos nacionales rentabilizar el ingreso per cápita. Esto sería posible a través de la inserción social y laboral de las personas con discapacidades parciales. Para lograr este objetivo, el diseño de políticas estatales debía contemplar aspectos tanto médicos, profesionales, sociales como educativo-sanitarios, en virtud de que los recursos estatales invertidos no serían redituables en una sociedad que no miraba con buenos ojos las huellas de alguna enfermedad motriz, sensorial o mental.

Así pues, las acciones pedagógicas tenían por propósitos deconstruir en el imaginario social los estereotipos estigmatizantes sobre la “invalidez” que provocaban la falta de oportunidades laborales y profesionales, e incentivar una percepción positiva de los pacientes con déficits corporales o con padecimientos psíquicos leves como individuos socialmente aptos y funcionalmente productivos. Esa nueva valoración sobre la discapacidad podría legitimarse con el conocimiento popular de las ventajas ofrecidas por las modernas terapias rehabilitantes, palpable en la similitud estadística del rendimiento laboral entre trabajadores “sanos” y “recuperados”.

Cómo fueron apropiadas las recomendaciones expertas sobre el nuevo paradigma rehabilitante en la revista de la DESSN también fue un indicador del alineamiento a los imperativos desarrollistas y, al mismo tiempo, de su utilitarismo discursivo para soterrar las iniciativas sanitarias de la gestión peronista respecto a la tutela estatal en la atención de las personas con discapacidades.

Además de las notas periodísticas y campañas gráficas sobre prevención de accidentes, en cada uno de los treinta números editados durante la década se incluyeron artículos sobre los avances tecnológicos de la terapéutica física y psiquiátrica y reseñas sobre el accionar de instituciones abocadas a la recuperación de niños y adultos convalecientes. Inclusive, el volumen N° 16-17 de 1964 fue publicado como una edición temática alusiva a la vulnerabilidad social y económica de las personas con dificultades psicomotrices. La editorial, titulada “Valorar la capacidad residual; jamás hacerlo por las secuelas invalidantes”, fue laudatoria respecto a la eficacia de los nuevos dispositivos médicos y farmacológicos para restaurar el mayor grado posible de las habilidades físicas, mentales, sociales, vocacionales y laborales de los “impedidos”. De acuerdo a la experiencia estadounidense, la recuperación funcional

y productiva tenía repercusiones macroeconómicas, dado que “por cada dólar invertido en rehabilitación, se recibieron diez en pago de réditos” (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1964j, pág. 1).

La coyuntura sanitaria argentina de mediados de los años sesenta presentaba óptimas condiciones para legitimar esos saberes y prácticas promovidos por los organismos internacionales. Karina Ramacciotti y Daniela Testa (2016) demostraron que, luego de los operativos masivos de vacunación con Sabín oral en 1963, la epidemia de poliomielitis fue controlada. Para sostener su continuidad como efectores del Estado, la red mixta de instituciones asistenciales que se había conformado tuvo que reorientar sus prestaciones hacia un universo más amplio de patologías discapacitantes. En ese contexto, “las intervenciones con prefijo ‘re’” (Testa, 2019, p. 93) fueron ganando ávidos promotores locales.

Dada su frecuencia trimestral y la distribución de 20 mil ejemplares gratuitos en cada edición a lo largo y a lo ancho del país, la RES se distinguió como una correa de difusión a gran escala de estas novedades. No solo en la recepción de experiencias estatales del hemisferio norte, sino también como propaganda oficial de las instancias de intercambio académico y de la instrumentación de propuestas civiles y gubernamentales a nivel local (Reyna, 2021).

A las referencias estadounidenses se acoplaron las reseñas exitosas y contemporáneas sobre modelos institucionales en el “viejo continente”, que evidenciaron la participación de especialistas argentinos en educación sanitaria en los programas de actualización disciplinar e investigación comparativa auspiciados por las agencias desarrollistas. En este sentido, una actuación destacada fue la de la jefa de Capacitación, Adiestramiento y Trabajo de Campo de la DESSN, la licenciada en educación para la salud Elsa Massolo, quién durante 1964 llevó a cabo estancias de estudio en Italia, España, Francia y Suiza. En su vasto recorrido, Massolo describió a la experiencia itálica como uno de los polos europeos más sofisticados en materia de políticas educativas sobre prevención y rehabilitación de la discapacidad. Allí concurrió al curso de *Capacitación de Verano* del Centro Experimental de Educación Sanitaria en Perugia, efectuó visitas a centros técnicos y realizó entrevistas a expertos en rehabilitación psicomotriz infantil. Según el relevamiento que efectuó, en los 92 municipios del mencionado país funcionaban alrededor de trescientos establecimientos de salud especializados en psicopedagogía, en su mayoría dependientes del Ente Nacional de Protección Moral del Menor (Massolo, 1964d; Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1964k).

