



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ALEJANDRO GUAJARDO CÓRDOBA

**LA CONSTITUCIÓN HISTÓRICO SOCIAL DE LA
TERAPIA OCUPACIONAL EN CHILE (1950-1973)**

SÃO CARLOS -SP
2025

ALEJANDRO GUAJARDO CÓRDOBA

**LA CONSTITUCIÓN HISTÓRICO SOCIAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN
CHILE (1950-1973)**

Texto presentado al Programa de
Posgrado en Terapia Ocupacional,
como parte obligatoria de los requisi-
tos para obtener el título de Doctor en
Terapia Ocupacional por la Universi-
dad Federal de São Carlos – UFSCar.
Orientación: Profesora Dra. Ana
Paula Serrata Malfitano

São Carlos, SP, Brasil, 2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Folha de aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado do candidato Alejandro Guajardo Cordoba, realizada em 17/12/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano (UFSCar)

Prof. Dr. Mario Fernando Garcés Durán (Usach)

Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes (UFSCar)

Profa. Dra. Sandra Maria Galheigo (USP)

Profa. Dra. Mariela Nabergoi (UBA)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

AGRADECIMIENTOS

A Mónica, Ignacio y Pablo, quienes, con su afecto, apoyo y conversaciones, me acompañaron para llegar a este momento.

A Ana Paula Malfitano, que me guio y orientó con confianza en esta nueva experiencia académica.

Al Programa de Doctorado en Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de San Carlos, por su acogida y flexibilidad para cursar los estudios de doctorado.

Al profesor Mario Garcés, por su disposición a conversar de modo abierto, generoso y transparente desde la disciplina histórica con la terapia ocupacional.

Al equipo de la Escuela de Terapia Ocupacional y equipo del Decanato de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de Santiago de Chile, por facilitar el desarrollo de mis estudios.

RESUMEN

La presente investigación aborda desde una perspectiva crítica y situada, orientada desde la historia social, el tema de las condiciones políticas, económicas y sociales que dan cuenta del surgimiento de la Terapia Ocupacional en Chile. Se asume una posición de ruptura con la historia oficial hegemónica y dominante, de orden anglosajón, cuyo carácter apunta a un registro de hechos objetivos, más bien monumentalista, donde lo político y lo social asoma de manera descriptiva y parcial. El objetivo fue analizar los procesos sociales, económicos y políticos históricos que dan cuenta del devenir histórico de la terapia ocupacional, en el periodo de 1950 a 1973 y pretende generar aperturas a historias otras que han quedado subalternizadas por la historia dominante y aperturas de memoria e identidad desde nuestra región de América del Sur. La metodología es de orden cualitativo que implica la revisión documental de fuentes tanto de Chile como del extranjero, en aspectos políticos, económicos y sociales generales, de política sanitaria y de terapia ocupacional. Se establecen 3 dimensiones de análisis: General, referida a la situación global internacional; Particular, a aspectos regionales y; Específica, a procesos en Chile. El periodo seleccionado es escenario de condiciones globales post Segunda Guerra Mundial que, en el marco de la Guerra Fría, generan estrategias de cooperación internacional a regiones periféricas a fin de adherirlas al proyecto capitalista modernizador y de industrialización promovido por Estados Unidos de América, particularmente por el panamericanismo y la Alianza para el Progreso. Los resultados indican a que la terapia ocupacional en Chile es consecuencia de la necesidad de resolver aspectos sustantivos de la sociedad chilena en temas como salud y rehabilitación. La cooperación internacional para el desarrollo económico asociado al desarrollo social era el camino para la nueva fase del capitalismo modernizador en el país. Se concluye que la terapia ocupacional ocupa desde el Estado una fuerte vinculación con la cuestión social, introduciéndose como tecnología social de intervención, introduciendo epistemologías propias del mundo anglosajón y construyendo una memoria histórica de la disciplina de carácter técnico donde lo político, económico y social queda diluido.

Palabras claves: terapia ocupacional, historia social, crítica, descolonialidad

RESUMO

A presente pesquisa aborda, a partir de uma perspectiva crítica e situada, orientada pela história social, o tema das condições políticas, econômicas e sociais que explicam o surgimento da Terapia Ocupacional no Chile. Assume-se uma posição de ruptura em relação à história oficial hegemônica e dominante, de matriz anglo-saxônica, cujo caráter tende a um registro de fatos objetivos, de natureza monumentalista, no qual o político e o social aparecem de forma descritiva e parcial. O objetivo foi analisar os processos históricos, sociais, econômicos e políticos que configuram o devir histórico da terapia ocupacional no período de 1950 a 1973, buscando gerar aberturas para outras histórias que permaneceram subalternizadas pela história dominante e para novas possibilidades de memória e identidade desde a região sul-americana. A metodologia é de caráter qualitativo e envolve a revisão documental de fontes nacionais e estrangeiras sobre aspectos políticos, econômicos e sociais gerais, política sanitária e terapia ocupacional. Estabelecem-se três dimensões de análise: a geral, referente à situação global internacional; a particular, relativa a aspectos regionais; e a específica, vinculada aos processos chilenos. O período selecionado corresponde a um cenário de condições globais pós-Segunda Guerra Mundial que, no contexto da Guerra Fria, geraram estratégias de cooperação internacional voltadas às regiões periféricas, com o objetivo de incorporá-las ao projeto capitalista modernizador e industrial promovido pelos Estados Unidos da América, especialmente por meio do Pan-americanismo e da Aliança para o Progresso. Os resultados indicam que a terapia ocupacional no Chile é consequência da necessidade de resolver questões estruturais da sociedade chilena, em temas como saúde e reabilitação. A cooperação internacional para o desenvolvimento econômico associado ao desenvolvimento social constituiu-se como o caminho para a nova fase do capitalismo modernizador no país. Conclui-se que a terapia ocupacional foi incorporada pelo Estado como uma tecnologia social de intervenção, introduzindo epistemologias de origem anglo-saxônica e construindo uma memória histórica da disciplina de caráter técnico, na qual o político, o econômico e o social permanecem diluídos.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, História Social, Crítica, Decolonialidade

ABSTRACT

This research approaches, from a critical and situated perspective grounded in social history, the theme of the political, economic, and social conditions that account for the emergence of Occupational Therapy in Chile. It adopts a position of rupture with the official hegemonic and dominant history, of Anglo-Saxon origin, characterized by a record of objective facts and a monumental approach in which the political and the social appear in a merely descriptive and partial way. The objective was to analyze the historical, social, economic, and political processes that shape the historical development of occupational therapy between 1950 and 1973, seeking to open pathways to other histories that have remained subalternized by the dominant narrative, and to foster new spaces of memory and identity from the South American region. The methodology is qualitative in nature and involves documentary review of both national and international sources concerning political, economic, and social aspects, health policy, and occupational therapy. Three analytical dimensions were established: the general, referring to the global international context; the particular, linked to regional aspects; and the specific, corresponding to Chilean processes. The selected period represents a global post–World War II scenario in which, within the framework of the Cold War, international cooperation strategies were developed for peripheral regions in order to integrate them into the capitalist modernization and industrialization project promoted by the United States of America, particularly through Pan-Americanism and the Alliance for Progress. The results indicate that occupational therapy in Chile emerged as a response to the need to address structural issues of Chilean society in areas such as health and rehabilitation. International cooperation for economic development associated with social progress became the main path for the new phase of capitalist modernization in the country. It is concluded that occupational therapy was incorporated by State as a social technology of intervention, introducing Anglo-Saxon epistemologies and constructing a technical historical memory of the discipline in which the political, economic, and social dimensions are diluted.

Keywords: Occupational Therapy, Social History, Critique, Decoloniality

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Resumen financiero OPS para las Américas.....	99
Ilustración 2: Memoria del Consejo Nacional de Rehabilitación del Lisiado.....	105 - 107
Ilustración 3: Asesoramientos para la formación de TO, ENTO.....	121
Ilustración 4: Carta Universidad de Chile.....	122
Ilustración 5: Carta Director OPS Chile	123
Ilustración 6: Informe final visita centros SNS 1964.....	125
Ilustración 7: Oficio creación de cargos de Terapia ocupacional.....	127
Ilustración 8: Archivo Nacional Ministerio de Salud.....	128
Ilustración 9: Contrato de cargo de Terapia Ocupacional.....	129
Ilustración 10: Contrato de cargo de Terapia Ocupacional.....	129
Ilustración 11: Norma de funcionamiento Servicio de Medicina y Rehabilitación.....	130
Ilustración 12: Norma de funcionamiento Servicio de Medicina y Rehabilitación.....	130
Ilustración 13: Norma de funcionamiento Servicio de Medicina y Rehabilitación.....	131
Ilustración 14: Informe de la Facultad de Medicina U. de Chile.....	134
Ilustración 15: Carta de la WFOT.....	136
Ilustración 16: Carta programa docente de Terapia Ocupacional a WFOT.....	137
Ilustración 17: Normas para la creación programa educativo WFOT.....	138
Ilustración 18: Normas para la creación programa educativo WFOT.....	139
Ilustración 19: Definición y campo de trabajo de la Terapia Ocupacional.....	142
Ilustración 20: Documento Medicina Física y Rehabilitación.....	146
Ilustración 21: Informe Primera Convención de TO.....	148-149

LISTA DE SIGLAS

AOTA - Asociación Americana de Terapia Ocupacional
ANTOCH - Asociación Nacional de Terapeutas Ocupacionales de Chile
ALADI - Asociación Latinoamericana de Integración
ALALC - Asociación Latinoamericana de Libre Comercio
AP - Alianza para el Progreso
BID - Banco Interamericano de Desarrollo
CUT – Central Unitaria de Trabajadores
CEPAL - Consejo Económico para América Latina
CNRL – Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, Argentina
CORFO- Corporación de Fomento de la Producción
ENTO - Escuela Nacional de Terapia Ocupacional
EUA - Estados Unidos de América
FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura
FFAA - Fuerzas Armadas
OEA - Organización de Estados Americanos
OIT - Organización Internacional del Trabajo
OMS - Organización Mundial de la Salud
ONG – Organizaciones No Gubernamentales
OPS - Organización Panamericana de la Salud
PNUD – Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SNS - Servicio Nacional de la Salud
TO – Terapia Ocupacional
RHC - Reconstrucción Colectiva de la Historia
UNESCO - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, de la Ciencia y la Cultura
UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UTE - Universidad Técnica del Estado
WFOT - Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
2. LO TEÓRICO	38
2.1. HISTORIA SOCIAL	38
2.2. HISTORIA Y MEMORIA	41
2.3. HISTORIOGRAFÍA EN CHILE	44
2.4. UNA MIRADA DESCOLONIAL DE LA HISTORIA	48
2.4.1. La dimensión histórica de la colonialidad del poder	49
2.4.2. La dependencia y la subalternidad como elemento constitutivo de las sociedades nacionales del Sur Global	54
3. LO METODOLÓGICO.....	63
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.2. TIPO DE ESTUDIO	64
3.3. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN.....	66
3.4. DISEÑO MUESTRAL.....	66
3.5. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	82
4. RESULTADOS.....	84
4.1. DIMENSIÓN GENERAL.....	84
4.1.1. Periodo post segunda guerra mundial	85
4.1.2. La Región de las Américas: La Alianza para el Progreso.....	88
4.2. DIMENSIÓN PARTICULAR	95
4.2.1. El panamericanismo	95
4.2.2. El desarrollismo.....	96
4.2.3. Asistencia técnica y asesoría de expertos (as) internacionales	101
4.2.4. Vinculación entre asistencia técnico-económica y militar	111
4.3. DIMENSIÓN ESPECÍFICA.....	112
4.3.1. Apuntes sobre el contexto.....	112
4.3.2. La terapia ocupacional y su materialización como profesión	119
5. ANÁLISIS.....	151
5.1. EL LUGAR SOCIAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN SU ORIGEN EN CHILE	151
5.2. LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO TECNOLOGÍA SOCIAL	154
5.3. PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CONTEXTO DEL CONFLICTO SOCIAL	157
5.4. HISTORIA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y MEMORIA	159
5.5. TERAPIA OCUPACIONAL COMO HISTORIA DEL TIEMPO PRESENTE	161
CONCLUSIONES.....	163
REFERENCIAS	166

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarcó en la línea de Redes Sociales y Vulnerabilidades del Programa de Posgrado en Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos (PPGTO-UFSCar) y establece un diálogo teórico reflexivo en interface con el campo de las Ciencias Sociales y la Historia considerando una perspectiva de terapias ocupacionales críticas de orientación Sur. En este contexto, fue relevante el aporte de dicha perspectiva para profundizar en el análisis de los elementos histórico-sociales que constituyeron la profesión, en tanto oficio y dispositivo social institucionalizado en el ámbito de la intervención social, investigación y gestión en Latinoamérica, centrando este estudio en particular, en aquello que se ha constituido en los estudios historiográficos del oficio.

La producción historiográfica en terapia ocupacional, aunque creciente en los últimos años, aún ocupa un espacio secundario en la investigaciones y reflexiones entre la comunidad de terapia ocupacional en Chile. En una revisión que se realizó se reconoció 15 trabajos en 60 años que pueden adscribirse parcial o más plenamente a escritos historiográficos, mezclándose la historia de programas formativos con historias del oficio en general¹. Los trabajos escriturales al respecto son espaciados y muy vinculados, como se señala, a la historia de programas académicos y de formación universitaria, cuya característica central es que adoptan un posicionamiento historiográfico descriptivo (GÓMEZ & RUEDA, 2002), con centralidad en fechas, acontecimientos y personajes específicos, asumiendo un relato de carácter lineal, con

¹ De la revisión realizada, se reconoce en los 60 años de la profesión los siguientes trabajos: Cuaderno de Terapia Ocupacional (Gómez, 1994); Bases para el desarrollo de la Ciencia de la Ocupación, (Gómez & Rueda 2002; La formación de terapeutas ocupacionales en la Universidad de Playa Ancha, (Goudeau & Silva, 2010); Hacia las prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional: desde una mirada sociohistórica en Chile, (Oyarzún et al., 2009); Antecedentes, creación y desarrollo de la terapia ocupacional en Chile (Gómez, 2012); Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile: Aporte para una historia posible (Escobar Sepúlveda, 2013); Gubernamentalidad y biopolítica: una aproximación con los saberes y prácticas históricas de la terapia ocupacional en Chile (Herrera & Valderrama, 2013); Una visión crítica a la relación entre las condiciones sociopolíticas y los saberes y prácticas de la terapia ocupacional: la situación de Chile, (Herrera, Valderrama, 2014); Silvia Gómez Lillo y cincuenta años de la terapia ocupacional en Chile (Morrison et al., 2016); Un legado que trasciende generaciones: Reconociendo a una de las pioneras de la terapia ocupacional en Chile; Brígida Flores (Urzúa & Morrison, 2020); Cincuenta años de la Terapia Ocupacional en Chile (Caro-Vines et al., 2020); Reflexiones en torno a los 50 años de la terapia ocupacional en Chile (Guajardo, 2020); Reflexiones sobre la producción historiográfica de la terapia ocupacional (Guajardo, 2024); Análisis de la historia de la terapia ocupacional en Chile desde una perspectiva decolonial del saber (Herrera y Valderrama, 2024).

excepción de algunos escritos que se posicionan desde una lectura crítica. La historia construida en la mayoría de las publicaciones es un devenir de la historia internacional y de los centros dominantes de la terapia ocupacional, en particular, de Estados Unidos de América (GÓMEZ, 1994).

En este contexto, la presente investigación se orientó a la construcción de una historiografía de la Terapia Ocupacional en Chile, desde un posicionamiento teórico crítico, con sentido Sur y con el horizonte de la historia social, con el propósito de abrir posibilidades a historias otras que han quedado subalternizadas por la historia oficial global del oficio. En esta dirección, se planteó una reflexión de como se ha construido y producido la historiografía dominante y que ha reverberado en la terapia ocupacional del país.

Este horizonte de sentido crítico hacia la terapia ocupacional y, en este caso en particular su historiografía, deviene de prácticas de largos años en el campo de los derechos humanos y el terrorismo de Estado en Chile, lo que generó un basamento de ruptura con las premisas teóricas y prácticas de la formación anglosajona con la cual me formé profesionalmente y, que posteriormente, también se manifestó en la fractura de posicionamientos en el campos de la salud mental y las lecturas funcionalistas biomédicas del quehacer en la terapia ocupacional. La mirada crítica situada ha transitado en mi labor académica como docente, investigador, director de programa de grado y post grados, actualmente como decano en una universidad pública, situado en todo este proceso en una comprensión histórico social de la sociedad, los sujetos y las profesiones. Desde este lugar, una dimensión relevante lo constituye la historia del oficio en el entramado procesos del país y la región y el relato historiográfico que se ha producido en este derrotero.

Para ello, se pone en cuestión la posición neutral de los relatos históricos, la ausencia de lo político, económico y cultural como el basamento en el cual se produce la profesión tomando un curso endogámico de la disciplina (BOURDIEU, 2003). Por el contrario, la investigación que se realizó dispone de un carácter ético político en su hacer, asumiendo que la historia es una praxis social, que ella es constitutiva de la vida humana y que la producción de las disciplinas deviene de proyectos sociales concretos, que en nuestro caso corresponde a la sociedad moderna occidental noreurocéntrica, a la promoción de procesos de industrialización de la región de las Américas y, en particular en Chile, a la formación del Estado Liberal Democrático, Asistencial, Benefactor y sus procesos de modernización capitalista.

El estudio se centró en analizar los procesos sociales, económicos y políticos históricos que dan cuenta del devenir de la terapia ocupacional, considerando el periodo de 1950 y 1973. Se seleccionó este espacio temporal pues se dan las condiciones de posibilidad (necesarias) y de suficiencia, para la fundación de la profesión en el país en el marco del despliegue del Estado desarrollista. Esto en un entramado precedido por las repercusiones globales de la política internacional posterior a la Segunda Guerra Mundial, la estrategia de cooperación internacional para la región de las Américas, entre ellas, La Alianza para el Progreso y la articulación con los procesos propios del país que llevan a la decisión de incorporar nuevas profesiones/oficios (tecnologías) al sistema de salud, trabajo y consiguientes programas formativos durante los cambios sociales significativos en disputa entre el programa político llamado Revolución en Libertad y un Estado popular de orientación socialista. Y, el año 1973, porque es el fin de dicho ciclo político que se inaugura con el golpe de Estado cívico-militar, acontecimiento que impacta en la estructura global de la sociedad chilena, en sus políticas públicas y sociales y en el curso no solo de la terapia ocupacional, sino en el conjunto de profesiones en el país (MEMORIA CHILENA, 2025).

El interés fue indagar condiciones sociales propias para el surgimiento de la terapia ocupacional y develar que la terapia ocupacional ha construido su historia y su relato legitimador bajo el proyecto moderno eurocéntrico, situación que ha implicado que las narrativas sobre la terapia ocupacional en Chile han quedado entramadas y se anclan con la historia de la profesión en Estados Unidos. Esto se reafirma pues el primer programa formativo contó con profesionales de dicho país, lo que ha llevado a una historia lineal, secuencial y por tanto única, con carácter universal, donde las crónicas sobre el punto de partida de la profesión se encuentran en la fundación internacional de la misma (GÓMEZ, 2012).

Para lo anterior, el estudio asumió la orientación de la Historia donde el conocer está al interior de ella misma por lo que no es posible la distancia epistemológica. Hago referencia a la interpretación de las acciones sociales, de su comprensión situada e histórica, que implica un observador que está en el acto mismo de observar (FERNÁNDEZ, 2006). Las implicancias que derivan al interrogar la realidad desde esta posición conllevan a ser parte de lo que se pregunta.

Se trató de una investigación documental (VALLES, 1999) de tipo cualitativa, cuya estrategia metodológica permite acceder a diversos tipos de documentos², bajo determinados criterios teóricos. Con respecto a su carácter cualitativo implica que los documentos que podemos leer se refieren a algún aspecto del mundo social (MACDONALD & TIPTON, 1998) dando cuenta de diferentes prácticas sociales concretas, históricas con sus significados y reglas de significación.

En el estudio se estableció un criterio de demarcación para la revisión y análisis de documentos escritos con carácter oficial que den cuenta de aspectos tales como una aproximación a los fenómenos globales a nivel internacional, su expresión regional en dimensiones políticas económicas y sociales (incluye lo sanitario), historia social en Chile, historia social de la salud e historia de la terapia ocupacional. El análisis de la información producida se realizó a través de la técnica de análisis crítico llevará a efecto tomando como ejes de análisis los procesos sociales, políticos y económicos del periodo a investigar (generales, particulares y específicos) de la historia de la terapia ocupacional en este contexto.

Finalmente, se propuso una construcción de una historia con horizonte social de la terapia ocupacional, que permitió disponer de un mirada situada y local del oficio, que rompa la premisa de evolución y continuidad de la terapia ocupacional que opera bajo la idea de una historia única y universal de la disciplina, con expresiones diversas pero que disponen de un continuo temporal único.

La tesis es organizada en 5 capítulos. El primero refiere a formulación del problema el cual se orienta a problematizar y debatir la construcción historiográfica dominante de la profesión la cual se ha centrado en un enfoque historiográfico de carácter positivista (historicista), centrado en descripción de eventos desde una lógica temporal lineal, de carácter monumentalista, con ausencia de lo político, social y económico. Esta producción se asume como continuidad del proyecto moderno anglosajón en la cual surge el oficio. A partir de este debate, se rescatan producciones situadas, regionales y algunas expresiones locales desde una mirada crítica que apuntan a sostener que el oficio emerge en el marco de la conformación del proyecto capitalista en el país.

² Se entenderá por documentación a aquella estrategia metodológica de obtención de información para justificar y acreditar el análisis y la interpretación de los debates y reconstruir históricamente las prácticas puestas en debate por las diversas comunidades de terapeutas ocupacionales.

El segundo capítulo aborda el marco teórico con el cual se realizó la investigación. Para ello se asume el horizonte conceptual de la historia social, aproximándonos a un análisis de dimensiones políticas económicas y sociales, tanto desde una mirada internacional, regional y local. La aproximación teórica pone en juego dialécticamente estos procesos para dar cuenta de la condición sociohistórica en la que emerge el oficio y como se sitúa en los proyectos sociales en disputa y en curso en el periodo histórico estudiado. Así mismo, se complementa con una lectura de orientación decolonial, con la cual se cuestiona el relato eurocéntrico predominante de una historia única y universal, proponiendo un análisis crítico que revaloriza las historias locales y los saberes propios que han quedado negados e invisibilizados.

El capítulo tres considera la aproximación metodológica del estudio realizado de orden cualitativo centrada en una revisión documental de fuentes tanto de Chile como del extranjero, que se rastrearon en fuentes de organismos nacionales, internacionales centrado la indagación en aspectos políticos, económicos y sociales generales. Se establecen 3 dimensiones de análisis: *general*, referida a la situación global internacional; *particular*, a aspectos regionales y; *específica*, a procesos en Chile.

El capítulo cuarto, referido a resultados, da cuenta de dimensiones como el contexto de la posguerra y las estrategias globales y regionales para incidir en los procesos de desarrollo del capitalismo global en el cual surge la terapia ocupacional. Lo anterior, en el marco del panamericanismo, la Alianza para el Progreso, cuya centralidad se vincula al desarrollismo y asistencia técnica en los países en procesos de industrialización y conformación de Estados nación, que en el caso de Chile se vinculó fuertemente a la cuestión social y el desarrollo de políticas sanitarias.

El capítulo cinco, análisis, se desarrollan aspectos vinculados al lugar social de la profesión y su posicionamiento en la disputa en los proyectos sociales que se están presentado para Chile. En ese contexto de conflicto social se recogen antecedentes de la conformación del oficio como tecnología sociosanitaria vinculada al bienestar social y el acceso a derechos. Los fenómenos que dan cuenta de la profesión se vinculan a situaciones actualmente vigentes en una historia que se puede reconocer como una temporalidad de tiempo presente.

Finalmente, la investigación propone la tesis de que la terapia ocupacional es la consecuencia del proceso de modernización capitalista, producidos en Chile en el periodo histórico del estudio, delineados por la cooperación internacional y la asistencia técnica, cuyo propósito es resolver las manifestaciones urgentes de la cuestión social en el país.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Dedicarse a estudiar la historia, aquello que en el sentido común puede ser llamado pasado, siempre se vincula a la experiencia personal. Dedicarse a una práctica social, a una tarea vocacional, a una profesión, inevitablemente se conecta a hechos, situaciones, acontecimientos sobre lo que ha sucedido y sucede en el marco de lo que se comparte colectivamente en una temporalidad y espacialidad como comunidad, como pueblo, como nación. Todos/as somos personas de experiencia, somos sujetos de historia (AROSTEGUI, 2004), tanto en los procesos educativos, formativos, como en el ser partícipe y testigo de sucesos y acontecimientos. Sin embargo, estudiar la Historia y reflexionar historiográficamente lo que nos sucede, inevitablemente nos sitúa en el campo de la reflexión teórica y de la disciplina histórica.

Lo anterior, nos lleva a pensar variadas dimensiones de las cuales mencionaré tres. La primera, es que la experiencia como sujetos sociales precede la tarea de estudiar la historia. Segundo, la experiencia y el estudio de la historia se hace siempre en el marco de un proyecto social de un determinado sistema mundo, subyace en quien desarrolla la tarea historiográfica estar inscrito en un marco conceptual, de ideas de ese sistema mundo. Y, tercero, todo estudio del pasado es “una genealogía del presente. Selecciona y ordena los hechos del pasado de forma que conduzcan en su secuencia hasta dar cuenta de la configuración del presente, casi siempre con el fin, consciente o no, de justificarla” (FONTANA, 1982, p. 9).

El estudio de la historia siempre se hace desde un presente y se analizan, reflexionan y ordenan los acontecimientos del pasado con relación a este presente, a veces, con fines legitimadores para ese presente, pero en otras, para generar aperturas, quiebres para pensar otros presentes, otras historias. Esta acción no se inscribe como tarea individual, aislada del mundo, sino como parte comprometida en el mundo, como acción colectiva que se orienta a cumplir una función social. En nuestro caso, se estudia el pasado de la profesión desde la terapia ocupacional. El estudio historiográfico es con respecto a nosotros/as mismos/as y, por tanto, orientada a un propósito político, aunque éste se realice como investigación historiográfica con un sentido claramente académico. Toda narrativa de la historia institucional es el discurso del sujeto sobre el propio sujeto. La historia es el territorio producido por nosotros mismos y siempre tiene un carácter instituyente. Es decir, vivimos en el territorio de la historia, la habitamos

(MARTINEZ, 2011). La historia, además, debe ser comprendida de manera situada y concreta, de manera social, política, económica y cultural.

La tarea historiográfica que se realiza en terapia ocupacional está indisolublemente ligada al proyecto político en el cual se inscribe el oficio, como herramienta legitimadora o como instrumento crítico transformador. En la primera sitúo aquellos estudios historiográficos separados de lo político y de los proyectos sociales; en la segunda, profundamente imbricada a los proyectos sociales en disputa (GUAJARDO, 2014).