Por otra parte, en línea con lo postulado por Daniela Testa (2019), las “intervenciones con prefijo ‘re’”

ganaron protagonismo en la revista. Desde entonces, las necesidades de menores y de adultos con limitaciones físicas, cognitivas, emocionales o mentales—“discapacitados”, “incapacitados”, “inhabilitados”, “inválidos”, “impedidos”, “lisiados”, “minusválidos”—, fueron diagnosticadas a partir de un nuevo nomenclador: pérdida-recuperación; educación-reeducación; adaptación-readaptación; habilitación-rehabilitación; inserción-reinserción (Candau, 1961; Cibeira, 1964; Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1964f; 1964g; 1964h).

Si bien el complejo desglose de terapias tendía a generar confusión, para el director médico del Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados de Mar del Plata (CERENIL), referente nacional por su labor con niños convalecientes de polio, Juan Tesone, era preciso que la población pudiera diferenciar dos conceptos nodales del nuevo paradigma rehabilitante. Mientras la recuperación implicaba un objetivo motriz, es decir, el retorno a la capacidad de movimiento y de desplazamiento; el proceso de rehabilitación concluía con la integración social de la persona con discapacidad. Ambas facetas podrían ser mutuamente excluyentes, dado que una persona convaleciente podría estar rehabilitada sin haber recuperado la motricidad, o bien, lograr autonomía funcional sin haberse integrado a la sociedad de manera productiva. De modo que el éxito de la rehabilitación radicaba en la posibilidad de ejercer actividades remuneradas, a través del aprendizaje de un oficio, la reeducación de sus capacidades laborales o la reubicación en empleos adaptados a su grado de funcionalidad (Tesone, 1964).

En la revista también fueron abriéndose paso notas y artículos sobre el impacto numérico de las afecciones mentales como un factor de discapacidad productiva, de igual o mayor relevancia que las lesiones físicas. Tanto las patologías psiquiátricas como las enfermedades crónicas y las condiciones de marginalidad socioeconómica podían comprometer el equilibrio emocional y originar, a su vez, un bajo rendimiento laboral y una alta probabilidad de accidentes en el trabajo. Tal como señala Mariano Plotkin (2003), la noción de “salud mental” acuñada por la OMS en los sesenta contribuyó a comprender al doliente sin estigmatizarlo y a que su reintegración social, sin institucionalización en sus formas no agresivas, fuera un camino posible. A diferencia de la higiene mental, cuya aspiración era optimizar el cuidado psiquiátrico, la nueva concepción sobre los desórdenes psíquicos se asentaba sobre la necesidad de mejorar las condiciones de vida de toda la población, parámetro del bienestar social y desarrollo económico.

La publicación oficial de la DESSN acreditó esos fluidos intercambios internacionales entre la medicina rehabilitante y los saberes “psi”, originarios de un inno-

vador dispositivo ambulatorio en el tratamiento de los padecimientos psíquicos y de una nueva especialidad en materia preventiva: la educación para la salud mental (Reyna, 2021). Según el director de la OMS en 1961, Michel Candau, las administraciones sanitarias debían implementar acciones pedagógicas que erradicaran la percepción manicomial de las enfermedades mentales y que promovieran el conocimiento popular de los nuevos tratamientos terapéuticos. Entre ellos, las internaciones menores a seis meses y los “hospitales de día”, una modalidad incipiente que combinaba asistencia farmacológica, psicológica y capacitación ocupacional; auguraban que “el 70% o el 80% de los pacientes mentales pueden reincorporarse a la sociedad y ocupar en ella un puesto útil” (Candau, 1961, pág. 28).

Siguiendo estos lineamientos, se recomendó que los servicios públicos y privados de rehabilitación mental promovieran una percepción social de los trastornos psiquiátricos “como un episodio de la vida”: inherentes a la condición humana, pero también predecibles y transitorios (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1964d, pág. 14). En la RES, el consumo abusivo de alcohol, el contagio venéreo, los trastornos dismórficos, la vertiginosa dinámica de las urbes modernas, las secuelas emocionales del “hospitalismo” infantil, las afecciones anímicas por lesiones físicas permanentes o por extirpaciones quirúrgicas fueron algunas de las problemáticas que se abordaron desde la perspectiva de educación para la salud mental. La “psicoprofilaxis” evitaba la pérdida de la capacidad productiva (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1962b; 1964g; Sorrentino, 1962; 1964; Núñez Malnero, 1963; Lasser, 1964). En otras palabras, prevenir, diagnosticar y asistir precozmente los padecimientos mentales tributaban en favor de los procesos de modernización societaria y desarrollo capitalista. Precisamente, la desconstrucción de los estigmas discriminatorios hacia las discapacidades psicomotrices fue otro de los aspectos que delineó la DESSN en su agenda educativo-sanitaria.

“Colabore con la autoridad sanitaria en favor de estos hombres y mujeres”

Múltiples artículos publicados en la RES reposaron sobre la idea de que los prejuicios en torno a las discapacidades se manifestaban en dos dimensiones. Puertas adentro, en la reclusión hogareña o asilar. Puertas afuera, en la falta de acceso a oportunidades profesionales y ocupacionales. Es por ello que el comité editorial otorgó un lugar destacado a las notas que reivindicaban la resiliencia y el porvenir económico de los “rehabilitados”, apelando a la solidaridad social y al compromiso patronal para su inserción o continuidad laboral.

En primer lugar, aunque por entonces muchas de ellas ya funcionaban como prestadores estatales, circularon numerosas reseñas sobre las originarias motivaciones altruistas de asociaciones civiles abocadas al tratamiento de condiciones “invalidantes”, particularizando su labor social como promotores de una percepción positiva sobre las discapacidades. Una de las más notables fue la institución dirigida por Juan Tesone, CERENIL, que anualmente patrocinaba jornadas de convivencia comunitarias, escolares y en la propia institución, para dar a conocer sus iniciativas como organismo civil pionero en el tratamiento de niños convalecientes de poliomielitis. La campaña de 1964, “El niño lisiado, antes que lisiado es un niño, y debe ser tratado como tal”; fue la de mayor difusión mediática. En esa edición anual, CERENIL abrió las puertas de su establecimiento al público para presentar su innovador programa de asistencia, que complementaba rehabilitación motriz, un plan de escolaridad primaria y actividades de esparcimiento en espacios públicos. Una modalidad frecuente fue la organización de almuerzos grupales en locales gastronómicos. En esas ocasiones, bajo la orientación de sus coordinadores, los niños institucionalizados recreaban juegos didácticos aprendidos en el programa, para demostrar sus capacidades de aprendizaje y de sociabilidad entre los comensales. Las “unidades de recreación infantil” veraniegas, instaladas en plazas y paseos públicos próximos al establecimiento, también fueron una estrategia de sensibilización popular. Atendidos por maestras, estas postas fomentaban el encuentro espontáneo entre los niños en recuperación y los que se esparcían allí ocasionalmente. Su presencia motivaba la consulta de padres transeúntes, una oportunidad para despejar dudas e invitarlos a participar del cronograma de visitas institucionales (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1964c). El testimonio fotográfico de estas actividades apuntaba a desterrar mitos y aprensiones intrafamiliares sobre las secuelas post-polio. Esas impresiones benevolentes se traducían en marcas cuantitativamente optimistas, ya que los pacientes con parálisis del aparato locomotor por poliomielitis representaban sólo el 14% de casos graves, de los cuales el 80% se recuperaban de manera funcional (Basualdo, 1961; Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1962g).

Aunque las crónicas sobre las experiencias de agrupaciones dedicadas a la rehabilitación de las discapacidades en adultos fueron menos frecuentes, en ellas se destacaron dos aspectos centrales. Por un lado, las virtudes asistenciales de sus voluntarios para revertir las secuelas emocionales de un impedimento físico. Por otro lado, la importancia de la educación familiar en el trato adecuado al “enfermo” para motivar su pronta inserción social y laboral. En ambos casos, fue recurrente el retrato

de niños y adultos realizando sus terapias físicas, el acompañamiento de personal voluntario en reuniones grupales de contención o el dominio de oficios. A esas imágenes se acoplaban referencias científicas sobre su aptitud para el trabajo, por ejemplo, la agudeza sensorial en personas no videntes como un recurso laboral altamente eficiente; los programas para el desarrollo de habilidades sociales y ocupacionales en contextos de internación psiquiátrica, o los avances en las terapias antibióticas que anulaban la contagiosidad de la tuberculosis y la lepra, entre otros (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961g; 1961h; 1961j; 1963b; 1964b; 1967b; Rodríguez Castells, 1961). “Colabore con la autoridad sanitaria en favor de estos hombres y mujeres que saben imponerse a la adversidad y sólo piden trabajo para recibir retribución equitativa a su producción” resume la finalidad con que se publicaron estos artículos (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961j, pág. 11).