La opción asumida es la de una historia crítica con horizonte en la historia social, alternativa a la producción hegemónica que ha dominado el oficio en Chile (GÓMEZ, 1994, 2012; MORRISON et al., 2016). Una historia que se constituye desde el devenir de sociedades concretas, en la existencia de relaciones de poder, de una práctica social situada orientada a fracturar la historia tradicional y científica del oficio y se proponga una historia desde la periferia, desde el margen, que conlleve una acción historiográfica comprometida con el presente, revisitando el pasado, para proyectar un futuro. Una historiografía que rompa con un pasado separado del presente que evoluciona como continuidad. Un pasado que es interrogado y hecho desde el lugar del presente, asumiendo una posición intersubjetiva donde importa la posición político-teórica de quien hace historia. Una historia con lo social, lo político y lo ético (GREZ, 2005; MOYANO, 2016).

Pensar en la historia de la terapia ocupacional desde la disciplina histórica es algo nuevo para mí, pero la inquietud por la historia ha sido parte de la experiencia que me ha tocado vivir como sujeto social en Chile. En lo particular, mi experiencia es con los procesos políticos y sociales de los años 1970 y la dictadura militar, que se expresan en el trabajo de terapia ocupacional y terrorismo de Estado lo que permitió acercarme a los estudios sobre materialismo histórico, de la psicología social y comunitaria, sobre terrorismo de Estado, la militancia política y activista por los derechos humanos³.

La historia circuló por un tiempo fuera de la profesión, especialmente, porque hubo escasos textos sobre historia que se produjeron entre los años de la dictadura y, el

³ Al respecto, se puede revisar publicaciones en <https://cintras.org/publicaciones.htm>

relato historiográfico del oficio respondía a una historia interna, con un sentido evolutivo- natural, sin lo político y lo social, como extensión de la historia internacional.

En mi experiencia personal y a la vez colectiva, de carácter social, política, económica, cultural, el cotidiano se caracterizó por la presencia del mundo obrero, mujeres dueñas de casas, pobreza, organización barrial, ferias libres, gente viviendo en la calle, colegios públicos, centros culturales de estudiantes, las callampas, tomas, el tren popular, en general, sujetos de la periferia, con una memoria social y territorial importante. Son los sujetos de la historia popular, de la historia del bajo pueblo, de la memoria no oficial (SALAZAR, 2017). En lo profesional, esos sujetos han sido las personas pobres, abandonadas en las instituciones psiquiátricas, violentadas en su dignidad y reconocimiento, personas víctimas del terrorismo de Estado, luchadoras y luchadores sociales pertenecientes en su mayoría a la clase trabajadora, campesinas, campesinos quienes fueron torturadas/os, exiliadas/os, o familiares de detenidos desaparecidos y ejecutados. También, personas que resultado de sus condiciones históricos biográficas de exclusión, vivieron procesos de salud enfermedad graves, discapacidad, muerte, entre otros.

Estos sujetos no forman parte de la historia oficial de la profesión, al contrario, esta historia está marcada por la presencia de la elite del poder y la oligarquía (MILLAR, 2013). Así tampoco son las personas que están en la historiografía oficial de la terapia ocupacional internacional, las que se caracterizan por hombres y mujeres de las nacientes oligarquías acomodadas del mundo noreurocéntrico en Estados Unidos (PASTOR, 2017). Una historiografía de países capitalistas ricos, de la modernidad occidental, del centro del poder, del lugar de la academia científicista (SCHELL-GILLEN-SCAFFA, 2016), en el cual no aparecen las clases sociales, el mundo obrero, indigenista, migrantes, los sujetos pobres de la calle, el mundo delictual, entre otros actores. Por contrapartida, en las imágenes y escritura de los textos de los cuales aprendimos de esta historia muchas y muchos terapeutas ocupacionales, en general son mujeres blancas, personas sobrevivientes de las guerras, gente de clase media, niños no pobres, junto a figuras próceres de quienes son reconocidos como los padres y madres del oficio (KIELHOFNER, 2006; MORRISON, 2011, 2016).

Desde mi experiencia histórico-biográfica, me he interrogado sobre la terapia ocupacional como totalidad y, en particular, sobre su relato histórico; comprendiendo que la terapia ocupacional es un dispositivo social, una institución social real, que

dispone de una estructura material, organizacional, simbólica, semiótica, discursiva y que ordena la actuación de personas o grupos de personas que pertenecen a esta institución (AGAMBEN, 2011) y ha construido un relato histórico sobre sí misma con un claro sentido legitimador de una historia única, homogénea, lineal: la historia que como he señalado tiene padres y madres únicos (MORRISON, 2011; SANZ & RUBIO, 2011).

La terapia ocupacional como dispositivo es la materialización de un proyecto social, un producto histórico, que pretende cubrir necesidades sociales en el mundo moderno capitalista: salud, rehabilitación, trabajo, capital (CAVALCANTE & PREDES, 2013; MATOS et al., 2008). En este sentido, se funda desde las demandas sociales, desde visiones de mundo, desde ciertas racionalidades resultado de determinados procesos históricos vinculados al despliegue del proyecto moderno capitalista. Así, se constituye en el espacio territorial, epistémico, simbólico, cultural, normativo, en el cual se producen los sujetos de ese discurso institucional y de ese orden social. Además, ha implicado el desarrollo de teorías, sistemas teóricos, métodos, prácticas, discursos, escuelas, libros, congresos etc., que la legitiman en su quehacer, praxis que también se constituye como relato histórico (GUAJARDO, 2016). De esta forma, los debates contemporáneos y las controversias en los últimos años han atravesado a la totalidad de la disciplina y ha implicado una problematización, una puesta en cuestión en diferentes ámbitos de aquellos que nos constituye como dispositivo (DIAZ & MALFITANO, 2021).

En este estudio, mi interés fue debatir la idea de una historia única, universal, proveniente desde el lugar del poder geopolítico del conocimiento que la ha decretado como “La” historia de la profesión, cerrando la posibilidad de historias, de relatos y memorias otras. Esta historia única-universal, sin lo social y político, se concibe como la prolongación desde un punto originario, que se extiende a otros territorios y se expresa en una producción escrita acerca de los acontecimientos que nos han constituido, aquello que debemos recordar, pero a la vez, al mismo tiempo, de aquello a olvidar, que no es otra cosa que lo local y el contexto político, económico, cultural de la sociedad moderna, occidental, patriarcal, capitalista, colonial.

Nuestra historia está entramada con esos proyectos sociohistóricos, con el proyecto de modernización capitalista, con la idea de progreso y civilización, con la idea liberal de sujeto, con el capacitismo y la meritocracia expresada en capacidades

y competencias funcionales para la normalidad del sistema (ROCHA MEDEIROS, 2008). Esto permite comprender que nuestra existencia no deviene de un orden natural, de una condición intrínseca, de iniciativas o voluntades individuales, por el contrario, debemos nuestra existencia a determinados problemas sociales, expresados en ámbitos como salud, educación, trabajo, justicia, protección social, materialización de proyectos políticos sociales en las cuales profesiones de servicio como la terapia ocupacional operan (ILICH et al., 1977).

Desde su lugar particular en el campo social, propongo que la terapia ocupacional materializa la racionalidad de la sociedad en la que es producida en ella misma, como acto de habla del mundo en la que se desenvuelve. Como dispositivo transcurre en la historia como temporalidad, hechos que van evolucionando, que fueron y ya no están, que algunos llaman antecedentes históricos (GÓMEZ, 2012), constituyéndose en una forma ideológica de la racionalidad moderna noreurocéntrica⁴ y que se despliega en su saber y hacer.

Las narrativas de nuestro pasado y memoria se ubican en el lugar de la dominación, geo-históricamente escrita y narrada desde el centro del sistema mundo (GROSFOGUEL, 2006), el lugar de los países ricos, noreurocéntricos, colonizadores. Ese lugar de dominación se define como el lugar del saber efectivo de la terapia ocupacional constituido fundamentalmente por cinco países (Estados Unidos de América, Inglaterra, Australia, Nueva Zelanda, Canadá). Proceso de dominación sobre las historia y relatos de los proyectos sociales, praxis y pensamientos de la periferia, específicamente del Sur Global donde los acontecimientos para recordar son los del centro y los periféricos quedan en posición de subalternidad (MIGNOLO, 2013).

Bajo el proyecto moderno eurocéntrico, la terapia ocupacional ha construido su historia y su relato legitimador. La historia ha sido realizada por personas, por iniciativas individuales. Una historia de personajes atomizados, que uno tras otros va

⁴ Noreurocéntrico se plantea en los términos que lo señala Grosfoguel: “[...] no a la población del territorio que conocemos como “Europa”, se refiere a una posición en un sistema de clasificación racial en una jerarquía etno-racial global donde el que sea clasificado como “euro” tendrá privilegios y acumulación de riquezas superiores a los que sean clasificados como no-europeos [...] un cierto tipo de pensamiento fundamentalista-eurocéntrico que no reconoce en plano de igualdad otras epistemologías que la propia y que no ve de igual a igual ninguna otra epistemología o cosmología como normal excepto la propia, produce un racismo epistemológico donde solamente la verdad y la justicia están del lado occidental pues los conocimientos no-occidentales son considerados como inferiores” (GROSFOGUEL, citado en MONTES & BUSSO, 2007, p.18).

constituyendo un continuo lineal que siempre tiene un sentido de avance, con un orden y equilibrio de progreso (JUSTINIANO, 2004). La terapia ocupacional no habita la historia, sino que evoluciona y con ello, el relato de su evolución como profesión. Un buen ejemplo es el 18º Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales⁵, Francia 2022, que tuvo por nombre *Re-Evolución*, que apunta a un avance, progreso para adaptarse de mejor forma a los cambios sociales.

También ha sido construido como cronología, como dato objetivo, una historiografía de hechos, de personajes, dados como verdad irrefutable. Historia como eventos pasados, como lo fijo, lo que ocurrió, con una metodología centrada en los sucesos en los cuales no se visualiza explícitamente la teoría. Un enfoque documentario, científico, posible de observar y comprobar, de influencia historiográfica Rankeana⁶ (BURKE, 2007). Contenidos construidos en una temporalidad llamada pasada y que fue escrita por quienes fundaron en el mundo anglosajón el oficio. En muchas escuelas de terapia ocupacional, en las materias de introducción a la profesión, se solicita indagar quienes son las madres y padres de la terapia ocupacional y, cuando se busca, ellas y ellos son del mundo noreurocéntrico. Son las madres y padres universales.

La terapia ocupacional se ha desarrollado como un árbol aproximadamente 100 años. Su semilla fue germinada desde diferentes campos del conocimiento y disciplinas y plantada en tierras de adverso clima social y político. En los primeros años fue brotando, generando las primeras raíces que permitieron absolver nutrientes para producir su propio alimento, la ocupación. Posteriormente se fue desarrollando un primer tallo, lo que permitiría establecer su fundación en 1917. Continúo creciendo, formando las primeras ramificaciones, y con ellos las primeras hojas y fundamentos propios de la disciplina. Con el paso del tiempo, una vez ya formado el tronco, multiplicado las hojas y tomado la altura suficiente, este árbol aumentó sus ramificaciones orientándose a diferentes campos de acción, cada vez más complejos y específicos. Este proceso fue a tal grado, que algunas de sus hojas se alejaron del tronco, olvidando su principio constituyente. Es más: luego de la floración y posterior polinización, algunas semillas llegaron a otros países y, con ello, nuevas hojas e identidades locales y formas de hacer terapia ocupacional. (MORRISON, 2016, pp. 38-39)

⁵ Disponible en: <https://archive.wfot.org/wfot2022/index.html>. 18th WFOT Congress: Occupational R-Evolution.

⁶ Leopold Von Ranke es reconocido con uno de los fundadores de la historiografía científica moderna. Expresa su rechazo a realizar la tarea historiográfica desde la teoría (“los hechos hablan por sí solo”) y vincula su quehacer a la historia del Estado y a la historia militar. Disponible en: <https://metahistoria.com/leopold-von-ranke/>

En otras palabras, se plantea que somos una historia única, extensión de un solo mundo, de una sola condición. Toda variabilidad es interna y no son otra cosa que formas diversas, distintas en su énfasis y métodos, pero no diferentes, pues mantiene en su centro, un solo lugar.

Resulta interesante pensar lo que ha implicado para nuestra región latinoamericana esta forma de entender la historia. Esta misma metáfora, como hecho concreto y efectivo, nos permite ver que esto ha significado, la depredación de todo el bosque nativo, variado y rico en expresiones milenarias, reemplazadas por árboles como el pino insigne y el eucaliptus, árboles que han desertificado nuestro territorio, lo han destruido, más aún, se han instalado grandes empresas de celulosa que han contaminado suelos y ríos. Además, se han intervenido comunidades, entre muchos otros genocidios, no se reconoce lo local, lo territorial, la historia como mestizaje, el saber propio, los bosques propios.

La historia de la terapia ocupacional como un universal generalizado, adquiere carácter totalitario y la negación de la existencia de otredades. Los árboles, sus ramificaciones, hojas y polen no se desplazan de modo abstracto; por el contrario, es el capitalismo extractivista, el poder colonial expresado como poder económico, en sociedades neoliberales, en los países pobres y de llamadas materias primas. La terapia ocupacional no surge en nuestra región como efecto de polinización, sino como resultado de estructuras de poder, de entramados coloniales, marcado por la conformación de los Estados Nación, las guerras mundiales (AOTA, 2017) y en el marco más global, la Guerra Fría (GUAJARDO, 2014).

Pensar nuestra historia, aquello que llamamos pasado, implica asumir el devenir histórico en el marco de la matriz colonial noreurocéntrica, que comienza con la invasión en 1492 del territorio del Abya Yala (hoy América) y continúa hoy a través de otros ejercicios de poder tecnológico, cultural y científico. Las aproximaciones historiográficas de la profesión están marcadas por esta relación asimétrica en la cual quienes detentan el poder “descubrieron”, trajeron el progreso (terapia ocupacional en nuestro caso) y encubrieron a los pueblos nativos no civilizados - los países periféricos (DUSSEL, 1993).

La terapia ocupacional noreurocéntrica tiene características muy específicas: es monocultural, científicista, de carácter enciclopedista, con una narrativa

acontecimental y monumentalista. En general lo que rebase los límites de un solo lugar de enunciación de comprensión de la historia que la sostiene quedará en interdicción. La alternativa de reconocimiento de ser terapeuta ocupacional se comprende desde el lugar de una sola narrativa historiográfica. Íconos de este tipo escritural lo encontramos en el texto de orden manualístico de Estados Unidos: “Willard Spackmann, Terapia Ocupacional” (2016), que se reproduce como eco en otros textos generales o específicos⁷ (OROPESA et al., 2014; POLONIO et al., 2003; TRUJILLO, 2002). Con algún matiz, podemos encontrar la historia de la profesión vinculada a salud en el Reino Unido, en el libro de la australiana Ann Wilcock: *Ocupación para la salud* (2001), donde llamativamente no se menciona sucesos de la historiografía estadounidense; seguramente, porque suele ocurrir que los imperios establecen una diferencia imperial que parte por la negación e inferiorización de los otros (MIGNOLO, 2013). Sin embargo, todas estas aproximaciones historiográficas parecieran tener una misma deriva: “los distintos países tienen algo de comunes, reflejo quizás de que la evolución de la profesión no ha sido, al fin y al cabo, tan radicalmente distinta en cada uno de los países y a la existencia de preocupaciones y necesidades comunes” (RUBIO & SANZ, 2011, p. 23). Entenderemos esa historia como la historia mundial, la que es.

Esta historiografía es muy llamativa, suele comprenderse como un devenir natural, que se remonta a un muy lejano acontecer. Wilcock (2001) la ha llamado prototerapia ocupacional; otros simplemente, antecedentes o evolución: Historias que vienen desde 3.000 años a. C., pasando por China, Egipto, Grecia hasta el presente o, vinculado a la idea de ocupación como “historias de la ocupación para la salud contadas en la Biblia” (WILCOCK, 2001, p. 30). En este sentido, la historiografía se vincula fuertemente a la necesidad de legitimación a través de una retórica discursiva histórica de largo alcance y otra, con un fuerte sentido identitario, en una suerte de búsqueda permanente de quienes somos y de lo que nos distingue de los demás. Un interesante trabajo lo podemos encontrar en el monográfico sobre la terapia

⁷ Podemos encontrar múltiples publicaciones. Menciono solo a modo de ejemplo: Oropesa, P., Roblejo, C. Couso, C. Seoane, Ventura Puente Saní, S. & Wilson, I. M. (2014). Acercaamiento histórico a la formación y la práctica en Terapia Ocupacional. *MEDISAN*, 18(3).

Durante, P. (2001). *Terapia Ocupacional. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. APETO.

Heredia Torres, *Historia de la Terapia Ocupacional*.

ocupacional en España que, manteniendo una continuidad del relato historiográfico como el señalado y sin incorporar historiografía de otras regiones como África, Latinoamérica, Asia, presenta en su capítulo inicial, una reflexión histórico-conceptual-psicológica de la historia de la profesión.

Precisamente en estos interregnos retóricos de inseguridad epistemológica, búsqueda de legitimidad científica, y afirmación identitaria y profesional, se revela la función de la historia; es donde, de hecho, a diferencia de la medicina y la física, su presencia es ya imperativa. El caso de la TO es paradigmático a este respecto ya que la prospección histórica, se expresa explícitamente como una búsqueda identitaria". (MORUNO & TALAVERA, 2007, p. 49)

Así mismo, el relato histórico en general aparece entramado y casi como sinónimo de la historia de programas formativos, escuela y académicas de la terapia ocupacional.

Desde los años 2000, se produce una creciente producción escrita de terapeutas ocupacionales de algunos países de Europa que, desde una posición epistemológica y teórica crítica, proponen un hacer de la terapia ocupacional que rompa con la lecturas positivistas, academicistas y funcionalistas. Aparecen nuevos sujetos sociales, nuevas problemáticas vinculadas a violencia política, pobreza, guerras, desplazamientos y con reflexiones metodológica situadas y centradas en la acción colectiva y territorial. Esta producción escrita puede ser visualizada en publicaciones iconos en los libros llamados *Terapia(s) Ocupacional(es) sin Fronteras* (KRONENBERG et al., 2007; KRONENBERG et al., 2011; POLLARD & SAKELLARIOU, 2017), en los textos *A Political Practice of Occupational Therapy* (POLLARD et al., 2008) y *Politics of Occupation-Centred Practice* (POLLARD & SAKELLARIOU, 2012), *Ciencia Ocupacional: Sociedad, Inclusión Participación* (WHITEFORD & HOCKING, 2012). Sin embargo, llamativamente no se encuentran en dichas publicaciones escritos historiográfico sobre la terapia ocupacional, lo que puede tener variadas lecturas, entre ellas, el asumir que efectivamente hay una historia universal de la profesión, con hechos y situaciones que se han desarrollado para todo el oficio y que puede ser expresada en una periodización compartida y única: edad antigua (orígenes en el tratamiento moral y movimiento de artesanos), una edad moderna (fundación del oficio y desarrollos iniciales) y periodo contemporáneo-actualidad (KIELHOFNER, 2006). Por otra, que la historiografía no resulte un tema

relevante a cuestionar y problematizar, entendiéndose que lo central radica en los aspectos metodológicos del hacer, en los nuevos sujetos históricos y las implicancias éticas y políticas de la profesión. Solo en el tercer libro de *Terapias Ocupacionales sin Fronteras* (SAKELLARIOU & POLLARD, 2017) aparece un artículo sobre la “Evolución de la Terapia Ocupacional y la profesión en la República Popular China” (pp. 579-586), la cual, sin tener el punto de partida como la gran mayoría de los relatos históricos de la disciplina en el origen estadounidense en 1917 y sus figuras próceres, su reseña es similar a toda la literatura ya mencionada en cuando a una linealidad de tiempo, con fechas y sucesos, vinculada a programas educativos y su articulación internacional con Canadá y Estados Unidos.

Esta historiografía se reproduce en buena medida cuando leemos los escritos históricos en Latinoamérica; sin embargo, en nuestra región emergen grupos y personas que se han dedicado de un modo analítico crítico, plural, a estudiar la historiografía desde una posición situada. Así encontramos grupos particularmente en Argentina, Brasil y Colombia.

Sobre la reverberación histórica en la región Latinoamérica, encontramos un cuerpo historiográfico que se ordena en un sentido centrípeto, orientada a cómo la historia tiene raíces comunes, antecedentes y antepasados, lo que se traduce en una identidad única. Se centran en una narrativa descriptiva, de hechos, datos en una línea temporal uniforme, sin desviaciones o bifurcaciones. También suele llamarse la evolución de la terapia ocupacional, narrativa marcada por fechas y personajes, cuyo punto de partida convergen en uno solo momento: 15 de marzo de 1917 en Estados Unidos. La gran mayoría de las figuras de las historiografías son personas que llegaron de los países noreocéntricos y profesionales médicos de cada país. La narrativa se estructura para legitimar y validar la profesión, su aporte y contribución al sistema de salud y las problemáticas vinculadas a la rehabilitación, orientadas a generar un proceso identitario único. Este relato se entrama tangencialmente con ciertos antecedentes vinculados a como el Estado asume la problemática de la rehabilitación en el marco del desarrollo de los sistemas sanitarios en cada país y el papel que juega la cooperación internacional (MONZELI, 2019). Sin embargo, más que constituirse en una historia social, son datos y hechos que se relatan descriptivamente en el marco de las historiografías locales y que se conectan a una

narrativa que mezcla la profesión con programas formativos académicos⁸, siendo muchas veces estos últimos, entendido como la historia de la disciplina en cada país (BORJA, 2016; HERNÁNDEZ, 2012; VALDELOMAR, 2019).

En el segundo grupo de escrituras historiográficas (Argentina, Brasil, Colombia), podemos encontrar interesantes estudios que generan bifurcaciones o rupturas con la historia oficial, desde una lógica situada, en la que se ponen en juegos dimensiones desde las ciencias sociales, sociología, antropología, la política, para ir comprendiendo el origen y fundación de la terapia ocupacional en cada país. Una suerte metafórica de historias locales, de países en su cotidianeidad y realidad específica con respecto a la historia universal. En Argentina se encontrará interesante estudios historiográficos que indaga a través de diversas fuentes los orígenes de la profesión en ese país (BOTINELLI et al., 2016), historias locales de regiones de Argentina: Neuquén, (NABERGOI et al., 2020), de la ciudad de Entre Ríos (DÍAZ, 2016), historias orales de terapeutas ocupacionales que dan cuenta de su cotidianeidad y de aquello que puede la construcción histórica de una práctica en terapia ocupacional (OUDSHOORN, 2016). De particular relevancia, me parece son los escritos sobre lo que defino como historia social de la poliomielitis y la terapia ocupacional efectuados por la profesora Daniela Testa (2018).

Así mismo, podemos visualizar un grupo de colegas de Colombia (DUARTE et al., 2016) que han iniciado en los últimos años una interesante reflexión historiográfica bajo lectura de comprender la historia a partir de sus propias realidades socio históricas, el conflicto armado como una dimensión central, para la interpretación fundacional de la profesión (FERNÁNDEZ, 2020). La conformación de macroproyectos que reflexionan desde un punto de vista teórico e historiográfico la disciplina, rompiendo con lógicas positivistas y entramando el análisis histórico al contexto político-social internacional y nacional. La revista Ocupación Humana del colegio profesional colombiano dispone de un número dedicado a artículos historiográficos (2016). Se reflexiona la historia como espacio de encuentro, tejido grupal, identidad y construcción de sujeto.

⁸ Estos aspectos se pueden encontrar a modo de ejemplo, en los siguientes escritos: *Terapia ocupacional en Costa Rica* (VALDELOMAR, & PARRA, 2019), *Historia de la terapia ocupacional en México* (HERNÁNDEZ, 2012), *Identificación del perfil de egreso de la carrera de terapia ocupacional en Ecuador* (BORJA, 2016).

Por su parte, la producción historiográfica en el Brasil resulta relevante. Desde el texto de Léa Teixeira Soares: *Terapia Ocupacional: lógica del capital o trabajo* (1991), en el cual aborda, desde una perspectiva materialista histórica, un análisis de la profesión. Así mismo, desde una lógica de revisión epistemológica, Rocha Medeiros (2008) construye también un análisis histórico político del oficio articulando en su conformación el desarrollo de la sociedad industrial capitalista. Se suman a este interesante trabajo historiográfico los estudios en áreas temáticas como la historia de los programas académicos de terapia ocupacional en Brasil y Latinoamérica, los que integran en su revisión historiográfica enfoques teóricos críticos, de orientación decolonial, historiadores como Certeau, Halbwachs, acercándonos de esta forma a una lectura desde la disciplina histórica con enfoque social a la historiografía de la profesión (BEZERRA & TRINDADE, 2013; BEZERRA et al., 2024; CAVALCANTE & PREDES, 2013; GALHEIGO et al., 2018; MONZELI, 2019; MONZELI et al., 2019; REIS & LOPES, 2018;). En estos estudios se incorporan metodologías que van más allá del análisis documental como son las historias orales.

Finalmente, en el contexto de un trabajo historiográfico colegiado entre terapeutas ocupacionales de Argentina, Brasil, Colombia y Chile, se publica un libro de historiografía que se posiciona desde América del Sur y reflexiona la historia de una manera situada, tomando distancia de las grandes narrativas eurocéntricas y asumiendo una posición política de análisis reconocen el papel jugado por la globalización capitalista y la cuestión social como aspectos fundantes de la profesión (GUAJARDO et al., 2024).

En el caso de Chile, predomina la historia oficial como ramificación, extensión del sistema mundo noreurocéntrico, en algunas publicaciones se hace referencia como ya se señalaba a los padres y madres situados en Estados Unidos (MORRISON, 2011), con presencia activa de terapeutas ocupacionales que vienen de otros países a enseñarnos, mostrarnos. Son personas con agencia ante sujetos sin agencia, una especie de producto de imitación del centro a la periferia (RICHARD, 1997). También dispone de una lógica documentalista, de datos y personajes, en general casi únicos. Al igual que en algunas de las historias en Latinoamérica, la historia se entiende desde el lugar del poder saber, la academia, donde se funde la historia del oficio con la historia del programa académico. Es la historia que se escribe desde la Hybris del punto cero (CASTRO-GÓMEZ, 2005), aséptica, sin compromiso, sin relaciones sociales, donde no hay sujeto histórico sino solo hechos. Como fenómeno impersonal, estadístico, sin riesgos, desde

una lógica científicista, con equilibrio neutro, sin análisis teórico, asume la institucionalidad científica-académica dominante como constructora de la historia, como sistema autónomo del saber, la universidad, lugar se acepte o no, forma parte del sistema de dominación. Esta historia se ha materializado en un texto único llamado Antecedentes, creación y desarrollo de la Terapia Ocupacional en Chile: 50 años de historia (GÓMEZ, 2012) y se considera como la historia. Este tipo de historia se reproduce desde otros lugares académicos, en la idea de legitimar y generar una identidad académica-institucional (GOUDEAU & SILVA, 2010). Existen colofones monumentalistas de esta historia, que ponen al personaje como el centro de los procesos históricos lo que implica la producción de un tipo de memoria social del oficio que no aborda otras memorias, otros sujetos y otros posibles relatos historiográficos (MORRISON et al., 2016).