En este sentido, para la socióloga Carolina Ferrante (2012), la resignificación de las definiciones hegemónicas de la discapacidad motriz que se buscaban deconstruir con estas iniciativas de sensibilización popular, delineadas desde el Estado bajo los parámetros internacionales, también responde a la capacidad de agencia de actores societales locales. Según la autora, José Cibeira, médico y director del Instituto de Rehabilitación del Lisiado, fue uno de los principales precursores de las actividades deportivas en el campo de la rehabilitación, convencido de que su promoción y difusión constituían medios insustituibles para deconstruir en el imaginario popular la pasividad y el asistencialismo asociados al déficit corporal. Las primeras delegaciones argentinas de atletas paralímpicos nacieron en el Departamento de Recreación y Deporte de la Asociación Cooperadora, que se creó en 1961 en la institución a su cargo. El destacado desempeño de estos jóvenes en eventos de alcance mundial ganó centralidad en los principales diarios y periódicos de la época, interés que poco a poco se fue desvaneciendo. Para el ocaso de la década, fueron las publicaciones de las organizaciones civiles afines y los propios deportistas los que lograron instalar un estereotipo de la discapacidad ligado a la estética juvenil, de personalidades alegres y con una disminución física casi imperceptible y que, además del rendimiento deportivo visible en las múltiples medallas ganadas, habían logrado insertarse en el mundo académico y en el mercado laboral. En estas “luchas simbólicas”, la meritocracia y la proximidad al cuerpo “capaz” operaron como variables en favor de “la definición del cuerpo discapacitado legítimo y del deporte adaptado legítimo” (Ferrante, 2012, p. 1). Una de las figuras más representativas fue la atleta argentina paralímpica Silvia Cochetti. Su destacada

actuación en los juegos de Tokio en 1964 resonó en la prensa gráfica local, acentuada por su atractivo físico y su simpatía (Sólans & Ferrante, 2019).

La RES también validó las características de aquel nuevo estereotipo sobre la discapacidad. Silvia fue protagonista de una nota de media plana que reseñaba su historia de vida y su presente como estudiante de la carrera de Filosofía y Letras. Una fotografía con las cinco medallas ganadas en Tokio entre sus manos acreditaba su talento deportivo, su belleza juvenil y las marcas invisibles de una poliomielitis infantil (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1964i). También fue noticia por su participación en los torneos locales de deportes adaptados en 1965 (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1965b).

La difusión de parámetros comparativos sobre productividad fue otro elemento vinculado a la deconstrucción de estereotipos sobre la invalidez laboral. En la RES fue explícita la intencionalidad de modelar cierto resquemor social respecto a la posición de muchas empresas que “prefieren, al parecer, participar en el financiamiento de pensiones de [sic] invalidez y en el sostenimiento de instituciones para impedidos a realizar un esfuerzo para colocar a esos enfermos en su empresa” (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1964f). Esas cargas peyorativas sobre la reubicación laboral de trabajadores rehabilitados como “impedidos” y “enfermos” expresaba, como se señaló en la introducción, las tensiones y contradicciones en torno a una concepción moderna, pero aún estigmatizante, sobre la discapacidad.

En esa dirección, las estadísticas señalaban que los obreros con enfermedades cardiovasculares, respiratorias o con discapacidad motriz parcial aplicaban idénticas tasas de ausentismo, rendimiento y accidentes que los trabajadores “sanos”. Así pues, los avances de la medicina rehabilitante y sus notables ventajas cuantitativas resultaban argumentos irrefutables para exigir a los sectores patronales el apuntalamiento de las condiciones de seguridad laboral, la reinserción precoz y la reubicación ocupacional de los empleados rehabilitados (Dirección de Educación Sanitaria y Social, 1961c; 1961e; 1961f; 1963c; 1964f). Estos habían sido algunos de los ejes de debate del *III Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado* (1959), concluyente en la necesidad de reformar la Ley de Accidentes del Trabajo de 1915. Una nueva norma podría penalizar el incumplimiento de las medidas de seguridad laboral, garantizar la cobertura médica total de las terapias rehabilitadoras sin límite temporal y regular la reubicación ocupacional en los casos donde la discapacidad instalada fuera parcial, pero funcional en tareas de menor exigencia (Govi, 1963). Demandas que, avaladas por el gobierno peronista en su *Segundo Plan Quinquenal*, habían quedado truncas tras el Golpe de Estado de 1955.

Conclusiones

Durante la década de 1960, la DESSN fue promotora local de las recomendaciones técnicas de la OIT y la OMS, destinadas a estimular, conservar y restaurar la capacidad de los estratos populares y medios como productores y consumidores activos en el mercado. Según esas narrativas internacionales, la instrumentación de políticas educativas y asistenciales destinadas a prevenir y a rehabilitar las discapacidades resultaba una inversión estatal rentable por sus réditos macroeconómicos.

Una estrategia central de la repartición fue la difusión de los saberes y las prácticas del nuevo paradigma rehabilitante a través de su publicación oficial, la RES, destinada tanto para personal técnico como para públicos no académicos. Dichas temáticas y problemáticas sanitarias se organizaron en torno a tres ejes.

El primero fue la prevención de los accidentes laborales, domésticos y viales, con el propósito de reducir su impacto inmediato en el bolsillo de los empleadores y de evitar mayores cargas previsionales y demandas sanitarias a largo plazo. No se trató de un aspecto novedoso, ya que habían sido contemplados como causales de “invalidez” por el gobierno peronista (Ramacciotti & Testa, 2016). Sin embargo, durante la gestión de Carrillo, las campañas desplegadas por la Dirección de Cultura Sanitaria para prevenir accidentes sólo se circunscribieron a los ambientes laborales (Ramacciotti, 2009). Es por ello que la difusión popular de medidas para evitar infortunios en el hogar y en la vía pública durante los años sesenta fue una línea de intervención educativo-sanitaria que los funcionarios de la DESSN instrumentaron por primera vez dentro de la agenda estatal.

En un contexto político e institucional local especialmente receptivo a los procesos de legitimación internacional de las “intervenciones con ‘prefijo re’” (Testa, 2019, pág. 93) y del nuevo paradigma de salud mental (Plotkin, 2003), el segundo eje fue la divulgación de los beneficios de las modernas terapias rehabilitantes. La publicación de estos contenidos en la RES tuvo por finalidad validar entre el público lector las oportunas y exitosas intervenciones estatales en la recuperación física, social y productiva de personas con discapacidades motrices, sensoriales y mentales. Pues prevenir, diagnosticar y asistir precozmente estas dolencias tributaba en favor de los procesos de modernización societaria y de desarrollo económico nacional.

Estrechamente vinculado a estos discursos y prácticas, el tercer eje fue la sensibilización popular y patronal sobre los pacientes rehabilitados como nuevos candidatos laborales y la necesidad de impulsar reformas legislativas que acompañaran a esa nueva percepción social.

El equipo editorial de la RES apeló a tres estrategias. Por un lado, se publicaron reseñas sobre el originario espíritu altruista de las asociaciones privadas que por entonces ya funcionaban como prestadores estatales en el tratamiento de condiciones “invalidantes”, puntualizando en su labor social como promotores de una percepción positiva sobre las discapacidades. Por otro lado, invocaron al relato de experiencias de vida que reivindicaban la resiliencia y el porvenir económico de los “rehabilitados”. Por último, incluyeron registros estadísticos que garantizaban la similitud del rendimiento laboral entre trabajadores “sanos” y “recuperados”. Esos guarismos pretendían demostrar a la sociedad y especialmente a los sectores empresariales la mayor rentabilidad que ofrecía pagar salarios, antes que financiar instituciones benéficas que abrigan a “minusválidos” o pensiones por discapacidad.

El análisis documental fue concluyente respecto a dos cuestiones. En primer lugar, los fundamentos científicos que pretendían redimensionar el concepto de “invalididad” laboral por el de “residualidad” laboral reposaron sobre la percepción masculinizada de una problemática con implicancias sanitarias y económicas a largo plazo.

En segundo lugar, en diálogo con las producciones académicas que abordaron los orígenes y el desarrollo de políticas estatales destinadas a la atención de las discapacidades, este trabajo corrobora el predominio de continuidades respecto a la protección de los derechos de los trabajadores accidentados y a la tutela estatal universal en la atención de afecciones discapacitantes, pues las innovaciones que se promocionaron bajo las retóricas desarrollistas retomaron y expandieron la agenda y las iniciativas institucionales heredadas del gobierno peronista. En efecto, la prevención, la detección y la rehabilitación de las afecciones motrices, sensoriales, cardiopáticas, respiratorias y mentales en la agenda educativo-sanitaria de la DESSN recrearon la taxonomía plasmada en el *Plan Analítico de Salud Pública* (1946-1952) y en el *Segundo Plan Quinquenal* (1952-1958), precedentes a lo recomendado por la OIT y la OMS en sus informes técnicos de 1955 y 1958, respectivamente. A través de la pletórica desarrollista, se retomaron los reclamos del gobierno peronista por una reforma legislativa que penalizara el incumplimiento de las condiciones de seguridad laboral, que estableciera la cobertura de las terapias rehabilitadoras sin límite temporal y que regulara la obligatoriedad patronal de reubicar a los trabajadores con discapacidades parciales.