Expresión de estas disputas, de controversia en las historias y la memoria se expresa en trabajos como la historia de la terapia ocupacional comunitaria (OYARZÚN et al., 2009), así como fue I Congreso Chileno de Terapia Ocupacional y VIII Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional, en cuyo espacio se generó debates con respecto a la construcción histórica de la profesión, desde lecturas oficiales a revisiones historiográficas críticas⁹ (GÓMEZ et al., 2020; GUAJARDO, 2020).

En la aproximación a una lectura social de la historia en Chile encontramos el trabajo llamado *Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile: Aportes para una historia posible*, de los profesores Patricio Escobar y Rodrigo Sepúlveda (2013), y la investigación desarrollada por Herrera y Valderrama, en lo que han llamado “Genealogía de un dispositivo: Historia crítica de la Terapia Ocupacional” (2014).

Los profesores Escobar y Sepúlveda nos señalan, desde una mirada de los cambios en las políticas públicas en salud, que la terapia ocupacional solo fue posible en nuestro país no primariamente por un problema de salud colectiva (epidemia de poliomielitis), lo que fue una condición necesaria, pero no suficiente para dar cuenta del surgimiento de nuestro oficio. Para que ello sucediera, se debe examinar el desarrollo de Chile como nación, a la instalación de un Estado crecientemente desarrollista que juega un rol relevante. El Estado moderno keynesiano, industrial o llamado Estado bienestar-asistencial. Según los autores:

⁹ Al respecto, resulta interesante revisar el panel Bloque 50 años: reconstrucción de memorias de terapeutas ocupacionales en Chile *Cincuenta años de Terapia Ocupacional en Chile* (Tomo II, pp. 78-117). Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile.

El nuevo modelo industrializador, impulsado desde el Estado, fue una respuesta política que, bajo la forma de un nuevo cuadro institucional, pudiera dar cuenta de los cambios que se operaban en las clases y grupos sociales y sus relaciones recíprocas. Entre estos se encuentra la diversificación de intereses económicos en beneficio de los sectores manufactureros, que se dieron en el seno de la oligarquía y, por otro lado, la formación y fortalecimiento de grupos medios y laborales que contaban con una conciencia creciente de sus intereses particulares y su capacidad de influencia. De este modo el Estado aparece como el lugar de encuentro y de relación entre los distintos grupos de poder, donde el objetivo perseguido es obtener el máximo de beneficios del mismo Estado y del proceso modernizador. (ESCOBAR & SEPÚLVEDA, 2013, p. 20)

Herrera y Valderrama, desde una perspectiva foucaultiana, plantean que el saber y práctica institucional de la terapia ocupacional se constituyen en un campo que produce a los sujetos del dispositivo, pero, al mismo tiempo, quienes estudian y ejercen el oficio, lo hacen en un dispositivo que está determinado por condiciones sociales, políticas y económicas, que se orienta a cumplir determinados propósitos de orden social. De esta forma, la terapia ocupacional se instala como un aparato que ha sido instaurado como manifestación tanto del biopoder como de la biopolítica. La aproximación genealógica foucaultiana, propuesta por los autores, indica que el aspecto relevante de la historia de la disciplina, en cuanto a su relación con los aspectos sociohistóricos y políticos en los cuales se desarrolla, está fuertemente influenciado por el modelo económico que sustentan los gobiernos en los cuales se establece la terapia ocupacional en Chile.

Bajo esta lógica, el surgimiento de la terapia ocupacional no solo se explica por brindar mejor salud a la población como derecho de un Estado benefactor, sino también y de modo importante, para cautelar de mejor forma la fuerza de trabajo para el nuevo periodo histórico de industrialización en Chile. Así, la emergencia de la terapia ocupacional da respuestas a las necesidades de rehabilitación de la población chilena, en el marco de un Estado de bienestar.

Al respecto, un paréntesis que me parece relevante. En Chile, a finales del siglo XIX, luego de la guerra civil de 1891 que derivó en el inicio de lo que se ha conocido como el Estado Caritativo y los debates de lo que se empezó a definirse el tema de la cuestión social, referida a la vida concreta de los sectores más marginales, pobres del país, resultado del anarquismo liberal que tenía como consecuencia el desgarramiento del pueblo obrero, peón, poblador. Toda la producción, riqueza y plusvalía resultante quedaban en manos de la aristocracia y oligarquía. El pueblo debía resolver sus dificultades por sí mismo. El principal problema lo constituía la

vida o la muerte: sífilis, viruela, cólera, entre otras enfermedades; más del 50% de niñas y niños fallecían al primer año de vida y las madres al nacer sus hijos (ILLANES, 2010).

Lo más grave y temible epidemia apareció en Iquique: la peste bubónica. Suelo insalubre, ratas, piojos constituían la trilogía del hábitat ambiental de la peste. La primera víctima fue una niña de un conventillo del puerto de Iquique. El Intendente y el médico Agustín Gana ordenaron la quema del conventillo con todos sus enseres. La niña y su madre quedaron en la calle. Corría la estufa del desinfectorio tras las ratas: comisiones por manzanas buscaban casa por casa los cadáveres escondidos para evitar la quema de los cuartos. (ILLANES, 2010, p. 107)

La respuesta de la época bajo la idea de misericordia y caridad fueron los hospicios, orfanatos, asilos, bajo una institucionalidad privada y de iglesia. Posteriormente, la organización obrera bajo una lógica liberal crea las mutuales y las sociedades de socorros mutuos para los oficinistas, profesionales y algunos obreros que disponían de un sueldo para cotizar, pero que no recogían las necesidades de las grandes mayorías que se encontraban en la miseria y marginalidad y que se debatían entre la vida y la muerte. Era el resultado de las extremas condiciones de explotación del naciente proceso de instalación del capitalismo.

Hambre, cesantía, prostitución, hacinamiento, insalubridad, explotación, abandono, criminalidad, eran los signos de una sociedad agudamente desintegrada. La mortalidad infantil, la más alta del mundo, constituía el símbolo de un territorio social donde el hijo del proletario no tenía legitimidad histórica. Las pestes, viruela, cólera, alfombrilla, las enfermedades infecciosas, tuberculosis, tifoidea, sífilis, perseguían implacablemente. (ILLANES, 2010, p. 23)

De esta manera, la sociedad ve en la muerte su primordial objetivo, tanto las clases dominantes por la necesidad de disponer de fuerza de trabajo, como el pueblo como derecho a vivir en condiciones básicas mínimas. La instauración del sistema capitalista comprende la necesidad de una acción biopolítica de gran y largo alcance social que, por contrapartida, tiene un emergente sujeto histórico que reivindica sus derechos sociales y económicos, resultado de los cual se estructuran las primeras políticas sociales y con ello la conformación del Estado de Chile, espacio bisagra en el cual se establece un pacto social entre Estado-pueblo, con respecto a las clases dominantes, en lo que se llamaría el Estado Asistencial Sanitario. Su construcción a través de legislación e institucionalidad permite la organización y estructuración de un sistema

nacional de salud y previsión social que incorpora a la clase trabajadora y popular (ILLANES, 2010).

El primero y más elevado de los deberes de todo gobierno es, sin duda, garantizar la salud y la vida de sus gobernados. *Salud populi suprema lex est*. Tal debería ser el lema adoptado en todo el orbe por toda civilización moderna. (ILLANES, 2010, p. 51)

La medicina y su sujeto social, el médico, se entran desde el primer momento de conformación del Estado y de las primeras políticas sociales, instalando una influencia cultural, política y económica que se mantiene hasta la época actual. Previamente a la aparición de este fenómeno la pobreza, muerte, insalubridad, recibían de la asistencia social de las oligarquías y la aristocracia una labor de corte filantrópico que amortiguara en algunos aspectos la deshumanización de la vida en ese entonces. Es el periodo de la caridad y, posteriormente, lo asistencial.

Sin embargo, cuando se empieza a estructurar desde el Estado Asistencial acciones de intervención en la cuestión social con la forma de política pública, la salud, es la primera política social que actúa en la relación capital trabajo, en las familias y en el cuerpo biológico concreto de la persona. Así mismo, permite la reconstrucción del tejido y cohesión social adosado al surgimiento del capitalismo liberal. Época bullente de la ciencia objetiva, positivista y biológica. La biomedicina queda inscrita en las políticas sociales y públicas desde comienzos del siglo XX (TAPIA, 2015). El mejoramiento de las condiciones de alimentación, habitabilidad, laborales, pasaba por el mejoramiento de la salud, es decir, no morir. El problema de la miseria se consideraba un grave asunto de la higiene pública.

En este contexto y por la falta de números de médicos y, por otra parte, muchos de ellos no estaban por integrarse a la salud en un sentido social, tuvo como consecuencia que ya en 1887 se crea una ley de auxiliares de la medicina, para ser desarrollada por un tipo de personal paramédico con el fin de ampliar la intervención de salud, con rango universitario, como farmacéuticas, matronas, enfermeras practicantes de medicina y cirugía, dentistas y practicantes de farmacia. Esto queda incorporado a los futuros códigos sanitarios en los que se integran, desde mediados del siglo XX, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, fonaudiólogos.

En esta misma línea, el primer ministerio social que se crea es el Consejo Superior de Higiene Pública, llamado posteriormente de Salubridad Pública, luego de Salubridad, Previsión

Social y Trabajo. Ya con la consolidación gradual del Estado liberal asistencial, se despliegan de modo independiente los ministerios de previsión social, trabajo, vivienda. La cuestión social se representa así principalmente a través de lo sanitario como campo político de estabilización del nuevo orden social. En esta nueva organización social, en el marco de la división social de clases, “la clave del nuevo orden sociopolítico y biopolítico se centrará en la familia y los niños; en torno a ello convergerán los capitalistas, la doctrina social de la iglesia y las modernas tesis científico-sanitarias” (ILLANES, 2010, p. 110).

Ya pasada la segunda guerra mundial, la necesidad de reestructurar la nueva fuerza de trabajo para el ganador orden capitalista global, las nuevas tecnologías de trabajo y de la salud, la cooperación internacional, existencia de un Estado asistencial sanitario (también sucede en Educación), la prevención de accidentes del trabajo o rehabilitación de accidentados laborales, las nuevas epidemias (poliomielitis, encefalopatías, entre otras), que afectan principalmente a niñas/os, abren las puertas para la llegada de transferencia internacional de tecnologías sanitarias de nuevas profesiones, entre ellas, la terapia ocupacional. Hablamos de la década de los años cincuenta.

Desde el planteamiento que he propuesto, me interesa abocarme en esta investigación a estudiar cómo la terapia ocupacional se ha producido en el marco del desarrollo de la sociedad chilena, sus dimensiones sociales, económica, políticas, articulado con un entramado global y regional, lo que nos lleva a la interrogante: ¿qué nos ha constituido como dispositivo social? De esta forma, referirse a las condiciones históricas en que la terapia ocupacional es producida, es rechazar la idea de que la terapia ocupacional ha evolucionado. Un enfoque evolucionista alude aun desarrollo, a una continuidad, a un devenir, ir de un punto a otro, una meta a la cual llegar y alcanzar. Ir desde lo simple a lo complejo, desde una mirada acumulativa de conocimientos y experiencias, explicado internamente, por sus propias leyes y en abstracción de las condiciones sociales que han producido a dispositivos tecnológicos como la terapia ocupacional. Un crecimiento temporal, donde se establecen jerarquías y estructuras diferenciadas.

Pensar la historia de la profesión desde un lugar otro, implicará reinterpretar nuestra experiencia desde el lugar de la subalternidad, de la negación de historias propias, rompiendo, fracturando el paradigma eurocéntrico, universalista del oficio y construir la historia a partir de nuestra propia experiencia situada, de la memoria del pasado vivo (AROSTEGUI, 2004) que nos ha constituido, pues en nuestra historia, el pasado sigue con testigos vivos en el presente, como memoria viva (FAZIO, 2010). Implica asumir, desde una lectura de orientación descolonial, la recuperación colectiva

de la historia y como el surgimiento de la terapia ocupacional se inscribe en el proyecto colonial moderno (TORRES, 2014).

Reflexionar la historia social de la terapia ocupacional nos induce a pensar en el pasado y todo pasado es presente, nadie está en el pasado como hecho concreto. Todo pasado es vivido en la historia del tiempo presente que invade nuestras vidas cotidianas. Es la historia de los testigos, de los símbolos, de la transgeneracionalidad, en la cual se encuentra mi propia persona como investigador. El pasado es memoria viva. Cada momento histórico con unos determinados actores es en sí mismo una historia también de tiempo presente (RODRIGUEZ & ESPINOZA, 2007).

En contraposición a un pensamiento positivista que hace de su narrativa una estructura de hechos registrados en el intento de llegar a una verificación objetiva; una historia social está enmarcada en la historicidad, es decir, en la experiencia de vivir y ser sujeto de esa historia. Esto último conlleva necesariamente un ámbito político y ético, lo que está a la base, es la disputa entre lo científico - académico, lo objetivo y neutro y, la experiencia ciudadana, colectiva, cotidiana del mundo de la vida.

En la experiencia colectiva, el pasado no es solo lo que fue, es también por lo que significa y, más aún, se revisita desde el hoy, lo que se traduce en una memoria como sujeto. Esta memoria debe impugnar la narración histórica como dato oficial, estable, inmodificable y, por otro, limitar su alcance como conocimiento que resulta de la investigación. De esta forma, la terapia ocupacional como narrativa histórica es un espacio en disputa, en permanente producción, en construcción. Existe una historia y memoria oficial, que forma parte de los discursos oficiales que se consolida desde el poder a través del control de la formación profesional, de los espacios institucionales donde realizamos las intervenciones, en los espacios en los cuales se construye la política pública y social. Una terapia ocupacional que se dispone a un proyecto de país organizado para establecer al sujeto individual como lo central, al consumo y el libre mercado como una forma de vida, dimensiones más visibles del proyecto moderno occidental, patriarcal, colonial. Así entonces, el proceso de producción historiográfica y de memoria también es un espacio en disputa. Las historias y las memorias están anclados a procesos intersubjetivos, experiencias que siempre son sociales y se entraman en procesos culturales, simbólicos, políticos. La historia y la memoria social es un espacio de lucha, donde la tarea historiográfica se asume como desafío político y ético, en la cual no solo hay recuerdo, sino la construcción de proyectos sociales (JELIN, 2002).

Hacer historia implica una manera de pensar y comprender el devenir histórico desde una posición ética y política. Tomar nota de la matriz colonial que hay en la historia universal de la propia terapia ocupacional. Esta historia universal, colonial que también se proyecta en nuestra disciplina implica un nacimiento en los años 1960, con madres de origen anglosajón y la invención de una historia centrada en el occidente estadounidense y europeo que ha encubierto nuestra propia experiencia como sujetos históricos.

En esta investigación asumo como supuestos que la historia de la terapia ocupacional se ha construido desde la cotidianeidad de las personas, de las/os llamados usuarias/os, de los llamados pacientes y familiares, de grupos y comunidades, de las/os trabajadoras/es de la terapia ocupacional. La historia de la terapia ocupacional es la historia de los sujetos vulnerados, excluidos, jóvenes, niños, mujeres, personas con discapacidad, lxs precarizados de empleo, los vulnerado en sus derechos, en el acceso a una vida digna y participativa lo que muchas veces como colorario se traducen en importantes problemas de salud. Son las personas que han sido deshumanizadas, enajenadas de las posibilidades de reconocimiento, en el que su ejercicio ciudadano ha sido menoscabado y a los cuales no se les han garantizado sus derechos humanos, sean civiles, políticos, sociales, culturales, económicos y de los pueblos (GUAJARDO & GALHEIGO, 2015).

Desde esta perspectiva, se pretendió esbozar una historiografía con horizonte de la Historia social para la terapia ocupacional en Chile considerando el periodo ubicado entre los años 1950 y 1973. Como se ha mencionado, esta temporalidad se vincula a las acciones de cooperación internacional para traer el oficio a, aspecto que facilitó que una becaria de una institución filantrópica iniciara sus estudios en 1959 en Argentina y fuera la primera terapeuta ocupacional chilena titulada.

Entre 1960 y 1963 políticas internacionales y nacionales dan inicio al primer programa formador de terapeutas iniciando en 1963, resultados de los convenios establecidos entre el gobierno de Chile, Organización Panamericana de Salud (OPS) y Hospital José Joaquín Aguirre de la Universidad de Chile. En 1966, egresan las primeras profesionales formadas en Chile que se integran al sistema de salud y constituyen en el breve plazo su asociación gremial. En cuando a 1973, es el año en que se produce el golpe de Estado cívico militar, acontecimiento que produce una profunda transformación de la sociedad chilena, y conlleva en el breve tiempo modificaciones en el papel del estado, las profesiones y los programas formativos, inaugurándose con ello, un nuevo ciclo histórico en el país (MOULIÁN, 1997).

El periodo de 1950-1973 se enmarca en Chile en aquello que se denominan el periodo de la República presidencial, que comienza con la Constitución Política de 1925 y que inaugura lo que se conoce como el Estado liberal democrático (SALAZAR & PINTO, 1999)¹⁰, que perdura hasta el año 1973. Este periodo se reconoce como la época de la conformación del Estado desarrollista, del Estado protector, de la industrialización, la conformación definitiva del Estado-nación, de la generación de políticas públicas para la cuestión social en Chile: pobreza, desigualdad, derechos sociales y laborales. De los movimientos sociales y obreros, la organización de las mutuales y la Caja de Seguro Obrero. En este ciclo se consolida Estado docente como principal garante del derecho a la educación. De la conformación del Servicio Nacional de Salud (1952 - SNS), espacio institucional en el cual se asienta la creación de la terapia ocupacional en Chile. Se propone este periodo histórico de estudio pues lo que se intenta es dar cuenta del entramado político, social, económico y cultural del cual nace nuestro oficio en el también llamado Estado de bienestar.

La tesis que subyace es que el oficio surge como resultado de los procesos de modernización capitalista implementados en el país, interseccionados con la globalización capitalista post segunda guerra mundial y sus implicancias en ámbitos como trabajo, la vivienda, educación y salud en Chile. Procesos muy vinculados a las transformaciones de la matriz productiva que implica un proceso de industrialización para la producción de bienes y servicio para las nuevas capas medias emergentes, superando la etapa importadora y que implicó, a la vez, la migración de un importante número de personas del campo a la ciudad, con la consiguiente emergencia de nuevas necesidad y servicio que constituyen la nueva cuestión social en Chile.

Podemos señalar que a partir de los años 30, y en particular desde 1939, comienza a configurarse un nuevo periodo en la historia económica y social de Chile, él se encuentra caracterizado por la búsqueda consciente de la industrialización nacional como la senda para un desarrollo dinámico y para la transformación de una estructura económica que hasta ese momento mantenía un marcado sesgo primario exportador. Lo anterior, con el fin de integrar a vastos sectores populares y de capas medias a los beneficios de una economía en proceso de modernización.¹² El agente protagónico de esta nueva etapa es el Estado que,

¹⁰ Los historiadores Gabriel Salazar y Julio Pinto, ambos premios nacionales de Historia, refieren lo siguiente: Estado oligárquico liberal (1810-1920); Estado liberal democrático (1920-1973); Estado neo-liberal (1973-1998). Este último constituido por la dictadura militar entre 1973-1990 y transición a la democracia 1990-1998.

desde un carácter oligárquico, se transforma en desarrollista y empresario. (ESCOBAR & SEPÚLVEDA, 2013, p.10)

Este proceso de modernización, el avance tecnológico en salud con la aparición de la rehabilitación, vinculados a modificación del proceso salud enfermedad, donde el Estado es el motor principal para la resolución de los diferentes problemas sociales, genera las condiciones institucionales y políticas, para la llegada de nuevas tecnologías sanitarias como la terapia ocupacional.

Por lo anterior, la investigación asume un enfoque historiográfico que se aproxima a analizar los proceso económicos, sociales, culturales y políticos en el cuales emerge, se produce y cursa la terapia ocupacional. Esta perspectiva intentará asumir una lectura que toma distancia con respecto a las construcciones históricas academicistas ligadas al relato histórico de los programas académicos y, desde adentro, en termino de pensarla desde nuestra propia realidad histórica, con los sujetos de nuestra praxis en la que se desenvuelve (SALAZAR, 2017).

Considerando lo desarrollado, el objetivo de esta investigación fue analizar los procesos sociales, económicos y políticos históricos que dan cuenta del devenir histórico de la terapia ocupacional, en el periodo de 1950 a 1973.

2. LO TEÓRICO

2.1. Historia social

La historia historizante o historia episódica fue la corriente histórica predominante hasta comienzos del siglo XIX (GREZ, 2004). Bajo este modelo, el historiador tenía como objetivo reunir aquellas fuentes o documentos y narrar los acontecimientos o hechos que extrajera de ellos de manera lo más lineal y coherente posible, se solía respetar de manera fiel la información que proporcionaban los registros históricos, y no se les solía proporcionar una lectura crítica, como bien indica Sergio Grez, “según esta noción, los hechos históricos eran una realidad externa que se imponía al historiador; ellos existían independientemente de la conciencia de los hombres, y por ende la labor de los historiadores consistía en descubrirlos” (2004, p. 2).

Esta forma de hacer historia se fue superando gracias al nacimiento de distintas escuelas, entre ellas la Escuela de los Annales (BLOCH, 2020), la cual propone que la historia como disciplina debe dedicarse más que narrar historias objetivas de hechos que suceden en el exterior, debe atenerse a responder problemas que surgen del estudio de la sociedad.

Lo anterior deja ver que la historia comienza a relacionarse directamente con lo social, pero, esta mirada abrió un debate entre los historiadores, algunos postulaban gracias a esto que la historia era inherentemente social, y que por lo tanto todos los estudios que se hicieran en su nombre correspondían a la historia social, sin embargo, algunos historiadores propusieron que la historia social era aquella corriente en la que convergía “la historia social, la historia de la civilización material, la historia de las mentalidades colectivas y la historia del poder. La historia social sería la síntesis de todos estos aspectos, la confluencia de todo” (GREZ, 2004, p. 4).

A pesar de los marcos en los que se ha intentado encasillar a la historia social para transformarla en una corriente específica del saber histórico, su margen continúa ambiguo, como bien se evidencia en el planteamiento de Duby, en la historia social confluyen muchos elementos, pero, según los postulados por Grez:

cualquiera sea la concepción que tengamos de ella, habrá que concluir que su territorio es enorme porque sus objetos de estudio serían: las estructuras, las clases y grupos sociales, las categorías socio-profesionales, las mentalidades, las

ideologías o las representaciones mentales de los grupos humanos. También entrarían en sus dominios el estudio de los grupos familiares, los problemas de género, etcétera. (2004, p. 8)

Lo que en definitiva varía según el autor citado, es el punto de entrada con la que el historiador comienza a investigar y a escribir la historia, ya que toda buena obra histórica es social, porque finalmente el sujeto siempre está expuesto a la multicausalidad de los hechos, los cuáles finalmente derivan de cualquier ámbito del acontecer humano.

Autores como Natalie Zemon (1990), sin embargo, realizan una distinción entre la historia social clásica y la nueva historia social, que según lo postulado nace a finales de los años de 1980. Menciona que la historia social clásica está ligada a disciplinas como la sociología y la economía, mientras que la nueva historia social se relaciona con la antropología y la literatura.

Realiza además una segunda distinción, que consiste en entre decir que la historia social clásica se preocupa de crear macrohistoria, mientras que la nueva historia social se enfoca en la producción de microhistoria (aunque estas clasificaciones son mero esquema, ya que los límites nunca están bien definidos). Sobre la primera comenta que:

se interesa por los grupos -en especial, aunque no de manera exclusiva, por las clases sociales- por su definición, creación y relaciones. Estas últimas se conciben en términos de rivalidad o competencia o colaboración, y de ellas dependen el poder y el prestigio. El hilo conductor de su relato es el cambio de la estructura social y del modelo socioeconómico en su conjunto, mientras que la interacción de las relaciones sociales, por una parte, y los grandes acontecimientos como las revoluciones, la guerra o las reorganizaciones, por la otra, dan consistencia a la trama. (ZEMON, 1990, p.117)

La nueva historia social por otro lado trata de detectar la existencia de agrupamientos de diverso tipo, que salen a la luz solo si disminuimos el campo de observación, y que muchas veces componen la ruptura dentro del macro relato que se crea bajo la óptica de la historia social clásica. Se pregunta cómo se forman y en qué medida refuerzan o traspasan los límites de la clase. Esta línea se preocupa de:

Interpretar las relaciones como procesos simultáneos y sistémicos: de dominación y resistencia, de rivalidad y complicidad, de poder e íntimos (...). Los

factores variables que le interesan son la mayor parte de las veces culturales: los medios de transmisión y recepción, las formas de recepción, la estructura de los relatos, los rituales u otras actividades simbólicas y la producción de los mismos. En lugar de analizarlos cuantitativamente o establecer correlaciones entre ellos, los “lee”, “traduce” o “interpreta”. (ZEMON, 1990, p. 177)

La autora en su obra deja ver que ambas formas de la historia social son complementarias, y que lo que cambia es la óptica con la que se mira el hecho o acontecimiento social, en definitiva, si lo social se mira de lejos macrohistoria o de cerca microhistoria.

Sin embargo, el muy destacado historiador Erik Hobsbawn, escribió en 1991 que la nueva historia social era una corriente que dejaba de lado la política, ya que se enfoca en escribir sobre actividades humanas difíciles de clasificar, pero que no tienen un contenido político. Hobsbawn postula que la historia social “se relacionaba con la historia de los pobres o de las clases bajas, y, más concretamente, con la historia de los movimientos pobres. Incluso podía tener un carácter más especializado y referirse, esencialmente a la historia del trabajo y de las ideas y organizaciones socialistas” (1991, p. 5). En definitiva, comenta el autor, que la historia social es aquella privilegiada por los historiadores económicos que comenzaron a utilizar herramientas propias de la sociología, porque cayeron en cuenta de que existían factores fuera de lo económico que determinaban el desarrollo económico de una sociedad determinada.

En definitiva, sea que hablemos de historia social a secas, o nueva historia social, podemos concluir que esta corriente historiográfica, amplia y compleja de determinar, incluye a un nuevo actor: al pueblo, o a la población común y corriente. Se transforma en una opción para aquellos/as historiadores/as que deseaban investigar no solo a grandes personajes de la historia, o procesos netamente económicos que no incluían el factor social.

2.2. Historia y memoria

La historia y la memoria tienen un mismo núcleo, el recuerdo y el pasado, sin embargo, abarcan dos aspectos diferentes de la escritura sobre este pasado que se desea investigar. Algunos/as autores/as cuando escriben sobre la memoria y la historia utilizan el término “historia” a secas para referirse a la memoria oficial, mientras que otros utilizan el término “historia” para hablar sobre la historiografía, la “ciencia” de la historia. En el primer caso el término memoria se utiliza para hablar de las memorias no oficiales o memorias débiles, mientras que en el segundo caso el término memoria es utilizado para describir aquellas memorias que propicia el Estado destinadas a construir una identidad nacional. En el texto *Memoria oficial y otras memorias: la disputa por los sentidos del pasado*, se propone que:

el nodo central de tensión en el debate entre memoria oficial y otras memorias es el de la legitimidad de la historia, su uso para oficializar un régimen de verdad sobre el pasado y la subordinación de la memoria a dicho objetivo; por ello, los postulados que pretenden abrir las perspectivas del pasado en el marco de la memoria, y la apertura al reconocimiento social de una multiplicidad de sentidos del pasado, parten de tomar distancia crítica de la historia y la relación y uso que esta hace de la memoria. (GRUPO DE INVESTIGACIÓN CYBERIA, 2009, p. 208)

En el extracto mencionado se evidencia la primera mención realizada respecto al debate existente entre la historia y la memoria. Como bien se puede vislumbrar, la historia es entendida como el discurso oficial, debido a que esta tiene legitimidad social, por eso, las perspectivas que realizan investigaciones respecto a la memoria, deberían de tomar una distancia crítica de la historia.

Sin embargo, cabe reflexionar que es complicado hablar sobre historia a secas, ya que se entiende en el mismo texto que la historia a la cual se refiere, y de la que se debería de tomar distancia, es de aquella historia característica del siglo XIX destinada a reforzar la idea de Estado Nación, historia que muchas veces se entiende como “historia positivista”, o “historia oficial”. En el mismo texto se postula lo siguiente: “este sistema de control y de exclusión a su vez diseñó una narrativa común sobre el pasado de las naciones que vendría a establecerse como mito fundador de la nacionalidad” (SILVA et al., 2009, p. 205).

Por otra parte, la memoria sería una divergencia, que “está presente en la ausencia, en el silenciamiento o la invisibilidad de la memoria oficial” (SILVA et al., 2009, p. 207). De ello se puede inferir que la memoria es todo aquello que no se dice en el discurso oficial que emite la historia, con excepción de la historia oral, ya que esta “tiene como uno de sus objetivos, otorgarle a la memoria colectiva un lugar alternativo frente a la historia” (2009, p. 208).

Desde otra perspectiva, Enzo Traverso en su escrito *Historia y memoria. Notas sobre un debate* propone que la historia y la memoria son dos esferas distintas que se entrecruzan constantemente, y que tienen un mismo objetivo, la elaboración del pasado. Al respecto comenta lo siguiente:

La historia es una puesta en relato, una escritura del pasado según las modalidades y reglas de un oficio que constituye una parte, un desarrollo de la memoria. Pero la historia nace de la memoria, también se emancipa de ella, al punto de hacer de la memoria uno de sus temas de investigación como lo prueba la historia contemporánea. (TRAVERSO, 2007, p. 72)

Traverso, a diferencia del estudio citado anteriormente, propone que la historia, como “ciencia”, utiliza la memoria para reconstruir sus obras, pero al mismo tiempo se distancia de ella, ya que tiene que observar el fenómeno estudiado con parcial objetividad, por eso, la historiografía usa la memoria, y la releva más o menos según la corriente historiográfica en que se estudie un fenómeno, por eso, bajo la óptica de la historiografía contemporánea, la memoria adquiere protagonismo, al respecto puntualiza que “la historiografía exige una toma de distancia, un separación, incluso una ruptura con el pasado, al menos en la conciencia de sus contemporáneos, lo que es la condición esencial que permite proceder a una historización, es decir, a una puesta en perspectiva histórica del pasado (2007, p. 80).

Por otro lado, la reconstrucción de la memoria es un proceso inherentemente subjetivo, ya que proviene de las propias experiencias de los sujetos, de sus recuerdos, emociones y sus presentes. La memoria se asocia tanto a la memoria que trata de implantar la historia oficial, destinada a generar un discurso nacional que refuerce la identidad republicana-democrática, como a un hecho o acontecimiento social que resulta traumático, y que generalmente lleva la impronta de los “vencidos” de la historia, por eso, tanto Traverso como el grupo de investigación Cyberia consideran

que a través de los estudios de la memoria se puede recuperar aquello que “no se cuenta”, la memoria “divergente” o “débil”.

Esta memoria divergente (o memoria a secas) tiende a atravesar varias etapas, que, de acuerdo con el modelo propuesto por Henry Rousso en el *Syndrome de Vichy* (1990), podrían describirse de la siguiente manera: “en principio hay un acontecimiento significativo, con frecuencia un traumatismo; después una fase de represión que será tarde o temprano seguida de una inevitable anamnesis (el retorno de lo reprimido) que puede, quizás, convertirse en obsesión” (TRAVERSO, 2007, p. 82). Ello explicaría por qué la vivencia de los que fueron oprimidos alguna vez tarde o temprano sale a la luz, a pesar de que los discursos oficialistas sean los que se reproduzcan con mayor fuerza y prevalencia en el tiempo. Este fenómeno ha sucedido con múltiples hechos traumáticos de la historia, como el holocausto judío, la colonización británica en la India y las dictaduras militares en Latinoamérica, incluyendo la chilena. Esto explica por qué incluso en los tiempos de hoy existe un “auge” de la memoria que se refuerza por lo que menciona Peter Burke, quién en *Historias y memorias: un enfoque comparativo* sostiene que los escritos de la memoria son una estrategia de grupos o instituciones para hacer frente a los recuerdos, sobre todo a los recuerdos de los conflictos políticos o sociales. En su texto el historiador menciona que la memoria no solamente se encuentra en el relato hablado, sino que también se halla en expresiones culturales: un rayado en el muro, una estatua, un dicho típico, entre otros, comenta que la memoria cultural es “un tipo de archivo o repertorio de símbolos, imágenes y estereotipos que los miembros de una determinada cultura utilizan o vuelven a activar cuando resulta necesario” (2011, p. 490).

Por otro lado, resalta la existencia de la memoria social, que se caracteriza por ser las señales o claves dadas al individuo por la memoria comunitaria de una familia, una escuela, una aldea, una iglesia o una nación, sugiriendo dos cosas: lo que debe ser recordado y también la manera de recordarlo. Sin embargo, pesar de que el autor realice esta distinción recalca que la memoria realmente es una sola, ya que “el proceso social de construcción de la memoria depende del repertorio cultural local” (BURKE, 2011, p. 491)

En síntesis, los debates por la memoria son extensos, pero, una de los consensos más claros es que existen las memorias “fuertes” u oficiales, y las memorias “débiles” o divergentes, y que, la historiografía por largos años basó sus investigaciones en las memorias oficiales, y a que su vez las fue reproduciendo, por eso, los estudios de la memoria hoy día junto con el auge de la historia

social han salido cada vez más a flote, para relevar ya sea la memoria o la historia de aquellos grupos que han sido oprimidos.

2.3. Historiografía en Chile

Fue durante la época republicana que emergió lo que hoy conocemos como historiografía en Chile. Las primeras obras de carácter científico y que buscaban ser “objetivas” se dieron en esta época. Estos primeros historiadores buscaban diferenciarse de aquella escritura histórica que para ellos estaba más cerca de la literatura que de la ciencia, autores como Diego Barros Arana, Miguel Luis Amunátegui y Benjamín Vicuña Mackenna concibieron la narración histórica como la promesa de una futura filosofía de la historia, ya que “durante el siglo XIX la expresión suprema del pensamiento histórico era la reflexión en torno al origen y el destino del devenir humano. Pero, para estos autores, antes de la especulación, era necesario establecer la verdad de los hechos y procesos del pasado” (CASSANOVA, 2013, p. 98). Estos historiadores, a pesar de generar relatos de carácter científico, no pudieron evitar caer en combinar sus obras con creencias propias de la época, que tenían un claro ideal ideológico que se orientaba a la creación de los Estados nación, y que se combinaba con perspectivas provenientes del ideario liberal, en donde la concepción del progreso, el bárbaro y el ciudadano estaban muy presentes. Las creencias e ideologías decimonónicas se desmoronaron en la década de 1920, posterior a la Segunda Guerra Mundial, ello provocó según Julio Pinto:

una renovación historiográfica que una vez más se sostenía sobre la crítica a sus predecesores (...). Apareció así, por una parte, una primera corriente de historiadores declaradamente marxistas, que ponían sus saberes al servicio de una visión revolucionariamente alternativa de la historia y la sociedad. Al mismo tiempo, y en forma paralela, una segunda corriente de historiadores seducidos por el ejemplo de la escuela francesa de los Annales enfrentaba su objeto de estudio desde un ángulo tal vez menos rupturista en lo inmediatamente político, pero igualmente determinado a construir una historia en que tuviesen cabida las grandes mayorías sociales y los procesos relevantes para el conjunto de la comunidad nacional. (2006, p. 2)

Paralelamente, surgían también historiadores conservadores como Luis Alberto Edwards y posteriormente Francisco Encina, que se caracterizaban por tener una:

visión tan idealizada del pasado como profundamente pesimista del presente; el apego a la jerarquía y al orden; la exaltación del Estado como conductor imparcial y supremo de la nación; y la confianza en la intervención providencial de personajes de excepción, portadores del verdadero espíritu nacional. (PINTO, 2006, p. 15)

Estos nuevos escritos históricos carecían de una metodología rigurosa, ya que solían componerse a partir de investigaciones ya realizadas, por lo tanto, eran obras prácticamente ensayísticas.

Fue recién en 1950 cuando “en Chile se formó una primera generación de historiadores universitarios, con figuras como Julio César Jobet, Jorge Barría Cerón, Hernán Ramírez Necochea y Marcelo Segall, quienes asumieron un compromiso escritural con la clase trabajadora” (SILVA, 2022, p. 290). Este grupo de historiadores son ampliamente nombrados en los textos de historiografía chilena del siglo XX, ya que fueron los primeros en realizar producciones históricas con un carácter político izquierdista resaltando que:

Entre los historiadores que interpretaron la historia de Chile desde el materialismo histórico, destacan las figuras de Julio César Jobet, con su trabajo *Ensayo crítico del desarrollo económico-social de Chile*, y Hernán Ramírez Necochea, con su libro *Historia del movimiento obrero. Antecedentes, siglo XIX*. Ambos se la jugaron a fondo, en lo profesional y personal, no tan solo por una visión de la historia, sino que por la viabilidad misma de los proyectos de cambio que aspiraban para la sociedad chilena. La presencia del proletariado, la lucha de clases, el imperialismo, las formaciones sociales y económicas de Chile, fueron problemas recurrentes que buscaron resolver desde el campo historiográfico. (SILVA, 2009, p. 183)

Los autores nombrados recibieron la denominación de historiadores “marxistas clásicos”, ya que su objeto de estudio eran los trabajadores, el imperialismo, la economía y aspectos sociales que tuvieran que ver con la lucha de clases. Además de escribir sobre estos temas, tenían la intención de publicar un proyecto social que produjera una transformación, de la misma forma que los otros historiadores lo habían hecho, pero desde perspectivas antagónicas. Sus obras también eran

una forma de protestar contra las producciones historiográficas de la época, sobre todo de aquellas realizadas por autores como Francisco Encina, pero, suele mencionarse que estos historiadores caían en errores metodológicos debido que ciertos acontecimientos o explicaciones históricas las atribuían a causas que tuvieran relación con la teoría marxista, provocando que aquellos razonamientos encajaran a la fuerza con dicha teoría.

Obras como la *Historia del Partido Socialista de Chile*, de Julio César Jobet (Prensa Latinoamericana, 1971), y el *Origen y formación del Partido Comunista de Chile*, de Hernán Ramírez Necochea (Austral, 1965) se crearon bajo dicha generación. Esta apertura ideológica fue característica, así como las temáticas a las que recurrían que trataban sobre movimientos obreros, partidos de izquierda o sindicatos. En estas obras los autores no temen reconocer sus orientaciones políticas, como bien menciona Pinto respecto a una obra de Jobet.

...afirmaba al comienzo de su *Historia del Partido Socialista de Chile* que únicamente la acción organizada de las masas por medio de un partido disciplinado, con cuadros combativos, conscientes de su misión histórica y social, podría cumplir el anhelo de crear una sociedad socialista, impidiendo cualquier descomposición democrático-burguesa o el aprovechamiento personalista de las masas. (PINTO, 2006, p. 31)

Paralelamente a las producciones anteriormente mencionadas, desde 1950 comenzaron a crearse obras historiográficas inspiradas en la Escuela de los Annales, estas obras pusieron énfasis en las estructuras profundas, en los procesos de larga duración y la importancia de los actores colectivos por sobre los individuales. Los autores que hoy son grandes referencias de obras historiográficas de esta línea en Chile son Sergio Villalobos, Álvaro Jara, Rolando Mellafe, Mario Góngora y Armando de Ramón, ellos según Herrera:

dieron sustento a una historiografía sumamente prolífica y rigurosa, que al cabo de unas décadas contaría con un sinnúmero de discípulos, tales como Gabriel Salazar, Jorge Pinto, René Salinas, María Angélica Illanes, muchos de los cuales, años después, terminaron adscribiéndose a la perspectiva del materialismo histórico. (2009, p. 184)

Este grupo efectivamente comenzó demostrando su disgusto frente a la panorámica historiográfica de la época, postulando que escribir respecto a grandes personajes, o denunciar en obras

que los individuos pueden cambiar el rumbo de la historia con su voluntad, era un error debido a la falta de una metodología de investigación apropiada. Se basaron en una escuela estructuralista francesa, ligada a los postulados de Febvre, Bloch y Braudel, buscando en sus investigaciones periodos de larga y corta duración, y definiendo estructuras de la mano de nuevas herramientas metodológicas interdisciplinarias, destacando por sobre todo aquellas provenientes de la sociología. Estos autores fueron los pioneros de la historia social en Chile.

El golpe de Estado producido en 1973 en Chile paralizó toda la producción historiográfica que se llevó a cabo hasta ese momento. Los historiadores marxistas tuvieron que marchar al exilio, fueron perseguidos y detenidos, por lo mismo, sus producciones pararon y muchas de sus obras quedaron en el olvido. Por otro lado, algunos de los historiadores que se inspiraron en la Escuela de los Annales también tuvieron que parar sus producciones, unos dieron un giro en favor del régimen, mientras que otros en el exilio continuaron con sus estudios y desde allí perfeccionaron sus técnicas historiográficas.

La escuela de historia de la Universidad Católica de Chile fue la que tuvo mayor producción durante la época, debido a que su línea ideológica era más compatible con el régimen, el resto, tuvo que encontrar un espacio de producción en la clandestinidad o en el exilio.

Dentro de este contexto es que se crea la “nueva historia social chilena” encabezada por Gabriel Salazar Vergara, quien en sus obras investigó de manera científica al pueblo, pero entendiendo al pueblo desde otra perspectiva, dejando de lado la idea del proletariado marxista que concebía a un número muy limitado de personas, por el contrario, el pueblo de Salazar era un grupo amplio, en el cual se encontraban los obreros, las mujeres, los niños, los labradores, los huachos, entre otros. Lo que buscaban los integrantes de la nueva historia social chilena, era escribir la historicidad de este pueblo, utilizando una metodología científica, como bien indica Julio Pinto:

Así redefinido su sujeto, la nueva historia social procuraba rescatar al conjunto de los sectores populares más que otorgar un privilegio epistemológico al segmento más organizado, politizado o "consciente" que tradicionalmente se identificaba con el proletariado. Esto implicó el reconocimiento de una serie de actores antes soslayados, como las mujeres, los campesinos, los indígenas, los artesanos o los bandoleros. Implicó también un énfasis en las luchas y vivencias cotidianas más que la pura epopeya popular, así como un desplazamiento cronológico de los estudios a etapas anteriores al siglo XX, que por ser el momento de la aparición del proletariado

había sido el privilegiado por las primeras historias obreras. Se trató igualmente de hacer una historiografía "desde abajo", donde comparecieran no sólo los líderes o los ideólogos sino el conjunto del espectro popular. Y se reemplazó, finalmente, el interés por las grandes estructuras a favor de una mayor atención hacia la historicidad de los sujetos, o como lo diría María Angélica Illanes en un balance retrospectivo de este nuevo enfoque disciplinario, se antepuso el estudio de las personas al estudio de las cosas. (2006, p. 40)

La nueva historia social chilena tuvo una gran aceptación en el país, incluso en los años más álgidos de la dictadura militar, debido a su rigor científico y a sus innovaciones metodológicas, que lograron ampliar el espectro investigativo de lo que hasta entonces había logrado la historiografía chilena.

2.4. Una mirada descolonial de la historia

La historia descolonial es una corriente de pensamiento y enfoque historiográfico que busca desafiar y cuestionar los paradigmas y narrativas históricas establecidas desde una perspectiva eurocéntrica y colonial. Se basa en la idea de que la historia tal como se ha contado tradicionalmente ha estado influenciada por las estructuras de poder, la dominación colonial y la imposición de una visión del mundo occidental. En este sentido, el enfoque descolonial busca recuperar y valorar los conocimientos, experiencias y perspectivas de las culturas y sociedades que han sido subordinadas, silenciadas o marginadas en la historia convencional lo que implica cuestionar las categorías y conceptos impuestos desde el pensamiento colonial y explorar formas otras de entender y narrar la historia. Por ello, se centra en el estudio de las relaciones de poder y las formas de resistencia y lucha contra la opresión colonial examinando los procesos de colonización, explotación y despojo de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras comunidades marginadas, así como las formas de resistencia que han surgido en respuesta a estas injusticias (RIVERA CUSICANQUI, 1987).

Este enfoque histórico también hace una crítica a la idea de progreso y desarrollo lineal que surge con la modernidad occidental buscando desafiar la idea de que solo hay un camino válido de desarrollo, señalando la importancia de la coexistencia y la heterogeneidad como elementos constitutivos del devenir histórico.

Los enfoques descoloniales han influido en diversos campos académicos y disciplinas, como la antropología, la sociología, los estudios culturales y la historia, aportando otras versiones críticas de la historia y del conocimiento en general. Es importante tener en cuenta que existen diferentes autorías y perspectivas en su interior, por lo tanto, es diverso y multifacético existiendo diferentes interpretaciones y propuesta dentro de esta corriente, dado que su sentido político es desafiar los marcos establecidos y abrir espacios para la pluralidad de voces y perspectivas históricas.

A continuación, presentaré la noción de colonialidad propuesta por Aníbal Quijano en los años de 1990 en el marco de la teoría crítica de la colonialidad del poder. Posteriormente, me referiré a la dependencia (OLIVARES, 2017) y la subalternidad como elemento constitutivo de las sociedades nacionales del Sur Global y sus efectos en las historiografías y, finalmente, plantearé la propuesta teórica de Alfonso Torres¹¹ y otras/os autores/as sobre cómo hacer historia desde abajo y desde el sur.

2.4.1. La dimensión histórica de la colonialidad del poder

La teoría crítica de la colonialidad del poder de Aníbal Quijano (1991) señala que el poder es un espacio de relaciones sociales de explotación / dominación / conflicto, que se articulan en torno a la disputa por el control de los siguientes ámbitos de existencia social: a) el trabajo y sus productos, b) la naturaleza y sus recursos de producción, c) el sexo, sus productos y la reproducción de la especie, y d) la subjetividad y sus productos materiales e intersubjetivos, incluido el conocimiento, e) la autoridad y sus instrumentos de coerción para asegurar la reproducción de ese patrón de relaciones sociales y regular sus cambios. En estos diferentes pero interdependientes ámbitos de existencia la historia ha jugado un papel decisivo, pues ha sido la encargada de elaborar el pasado y de construir conocimientos sobre éste, de allí que el ejercicio historiográfico sea tan relevante a la hora de disputar el poder por cuanto es siempre resultado de una posición en el mundo y en

¹¹ Doctor en Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional Autónoma de México, magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en sociología política y de la administración de la Universidad Santo Tomás de Aquino, licenciado en Ciencias Sociales de la Universidad Pedagógica Nacional. Docente de la Universidad Pedagógica Nacional en el Doctorado Interinstitucional en Educación.

ningún caso, se trata de una reconstrucción neutral, objetiva y acabada acerca del pasado. En el caso de América Latina, la historiografía ha estado cooptada por el pensamiento eurocéntrico, borrando o tergiversando la heterogeneidad histórico-estructural que la constituye, es decir, no ha reconocido las historias específicas y espacios-tiempos distintos y distantes entre sí, que dan lugar a “formas y caracteres no solo diferentes, sino discontinuos, incoherentes y aun conflictivos entre sí, en cada momento y en el largo tiempo” (CASTRO-GÓMEZ, & GROSGOUEL, 2017, p. 291). Por ello, el eurocentrismo es incapaz de dar cuenta de la experiencia histórica, pues entiende la existencia social como determinada antes de toda historia:

Esto es, como si fueran relaciones definidas previamente en un reino óptico, ahistórico o transhistórico. La modernidad eurocéntrica no parece haber terminado con el ejercicio de secularizar la idea de un Dios provenzal. De otro modo, concebir la existencia social de gentes concretar como configurada *ab initio* y por elementos históricamente homogéneos y consistentes, destinados indefinidamente a guardar entre si relaciones continuas, lineales y unidireccionales. (CASTRO-GÓMEZ, GROSGOUEL, 2017, p. 291)

En este sentido, el eurocentrismo fue imponiendo una historia universal y con ello, los peligros de una sola historia (Adichie, 2011), es decir, la imposición de una visión del mundo por sobre tantas otras, la clasificación y reducción de las diferencias, la estigmatización y folclorización de la alteridad y la negación de la pluralidad de existencias, historias y voces.

Es imposible hablar sobre la historia única sin hablar del poder. Hay una palabra del idioma Igbo, que recuerdo cada vez que pienso sobre las estructuras de poder en el mundo y es "nkali", es un sustantivo cuya traducción es "ser más grande que el otro". Al igual que nuestros mundos económicos y políticos, las historias también se definen por el principio de nkali. Cómo se cuentan, quién las cuenta cuándo se cuentan, cuántas historias son contadas en verdad depende del poder. (ADICHIE, 2011, p. 6)

Las historias del sur global han sido contadas bajo este mismo patrón de poder colonial, pues han sido elaboradas para ser instrumentos de dominación de las subjetividades, intersubjetividades y producción de conocimientos. Las historias descoloniales han abierto paso a reconstruir este pasado y luchar por las memorias olvidadas, silenciadas e invisibilizadas. Recordemos que historia y memoria están dialécticamente relacionadas, mientras la historia se ha asociado por mucho tiempo al

relato único, total y generalizador, la memoria se ha asociado a lo vivido (HALBWACHS, 2004). Del mismo modo, se señala que memoria e historia se influyen mutuamente.

Por un lado, la historia se ve influenciada por las luchas por la memoria que se instalan en la agenda pública. Por otro, la memoria es influida por la historia: no existe una memoria literal, original que no haya sido "contaminada" por elementos que no derivan de la experiencia misma. (GONZÁLEZ, 2014, p. 279)

Una mirada descolonial de la historia y la memoria, permiten correr el velo de la mirada eurocéntrica y ver que hay más allá, reconstruir aquello que se mantuvo en la memoria colectiva y que hoy puede ser recordado y traído al campo de la historia. Esto requiere una apuesta radical que permita confrontar el conocimiento hegemónicamente legitimado, colonizado y eurocentrado.

Es así como es posible avanzar hacia una historia descolonial y la producción de *otras historias*, tal como lo señala Mignolo (2005) cuando hace referencia a la necesidad de un *paradigma otro*, es decir, un pensamiento crítico, analítico y utopístico¹², que permita pensar el mundo desde la preservación de la vida y no desde la vereda contraria, ocasionando severos e irreparables daños a nivel planetario. Las grandes cuotas de malestar y sufrimiento, señala Mignolo, tienen que ver con “la pérdida del sentido común, el egotismo ciego, los fundamentalismos religiosos y seculares, el pensamiento crítico que piensa los conceptos que piensan los conceptos y olvida la razón por la cual los conceptos fueron inventados” (p. 19).

Un paradigma otro surge también desde principios políticos, éticos, económicos y epistémicos que tienen en común la diversidad de “formas críticas de pensamiento analítico y de proyectos futuros asentados sobre las historias y experiencias marcadas por la colonialidad [...] y las historias y experiencias de la modernidad” (p. 20). Por lo tanto, Mignolo lo entiende como un paradigma que conecta, que tiene un mismo punto de partida en estas realidades (vividas o no vividas), que no se adjudica una autoría sino varias autorías provenientes de pensamientos al interior de América Latina, norte de África, África subsahariana, sur de India y sur de Europa, que se

¹² En el sentido de Wallerstein: “Utopístico: Evaluación seria de las alternativas históricas y el ejercicio del juicio en cuanto a la racionalidad material de posibles sistemas históricos alternativos” (1999).

remontan desde el siglo XV y XVI en adelante, en la voz de pensadores indígenas, en las resistencias de los esclavos negros de las Costas del Atlántico y el Caribe, en la elite disidente de América Latina, Europa y de otras latitudes. Por lo tanto, no es *un paradigma nuevo*, sino uno en el que confluyen relatos, experiencias, teorías que se vienen forjando desde hace mucho tiempo atrás y que comparten la idea del agotamiento del proyecto de la modernidad. Por esto, es un paradigma que justamente niega la idea de “novedad”, así también la de ser *un paradigma maestro*, o en palabras del autor la “nueva verdad”, más bien, *podríamos* decir que lo que propone es formular un proyecto universal sobre la base de la diversidad silenciada y tejida a lo largo de la historia por el discurso de la modernidad.

Una *historia otra*, incorpora con fuerza la idea de locus de enunciación o punto de partida, el cual le da otra lectura a la producción de conocimiento en tanto se concibe como *geopolítica del conocimiento*, opuesto a la idea de un lugar universal desde donde se piensa la historia eurocentrada. El desafío aquí es re-conocer esos distintos lugares de enunciación y a su vez reconocer que cada discurso los encarna, esto democratiza el saber y permite, en palabras de Mignolo, deshacer las relaciones jerárquicas entre saberes (saber superior y saber subalterno) y abre posibilidades de ir construyendo nuevos proyectos “abiertos a ser corregidos en un dialogo entre pares” (p. 21).