Referencias

AGOSTONI, C. 2015. Control, contención y educación higiénica en las campañas de vacunación contra la viruela en México durante la década de 1940. *História da Ciência Saúde – Manguinhos*,

22(2):355-370.

- AGOSTONI, C. 2018. *Curar, sanar y educar: Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX, México*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 340 p.
- ANTONUCCIO, O. 1964. Primeros auxilios en el campamento. *Revista Educador Sanitario*, (14-15):12.
- ARMUS, D. 2010. El descubrimiento de la enfermedad como problema social. In: M. LOBATO (dir.), *El progreso, la modernización y sus límites*. Buenos Aires, Sudamericana, p. 507-551.
- BANZAS, T. 1962. Los accidentes infantiles: Un problema de salud pública. *Revista Educador Sanitario*, (6):12-13.
- BANZAS, T. 1963. Envenenamientos en la infancia. ¡Un peligro permanente!. *Revista Educador Sanitario*, (12-13):12-13.
- BASUALDO, G. 1961. La experiencia propia y la ajena... *Revista Educador Sanitario* (2):25.
- BASUALDO, G. 1961. Poliomiélitis: No todo se pierde, tengo mi futuro. *Revista Educador Sanitario*, (3):12-13.
- BIERNAT, C.; RAMACCIOTTI, K.; RAYEZ, F. 2018. La capacitación en salud pública en la Argentina entre 1900-1960. *História Unisinos*, 22(4):637-650.
- BIOCCA, S. 1960. Grave problema colectivo: Los accidentes. *Revista Educador Sanitario*, (1):21.
- BIOCCA, S. 1964. Educación profesional y popular en la lucha contra el cáncer. *Revista Educador Sanitario*, (14-15):6-7.
- BREGAIN, G. 2018. Los debates públicos para sustituir el calificativo ‘inválido’ (Argentina y España, de 1930 a 1970). In: S. CARRARO (ed.), *Alter-habilis: Percezione della disabilità nei popoli*. Verona, Alteritas, p. 65-87.
- CANDAU, M. 1961. Enfermedades y salud mental en el mundo de hoy. *Revista Educador Sanitario*, (2):28.
- CHIMENTO, F.; DOMES, E. 1964. Tabla de antidotos para el hogar. *Revista Educador Sanitario*, (14-15):9.
- CIBEIRA, J. 1964. Rehabilitación: filosofía y especialidad física. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):3-4.
- CUETO, M. 2015. La ‘cultura de la sobrevivencia’ y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22(1):255-273.
- CUTLER, R. 1961. Estadísticas de accidentes del trabajo. *Revista Educador Sanitario*, (6):7.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1960a. Atención de los accidentados. *Revista Educador Sanitario*, (1):20.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1960b. Eso que llaman corazón: Trabajo y enfermedades cardíacas. *Revista Educador Sanitario*, (1):12.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL. 1960c. La salud en el trabajo. *Revista Educador Sanitario*, (1):22.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961a. ¡Cuidado con los venenos!. *Revista Educador Sanitario*, (3):31.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961b. ¿Qué es un accidente? *Revista Educador Sanitario*, (3):18.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961c. En el trabajo: por qué ocurre un accidente. *Revista Educador Sanitario*, (3):16-17.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961d. La salud en el hogar: El peligro eléctrico. *Revista Educador Sanitario*, (4-5):19.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961e.