Para ello, es necesario, retomar la idea de colonialidad, tomando dos principios claves que permiten entender su lógica de funcionamiento: la diferencia colonial y la diferencia imperial, las que a su vez son consustanciales al discurso de la modernidad. Ambas establecen diferencias con respecto al lugar de quien las enuncia, las primeras, producen “las diferencias que aseguran la mismidad y superioridad de un mundo construido sobre las cuatro ideologías visibles de la modernidad y una quinta invisible: el colonialismo.” (p. 36), estas diferencias a su vez permitieron establecer estructuras de poder en el interior del mismo sistema. La diferencia imperial por su parte, sirvió fundamentalmente para afirmar la mismidad y la diferencia con respecto a la cristiandad profesada por los países colonizadores, es el caso del Imperio otomano e islámico. Una cuestión que Mignolo señala, tomando como base un concepto propuesto por Aníbal Quijano, es que estas diferencias son producidas por la colonialidad del poder, que cumple la función de producir y reproducir dichas diferencias, clasificando a grupos humanos, poblaciones, comunidades a partir de las “faltas o excesos” marcando líneas abismales entre unos y otros, y la inferioridad de unos por sobre otros: indígena/español, negro/blanco, mujer/hombre, islam/catolicismo, quechua/español, entre otros.

Las diferencias coloniales e imperiales son explicadas por Mignolo (2013) a través del relato histórico que hace Bartolomé de Las Casas en el siglo XVI cuando identifica cinco tipos de bárbaros: 1) los que tienen conductas extrañas, feroces, desordenadas, con signos de degeneración o costumbres desorbitadas, 2) los que no tienen locución literal (lenguaje no latín). Llama la atención que podría haber un bárbaro sin locución, pero con sabiduría, 3) los que tienen una declarada ferocidad e ingobernabilidad, 4) los que carecen de verdadera religión y, 5) los que se oponen a la fe cristiana o barbarie negativa. Con cada pueblo o nación, según fuese clasificado, se estableció un tipo de diferencia, en el caso de los indios de la Indias occidentales (Imperios azteca e inca) se marcó una diferencia colonial, que los obligó a ser cristianizados y civilizados. En cambio, con los pueblos turcos, moros, chinos y rusos se marcó una diferencia imperial pero solo para ser civilizados no cristianizados. Lo anterior se explica porque Mignolo distingue entre diferencia imperial y diferencia colonial para explicar cómo la modernidad europea clasificó de manera desigual a los pueblos del mundo. Los imperios no occidentales —como el otomano, el chino o el ruso— fueron reconocidos como civilizaciones con organización política, religión y estructura estatal propias. En este caso, la relación con Europa fue de competencia geopolítica entre centros de poder, no de negación ontológica; no eran considerados “sin historia”.

En cambio, los pueblos colonizados de América y África fueron situados en una diferencia colonial, que implicó su racialización y subordinación ontológica. Fueron construidos como inferiores, carentes de razón plena o civilización legítima, lo que justificó su cristianización y tutela. La clave es que el imperio moderno europeo produjo una jerarquización que no aplicó a otros imperios, sino exclusivamente a los pueblos colonizados, consolidando así la matriz colonial de poder, pero siempre ancorada en los intereses del imperio económico.

Por tanto, *una historia otra*, es aquella que se opone a estas relaciones que se construyen sobre diferenciales de poder y convoca justamente a aquellos “proyectos de la modernidad/colonialidad unidos por un tipo de pensamiento fronterizo” (Mignolo, 2013, p. 50). Esto quiere decir una historia que surge de la subalternidad colonial¹³, un desvío del pensamiento de la modernidad,

¹³ Se basa en el pensamiento chicano/latino de Gloria Anzaldúa, quien que a su vez toma la perspectiva de Du Bois, panafricanista, sociólogo, historiador y activista por los derechos civiles, que plantea la doble conciencia como una perspectiva privilegiada desde la posición de frontera, la mirada de Khatibi, filósofo y narrador marroquí, y el pensamiento otro, como un pensamiento liberador y plural, entre otros pensadores.

de izquierda a derecha, un pensamiento diatópico o pluritópico en conflicto con las ideologías monóticas. Implica la definición de los lugares de enunciación, lo que permite entender la geopolítica del conocimiento y de las producciones historiográficas en sus distintas relaciones con el mundo.

2.4.2. La dependencia y la subalternidad como elemento constitutivo de las sociedades nacionales del Sur Global

Para referirnos a la dependencia como elemento constitutivo de las sociedades nacionales latinoamericanas, es necesario revisar entre quienes se ha establecido este tipo de relación. Tal como señala Quijano (2014) en su libro *Dependencia, cambio social y urbanización en Latinoamérica*, “las sociedades nacionales latinoamericanas –con la reciente excepción de Cuba– pertenecen, individualmente y en conjunto, al sistema de relaciones de interdependencia formado por los países capitalistas y, dentro de él, ocupan una situación de dependencia” (pp. 76-77). Señala que este sistema de relaciones de dependencia tiene un carácter distintivo considerando las singularidades de la matriz histórico-social de los países de nuestra región y por tanto, no es posible comprender cómo se ha construido la historia, sin considerar esta dimensión.

La dependencia, por lo tanto, es un elemento constitutivo de las sociedades nacionales latinoamericanas. De manera diferente, otras sociedades como la hindú o la china pre revolucionaria, en un nivel, o Japón, en otro, entraron en relaciones de dependencia como sociedades ya constituidas y mantuvieron su carácter de tales a lo largo de todo el proceso. No puede decirse lo mismo, por ejemplo, de las sociedades azteca e incaica, que fueron totalmente desintegradas como formaciones histórico-sociales. (p. 79)

En otras palabras, la dependencia de las sociedades nacionales latinoamericanas, según señala Quijano, no tiene que ver solo con la subordinación económica dentro del sistema capitalista, sino de una dependencia histórica que ha impactado completamente en los procesos históricos de los distintos países que confirman Latinoamérica.

Una noción que se ha utilizado para referirse a los países que han vivido experiencias de dependencia, subordinación, dominación y explotación, es la de Sur Global (OBARRIO, 2013; SOUSA SANTOS et al., 2019), lo que recoge una reflexión “sobre el espacio que-habiendo sido denominado antes como tercer mundo, países sub-desarrollados o en vías de desarrollo, postcolonial- hoy es definido como ‘Sur Global’” (p. 5).

También se plantea que esta noción deriva de una corriente denominada estudios subalternos, cuyo origen proviene de la crítica a la tradicional forma de hacer y comprender la historia. Esta crítica nace porque una amplia franja de actores sociales no se visibilizaba en la mayoría de los trabajos historiográficos. La idea de subalternidad es utilizada por primera vez por Gramsci, en sus escritos *Cuadernos de cárcel*, para denominar a los grupos marginalizados que se diferencian de la clase dominante, que dirige el sistema hegemónico, y la clase auxiliar, intermedia o también llamada de intelectuales (TENTI, 2012). Los grupos subalternos son los grupos que están subordinados a la clase dominante que posee el poder hegemónico, y que desarrollan tácticas antihegemónicas en sus espacios exclusivos. Massimo Modonesi (2010), en *Subalternidad, antagonismo, autonomía: marxismo y subjetivación política*, comenta lo siguiente:

El enfoque de la subalternidad configura, por lo tanto, una relación sincrónica y diacrónica entre subordinación y resistencia evitando la rigidez de los esquemas dualistas que aparecieron en la tradición marxista: conciencia/falsa conciencia, racionalidad/irracionalidad, espontaneidad/dirección consciente, clase en sí/clase para sí. (...). El campo de análisis de estos procesos incluye ámbitos de subjetivación cuya politicidad era anteriormente negada como, por ejemplo, la cultura popular, los mitos, el folklore y todas las expresiones populares susceptibles de ser objeto de disputa entre proyectos conservadores y transformadores. (p. 38)

La funcionalidad de este concepto para los fundadores de los Estudios Subalternos radica en lo que se expresa anteriormente, ya que el análisis mediante la subalternidad permite abarcar a grupos marginales de diversa categoría que han desarrollado sus luchas contestatarias de múltiples formas, no siempre sujetos a una racionalidad moderna. En pocas palabras, este concepto se vuelve mucho más inclusivo y útil a la hora de analizar grupos marginales no ortodoxos ni reconocidos por el Estado, lo subalterno considera a cualquier persona subordinada en términos de clase, casta, edad, género y oficio.

Los estudios subalternos se fundaron en los años 1970, como un campo de estudio que invitaba a analizar la historia desde una nueva perspectiva y desde nuevos actores sociales, lo que trajo en el campo de la historiografía y las ciencias sociales, una serie de cambios paradigmáticos basados en una crítica hacia las formas totalizantes de concebir el conocimiento y la dominación que estas presentaciones del mundo intelectual ejercían. Es sabido que la investigación social por mucho tiempo se dedicó a buscar patrones similares en todas las sociedades, agentes, fenómenos, conductas, entre otros, que sobrepasaran la particularidad de un pueblo y trascendieran en el tiempo, apostando por la universalidad y la identificación de leyes generales. Para lograr esto, las diferencias o rupturas, se fueron anulando y pasaron a ser ignoradas en pro de la conformación de estructuras generales. A través de su obra *La arqueología del saber*, Foucault escribe:

Es preciso renunciar a todos esos temas cuya función es garantizar la infinita continuidad del discurso y su secreta presencia en el juego de una ausencia siempre renovada. Estar dispuesto a acoger cada momento del discurso en su irrupción de acontecimiento; en esa coyuntura en que aparece y en esa dispersión temporal que le permita ser repetido, sabido, olvidado, transformado, borrado hasta en su menor rastro, sepultado, muy lejos de toda mirada, en el polvo de los libros. No hay que devolver el discurso a la lejana presencia DEL origen; hay que tratarlo en el juego de su instante. (1969, p. 41)

El autor propone cuestionar la continuidad del discurso, que otorga una apariencia coherente y estable, que, sin embargo, no se asemeja a lo que la realidad es, una suma de contradicciones, rupturas y diferencias. Se mostraba disconforme con las teorías modernizantes o desarrollistas mencionadas anteriormente, ya que ponían bajo un solo parámetro a todos los grupos, países y culturas, ignorando las diferencias y nombrándolas con categorías como subdesarrollo o retraso comparado con lo que se entendía como sociedades desarrolladas. Sin embargo, el autor propone que, en realidad, lo que ocultaba este tipo de discurso era formar un conjunto de enunciados que dieran cierta explicación coherente, y que reprodujeran el dominio de los grupos privilegiados.

Al mismo tiempo, el autor nos propone analizar de forma crítica los discursos que se proponen en las investigaciones sociales e históricas y preguntarnos: ¿qué es, pues, lo que se decía en aquello que era dicho? Esta forma de analizar los discursos de forma crítica, preguntarnos no solo lo que dicen de forma explícita, sino interrogarlos de manera profunda, ha llevado a conclusiones

y entendimientos del saber diferentes y fructíferos para los grupos que anteriormente fueron anulados.

Siguiendo algunas de estas ideas, Ranajit Guha fundador del Grupo de Estudios Subalternos en la década de 1980, en su libro *Las voces de la historia y otros estudios subalternos*, comenta que en el saber histórico hay una cierta discriminación, se pregunta por qué un acontecimiento o un acto determinados deben considerarse históricos y no otros. Esto no solo lo plantea con relación a las publicaciones sobre historia, sino que también a la enseñanza de la historia que se imparte en las escuelas, ya que el autor reconoce que hay una ideología para la cual el Estado es un organismo central. Es esa ideología a la que llama “estatismo”, que autoriza que los valores dominantes del Estado determinen el criterio de lo que es histórico. Señala que se fue formando un conocimiento a través de los enunciados estatistas, y ese conocimiento se reprodujo en las escuelas, siendo el principal problema, que no era la historia que representaba a todos los grupos de la población de la India. Guha se preocupaba sobre todo por los campesinos y sus revueltas (fueron su objeto de estudio en otras investigaciones), que eran consideradas como hechos apartes, y se les restaba importancia, tanto a su significado como su rol histórico. En prosa contra la insurgencia menciona que existen “fuentes que desmienten el mito, vendido con tanta frecuencia por escritos irresponsables e impresionistas sobre el tema, según el cual las insurrecciones campesinas eran asuntos puramente espontáneos y no premeditados. La verdad es bastante distinta” (GUHA, 1999, p. 160). Afirma lo siguiente:

que hay voces bajas que quedan sumergidas por el ruido de los mandatos estatistas. Por esta razón no las oímos. Y es también por esta razón que debemos realizar un esfuerzo adicional, desarrollar las habilidades necesarias y, sobre todo, cultivar la disposición para oír estas voces e interactuar con ellas. Porque tienen muchas historias que contarnos —historias que por su complejidad tienen poco que ver con el discurso estatista y que son por completo opuestas a sus modos abstractos y simplificadores”. (GUHA, 2002, p. 22)

Guha afirma, en su texto, que la ideología estatista se encuentra presente en todos los discursos nacionalistas, incluyendo tanto a los adherentes de las corrientes liberales como a los marxistas. La diferencia es la que existe entre un poder ya realizado en un régimen formado y estable, arraigado desde hace muchos años, y un poder que aún no se ha realizado; un sueño de poder.

Además, reconoce que la historia regida por esta ideología tendrá siempre un contenido patriarcal, ya que jerarquiza las relaciones de género, sin ningún reconocimiento del papel activo de las mujeres en los movimientos.

Sin embargo, reconoce que la crítica al discurso estatista no puede por sí misma producir una historiografía alternativa. Para que eso suceda, la crítica debe ir más allá de la conceptualización, hasta el estadio siguiente —esto es, hasta la práctica de re-escribir esa historia—. Se debe desafiar la univocidad del discurso estatista y destruir la jerarquización que privilegia un conjunto particular de contradicciones como principales, dominantes o centrales considerándolas como prioritarias o más urgente que la de todas las demás. Debe de hacerse “una re-escritura que escuche las voces bajas de la historia y que reintegre a la narración la cuestión del protagonismo activo y la instrumentalidad” (GUHA, 2002, p. 30), y no solo eso, sino que debe hacerse una revisión profunda, como apuntaba Foucault en su análisis discursivo, para desenterrar “el último refugio del elitismo”, se debe interrogar y evaluar, todo lo que se ha escrito sobre los grupos que han quedado marginados. Guha apunta finalmente, al derrocamiento del régimen de la narratología burguesa, ya que “será la condición de esta nueva historiografía sensibilizada ante la sensación contenida de desespero y determinación en la voz de las mujeres, la voz de la subalternidad desafiante comprometida a escribir su propia historia” (GUHA, 2002, p. 32).

Al igual que en la historiografía sudasiática, en América Latina hemos asistido a una interesante transformación de las perspectivas de análisis histórico que terminó por incorporar, entre otras múltiples variantes, al estudio de los sectores subalternos en consonancia con el desarrollo de nuevos estudios sobre la dominación colonial en nuestro continente. (CORTÉS, 2009, p. 7)

La adaptación de los Estudios subalternos al caso de América Latina es posible porque justamente, este territorio también vive y vivía —entre 1963 y 1973— una relación de dependencia con las potencias mundiales.

2.5. ¿CÓMO HACER HISTORIA DESDE ABAJO Y DESDE EL SUR?

Un planteamiento importante para considerar hasta ahora es comprender que la historia es un discurso hegemónico, dado que es evidente “el papel del saber histórico en el juego de fuerzas de poder presentes en el contexto donde se produce” (TORRES, 2014, p. 67). Esto se relaciona con el importante papel de la historia en la producción o transformación del sistema establecido. Esto reafirma la idea de que todo discurso histórico interviene en la realidad y es útil para las fuerzas en pugna (PEREYRA, 1985, p 34).

Cabe destacar que, desde esta perspectiva, la historia siempre ha sido un campo de lucha por marcar el curso de una determinada sociedad, no obstante, más que imponer una versión del pasado lo que se busca es tener control sobre la memoria social.

Mientras los sectores dominantes de una sociedad buscan construir concepciones y versiones del pasado, orientadas a legitimar su hegemonía, a la vez los sectores subalternos y las fuerzas políticas y sociales que les disputan el poder buscan producir lecturas del pasado que sean acordes con sus proyectos. (TORRES, 2014, p. 68)

La memoria social es entendida por Alfonso Torres como un elemento estructurador de las identidades sociales, definen los campos de lo posible y los proyectos de futuro que le dan sentido al presente. Esto explica porque la historia se ha sometido a la política, tal como se presenta en la historiografía del siglo XIX cuyo objetivo era “reconstruir el pasado de los nacientes Estados nacionales [...] como una reconstrucción fidedigna del pasado, cuya objetividad se justificaba en el uso de documentos producidos por el Estado y las elites letradas” (p. 89). Esto muestra que lo que llamamos historia universal e historias nacionales son resultado del poder colonial, nacionalista y burgués fuertemente marcado desde mediados del siglo XX y cuyo propósito ha sido mostrar, a través de una versión única de la historia, la idea de progreso humano de la mano de las élites políticas y económicas e invisibilizando a pueblos no europeos (obreros, campesinos, mujeres, afrodescendientes e indígenas).

En el caso de Latinoamérica, algunos relatos históricos se convirtieron en metarelatos globalizadores, que a través de la vía académica generaron nuevas formas de dominio internacional (RICHARD, 1997). Por lo tanto, es necesario “insistir en la marca de historicidades y localidades concretas, de territorialidades prácticas, de coyunturalidades específicas, para hacer de la "diferencia" latinoamericana una diferencia *diferenciadora* (p. 347). Un punto que es importante destacar, es que no es suficiente que las teorías postcoloniales incorporen *la figura de la Otridad* a su nuevo discurso anti-hegemónico para que el *otro* formado por tramas históricas y sociales de censura y exclusión llegue a participar con voz propia en el debate metropolitano. Es por ello, que una historia descolonial, denuncia el largo monopolio del *poder-de-representación* según el cual "representar" significa controlar los medios discursivos que subordinan el objeto del saber a una economía conceptual que se autodeclara superior y plantea una fuerte crítica la clasificación y estratificación de las historias otras en el lugar de la diferencia o alteridad inferiorizada.

Hacer historias desde abajo y desde el sur, pasa por tener presente que “los sectores subalternos no han requerido los historiadores para conocer el papel del pasado en sus resistencias contra el poder dominante”, así lo señala Alfonso Torres (2014, p. 72), indicando que estos sectores han utilizado diversos modos de construir alternativas: rechazando las imágenes del pasado producidas por el poder opresor, volviendo a su memoria del pasado para afirmar sus luchas, reivindicando figuras y hechos que se han mantenido ocultos o que fueron tergiversados y activando símbolos y narrativas de resistencia.

Otro elemento que es importante tener presente, es que el giro en las formas de comprender la historia se viene produciendo en el campo historiográfico desde el año 1883, destaca John Wade quien dio a conocer una historia de las clases media y trabajadora (TORRES, 2014), entre otros, Jules Michelet quien habló de las historias del pueblo, la mujer y las brujas y Lefebvre que se refirió al papel de los campesinos. Diversos historiadores, especialmente marxistas y militantes comunistas se propusieron una historia de la “gente del común”, pero sin reproducir la misma lógica, esta vez invertida, es decir, como señala Torres “reconocer —sin idealizar— el papel de sus luchas y movimientos en la vida histórica” (2014, p. 74). Por su parte, tal como ya mencioné, los estudios subalternos de la India liderados por Ranajit Guha en la década coinciden en la importancia de rescatar el papel de los movimientos campesinos, obreros y grupos tribales en el movimiento eman-

cipador indio reconociéndolos como “agentes de su propio destino sin quedar atrapados en la prisión de la narrativa moderna de lo nacional” (TORRES, 2014, p. 82). Finalmente, en América Latina las historias desde abajo tienen una larga tradición según este autor, buscando la reivindicación del papel de diversos grupos sociales en nuestra región que se comienzan a producir desde el periodo de la colonización. Por mencionar algunos se refiere a los escritos mayas *Popol Vuh* y *Chilam Balam*, que relatan entre otras cosas, la violencia ejercida durante la Conquista, otros textos que recopilan testimonios indígenas como la *Nueva Crónica y buen gobierno* de Guaman Poma, más adelante, encontramos las historias sobre la Revolución Mexicana, el movimiento obrero, las resistencias y rebeliones indígenas, las luchas del movimiento afrodescendiente, artesanos y campesinos. Mas recientemente, nos encontramos con las historias de los movimientos estudiantiles y de los movimientos feministas (TORRES, 2014).

Una de los puntos más importantes del planteamiento de Alfonso Torres, en su libro *Hacer Historia desde Abajo y desde el Sur*, es señalar que no se trata de un forma única ni menos homogénea y dominante de hacerlo. En su perspectiva asume algunas premisas que nos plantean formas otras de hacer historia, entre ellas, pasar de la idea de historia popular a la de (Re) construcción Colectiva de la Historia (RHC), que emerge de este modo:

en una coyuntura de ascenso de los movimientos populares y de proyectos populares y de proyectos políticos alternativos (resistencia a las dictaduras en el Cono Sur, Revolución Sandinista y procesos insurgentes en América Central y Colombia), en estrecho vínculo con la Educación Popular y la investigación participativa, e influida por las elaboraciones y discusiones provenientes de la historiografía marxista inglesa y los estudios culturales latinoamericanos”. (TORRES, 2014, p. 98)

La reconstrucción colectiva de la historia surge en el contexto del importante desarrollo de la Educación Popular en nuestra región, es en los años 1960 cuando Paulo Freire escribe sobre pedagogías liberadoras de la mano de importantes y profundas transformaciones sociales y políticas que ubicaban a los sectores populares como sujetos históricos (TORRES, 2014). Así también la investigación acción participativa propuesta por Orlando Fals Borda en los años 1970 confluye en la tarea de construir una ciencia popular, esto quiere decir, conocimientos para la liberación: “Este encuentro de la EP con la IAP afirmó el sentido político, pedagógico, emancipador, de la

RCH, a medida que se buscaba involucrar a los propios actores históricos en la producción de conocimiento sobre la historia vivida” (p.101).

Junto a lo anterior, desde el campo de la historiografía, surgen nuevas comprensiones acerca del papel de la historia oficial en la reproducción elitista y excluyente de las historias colectivas, plurales y siempre atravesadas por tensiones y posibilidades, según señala Alfonso Torres. Del mismo modo, señala que la cultura adquiere un lugar relevante, considerando que es a través de su cultura que los sectores populares leen, procesan y transforman sus prácticas. Finalmente, la RCH se nutre de la historia oral y los estudios de la memoria social.

La primera venía configurándose desde los 60 como una corriente que buscaba democratizar la práctica histórica y documentar la voz y la mirada de las clases subalternos en los estudios de historia reciente. Algunos centros de EP, como THOA en Bolivia y Tarea en Perú, impulsaban el rescate de la memoria popular a través de la tradición oral y la sabiduría ancestral de los pueblos andinos; otras, como ECO y SUR en Chile, y CEDEP de Ecuador, promovían concursos de historia local. (TORRES, 2014, p. 104)

Para terminar este recorrido por este importante texto de Alfonso Torres, el sentido que tiene “la RCH como enfoque y práctica en la producción de conocimiento histórico no obedecen solo a argumentos epistemológicos” (p. 107) sino a razones políticas y pedagógicas que permiten poner al centro la capacidad propia de acción política y activar la memoria colectiva, solo de este modo será posible seguir avanzando por el proyecto social de liberación.

3. LO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de la investigación

Para este estudio se adoptan dos opciones, la epistemológica y la teórica. Con respecto a la primera, mi lugar como investigador no está fuera de la realidad que se investigará, pues he sido y soy parte del sujeto histórico¹⁴ que ha producido la historia de la terapia ocupacional en Chile. El investigar, estudiar la historia y dedicarse a la escritura de ella, es al mismo tiempo una práctica histórica que hace al investigador participante de una historia que lo contiene (SALAZAR, 2017).

En ese sentido, investigar la historia, el pasado, es entendida como parte viva del presente dialogando con la propia experiencia de esa historia. Como sujeto cognoscente frente a un fenómeno que no me es ajeno, mantendré una movilidad gnoseológica que conlleva un ir y venir entre la distancia epistemológica y la experiencia personal.

Ir al fenómeno histórico por sentimientos de solidaridad y comprensión, en actitud humana, como para asumir su misma interioridad, su misma vivencia, su voz, para mantener su hálito vital y su existencia social; Apartarse de él, alargando las distancias, en horizontal y vertical, para asumir como mero dato su presencia pretérita, o para transfigurararlo en un concepto general o particular, como parte de un discurso científico. (SALAZAR, 2017, pp.14-15)

Respecto de la segunda, lo teórico, es una mirada comprometida, situada, no de razón teórica abstracta, una mirada con horizonte de liberación, con sentido práctico que forme parte de un proyecto de transformación, se confrontación al sistema de dominación que también se materializa en la producción histórica, en su escritura y gramática. Historias que generen agencia, acción y no subalternidad. Historias que promuevan nuestra afirmación, centrada en lo propio y no en lo ajeno, que promuevan el carácter colectivo de ésta y una diferencia identitaria (DUSSEL, 1993).

¹⁴ Comprenderé a sujeto histórico aquellxs que hacen la historia, participan del acontecer cotidiano, en este caso, de la terapia ocupacional, que produce su realidad y, por tanto, se va produciendo a sí mismo. No un reproductor de la realidad. El sujeto histórico es un sujeto colectivo.

La historia es un campo permanente de tensiones, posiciones, intereses y conflictos y surge porque hay situaciones que quedan fuera de lo que puede entenderse como una historia pasada (ARÓSTEGUI, 2004), situación que constituye a la terapia ocupacional hasta el tiempo actual. No hace alusión al registro de información de un mundo exterior, de una historia y praxis que está ahí, ni tampoco a procesamiento de datos. No se trata de una naturaleza fisiológica de los sentidos, por los cuales se vehiculizan información proveniente de un mundo separado del sujeto y que es percibida en la interioridad de este apoyada en estructuras cognitivas. Por el contrario, el estudio de una praxis concreta refiere a actos, lenguaje, contextos de uso, prácticas sociales, a textualidad, condiciones políticas, acontecimientos, memoria social, al tiempo reciente y presente. Hago referencia a la interpretación de las acciones sociales, de su comprensión situada e histórica, que implica un observador que está en el acto mismo de observar (FERNÁNDEZ, 2006). Preguntarse por la condición histórica en los términos que he planteado, refiere a interrogarse por las diferentes dimensiones puestas en juego en una época y momento histórico particular, por lo subjetivo y, particularmente, lo intersubjetivo (FERNÁNDEZ, 2006).

Esta posición es consecuencia de un fundamento ontológico en el que el saber del objeto no solo es producido, sino que la realidad misma (sujeto y objeto) es una producción histórica y social. Para este estudio no hay objeto de investigación, sino un sujeto de investigación. La condición histórica, como práctica humana, no es un tema primariamente epistemológico, por el contrario, refiero a que el mundo, la realidad, la naturaleza de lo cognoscible es un hecho producido social e históricamente.

Las implicancias que derivan al interrogar la realidad desde esta posición conllevan a ser parte de lo que se pregunta. La subjetividad y la intersubjetividad se conciben como praxis social, como experiencia inmediata de la vida (SANDOVAL, 2002).