- La salud en el trabajo: Defensa de un tesoro. *Revista Educador Sanitario*, (2):28.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961f. La salud en el trabajo: La vida no se reemplaza. *Revista Educador Sanitario*, (3):24.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961h. Lepra: La esperanza sonríe. *Revista Educador Sanitario*, (3):29.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961i. Los accidentes no son accidentales: El peligro en la vida de los niños. *Revista Educador Sanitario*, (3):16-17.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1961j. Rehabilitación y ayuda al no vidente. *Revista Educador Sanitario*, (4-5):11.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1962a. Campaña Sanitaria Tipo. Hoy: quemaduras. *Revista Educador Sanitario*, (9):3-4.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1962b. El mundo artificial de la bebida: Alcoholismo. *Revista Educador Sanitario*, (7-8):18.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1962c. El sueño, algo tan importante. *Revista Educador Sanitario*, (7-8):19.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1962d. En accidentes, hablemos de seguridad, concepto que golpea las puertas de la responsabilidad. *Revista Educador Sanitario*, (6):1.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1962e. La prevención del peligro. *Revista Educador Sanitario*, (6):5-6.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1962f. Los accidentes son más mortíferos que las enfermedades infecciosas. *Revista Educador Sanitario*, (6):12.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1962g. Poliomielitis: Esperanza y fé. *Revista Educador Sanitario*, (9):12.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1963a. ¿Qué es el alcoholismo? *Revista Educador Sanitario*, (12-13):15.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1963b. Cuando hay sensibilidad. *Revista Educador Sanitario*, (12-13):14.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1963c. Seguridad en el trabajo. *Revista Educador Sanitario*, (12-13):11.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964a. ¡Atención! *Revista Educador Sanitario*, (14-15):29.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964b. Ahora realidad: la lepra puede curarse. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):28.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964c. El niño frente al lisiado: Crónica de una notable experiencia de educación comunitaria. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):15-17.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964d. La salud mental en América Latina. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):14.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964e. Peligro en acecho. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):22-23.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964f. Principios de rehabilitación aplicables en las enfermedades cardiovasculares. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):9-10.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964g. Rehabilitación de los enfermos mentales. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):11.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964h. Salud del niño institucionalizado. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):12-13.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964i. Silvia Cochetti, rehabilitada. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):14.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964j. Valorar siempre por la capacidad residual; jamás hacerlo por las secuelas invalidantes. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):1.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1964k. Viajes de estudio. *Revista Educador Sanitario* (16-17): 31.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1965a. El automóvil y Usted... *Revista Educador Sanitario*, (19-20):28-29.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1965b. Rehabilitación concluyente: Torneo deportivo paralímpico. *Revista Educador Sanitario*, (18):24-25.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1966. ¿Qué entendemos por enfermedades coronarias? *Revista Educador Sanitario*, (23-24):13.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1967a. Cálculos autorizados aseguran que en nuestro país es mayor la cantidad de accidentes que ocurren en el hogar que cuantos se producen en la calle. *Revista Educador Sanitario*, (27-28):33.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1967b. CRUSAMEN: cruzada de salud mental a cargo de voluntarias. *Revista Educador Sanitario*, (27-28):24-25.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1967c. El niño y los accidentes. *Revista Educador Sanitario*, (25):4-6.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1967d. Masaje cardíaco. Respiración boca a boca. *Revista Educador Sanitario*, (27-28):26-27.
- DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SOCIAL 1967e. Respiración boca a boca. *Revista Educador Sanitario*, (25):16-17.
- FERRANTE, C. 2012. Luchas simbólicas en la definición del cuerpo discapacitado legítimo en el origen e institucionalización del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (1950-1976). *Revista Latinoamericana sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(9):38-51.
- FERRANTE, C.; VENTURIELLO, M. P. 2014. El aporte de las nociones de cuerpo y experiencia para la comprensión de la "discapacidad" como asunto político. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2):45-59.
- FIOL PERERA, H. 1964. Orientación actual de un programa de lucha antileprosa. *Revista Educador Sanitario*, (14-15):24-25.
- GOMES, G. 2016. *La política social de los regímenes dictatoriales en Argentina y Chile, 1960-1970*. Buenos Aires/La Plata, Universidad Nacional de General Sarmiento/Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 225 p.
- GOVI, J. 1963. Rehabilitación de los accidentados del trabajo. *Revista Educador Sanitario*, (10-11):16-18.
- GUDIÑO CEJUDO, M. R. 2016. *Educación higiénica y cine de salud en México, 1925-1960*. Ciudad de México, El Colegio de México, 256 p.
- GUIMARÃES, M. C. et al. 2010. Educação sanitária em 16mm: memória audiovisual do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. *Interface (Botucatu)*, 14(32):23-34.
- HRDALO, E. 1962. Etiología de los traumatismos en los accidentes del trabajo. *Revista Educador Sanitario*, (6):8-9.
- JOLY, E. 2008. Discapacidad y empleo: Por el derecho a ser explotados. *Le Monde Diplomatique*, p. 1-8.