3.2. Tipo de estudio

Se trata de una investigación que utiliza la metodología de análisis documental el cual “tiene un carácter particular de donde viene su consideración interpretativa. Intenta leer y otorgar sentido a unos documentos que fueron escritos con una intención distinta a esta dentro de la cual se intenta comprenderlos” (GÓMEZ, 2011, p. 230). Otros autores señalan que tiene la particularidad de utilizar como una fuente primaria de insumos, mas no la única y exclusiva, el documento escrito en sus diferentes formas: documentos impresos, electrónicos y audiovisuales que deben ser identificados, organizados, analizados e interpretados (COLLS, 1994).

En este caso, sustentaré la investigación en documentos que he seleccionado con el fin de emprender un proceso analítico bajo determinados criterios teóricos. Este tipo de fuentes se entienden como materiales duraderos que recogen la información de su época y nos permiten acceder a ella en cualquier momento (URIARTE, 2020). La importancia de este tipo de investigación radica en que los textos se constituyen en un régimen de representación que puede incluir o excluir, visibilizar o invisibilizar, crear y re-crear sujetos, subjetividades (ROSAS, 2012) historias, existencias o no existencias (SOUSA SANTOS, 2018).

El interés de esta investigación es comprender las prácticas sociales concretas, históricas con sus significados y las reglas de significación. Implica interpretación, comprensión subjetiva e intersubjetiva de los fenómenos que se interrogan, fenómenos que se manifiestan en la vida misma de los sujetos, en su acontecer cotidiano y de vida diaria. No se trata de buscar explicaciones, sino redes de significados (CANALES, 2006, p. 20). Todo lo anterior se traduce en la necesidad de adoptar una postura metodológica de carácter dialógico en la que las creencias, las mentalidades, los mitos, los prejuicios y los sentimientos, entre otros, son aceptados como elementos de análisis para producir conocimiento sobre la realidad humana.

En síntesis, la investigación implica que, conocer se realiza desde un lugar particular y se trata de encontrar sentido a la trama de significados históricos; así problematizar el lugar de la interrogación, las condiciones en que esta interpretación se produce y, en lo particular, las implicancias que derivan de este saber. De igual forma conlleva la transdisciplinariedad como una ruptura a la posición del científico y asumirse como parte de la realidad que se investiga.

3.3. Técnicas de producción de información

La información fue producida a través de la revisión documental, entendida como una estrategia metodológica de obtención de información a través de la lectura de textos, entendiendo por tales, todos los documentos que contienen significado (VALLES, 1997). Según Ruiz Olabuenága e Ispizua “todos estos *textos* en realidad se les puede ‘entrevistar’ mediante preguntas implícitas y se le puede ‘observar’ con la misma intensidad y emoción con la que se observa un rito” (1989, p. 69).

3.4. Diseño muestral

Se trata de un diseño muestral de carácter intencionado, porque los documentos fueron basándose en criterios específicos relevantes para los objetivos de la investigación (PATTON, 2002).

Los criterios de demarcación utilizados son los siguientes:

Cuadro 1. Criterios de selección

1) Fuentes documentales publicadas en español entre 1950-1973 en Chile o que hagan referencia a este periodo.
2) Fuentes documentales sobre historia social en Chile.
3) Fuentes documentales sobre la salud en Chile.
4) Fuentes documentales sobre historia de la terapia ocupacional en Chile.

Con respecto al periodo (1950-1973) se consideró que la terapia ocupacional en Chile tiene su origen en el periodo histórico de la industrialización y la conformación de los Estados modernos (GUAJARDO, 2016), en el contexto mundial bipolar, de la

conformación de los Estados sociales y benefactores. En este sentido, interesa el material documental del periodo de desarrollo del Estado benefactor, con el fin de comprender en profundidad las dimensiones políticas, sociales y económicas que dieron el punto de partida al oficio y que de alguna manera representa la materialización de una manera singular de los procesos de modernización que se llevaban adelante en el país. Cabe destacar que dicha delimitación se enmarca bajo un diseño de carácter emergente, en el sentido que en el proceso de investigación se irán tomando decisiones bajo el principio de flexibilidad y apertura, incorporando los cambios necesarios según la información producida y las posibilidades de acceso al material documental (LINCOLN & GUBA, 1985; PATTON, 2002).

Bajo estos criterios se construyó un archivo documental siguiendo diferentes fases (VALLES, 1997):

Fase 1: localización de documentos utilizando las palabras clave: social-historia, salud-historia, terapia ocupacional-Chile en Biblioteca Nacional, Colegio Médico, Colegio Profesional de Terapia Ocupacional, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud - OPS, Organización Mundial de la Salud - OMS, Comité Económico para América Latina - CEPAL, Universidad de Chile, Comisión Nacional de Inválidos de Argentina, Archivo Escuela Nacional de Terapia Ocupacional Universidad Nacional de San Martín - ENTO.

Para la selección de los archivos históricos se consideraron aquellas instituciones que contaran con repositorios históricos públicos, digitales accesibles y en buen estado de conservación y que permitieran su revisión completa. Además, se consideraron instituciones que contaran con archivos fiables y auténticos, con fuentes originales o copias certificadas que garantizaran la integridad de los materiales. A partir de esto se consideró la relevancia de cada archivo, seleccionando aquellos con potencial para aportar información inédita o reinterpretar procesos ya descritos.

Todos los archivos se seleccionaron por estar directamente vinculados con el objeto de estudio y producidos dentro del periodo delimitado, asegurando su coherencia con el contexto histórico analizado. La complementariedad de fuentes orientó la búsqueda de materiales diversos —políticos, normativos, institucionales y técnicos—, que posibilitaran

contrastar y triangular la información. Finalmente, se incluyeron documentos de alto valor histórico o simbólico, tales como decretos, planes de estudio o actas fundacionales, por su capacidad de representar hitos significativos en la configuración del campo y su memoria institucional (MOLL et al., 2018).

Fase 2: selección de archivos documentales a partir de las dimensiones puestas en análisis (general, particular y específica).

Fase 3: acopio de información.

Fase 4: organización de la información y elaboración de un esquema conceptual del tema.

Fase 5: análisis de la información y nueva organización.

Fase 6: redacción de resultados.

Fase 7: presentación de discusión final y conclusiones

A continuación, se presentan las fuentes primarias que se localizaron a partir del rastreo de las dimensiones puestas en análisis (sociales y políticas, salud y terapia ocupacional), equivalente a 81 archivos documentales:

Tabla 1. Documentos encontrados

Nº	Título	Institución	Año	Ubicación	Formato
1	Jornadas del Consejo Nacional de Seguridad	Consejo Nacional de Seguridad	1964	Biblioteca Nacional, Fondo Nacional	JPG
2	Prevención de riesgos ocupacionales: guías de clases: cursos para comité paritario de acuerdo a convenio Central Unitaria de Trabajadores (CUT) – Universidad Técnica del Estado de Chile (UTE) y aprobado por el SNS	Central Unitaria de Trabajadores (CUT) – Universidad Técnica del Estado de Chile (UTE)	1971	Biblioteca Nacional, Fondo Nacional	JPG
3	1er Seminario latinoamericano de salud ocupacional	OPS/OMS	1964	Biblioteca Nacional, Fondo General	PDF

4	Programas de manualidades	Escuela de TO, Uch.	s.f.	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
5	Correspondencias varias	Varias		Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
6	Filosofía y objetivos de la TO	Facultad de medicina, Uch.	1969	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
7	Diagnóstico de TO	Facultad de medicina, Uch.	1968	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
8	Rol de la terapia ocupacional en el área de la salud	Facultad de medicina, Uch.	s.f.	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
9	Informe carrera TO	SNS-Uch	1969	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
10	Normas de funcionamiento SNS	SNS	1970	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
11	Estefanía Sichel visita Chile (informe)	Universidad de Chile	1964	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
12	Chantal Hachette	OMS	1964	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
13	Revista del Hospital San Francisco de Borja, Biblioteca Nacional	Hospital San Francisco de Borja	1967-1969	Biblioteca Nacional, Hemeroteca	JPG
14	Revista psiquiatría clínica	Facultad de medicina, Uch.	1964	Biblioteca Nacional, Hemeroteca	JPG
15	Revista psiquiatría clínica	Facultad de medicina, Uch.	1963	Biblioteca Nacional, Hemeroteca	JPG
16	Revista chilena de neuropsiquiatría	Sociedad de	1968	Biblioteca Nacional, Hemeroteca	JPG

		Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía			
17	Material de estudio TO		s. f.	Museo Facultad de Medicina Universidad de Chile	JPG
18	Estatuto de la caja de accidentes del trabajo Ministerio de Hacienda	Biblioteca Congreso Nacional de Chile	1960	<u>BNCh</u>	PDF
19	Primer Plan de Estudios de TO	Facultad de Medicina UChile	1966	<u>Biblioteca U Chile</u>	PDF
20	Discurso del presidente Truman	Gobierno Estados Unidos	1950	Cuadernos de Estudios Africanos	PDF
21	Cooperación Económica Interamericana	Revista	1960	Revista foro internacional	PDF
22	Discurso John Kennedy	Biblioteca	1961	Memoria Política de México	PDF
23	Carta Punta del Este	Biblioteca Nacional	1961	Memoria Chilena	PDF
24	Discurso de Ernesto Che Guevara	Página web	1961		PDF
25	Declaración de los pueblos de América	Biblioteca Nacional	1961	Memoria Chilena	PDF
26	Declaración embajador de Estados Unidos de América	Biblioteca Nacional	1962	Memoria Chilena	PDF
27	Reflexiones sobre la integración económica en América Latina	Revista	1962	Revista de Economía de Colombia	PDF
28	Latino América ante la Alianza para el Progreso	Revista	1962	Foro Internacional	PDF
29	Proyecto de programa y presupuesto de la región de las Américas	OPS – OMS	1953	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/21580/CE14_8.pdf?sequence=1&isAllowed=y	PDF

30	Informe anual del director	OPS – OMS	1954	https://iris.paho.org/handle/10665.2/28981	PDF
31	Unidad de Acción del programa de salud pública en la región	OPS – OMS	1954	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28955/CSP14_34.pdf?sequence=1&isAllowed=y	PDF
32	Programa general de trabajo para la región de las Américas durante el periodo 1957-1960	OMS – OPS	1955	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5025/48131.pdf?sequence=1&isAllowed=y	PDF
33	Memoria de la CNRL, Argentina	ENTO	1959		PDF
34	Informe OMS 1961	OMS	1961		PDF
35	Plan Decenal de Salud	OPS-OMS	1961	Secretaría General México DF	PDF
36	Informe actividades OMS 1962	OMS	1962	OMS	PDF
37	Informe actividades OMS 1963	OMS	1963	OMS	PDF
38	Introducción al Informe Cuadrienal, 1957 - 1961	OPS	1962	https://iris.paho.org/handle/10665.2/12478	PDF
39	Informe Actividades OMS 1970	OMS	1971	https://iris.paho.org	PDF
40	Diario de Sesiones del Senado Sesión 16	Senado de la República de Chile	1957	Biblioteca Congreso Nacional	PDF
41	Acciones de la Rehabilitación Médica en Chile	Rev. Médica de Chile	1973	Colegio Médico de Chile	PDF
42	El presidente Eisenhower en el Congreso de Chile	Oficina de informaciones del Senado	1960	Congreso de Chile	PDF
43	Visión general del periodo 1958-1961 y sus proyecciones	Documentos	1962	OPS	PDF

		Oficiales de la Organización Panamericana de la Salud No. 3, 1962			
44	Asesoramientos para la formación de TO	ENTO	19xx	Documento de archivo de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO).	PDF
45	Carta de Livio Paolineli UdeChile a Joan King, Escuela TO Buenos Aires	ENTO	1963	Documento de archivo de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO)	PDF
46	Carta de director OPS Chile a Joan King, TO Argentina	ENTO	1962		PDF
47	Experiencia teatral de la laborterapia	Revista Psiquiátrica Clínica	1963	Hospital Psiquiátrico	JPG
48	Algunos conceptos sobre la Terapia Ocupacional y la Labor Terapia	Revista Psiquiátrica Clínica	1963	Hospital Psiquiátrico	JPG
49	Rehabilitación del enfermo mental agudo	Revista Psiquiátrica Clínica	1964	Hospital Psiquiátrico	JPG
50	Informe final de visita a centros hospitalarios de Chile		1964	Servicio Nacional de Salud	JPG
51	Solicitud de asesoría técnica	Carta Servicio Nacional de Salud	s. f.	Servicio Nacional de Salud	JPG
52	Certificado de organización del depto de TO		1964	OPS	JPG
53	Oficio creación curso de TO	Oficio a Comisión dirigido a la comisión de la facultad de medicina	1962	UChile	JPG
54	Ceremonia de Graduación de TTOO	Discurso Decano Facultad de	1969	UChile	PDF

		Medicina UChile			
55	Oficio Creación de cargo de Terapia Ocupacional	Sub departa- mento de recu- peración de la salud	1966	Servicio Nacional de Salud	JPG
56	Contratos	Archivo Nacio- nal 1690	1968	Servicio Nacional de Salud	JPG
57	Contrato TO	Archivo Nacio- nal 1690	1968	Servicio Nacional de Salud	JPG
58	Contrato TO	Archivo Nacio- nal 1690	1968	Servicio Nacional de Salud	JPG
59	Creación comisión de Rehabilitación	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	Consejo Nacional Consultivo de Sa- lud	JPG
60	Norma funcionamiento Servicio de Medicina física y Rehabilitación	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	Ministerio de Sa- lud	JPG
61	Memorandum de Terapia Ocupacional al SNS	Museo Facultad de Medicina UChile	1966	UdeChile	JPG
62	Oficio 3333, 1967	Museo Facultad de Medicina UChile	1967	UdeChile	JPG
63	Oficio s/n 17 de marzo de 1967	Museo Facultad de Medicina UChile	1967	UChile	JPG
64	Informe acerca de la relación entre Facultad de Medicina y SNS	Museo Facultad de Medicina UChile	1967	UChile	JPG
65	Carta de la WFOT a TO Chile	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	Uchile	JPG
66	Carta de la WFOT a TO Chile	Museo Facultad de Medicina UChile	1970	UChile	JPG

67	Nota de solicitud de Comisión mixta de TO	Museo Facultad de Medicina UChile	S/f	UdeChile	JPG
68	Diagnóstico de Terapia Ocupacional	Museo Facultad de Medicina UChile	1968	Uchile	JPG
69	Entrevista a Brígida Flores. Boletín facultad	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	UChile	JPG
70	Carta de TO a Decano	Museo Facultad de Medicina UChile	1968	UChile	JPG
71	Informa creación programa	Museo Facultad de Medicina UChile	1968	UChile	JPG
72	Definición y Camp de trabajo de la TO	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	UChile	JPG
73	Informe de la Carrera de Terapia Ocupacional N°64	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	UChile	JPG
74	Artículo "El Sistema Nacional de Salud en Chile"	Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana	1970	OPS	PDF
75	Medicina Física y Rehabilitación	Informe sobre OPS	1970	OPS	PDF
76	Informe Primera Convención de Terapia Ocupacional	Curso de Terapia Ocupacional Ude Chile	1971	Escuela de Terapia Ocupacional	Impreso
77	Anteproyecto Plan de Estudios Carrera de TO	Carrera de Terapia Ocupacional	1971	Escuela de Terapia Ocupacional	Impreso
78	Guía Académica de TO	Oficina de Selección	1971	U.de Chile	Impreso
79	Acta Constitución Asociación de TO	Libro de Actas	1971	ATOCh	Manuscrito

80	Creación de un programa educativo para Terapistas Ocupacionales	Consejo de la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales	1958	Archivo ENTO, Argentina	PDF
81	Curso de Terapia Ocupacional. Programas de estudios y horarios de clases	Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Tecnología Médica	1966	Archivo Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile	Mecanográfico

Del total de archivos localizados (81) se seleccionan aquellos que responden directamente a los criterios específicos relevantes para los objetivos de la investigación y se procede a agruparlos bajo tres dimensiones:

- **Dimensión general:** tipos de transformaciones sociales, económicas y políticas internacionales
- **Dimensión particular:** tipos de transformaciones sociales, económicas y políticas en Chile
- **Dimensión específica:** caracterización de la etapa-periodo de desarrollo de la terapia ocupacional.

A partir de esta clasificación se descartan 21 documentos que no responden a las dimensiones señaladas y se conforma una muestra de 60 archivos documentales agrupados bajo las tres dimensiones: general (9), particular (10), específica (42).

Tabla 2. Documentos seleccionados¹⁵

Dimensión general

¹⁵ Acceso a documentos en el siguiente enlace
https://drive.google.com/drive/folders/1XSJ1IJQ1CMBSFnC_4Cnf2eJA_tYtJsb?usp=drive_link

Archivo	Título	Institución	Año	Ubicación	Formato	Página
Arch_DG 1	Discurso del presidente Truman	Gobierno Estados Unidos	1950	Cuadernos de Estudios Africanos	PDF	97 a 118
Arch_DG 2	Cooperación Económica Interamericana	Revista	1960	Revista foro internacional	PDF	1 a la 13
Arch_DG 3	Discurso John Kennedy	Biblioteca	1961	Memoria Política de Mexico	PDF	1 a 7
Arch_DG 4	Carta Punta del Este	Biblioteca Nacional	1961	Memoria Chilena	PDF	14 a 33
Arch_DG 5	Discurso de Ernesto Che Guevara	Página web	1961		PDF	1 a 45
Arch_DG 6	Declaración de los pueblos de América	Biblioteca Nacional	1961	Memoria Chilena	PDF	9 a 13
Arch_DG 7	Declaración embajador de Estados Unidos de América	Biblioteca Nacional	1962	Memoria Chilena	PDF	1 a 8
Arch_DG 8	Reflexiones sobre la integración económica en América Latina	Revista	1962	Revista de Economía de Colombia	PDF	175 a 188
Arch_DG 9	Latino América ante la Alianza para el Progreso	Revista	1962	Foro Internacional	PDF	369 a 390
Dimensión particular						

Archivo	Título	Institución	Año	Ubicación	Formato	Página
Arch. DP 1	Proyecto de programa y presupuesto de la región de las Américas.	OPS – OMS	1953	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/21580/CE14_8.pdf?sequence=1&isAllowed=y	PDF	1 - 158
Arch. DP 2	Informe anual del Director	OPS – OMS	1954	https://iris.paho.org/handle/10665.2/28981	PDF	1 - 124
Arch. DP 3	Programa general de trabajo para la región de las Américas durante el periodo 1957-1960	OMS – OPS	1955	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5025/48131.pdf?sequence=1&isAllowed=y	PDF	1 – 24
Arch. DP 4	Memoria de la CNRL, Argentina	ENTO	1959		PDF	1 – 14
Arch. DP N 5	Informe OMS 1961	OMS	1961		PDF	1 – 231
Arch. DP N 6	Plan Decenal de Salud	OPS-OMS	1961	Secretaría General México DF	PDF	133 – 135
Arch DP N 7	Informe actividades OMS 1962	OMS	1962	OMS	PDF	1 – 135
Arch. DP N 8	Informe actividades OMS 1963	OMS	1963	OMS	PDF	1 – 140
Arch. DP N 9	Introducción al Informe Cuadrienal, 1957 - 1961	OPS	1962	https://iris.paho.org/handle/10665.2/12478	PDF	475 – 496

Arch. DP N 10	Informe Actividades OMS 1970	OMS	1971	https://iris.paho.org	PDF	1 – 295
Dimensión específica						
Archivo	Título	Institución	Año	Ubicación	Formato	Página
Arch. DE N° 1	Diario de Sesiones del Senado Sesión 16	Senado de la República de Chile	1957	Biblioteca Congreso Nacional	PDF	453 – 463
Arch DE N°2	Acciones de la Rehabilitación Médica en Chile	Rev. Médica de Chile	1973	Colegio Médico de Chile	PDF	707 – 713
Arch. DE N°3	El presidente Eisenhower en el Congreso de Chile	Oficina de informaciones del Senado	1960	Congreso de Chile	PDF	1 – 35
Arch. DE N°4	Visión general del periodo 1958-1961 y sus proyecciones	Documentos Oficiales de la Organización Panamericana de la Salud No. &3, 1962.	1962	OPS	PDF	475 – 496
Arch. DE N°5	Asesoramientos para la formación de TO	ENTO	19xx	Documento de archivo de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO).	PDF	1
Arch. DE N°6	Carta de Livio Paolineli UdeChile a Joan King, Escuela	ENTO	1963	Documento de archivo de la Escuela Nacional de Terapia	PDF	2

	TO Buenos Aires			Ocupacional (ENTO).		
Arch. DE N°7	Carta de director OPS Chile a Joan King, TO Argentina	ENTO	1962		PDF	1
Arch DE N°8	Experiencia teatral de la laborterapia	Revista Psiquiátrica Clínica	1963	Hospital Psiquiátrico	JPG	81 – 83
Arch DE N°9	Algunos conceptos sobre la Terapia Ocupacional y la Labor Terapia	Revista Psiquiátrica Clínica	1963	Hospital Psiquiátrico	JPG	59 – 61
Arch DE N°10	Rehabilitación del enfermo mental agudo	Revista Psiquiátrica Clínica	1964	Hospital Psiquiátrico	JPG	11 -20
Arch. DE N°11	Informe final de visita a centros hospitalarios de Chile		1964	Servicio Nacional de Salud	JPG	1 – 21
Arch. DE N°12	Solicitud de asesoría técnica	Carta Servicio Nacional de Salud	s. f.	Servicio Nacional de Salud	JPG	1
Arch. DE N°13	Certificado de organización del depto de TO		1964	OPS	JPG	1
Arch. DE N°14	Oficio creación curso de TO	Oficio a Comisión dirigido a la comisión de la facultad de medicina	1962	UChile	JPG	1 – 4
Arch. DE N° 15	Ceremonia de Graduación de TTOO	Discurso Decano Facultad de Medicina UChile	1969	UChile	PDF	1 – 4

Arch. N°16	DE	Oficio Creación de cargo de Terapia Ocupacional	Sub departamento de recuperación de la salud	1966	Servicio Nacional de Salud	JPG	1
Arch. N°17	DE	Contratos	Archivo Nacional 1690	1968	Servicio Nacional de Salud	JPG	1
Arch. N°18	DE	Contrato TO	Archivo Nacional 1690	1968	Servicio Nacional de Salud	JPG	1
Arch. N°19	DE	Contrato TO	Archivo Nacional 1690	1968	Servicio Nacional de Salud	JPG	1
Arch. DE N° 20		Creación comisión de Rehabilitación	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	Consejo Nacional Consultivo de Salud	JPG	1
Arch. N°21	DE	Norma funcionamiento Servicio de Medicina física y Rehabilitación	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	Ministerio de Salud	JPG	1 – 4
Arch. N°22	DE	Memorandum de Terapia Ocupacional al SNS	Museo Facultad de Medicina UChile	1966	UdeChile	JPG	1
Arch. N°23	DE	Oficio 3333, 1967	Museo Facultad de Medicina UChile	1967	UdeChile	JPG	1
Arch. N°24	DE	Oficio s/n 17 de marzo de 1967	Museo Facultad de Medicina UChile	1967	UChile	JPG	1
Arch. N°25	DE	Informe acerca de la relación entre Facultad de Medicina y SNS	Museo Facultad de Medicina UChile	1967	UChile	JPG	1
Arch DE N° 26		Carta de la WFOT a TO Chile	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	Uchile	JPG	1
Arch DE N° 27		Carta de la WFOT a TO Chile	Museo Facultad de Medicina UChile	1970	UChile	JPG	1

Arch. DE N° 28		Nota de solicitud de Comisión mixta de TO	Museo Facultad de Medicina UChile	s. f.	UdeChile	JPG	1
Arch N°29	DE	Diagnóstico de Terapia Ocupacional	Museo Facultad de Medicina UChile	1968	Uchile	JPG	1- 2
Arch. N°30	DE	Entrevista a Brígida Flores. Boletín facultad	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	UChile	JPG	1 – 4
Arch. N°31	DE	Carta de TO a Decano	Museo Facultad de Medicina UChile	1968	UChile	JPG	1
Arch. N°32	DE	Informa creación programa	Museo Facultad de Medicina UChile	1968	UChile	JPG	1
Arch. N°33	DE	Definición y Camp de trabajo de la TO	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	UChile	JPG	1 – 3
Arch. N°34	DE	Informe de la Carrera de Terapia Ocupacional N°64	Museo Facultad de Medicina UChile	1969	UChile	JPG	1 – 4
Arch. DE N° 35		Artículo “ El Sistema Nacional de Salud en Chile	Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana	1970	OPS	PDF	478 – 485
Arch. DE N° 36		Medicina Física y Rehabilitación	Informe sobre OPS	1970	OPS	PDF	1 – 25
Arch. N°37	DE	Informe Primera Convención de Terapia Ocupacional	Curso de Terapia Ocupacional Ude Chile	1971	Escuela de Terapia Ocupacional	impreso	5 – 6
Arch. N°38	DE	Anteproyecto Plan de Estudios Carrera de TO	Carrera de Terapia Ocupacional	1971	Escuela de Terapia Ocupacional	Impreso	1 – 18

Arch. N°39	DE	Guía Académica de TO	Oficina de Selección	1971	U.de Chile	Impreso	1
Arch N°40	DE	Acta Constitución Asociación de TO	Libro de Actas	1971	ATOCh	Manuscrito	1 - 19
Arch DE N° 41		Creación de un programa educativo para Terapistas Ocupacionales	Consejo de la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales	1958	Archivo ENTO, Argentina	PDF	3 - 19
Arch, N°42	DE	Curso de Terapia Ocupacional. Programas de estudios y horarios de clases	Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Tecnología Médica	1966	Archivo Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile	Mecanográfico	1 - 19

3.5. Técnica y procedimiento de análisis de información

La información producida fue analizada teniendo como referencia los objetivos específicos de la investigación y las tres dimensiones señaladas previamente (VALLES, 1997).

Cuadro 2. Análisis de los documentos

Objetivo	Dimensión
Describir las transformaciones sociales, económicas y políticas a nivel internacional por medio del material documental que dan cuenta del proceso histórico de la terapia ocupacional en Chile	<p>Dimensión general</p> <p>Se analiza la expresión sociohistórica del momento, a la creación de sus bases materiales expresada en los fenómenos globales, estructurales, de orden social, político, económico y sus manifestaciones regionales. Lo que interesa en esta dimensión es identificar aquellos documentos que contienen registros sobre los aspectos que dinamizan dialécticamente las realidades regionales y locales y los modelos de desarrollo que se proponen.</p>

<p>Describir las transformaciones sociales, económicas y políticas en Chile que dan cuenta del proceso histórico de la terapia ocupacional por medio de material documental específico del campo profesional</p>	<p>Dimensión particular Se analiza el modo en que se expresa de manera situada en un espacio regional particular la política global implementada en la época —específicamente la de EUA— en la cooperación internacional para el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias, en concreto la terapia ocupacional. Comprende la articulación de los procesos globales con su manifestación en territorios y geopolíticas dentro del sistema mundo.</p>
<p>Describir y caracterizar la emergencia de la terapia ocupacional a partir de los procesos globales y de Chile, en el periodo 1959 y 1973, por medio de material documental específico del campo profesional,</p>	<p>Dimensión específica Se analizan los procesos histórico-sociales y económicos situados en Chile y su relación dialéctica con las dimensiones particulares y generales</p>

A partir de los anterior, se construye un relato de los resultados considerando las dimensiones descritas previamente. Se incorporan registros escritos e imágenes de los documentos analizados.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan resultados de la revisión documental obtenida para el desarrollo de la investigación que incluye ámbitos de política internacional y regional de la época, de organismos internacionales y nacionales, aquellos referidos a la relación entre la Organización Panamericana de la Salud, Servicio Nacional de Salud, Universidad de Chile y, finalmente, específicos de Terapia Ocupacional del periodo estudiado.

La información se encuentra ordenada en tres dimensiones de análisis: 1) dimensión general; 2) dimensión particular; 3) dimensión específica, todas ellas relacionadas de modo sistémico para la constitución de la terapia ocupacional en Chile.

4.1. Dimensión general

Refiere a la expresión sociohistórica del momento, a la creación de sus bases materiales expresada en los fenómenos globales, estructurales, de orden social, político, económico y sus manifestaciones regionales. Apunta a la disputa política de las propuestas de proyectos de tipo de sociedad, la geopolítica y las estrategias utilizadas por el mundo bipolar emergente en los años 1950: el término de la Segunda Guerra Mundial, la llamada Guerra Fría, la creación de la cooperación internacional y su expresión a nivel regional en la organización Alianza para el Progreso y las disputas por territorios y estados nación de países no alineados. Lo que interesa en esta dimensión es identificar, en primer lugar, cómo estos aspectos dinamizan dialécticamente las realidades regionales y locales y los modelos de desarrollo que se proponen. En segundo lugar, el modo en que se expresa en América del Sur y en particular en Chile y en último lugar, su incidencia en las políticas públicas y sociales y como de ellas devienen la necesidad de nuevas profesiones, en particular la terapia ocupacional, para ocupar un espacio vinculado a la cuestión social en su dimensión sanitaria y de salud, específicamente en rehabilitación.

4.1.1. Periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial

De acuerdo con el material de archivo analizado, luego del término del conflicto segunda guerra mundial se delinearon dos grandes propuestas de proyectos políticos globales: el capitalismo liderado por lo que se ha denominado el mundo occidental, en particular por Estados Unidos de América, y el Comunismo, de la mano de la entonces Unión Soviética. Los primeros cinco años, entre 1945 y 1950, decantó en procesos de asimilación de regiones y actores (Alemania, Vietnam, Corea, China, Checoslovaquia, Polonia, Turquía, entre otros), para constituir el mundo occidental y el oriental. La disputa de ambos bloques se expresaría con el correr de los años (hasta 1990 con la caída del muro de Berlín) en disputas en todos los ámbitos posibles de la geopolítica mundial, particularmente el económico, político, militar, tecnológico, social, cultural, entre muchos otros, en lo que se denominó Guerra Fría. Todos ellos profundamente interrelacionados entre sí.

En este proceso de disputa global, aparte de la recuperación de Europa a través del plan Marshall, el objetivo central lo constituía la gran cantidad de países llamados del tercer mundo o, en vías de desarrollo, con insuficiente tecnología, aparatos productivos limitados, sistemas de salud deficiente, economías frágiles que no permitían garantizar el adecuado desarrollo social vía crecimiento económico, específicamente el capitalismo en su expresión mundial.

Desde esta mirada, la disputa por países que se descolonizaban, en procesos de construcción de sus Estados, que no estaban alineados con ninguno de los dos bloques, fueron el foco central para la dominación global (ROSTICA & SALA, 2021). El punto de partida de esta nueva fase política- económica-militar de disputa lo constituye el primer programa global de ayuda económica y asistencia técnica de Estados Unidos en 1950 y que fuera expuesto en el conocido punto cuatro del presidente Truman:

Debemos emprender un nuevo y audaz programa para que los beneficios de nuestros avances científicos y nuestro progreso industrial estén al alcance del mejoramiento y el crecimiento de las zonas subdesarrolladas. Más de la mitad de la población del mundo vive en condiciones cercanas a la miseria. Su alimentación es inadecuada. Son víctimas de enfermedades. Su vida económica es primitiva y estancada. Su pobreza es un obstáculo y una amenaza tanto para ellos como para las zonas más prósperas. Por primera vez en la historia, la humanidad posee los conocimientos y la capacidad necesarios para aliviar el sufrimiento de esta gente. Estados Unidos es preeminente entre las naciones en el desarrollo de técnicas industriales y científicas. Los recursos materiales que podemos permitirnos utilizar para ayudar a otros pueblos son limitados.

Pero nuestros recursos imponderables en conocimientos técnicos crecen constantemente y son inagotables. (Arch. DG N°1, Verplaetse, 1950, p. 115)

La puesta en marcha de la asistencia económica y técnica fueron dos aspectos simultáneos de gran trascendencia. La primera, promover inversión, particularmente desde privados y los propios Estados, asegurando entre otros lo siguiente:

colocar al capitalista americano en la misma situación que al capitalista nacional, dándole libertad para operar, controlar y administrar sus empresas y otorgándole una compensación rápida y adecuada en caso de expropiación. (Arch. DG N°1, Verplaetse, 1950, p. 102)

En cuanto al carácter técnico se promueve lo cooperativo, es decir, la colaboración de diferentes naciones para el intercambio de conocimientos y habilidades técnicas. Esto último muy bien ejemplificado en los inicios de la formación de la terapia ocupacional con la participación de variados actores de diferentes países, tanto de América como de Europa.

Un aspecto sustantivo de la estrategia de penetración a los países no alineados fue que Estados Unidos de América (EUA) no operó de manera directa como si lo hizo con el Plan Marshall en Europa; por el contrario, toda esta política exterior operó a través de las Naciones Unidas. Es decir, utilizar las organizaciones internacionales como una manera de bloquear críticas a la influencia de carácter colonial de los llamados países atrasados, pobres; intentando desdibujar el carácter imperialista a procesos de colonización directa y, por otra, generar cierto aspecto de neutralidad del proceso que limitara las críticas desde los países del mundo socialista de que todo este proceso se evaluara como en contra de la voluntad de quienes serían beneficiados (no está demás indicar que los principales financiadoras de la ONU son EUA, Banco Mundial, Banco Europeo y grandes filántropos). El presidente de la ONU de este periodo señala:

No hay muchos artículos en nuestra orden del día que sean tan importantes como la asistencia técnica en sus amplias implicaciones económicas y sociales, y añadió, finalmente: «Ejecutado de modo adecuado, podría convertirse en uno de los más fuertes estribos de una paz justa y estable que nosotros nos esforzamos en establecer. Un gran paso adelante hacia la genuina libertad y una vida mejor para todos los pueblos del mundo. (Arch. DG N°1, Verplaetse, 1950, p. 108)

Todo el aparataje de la ONU es puesto en marcha para el objetivo señalado: Consejo de Seguridad y estructuras que gradualmente fueron emergiendo como Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre muchas otras. Todo este plan y estrategia abarcó el sistema mundial general, excepto a los países bajo la influencia y órbita socialista.

Como corolario de esta estrategia política, deviene un conjunto importante de comisiones de trabajo que visitan diferentes regiones del mundo a fin de proyectar esta cooperación económica y asistencia técnica para los procesos de industrialización capitalista. En nuestra región a comienzos de los años cincuenta del siglo XX primero Brasil, Uruguay y Bolivia (ROMANO, 2008):

El segundo indicio en concreto viene de los Estados Unidos y resulta de los viajes de Mr. George Kennan, el chief Pólicy Pianñer del Departamento de Estado. Antes de retirarse para enseñar durante dos años en Harvard o en Princetown, o en ambos, George Kennan ha visitado detenidamente el Extremo- Oriente y ha comunicado sus experiencias tanto en el terreno económico como en el dé la lucha' contra el comunismo, a su jefe, Dean Acheson. Ahora saldrá para América del Sur y después visitará el África, pasando por Libia, el Sudán anglo egipcio, África del Sur y otras regiones africanas. Así habrá explorado los tres grandes complejos geográficos que principalmente interesan al punto cuatro. (Arch. DG N°1: Verplaetse, 1950, p. 110).

Como se logra visualizar, lo referido a cooperación y asistencia técnica desde EUA se vincula fuertemente al Departamento de Estado, entidad responsable de los intereses del país en el exterior.

En síntesis, el material de archivo da cuenta que se trata de una propuesta que abarca la totalidad del mundo, la organización política técnica a cargo de la ONU, un plan de largo aliento, de décadas, centrado en la inversión del capital estadounidense orientado al proceso de industrialización capitalista y el mejoramiento de condiciones de vida de diversos lugares.

4.1.2. La Región de las Américas: la Alianza para el Progreso

El proceso de asistencia económica y técnica para la región de Latinoamérica no fue un proceso fácil y lineal. A diferencia de Europa u otras regiones del mundo, las Américas, con una relación indirecta durante la Segunda Guerra, pudo dar continuidad a procesos referidos a la instalación de un aparato del Estado orientado a resolver y cubrir necesidades sociales en el marco de la cuestión social. Esto derivado de ciertos ahorros económicos resultado de la disminución de las importaciones por efecto de la guerra.

Para Estados Unidos, preocupado en 1947 y 1948 con la aplicación del Plan Marshall para reconstruir Europa, la cooperación económica se confiaba y así lo dijo con toda claridad el secretario de Estado en Colombia, a la inversión privada extranjera que acudiera a la América Latina con mayor prontitud. (Arch. DG N°2, Carrillo, 1960, p. 2)

En este recorrido se efectuaron variados encuentros regionales que permitieron gradualmente ir avanzando en la construcción de una línea de cooperación en la región a través de organismos creados para tales efectos, como el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, el Banco Interamericano de Fomento, entre otros, y un sistema de relaciones intergubernamentales de créditos a las economías latinoamericanas para fortalecer el financiamiento para los desarrollos económico sociales de los países, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC), Asociación de Laboratorios de Diagnóstico de Latinoamérica (ALADIL), por señalar algunos (ROMANO, 2008).

Como se ha mencionado previamente, la asistencia técnica, se sostiene primariamente en base a la asistencia financiera. Esto permitió crear programas en comunicaciones, energía, industria entre otros. A pesar de la guerra fría y apoyados en el Punto IV del mensaje del presidente Truman y las dificultades de la cooperación externa en su articulación con las realidades políticas de cada país, el proceso fue muy valorado.

Si las organizaciones internacionales de crédito logran dar una respuesta satisfactoria a este problema, sería posible, además, que los países latinoamericanos intensificaran la construcción de escuelas, habitaciones populares y obras sanitarias de una importancia actual decisiva, y mayor todavía en el futuro, y que no han hallado forma de recibir los beneficios de la cooperación financiera internacional. (Arch. DG N°2, Carrillo, 1960, p. 7)

Todo este camino se articula, no exento de importantes contradicciones, entre capital privado para las inversiones provenientes de Estados Unidos y el crecimiento de los propios Estados, se orientó a grandes esfuerzos para mejorar la infraestructura, obras de riego, habitacionales, electricidad, alimentación, salud. En el caso de Chile, vinculado a la construcción de un Estado Social benefactor, en 1952 se crea el Sistema Nacional de Salud, instancia que operará como interfaz entre la cooperación internacional e instituciones de Chile para la implementación de diferentes políticas como, por ejemplo, programas de rehabilitación y la instalación de tecnologías sociales como las nuevas profesiones, entre ellas, la terapia ocupacional. Así mismo, la corporación de Fomento de la Producción, CORFO, en 1939.

Sabemos que la solución definitiva se hallará en la industrialización, en la diversificación de la actividad económicas, en el fortalecimiento de nuestro mercado interno y en la formación progresiva de mercados regionales [...] despertando tanta esperanza la Asociación Latinoamericana de comercio libre que ha nacido ahora con el beneplácito de los Estados Unidos. (Arch. DG N°2, Carrillo, 1960, p. 11)

Las negociaciones políticas para establecer una incidencia de Estados Unidos en nuestra región preceden al punto cuatro de Truman, y está marcada por conflictos y miradas distintas de lo que debían ser los países de Latinoamérica. Naciones con mayor incidencia lo constituían Brasil y Argentina que se resistían a la hegemonía estadounidense y optaban por estrategias de orden social y de integración regional, en los gobiernos de Vargas y Perón respectivamente¹⁶ y terceras vías de relación con Europa (ROMANO, 2008). Argentina en particular, con Inglaterra, lo que nos convoca a preguntarnos qué papel jugaron estas relaciones para que el programa formativo de terapia ocupacional implementado en dicho país y contara con la asistencia técnica principal desde de Inglaterra (NABERGOI et al., 2020).

Sin embargo, la incidencia de Estados Unidos se intensificó entre 1950-1960 por lograr una hegemonía en la zona -América para los americanos. Doctrina Monroe- en consideración a que políticamente las diferentes naciones se encontraban construyendo proyectos de país que no adscribían ciegamente a las doctrinas del nuevo poder global; procesos de corte reformista que eran observados con mucha desconfianza por Estados Unidos de América - EUA, pues el anticomunismo de la época derivaba en visualizar esos procesos locales como desviación al

¹⁶ Por ejemplo, la firma del Acta de Santiago en 1953.

socialismo-comunismo. Se reafirma este mayor peso de la política de Estados Unidos al vincular la asistencia técnica y económica con la asistencia militar en lo que se llamó la Doctrina de Seguridad Hemisférica y, posteriormente, Doctrina de Seguridad Nacional (SALA, 2022).

La asistencia técnica en este periodo, caracterizada por tensiones importantes, se va expresando en las relaciones de financiamiento desde Estados Unidos desde fondos privados (Fundación Rockefeller, Kellogg, Kenny son un ejemplo), la Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS), y gobiernos específicos (NABERGOI, 2013). En 1955-1960 se crean comisiones de rehabilitación a nivel nacional en Brasil, Argentina, Chile, vinculados a la epidemia de poliomielitis y la emergencia cada vez mayor de la salud ocupacional en el mundo del trabajo. La cooperación interregional se materializa en la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (ALALC), en 1960.

Sin embargo, un hecho histórico político que marca un giro en este proceso de cooperación internacional fue la revolución cubana en 1959, que se entramaba con la revolución boliviana y guatemalteca, dominicana y tendencias o apariciones de gobiernos de corte social. Lo anterior intensifica la acción estadounidense que tiene como objetivo aislar al nuevo gobierno cubano, establecer acuerdos de seguridad regional y se plantean objetivos de orden económico social en salud, educación, vivienda, tierras, industrialización. Se conforma de esta manera una acción basada en la doctrina de seguridad/Escuela de Las Américas y el naciente proyecto Alianza para el Progreso que desplaza al de ALALC (ROMANO, 2008).

Siendo el 13 de marzo de 1961, el presidente de Estados Unidos de América, John Kennedy, pronuncia un discurso al cuerpo diplomático latinoamericano y miembros del congreso estadounidense. Con un contenido fuertemente convergente hacia los países de Latinoamérica, promoviendo una identidad común señala:

Hace ciento treintainueve años, que se cumplen esta semana, los Estados Unidos —movidos por las heroicas luchas de sus hermanos de las Américas— exhortaron al reconocimiento de las nuevas repúblicas independientes de la América Latina. Fue entonces, en la alborada de la libertad a través del continente, que Bolívar expresó su deseo de ver a las Américas convertidas en la más grande región del mundo, "grande no tanto en virtud de su extensión y riqueza, sino por su libertad y su gloria".

Jamás —en la larga historia de nuestro hemisferio— ha estado este sueño tan cerca de ser realidad, y jamás ha estado en mayor peligro. (Arch. DG N°3, Carrillo, 1961, p. 1)

En su discurso, en el que subyace la amenaza de la pérdida de influencia por parte de Estados Unidos, promoviendo un sentido de identidad compartida, llama a la construcción de un ideario de democracia y economía liberal y convoca a una *Operación panamericana* que denominará Alianza para el Progreso, conformada por una relación de Cooperación Internacional para resolver las “necesidades fundamentales de techo, trabajo y tierra, salud y escuelas”.

A través de la América Latina, continente rico en recursos y en las realizaciones espirituales y culturales de su pueblo, millones de hombres y mujeres sufren a diario la degradación del hambre y la pobreza. Son millones los desprovistos de albergue adecuado y de protección contra la enfermedad, y sus hijos carecen de la instrucción o del empleo que les permita mejorar su vida. Y cada día el problema reviste mayor urgencia. El crecimiento de la población sobrepasa al desarrollo económico; los niveles de vida, bajos de por sí, se ven aún más amenazados y crece el descontento, el descontento de un pueblo que sabe que por fin están a la mano la abundancia y los instrumentos de progreso. (Arch. DG N°3, Biblioteca Nacional, 1961, p. 2)

Para concretar esta iniciativa propone 10 medidas, siendo la primera un plan decenal para la década del 1960 orientado a resolver la cuestión social y, en segundo lugar, la convocatoria a una reunión Ministerial del Consejo Interamericano Económico Social en colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, para la implementación de esta iniciativa (Estado e iniciativas privadas). Así también, se proponen otras ocho iniciativas que abordan la asignación de 500 millones de dólares, integración económica y zonas de libre comercio para el desarrollo industrial; programa de emergencia de alimentos para la paz; programa de adiestramientos educacionales; al desarrollo científico para mejorar la medicina, agricultura, física, astronomía; adiestramiento técnico para los Cuerpos de Paz en Centro América y contribuir desde Latinoamérica al enriquecimiento de la vida y la cultura en los Estados Unidos, entre otros.

El dinero se utilizará para combatir el analfabetismo, aumentar la producción y mejorar el uso de la tierra, extirpar la enfermedad, modificar los arcaicos sistemas tributarios y de tenencia de tierras y proporcionar oportunidades educativas y también a poner los frutos de la creciente abundancia a disposición de todos los ciudadanos. (Arch. DG N°3, Biblioteca Nacional, 1961, p. 4).

En síntesis, un esfuerzo para consolidar y no ver amenazado el proyecto político liberal capitalista en la región bajo el liderazgo de Estados Unidos.

Todo lo anterior, se materializa en la Conferencia de Punta del Este en Uruguay en agosto de 1961, que convoca a todos los países del sistema interamericano para concretar el programa operativo que llevara adelante los objetivos de la Operación Panamericana. Su objetivo principal es la cooperación internacional para el desarrollo como forma de superación de la pobreza, disminución de la mortalidad infantil, analfabetismo, alimentación entre muchas otras acciones.

Ello se traduce en Carta de Punta del Este, firmada por todos los países con excepción de Cuba. Esta carta propone la diversificación de la estructura económica, acelerar el desarrollo industrial, particularmente bienes de capital, una importante reforma agraria, eliminación del analfabetismo, aumento de la esperanza de vida, construcción de vivienda y liberalización el mercado.

Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanzade vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requieren entre otras medidas suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; **perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable**; mejorar los servicios básicos de salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades. (Arch. DG N° 4, Memoria Chilena, 1961, p. 17)

En cuanto a programas nacionales para el desarrollo, uno de los puntos fundamentales lo constituye el mejoramiento del recurso humano

Mejorar los recursos humanos y ampliar las oportunidades mediante la elevación de los niveles generales de educación y salud: el perfeccionamiento y la expansión de la enseñanza técnica y la formación

profesional dando relieve a la ciencia y la tecnología. (Arch. DG N° 4, Memoria Chilena 1961, p. 19)

Finalmente, en esta Conferencia Cuba es el único país que establece una posición crítica al señalar que todo este proceso que tiene carácter profundamente técnico no es otra que la acción política de Estados Unidos por evitar la influencia de procesos socialistas en la región y asegurar sus intereses políticos, económicos y sociales y, que a través de la Cooperación Interamericana se promueve el proyecto capitalista. Lo que Cuba representaría es una alternativa al proyecto moderno occidental liberal.

Tengo que decir que Cuba interpreta que esta es una Conferencia política, que Cuba no admite que se separe la economía de la política y que entiende que marchan constantemente juntas. Por eso no puede haber técnicos que hablen de técnica, cuando está de por medio el destino de los pueblos. Y voy a explicar, además, por qué esta Conferencia es política; es política, porque todas las conferencias económicas son políticas; pero es además política, porque está concebida contra Cuba, y está concebida contra el ejemplo que Cuba significa en todo el Continente Americano. (Ernesto Che Guevara) (Arch. DG Memoria Chilena N°5, 1961, p. 3)

Pues bien, señores, hagamos la Alianza para el Progreso sobre esos términos: que crezcan de verdad las economías de todos los países miembros de la Organización de Estados Latinoamericanos; que crezcan, para que consuman sus productos y no para convertirse en fuente de recursos para los monopolios norteamericanos; que crezcan, para asegurar la paz social, no para crear nuevas reservas para una eventual guerra de conquista; que crezcan para nosotros, no para los de afuera. (Arch. DG N°5, Memoria Chile, 1961, p. 35)

De esta forma, convergen la acción global internacional, su expresión regional en las américas y los procesos propios de cada país durante el desarrollo de sus Estados en lo que va del siglo XX. Es decir, la expansión del proyecto capitalista en contraposición al comunista, la política de intervención militar - política - económica a través de varios mecanismos, entre ellos la Alianza para el Progreso hacia nuestra región y el entramado de disputas nacionales por proyectos liberales o de corte social keynesianos y de carácter desarrollista.

En la relación dialéctica entre estos diferentes niveles, un aspecto central para el desarrollo del capitalismo es el binomio industrialización (reforma agraria, crecimiento económico,

incorporación de tecnologías productivas, infraestructuras entre otros) y la cuestión social (expresado principalmente disminución de la pobreza, mejorar las condiciones de vida, en particular lo médico-sanitario, pues un aspecto sustantivo es aumentar expectativas de vida, disminuir la mortalidad y generar procesos de recuperación-rehabilitación para su inserción posterior a los procesos productivos, vivienda, trabajo, seguridad social, entre otros).

La articulación a través de la estrategia de cooperación económica y técnica se introduce en Chile en un proceso de contradicciones entre la mirada liberal del país y la liberal social, keynesiana, con papel relevante del Estado. Entre 1938 y 1952, con gobiernos radicales en Chile, cuyos principios son libertad-igualdad-solidaridad, participación-bienestar y educar es gobernar, se promueve un Estado benefactor social, creando la Corporación de Fomento y la Producción (CORFO) (en sus inicios la Empresa Nacional del Petróleo, Empresa Nacional del Acero, Empresa Nacional de Electricidad), la Caja de Accidentes del Trabajo, la Ciudad del Niño (para niños pobres, marginales) y en 1952, el Servicio Nacional de Salud que materializa no solo la política pública en el área, sino también la medicina social (MEMORIA DE CHILE, 2025).

Entre 1952 y 1963, se establecieron gobiernos de corte más liberales conservadores, con una mayor incidencia en la política nacional de parte de EUA, pero se continuó con la seguridad en salud y se afrontó el tema relevante del periodo, que también implicó a la región, como fue la poliomielitis, la parálisis cerebral (al lado de los problemas de nutrición, tifus, entre otros), promoviéndose con ello el tema de la rehabilitación y que fue posible de alcanzar vía estos acuerdos de cooperación internacional, implicando la formación de profesionales en el exterior (fisiatras), formación de nuevas profesionales (por ej. terapia ocupacional), implementación de centros de rehabilitación profesional, financiados entre privados, OPS y el Estado.

Esto continuó con el llamado Plan Decenal Económico y Social y el sanitario propuesto por el director de la OPS para la década de 1960–1970 (Arch. DG N° 6 y Arch. N° 7 Biblioteca Nacional, 8 Prebisch, 9 Urquidí, 1962), los que se vieron gradualmente debilitados a pesar del aumento del presupuesto para la región, por el asesinato del presidente Kennedy, la opción militar ante la amenaza comunista y su manifestación en los golpes de estado, el fracaso de EUA en Vietnam, entre otros aspectos históricos (VELÁZQUEZ, 2019).

4.2. Dimensión particular

Esta dimensión refiere a una aproximación de cómo se expresa de manera situada en un espacio regional particular la política global implementada en la época —específicamente la de EUA— en la cooperación internacional para el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias, en concreto la terapia ocupacional. Del mismo modo, en el contexto histórico regional, sus formas de desarrollo y procesos políticos, especialmente, la relación que se establece con la política económica y sanitaria en América del Sur, las políticas públicas generadas a partir de 1950 con la Alianza para el Progreso (AP) y la Guerra Fría. Comprende la articulación de los procesos globales con su manifestación en territorios y geopolíticas de una parte del sistema mundo y la manera en que se despliega la cooperación internacional desde la ONU (WODAK & FERREIRO, 2013) a espacios específicos de la región y sus nexos con las propuestas de desarrollo social y económico.

4.2.1. El panamericanismo

La preocupación de EUA por la región de Latinoamérica, aunque siempre presente en sus relaciones internacionales, carecían de la envergadura que este país sostenía con Europa. La confianza en la Doctrina Monroe (MORGENFELD, 2023) logró mantener una relación oscilante de involucramiento en nuestra región marcada por el asistencialismo, la intervención militar y una cierta certeza de ser países inferiores sin capacidad de lograr el desarrollo si no es con la ayuda del imperio (VELÁSQUEZ, 2019). La doctrina Monroe se debilita después en los años 1950 en consideración al propio desarrollo de los países de nuestra región, al fortalecimiento del papel del Estado en contraposición al capital privado (Perón en Argentina, gobiernos radicales en Chile, el populismo de Vargas en Brasil, entre otros), la miradas hacia países de Europa no necesariamente occidentales, el rechazo al intervencionismo de finales y primera parte del siglo XX en Colombia y el istmo de Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Haití, Cuba, Nicaragua, entre otros.

Como se ha señalado, la nueva disputa por la región en el marco de la guerra fría, el punto IV del discurso de Truman, la contención de la amenaza comunista, los proyectos de los Estados Nación de perfil reformista convocaron a una nueva estrategia de incidencia regional

que retomara la doctrina Monroe. Esta acción política fue el panamericanismo, que tiene varios prolegómenos: Conferencia Interamericana para el Mantenimiento de la Paz y la Seguridad del Continente, 1947 la constitución de la Organización de Estados Americanos (OEA), en 1948 en Colombia. Inicialmente, con una lógica interamericanista, pero con la fuerte influencia de EUA y su geopolítica de dominación de las Américas, conllevan finalmente a la llamada Operación Panamericana a comienzos de los años de 1950 y que a comienzos de 1960 se traduce en la Alianza para el Progreso (MORALES, 2002).

Lo panamericano en su acepción contiene dos vertientes. Una, vinculada a los procesos independistas que apoyo EUA con Martí, Bolívar, San Martín, de lograr patrias nuevas, libres de las coronas, con proyectos políticos sociales vinculados a las ideas de libertad, igualdad y fraternidad. Este panamericanismo para EUA traducía el propósito de América para los americanos, la no intervención política, económica y social de Europa en nuestros territorios y que quedarán solo bajo la hegemonía estadounidense (MORALES, 2002). Este sentido identitario común, queda claramente reflejado en el discurso del presidente Kennedy en 1961.