- LASSER, T. 1964. Yo sufrí la extirpación de un seno. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):19.
- MASSOLO, E. 1964d. Rehabilitación del individuo en edad evolutiva. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):8.
- NÚÑEZ MALNERO, A. 1963. Perturbaciones emotivas y mentales por defectos físicos. *Revista Educador Sanitario*, (12-13):20-21.
- NÚÑEZ MALNERO, A. 1967. El asesino en potencia. *Revista Educador Sanitario*, (25):10-11.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 1955. Recomendación 99 sobre la adaptación y readaptación profesionales de los inválidos. In: XXXVIII Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1958. *Comité de Expertos en Rehabilitación Médica: Primer Informe*. Serie de Informes Técnicos N° 158, Ginebra.
- PANTANO, L. 2007. La palabra "discapacidad" como término abarcativo: Observaciones y comentarios sobre su uso. *Cuestiones Sociales y Económicas*, (9):105-126.
- PESSI, M. S. 2010. Tabú y publicidad: El titular en avisos publicitarios gráficos de productos para el período menstrual (1930-1955). *Tonos Digital*, 19:1-27.
- PIMENTA ROCHA, H. H. 2005. A educação sanitária como profissão feminina. *Cadernos Pagu*, 24(1):69-104.
- PLOTKIN, M. 2003. *Freud en las pampas: Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires, Sudamericana, 352 p.
- RAMACCIOTTI, K.; REYNA, C. 2022. La educación sanitaria en Argentina: de la higiene persuasiva a una política estatal modernizadora (1920-1970). In: R. DOS SANTOS BATISTA; A. MOTA; A. ECAR (comp.), *Historia de la Educación Sanitaria en América Latina*. Universidad de San Pablo. p. 205-222.
- RAMACCIOTTI, K. 2009. *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires, Biblos, 187 p.
- RAMACCIOTTI, K. 2014. Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. *Ciencias de la Salud*, 12(1):89-109.
- RAMACCIOTTI, K.; MADDALENA, P. 2019. ¿Mejor prevenir que indemnizar? Los accidentes de trabajo en Argentina, 1915-1955. *Dynamis*, 39(2):311-334.
- RAMACCIOTTI, K., TESTA, D. 2016. 'Reeducar inválidos es un problema caro': La rehabilitación laboral y la reinserción social (Argentina 1915-1960). *Estudios Sociales*, (50):171-199.
- REYNA, C. 2016. La profesionalización de la educación sanitaria en la Argentina de los años sesenta: influencias internacionales, circuitos académicos y núcleos de formación técnica. *Avances del Cesor*, 13(15):181-201.
- REYNA, C. 2018. Educación para la salud: horizontes y estrategias recurrentes en Argentina (1970-1980). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)*, 22(67):1053-1064. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/icsce/a/skK5w5Rf37jXZ5vKRxnkH-4t/?lang=es#>. Acceso en: 01/12/2021.
- REYNA, C. 2021. *Educación sanitaria, cambio y desarrollo: agencias internacionales y actores locales en la consolidación de una política estatal de prevención (Argentina, 1960-1970)*. Cba. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, 334 p.
- RODRÍGUEZ CASTELLS, H. 1961. La tuberculosis en la República Argentina: Problema actual. *Revista Educador Sanitario*, (4-5):4.
- RUSSO, R. 1967. El automóvil y el niño. *Revista Educador Sanitario*, (27-28):28.
- SABORIDO, W. 1962. Represión de la embriaguez en el volante. *Revista Educador Sanitario*, (6):4-5.
- SCRIBANO, A. 2009. Una periodización intempestiva de las políticas de los cuerpos y las emociones en la Argentina reciente. *Boletín Onteaiken*, (7), mayo. Disponible en: [http://onteaiken.com.ar/ver/boletin7%20\(1\)/1-1.pdf](http://onteaiken.com.ar/ver/boletin7%20(1)/1-1.pdf). Acceso en: 28/11/2021.
- SOLANS, A. P.; FERRANTE, C. 2019. Mujeres que trascienden: el caso del deporte paralímpico argentino. In: A. L. MARTÍN; G. QUEIROLO; K. RAMACCIOTTI (coord.), *Mujeres, saberes y profesiones: un recorrido desde las ciencias sociales*. Buenos Aires, Biblos, p. 91-105.
- SORRENTINO, J. 1962. Educación sanitaria y psicoprofilaxis venérea. *Revista Educador Sanitario*, (6):21-22.
- SORRENTINO, J. 1964. La psicoprofilaxis antivenérea en la educación sanitaria. *Revista Educador Sanitario*, (14-15):25.
- TARSITANO, R. 1968. Comunicación y cambio a través del servicio social. *Revista Educador Sanitario*, (29-30):39-40.
- TESONE, J. 1964. Rehabilitación. Conceptos generales. *Revista Educador Sanitario*, (16-17):5-6.
- TESTA, D. 2019. Cuando cien años no son nada: feminización y terapia ocupacional. In: A. L. MARTÍN; G. QUEIROLO; K. RAMACCIOTTI (coord.), *Mujeres, saberes y profesiones: un recorrido desde las ciencias sociales*. Buenos Aires, Biblos, p. 107-119.
- VILLEGAS VIDELA, A. 1962. Quemaduras domésticas-causas y profilaxis. *Revista Educador Sanitario*, (9):4-6.

Submetido em: 01/12/2021

Aceito em: 10/02/2022