Nuestros continentes están enlazados por una historia común la interminable exploración de nuevas fronteras. Nuestras naciones son el producto de una lucha común la rebelión contra el dominio colonial. Y nuestros pueblos comparten un patrimonio común — la búsqueda de la dignidad y libertad del hombre. (Arch. DG N°3, 1961, Kennedy, p. 2)

4.2.2. El desarrollismo

La segunda acepción es el desarrollismo¹⁷ y la superación de la cuestión social en América Latina manifestada en pobreza, muerte, ausencia de vivienda, trabajo precario, limitación en los procesos de industrialización, a través de la vía de expansión del capitalismo y el rechazo a toda posibilidad de una mirada de otro orden, específicamente el comunismo, pues acabar con dichas condiciones disminuían el riesgo de variados procesos llamados revolucionarios. En el mismo discurso Kennedy dice:

¹⁷ El desarrollismo o estructuralismo es una teoría económica referida al desarrollo surgida en América Latina a mediados del siglo XX. El desarrollismo buscaba la industrialización y su modelo económico era la «Industrialización por sustitución de importaciones». (DI FILIPPO, 2020). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.29393/rh27-7aaf10007>

Esta libertad política debe ser acompañada por un cambio social. Porque a menos que se lleven a efecto libremente las reformas sociales necesarias, incluyendo reformas agrarias y tributarias; a menos que amplíemos las oportunidades de todos nuestros pueblos; a menos que la gran masa de americanos comparta la creciente prosperidad -- nuestra alianza, nuestra revolución y nuestro sueño habrán fracasado. Pero pedimos cambios sociales efectuados por hombres libres — cambios animados por el espíritu de Washington y Jefferson, de Bolívar y San Martín y Martí -- no cambios que buscan imponer a los hombres aquellas mismas tiranías que expulsamos hace siglo y medio. Nuestro lema es el de siempre — ¡Progreso Sí, Tiranía No! (Arch. DG N°3, Kennedy, 1961, p. 9)

Esta nueva estrategia de relaciones exteriores por parte de EUA, como se ha señalado, es la respuesta al modelo socialista implementado en Cuba con el apoyo de la Unión Soviética (economía planificada, reforma agraria, nacionalización de recursos y empresas) y dinámicas revolucionarias también en Santo Domingo y Guatemala. De esta forma, Latinoamérica se convirtió en protagonista de la guerra fría y, aunque no modificó la hegemonía geopolítica estadounidense, si obligó a la revisión de como accionar con nuestra región (MCPHERSON, 2003).

De 500 millones de dólares durante el decenio 1950-1960, se pasó 1.400 millones entre 1962-1967 y a 1970 22 1.000 millones de dólares. Su norte, en sentido geográfico y simbólico residía en promover la industrialización, la tecnificación de la agricultura, alentando la iniciativa privada y la competencia, industrias nuevas, crecimiento económico y mejores niveles de vida, salud, vivienda y trabajo (DP, Arch. N°6, 1962).

Es el llamado Plan Decenal anunciado por Kennedy y ratificado por los diferentes gobiernos de América en la Conferencia de Punta del Este en 1961. La doctrina Truman y el panamericanismo, operarán sobre la base de la Cooperación Internacional articulados por las Naciones Unidas y sus organizaciones específicas dependiendo de los ámbitos de acción, esto previo a la estrategia específica de la Alianza para el Progreso (AP). Por tratarse de la terapia ocupacional en Chile en conexión con países limítrofes, específicamente Argentina y en el marco de la asistencia técnica para el abordaje de problemas sanitarios (rehabilitación), el articulador primordial con los Estados lo constituye la Organización Mundial de la Salud - OMS y la Organización Panamericana de la Salud - OPS. Estas acciones también son para los diferentes países de la región que requieren de asistencia técnica para la formación de recursos humanos en temas de rehabilitación derivados de diversos problemas sanitarios, por ejemplo, la polio-mielitis, parálisis cerebral y un tema de referencia de la época como era la higiene laboral.

Se encuentran en diferentes informes de la OMS/OPS, referencias a financiamiento, planificación de políticas de salud, promoción de programas, formación de técnicos entre otros desde comienzo de los años 1950. Así se manifiesta en la reunión del Consejo Directivo de estas entidades, realizado en Washington, D. C., en 1951 con el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas para el año 1953

En el desarrollo del programa para 1953, el director regional ha tenido presente que uno de los objetivos más importantes de la OMS es ayudar a los gobiernos en el adelanto ordenado y a largo plazo de sus servicios de sanidad, en los que se incluye educación y adiestramiento. Por lo tanto, en el programa que se propone realizar con el presupuesto regular de la OMS para 1953, se ha dado importancia a actividades a largo plazo tendientes a ayudar a los gobiernos a fortalecer sus administraciones nacionales de sanidad. (Arch. DP N°1, OMS-OPS, 1953, pp. 1-2)

Los temas que aparecen priorizados en la relación con los gobiernos en el cono Sur son el control de las enfermedades venéreas, la higiene materno infantil, eliminación de desperdicios, control de la malaria, asistencia técnica para programas de salud pública, tuberculosis. Así mismo, de modo transversal y sin asignación específica para un país se señalan: seminarios para diversas enfermedades infecciosas, becas para enfermería, saneamiento del medio ambiente, ayudas a escuelas de salud pública y de medicina, becas a Estados Unidos, nutrición, entre otros. En cuanto a rehabilitación, se señala higiene social y profesional, específicamente la rehabilitación de los incapacitados físicamente.

A fin de que los expertos en esta rama se familiaricen con las últimas técnicas, se propone que se otorguen cuatro becas a internacionales a funcionarios médicos con experiencia previa en esta especialidad. Estas becas les permitirán estar en hospitales y centros especializados donde podrán observar y evaluar nuevas técnicas. Al regresar a sus países, esos becarios estarán en condiciones de hacer uso de los beneficios de su adiestramiento. (Arch. DP N°1, OMS - OPS, 1953, p. 138)

La resolución final propone, en coordinación con la UNICEF, mantener la cooperación en la rehabilitación de personas físicamente incapacitadas.

En 1954, en la conferencia efectuada en Chile, se entrega un informe completo de lo desarrollado por la OMS-OPS en la región. El panorama es amplio y va desde aspectos organizativos, financiamiento, relaciones internacionales, cooperación, epidemiología, salud pública, formación entre otros. Destaca el aporte financiero de países europeos hacia la región de países

como Reino Unido, Francia, Bélgica, así también de la Fundación Rockefeller. Por otra parte, una interacción intergubernamental muy intensa con la Naciones Unidas - ONU, Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura - FAO, Organización Internacional del Trabajo - OIT, Organización de Estados Americanos - OEA, CEPAL y, en particular, Fondo de las Naciones Unidas para las Infancias - UNICEF, organización que aporta de modo relevante financiamiento a la OPS.

RECAPITULACION DE TODOS LOS FONDOS
CANTIDADES PROMETIDAS O CUOTAS

País	ORG. SAN. PAN.	OMS	OEA/AT 1/	NU/AT 2/	UNICEF 3/	TOTAL
	1947-1954	1948-1954	1951-1954	1951-1954	1947-1954	
	(dólares)	(dólares)	(dólares)	(dólares)	(dólares)	(dólares)
Argentina	734,160.41	879,110.00	263,571.00	285,714.28	-	2,162,555.69
Bolivia	61,462.60	38,774.00	14,776.00	14,027.06	30,000.00	159,039.66
Brasil	1,081,762.70	879,110.00	534,000.00	1,283,256.21	562,000.00	4,340,128.91
Colombia	235,174.49	7,504.00	132,702.00	376,020.00	42,000.00	793,400.49
Costa Rica	23,067.19	19,389.00	12,000.00	21,000.00	30,000.00	105,456.19
Cuba	175,499.85	121,628.00	68,572.00	150,000.00	15,000.00	530,699.85
Chile	205,044.62	213,838.00	104,739.00	168,591.79	146,000.00	838,213.41
Ecuador	48,624.47	23,264.00	25,426.00	21,661.46	14,000.00	132,975.93
El Salvador	38,689.51	23,758.00	18,284.00	23,000.00	20,000.00	123,731.51
Estados Unidos de América	8,003,998.69	16,986,308.00	3,427,310.03	50,614,132.00	97,231,000.00	176,262,748.72
Guatemala	55,477.99	23,264.00	15,000.00	27,500.00	11,000.00	132,241.99
Haití	44,508.27	19,801.00	8,000.00	42,000.00	18,000.00	132,309.27
Honduras	27,223.83	19,389.00	10,143.00	33,600.00	40,000.00	130,355.83
México	471,013.92	300,957.00	49,758.29	104,046.24	-	925,775.45
Nicaragua	23,376.56	17,376.00	14,000.00	9,990.00	24,000.00	91,742.56
Panamá	26,523.18	17,326.00	10,856.00	9,000.00	-	63,705.18
Paraguay	26,599.70	19,389.00	10,000.00	18,000.00	-	73,988.70
Perú	148,906.31	93,062.00	17,428.57	22,000.00	345,497.00	626,893.88
República Dominicana	39,132.96	23,758.00	23,275.43	16,000.00	290,000.00	392,166.39
Uruguay	90,882.25	85,308.00	65,930.00	263,823.53	1,000,000.00	1,505,943.78
Venezuela	165,939.82	126,717.00	64,305.07	112,447.76	100,000.00	569,409.65
Totales parciales	11,730,069.32	19,939,030.00	4,890,076.39	53,615,810.33	99,918,497.00	190,093,483.04
Aportaciones voluntarias						
Brasil	250,000.00					250,000.00
Chile	1,857.46					1,857.46
El Salvador	2,538.79					2,538.79
México	194,689.64					194,689.64
Venezuela	74,404.77					74,404.77
Totales parciales	523,490.66					523,490.66
Totales	12,253,559.98	19,939,030.00	4,890,076.39	53,615,810.33	99,918,497.00	190,616,973.70

1/ Menos del 1% para salud pública.

2/ 22% para salud pública.

3/ El porcentaje relativo a los programas de salud pública varía de modo considerable en el mundo pero representa aproximadamente el 50% en América Latina.

Figura 1: Archivo, DP 3, 1954

Lo anterior, guarda relación con las prioridades sanitarias del momento, cuyo centro estaba en el grupo de las infancias, traducidos en los programas de Higiene Materno Infantil y el Programa de Nutrición. De igual manera las enfermedades transmisibles como la Malaria, pero, además, otras como varicela, viruela, afectando de modo importante al grupo de niñeces.

También las vinculadas a Higiene y Trabajo; la formación médica, de enfermería y personal auxiliar y; campañas de vacunación.

Por otra parte, la organización sanitaria se ordena por subregiones, siendo la VI la correspondiente a Argentina, Uruguay, Paraguay y Chile. Lo anterior, en términos de articulaciones focales entre los Estados y la asesoría específica a brindar por parte de OPS. En el informe de este año, esta zona fue higiene materno infantil, enfermedades venéreas y viruela. Aspectos para considerar en los procesos de instalación de programas formativos de terapeutas ocupacionales y la cooperación asociada.

Finalmente se reafirman estrategias ya en curso donde aparecen temas que se vincularán a la emergencia de la terapia ocupacional como la poliomielitis, epidemias que afectaron nuestros países, con mayor prevalencia en Argentina en el marco de esta subregión OPS.

Se ha trazado un plan para un programa contra la poliomielitis en las Américas, que formará parte integrante del Programa Mundial contra la Poliomielitis, de la OMS. En vista de la creciente importancia que se concede a esta enfermedad en los países de la Región y del escaso número de estudios realizados en América Latina, se decidió estimular la investigación de laboratorio y epidemiológica en estos países. Con este objeto, se prepararon planes para designar laboratorios de consulta y referencia que se encargarán de aislar y tipificar las cepas de virus en períodos de epidemia; realizar estudios comparativos con cepas de otras zonas; llevar a cabo estudios serológicos epidémicos e Inter epidémicos; y adiestrar personal de laboratorio. Se ha proyectada para principios de 1954 una encuesta sobre los servicios con que cuentan los laboratorios de los países latinoamericanos para la labor relacionada con la poliomielitis. (Arch. DP N°2, OMS-OPS, 1954, p. 50)

Y, por otra parte, sinérgico con lo anterior, se siguen incentivando la formación en salud.

Se continuó prestando atención especial al adiestramiento de grupos y al adiestramiento para programas específicos; el 43% de las becas concedidas en 1953 correspondía a estas categorías, en comparación con un 31% en 1952. El aumento de las solicitudes recibidas para seguir estudios en saneamiento del medio, bioestadística, enfermedades transmisibles y administración de salud pública demostró la importancia concedida por los Miembros a los problemas de higiene fundamental y a la integración de las actividades de salubridad. Se produjo un aumento notable en la formación universitaria en el campo de administración sanitaria, y más de una tercera parte de los cursos universitarios versaron sobre esta materia. (Arch. DP N°2, OMS-OPS, 1954, p. 63)

En los años siguientes, se propone el Programa General de Trabajo para la región de las Américas para el periodo 1957-1960, acordado en 1955 en la asamblea OMS-OPS en Washington DC. En dicho documento se sugieren orientaciones generales a impulsar como la participación y cooperación de los Estados, la elaboración de Planes Nacionales en salud y su traducción operativa en programas anuales de trabajos, los que deberían contener las focalizaciones de las intervenciones a realizar en dichos periodos, evaluación y análisis de procesos y resultados. Los objetivos para alcanzar son tres:

- a). Reforzar los servicios fundamentales de cada país para el fomento y la conservación de la salud de sus habitantes.
- b). Proporcionar medios para el adiestramiento de personal profesional y semiprofesional y desarrollar, con este fin, los recursos locales y regionales.
- c). Coordinar y ayudar la planificación y funcionamiento de programas individuales o regionales de erradicación de aquellas enfermedades transmisibles que constituyen una amenaza potencial para el hemisferio y para las cuales existen medios adecuados de erradicación. (Arch. DP N°3, OMS – OPS, 1955, p. 2)

4.2.3. Asistencia técnica y asesoría de expertos (as) internacionales

Así mismo, para la puesta en acción de lo anteriormente señalado en el plan de trabajo 1957-1960, considera la necesidad de un adecuado diagnóstico de necesidades sanitarias y recursos disponible, tanto financieros, técnicos como humanos. Un punto relevante que guarda relación con terapia ocupacional y otras profesiones en el marco general de fortalecimiento de servicios fundamentales, es la asistencia técnica y asesoría de expertos para la formación a través de proyectos que se definan como prioritarios. Estos operan bajo modalidad de consultorías por los organismos internacionales de una o varias personas, por tiempos definidos o medianos para cumplir con el objetivo primario de instalación y puesta en marcha de las iniciativas seleccionada coordinada con los gobiernos locales, con el compromiso de que los países le den continuidad al proceso con sus propios recursos una vez terminada la asesoría. Esto es lo que sucede para la puesta en marcha de la terapia ocupacional en la región, primariamente en Brasil, Argentina y su proyección, como es el caso de Chile.

Otro de los procedimientos utilizados son las actividades a las que generalmente se da el nombre de "proyectos", término que se emplea por razones de conveniencia Administrativa. La mayor parte de los proyectos giran alrededor del envío de un consultor, o un grupo de consultores técnicos, destinados a trabajar con personal nacional durante el tiempo necesario para resolver un problema determinado. El radio de acción del proyecto puede ser grande o pequeño, y el periodo de servicio de los consultores largo o breve, según el objetivo que se persiga. La responsabilidad de la ejecución y continuación del trabajo pertenece enteramente al Gobierno; por eso, la rapidez con que el personal internacional pueda, completar su misión de asesoramiento, y retirarse, da idea del éxito de la empresa. (Arch. DP N°3, OMS - OPS, 1955, p. 7)

Tan considerable proporción se encuentra bien justificada por la manifiesta importancia que tiene el adiestrar personal profesional y auxiliar en número suficiente para realizar actividades sanitarias cada vez más extensas. (Arch. DP N°3, OMS-OPS, 1955, p. 8).

La necesidad de formación profesional y auxiliar (en su origen fueron cursos y, posteriormente, programas de orientación profesional en terapia ocupacional) se complementa la estrategia con el otorgamiento de becas de estudio en el extranjero y que luego trasladen sus aprendizajes a lugares de origen. En Chile, fundamentalmente la formación médica en fisioterapia y rehabilitación en EUA vía fundaciones como Rockefeller, Kenny, Kellogg. Además, se acompañan de seminarios y cursos breves de acuerdo con el ámbito temático del proyecto. Y, finalmente, el acompañamiento con material técnico educativo a través de libros, revistas, folletería y otros (LAVAL, 2007).

En este contexto previo a al Plan Decenal de la Alianza para el Progreso, se efectúa una nueva conferencia regional en Antigua, Guatemala en 1956. En dicho evento participa la totalidad de los países de las América con participación de Gran Bretaña, Francia, Países Bajos (países que implementaron programas de financiamiento para la región y que fueron desplazado en su envergadura e incidencia por la AP en 1961) y República Dominicana como observadores. Destaca la presencia de Organizaciones no Gubernamentales - ONG: Asociación Internacional de Prevención de la Ceguera, Asociación Médica Mundial, Confederación Médica Panamericana, Fundación Rockefeller, Liga de Sociedades de la Cruz Roja y Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados. La asistencia de la ONG señala la participación de técnicos, la filantropía y sociedad civil no gubernamentales en el debate de los temas sanitarios de la región (política aprobada en 1954). En esta oportunidad, en el informe analizado, los debates se centran en la organización, financiamiento y, como tema sanitario central la Malaria y la Lepra, bajo la

premisa de su erradicación (medida adoptada en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en octubre de 1954 en Santiago Chile) que afectaba principalmente a países tropicales y de Caribe¹⁸.

En otro orden de cosas, se reafirma el apoyo a la asistencia técnica al programa de becas como una estrategia relevante:

Considerando que varios países llevan a efecto simultáneamente importantes programas destinados a erradicar de nuestro continente enfermedades como la malaria, la viruela y el pián, o a combatir otras como la poliomielitis, las diarreas infantiles o la fiebre amarilla, y a mejorar problemas como los del cáncer, la desnutrición y la elevada mortalidad infantil; y Teniendo en cuenta que, por las razones antes señaladas, se acentúa cada da más la necesidad de contar con un número creciente de dichos expertos. (Arch. DP OMS - OPS N°3, 1955, p. 41)

Se trata de una aproximación al entramado político, económico, sanitario que se comienza a construir posterior a la segunda guerra mundial, en el marco del panamericanismo, pero previo a la Alianza para el Progreso. En este tejido se empiezan a expresar diferentes acciones y actores que van perfilando las condiciones para que en el futuro mediato se diera el surgimiento de la terapia ocupacional, en el marco de los temas sanitarios prioritario del momento como las enfermedades transmisibles (lepra, enfermedades venéreas, malaria, varicela, sarampión) y que derivan en programas públicos específicos también prioritarios como la higiene materno infantil, higiene y trabajo, salud pública, formación de profesionales y auxiliares, involucraba formación de especialidades médicas en este tipo de problemáticas, enfermería y matronería. A pesar de la presencia e incidencia de Estados Unidos, llama la atención la participación de países de Europa en la región, pensando en el punto de partida de la terapia ocupacional en Argentina, particularmente la asistencia profesional del Reino Unido para la primera Escuela de Terapia Ocupacional (ENTO) pudiendo ser, no solo el resultado de acciones de sujetos individuales o colectivos.

Simultáneamente de modo paralelo y convergente es cada vez más creciente el interés por la rehabilitación después de la primera y segunda guerras mundiales (las auxiliares de la reconstrucción), la aparición de nuevos fármacos, la mayor tecnología en el campo de la recu-

¹⁸ Recordemos que el principal problema de salud que afectó a los soldados estadounidenses en la Segunda Guerra Mundial fue la malaria y para EUA se constituyó en una prioridad sanitaria, por lo que desarrollo variadas experiencias técnico científicas conducidas por la Fundación Rockefeller (CUETO, 2013).

peración física funcional y mental, muy asociada al complejo militar industrial de Estados Unidos y otras naciones de Europa, lugar donde se sitúa el nicho principal del desarrollo de la profesión a partir de los años 1920 y 1930 respectivamente. Así convergen las necesidades de rehabilitación para infancias afectadas por las enfermedades transmisibles, enfermedades profesionales, con la rehabilitación de sobrevivientes de la guerra; es decir, entre el conflicto político militar y el político social vinculado a la cuestión social (pobreza, marginalidad, salud, muerte, entre otras) (GÓMEZ, 2018). Para nuestra especificidad, la guerra es parte del origen de la terapia ocupacional estadounidense y europea (AOTA, 2017) así como la cuestión social expresada en la poliomielitis en la terapia ocupacional en América del Sur (TESTA, 2012). La poliomielitis hace transitar a la terapia ocupacional de EUA al ámbito de las infancias (pediátrica) a partir de un nuevo brote epidémico en 1952. En el caso del cono Sur, los primeros pasos para constituir la profesión en nuestros países se deben a la gran epidemia de polio en 1956 en Argentina y en Chile con un aumento gradual de casos entre 1952 y 1956 (LAVAL, 2007), en el contexto también de la necesidad de fortalecer los sistemas de protección y salud. Como hemos señalado, la resolución de los procesos de enfermedad grave derivado de la precariedad de la vida material en América Latina era un requisito impostergable para la industrialización de los Estados y la prevención de la conflictividad social. En síntesis, se crea la tensión entre el *niño del presente con polio* y el *futuro adulto trabajador*, entre la infancia y la medicina.

Un aspecto que precede el proceso es la formación de médicos en la especialidad de fisiatría, través de becas otorgadas por organismo internacionales, la conformación de Servicios de Fisiatría y Rehabilitación, asistencia a cursos y visitas en terreno a examinar experiencias internacionales coordinado por la cooperación internacional. Ello favoreció establecer vínculos entre profesionales y entidades que se dedican al tema, tanto estatales como privadas, reconocimiento que estas segundas operaron primero bajo el fuerte componente filantrópico existente en muchos países que asumieron la lógica liberal de los procesos sociales al igual que EUA. Los centros de rehabilitación, uno por país, que definió la ONU para 1950, conformaron un tejido que se vehiculiza institucionalmente vía gobiernos para su articulación con los organismos internacionales. Juegan un papel importante para estos efectos la conformación de las Comisiones Nacionales de Rehabilitación (Argentina 1956; Chile 1973; Instituto de Rehabilitación Infantil en 1956 en Brasil, entre otros) (APARECIDA DE SOUSA, 2011).

El papel que juega el gobierno de Argentina y la ENTO es relevante para la puesta en marcha de la formación de la terapia ocupacional como profesión en Chile (1958-1960). Los detalles los encontramos en la Memoria de la CNRL de 1959:

A - Becas

a) Internas:

Materias y Número de Becarios	Beneficios	Duración	Observaciones
Terapia Ocupacional:			
Capital y Gran Buenos Aires: 10	m\$.n. 1.500 por mes	3 meses	Periodo selectivo.
	m\$.n. 2.500 por mes	10 meses	A quiénes aprobaran el periodo selectivo.
Interior: 24	Alojamiento y comida	3 meses	Periodo selectivo.
	Alojamiento y comida	10 meses	A quiénes aprobaran el periodo selectivo.
Chile: 1	Alojamiento y comida	9 meses	
Psiquiatría Infantil:			
Interior: 9	m\$.n. 700 por mes y alojamiento y comida	Periodo lectivo 1959	
Prótesis:			
Interior: 1	m\$.n. 1.000 por mes y almuerzo	3 meses	
Interior: 1	m\$.n. 1.000 por mes y alojamiento y comida	3 meses	Viene del año anterior.
Interior: 1	m\$.n. 1.000 por mes	1 año	Viene del año anterior.
Capital: 1	m\$.n. 1.500 por mes y almuerzo y transporte	2 años	Viene del año anterior.

Materias y Número de Becarios	Beneficios	Duración	Observaciones
Capital: 2	m\$.n. 500 por mes	20 días	Para practicar Laborterapia.
Kinesiología:			
Interior: 4	Alojamiento y comida	2 y 4 meses	
Rehabilitación:			
Interior: 1	m\$.n. 1.500 por mes	90 días	
Chile: 1	Estudio	1 mes	Prórroga del año anterior.
Capital: 1	Comida	2 meses	Prórroga del año anterior.
Fisioterapia y Recuperación Respiratoria:			
Uruguay: 2	Comida y alojamiento y comida	1 mes	
b) Externas:			
Terapia Ocupacional:			
Puerto Rico: 1	Estudio	1 año	Universidad de San Juan de Puerto Rico otorgada por la Oficina Sanitaria Panamericana.
Inglaterra: 1	Pasaje y alojamiento	15 meses	Dorset House School of Occupational Therapy of the Churchill Hospital in Oxford otorgada por la Oficina Sanitaria Panamericana.
Estados Unidos: 1 ...	Estudio	1 mes y medio	Rancho Los Amigos - Hondo (California).
Medicina Física y Rehabilitación:			
Estados Unidos: 2 ...	Alojamiento y estipendio que cubre todos sus gastos	1 año	Universidad de Minnesota e instituida por la Elizabeth Kenny Foundation.
Problemas de los padres en relación con el niño enfermo:			
Suiza: 1	Estudio	2 meses	Centro Psicoeducativo de Ginebra (Escuela de Padres).

C - Escuela de Terapia Ocupacional

En el mes de septiembre inició su actividad la Escuela de Terapia Ocupacional, primera de este tipo establecida en Sudamérica. Un equipo inglés, constituido por una directora y tres instructoras, estuvo encargado de su organización y puesta en marcha. El término de su actuación se fijó en 8 meses para la primera y dos años para las restantes.

Figura 2: Arch. DP N°4, ENTO, pp. 9 a 11, 1959

Lo anterior es importante pues desde Chile asiste quien fuera la primera terapeuta ocupacional chilena en titularse, María Cristina Ríos, enviada desde la sociedad de Proayuda al Niño Lisiado asociada con la Escuela de Lisiados, organismo no gubernamental de carácter filantrópico que desde 1947 viene abordando el tema de niñeces con discapacidad; previo a políticas públicas que emergen pasado los años 1950 (ARRIAGADA, 2014). Así mismo, la ENTO fue el punto inicial de base para la formación de las tres primeras becas del gobierno de Chile para dar inicio institucionalmente a la profesión en Chile (1963). Esto ocurre luego que a nivel del país se habían dado condiciones específicas para su surgimiento: medicina física y rehabilitación, creación de centros de rehabilitación, centro de rehabilitación profesional, todo en el marco de la cooperación internacional y ya con el impulso político regional de la Alianza para el Progreso.

En el informe de actividades OMS de octubre de 1960 a diciembre de 1961, hay señalamientos específicos respecto a la necesidad de mejoramiento de los servicios de rehabilitación señalando que han progresado y se ha fortalecido la formación profesional. Se han implementado servicios de prótesis y órtesis (se menciona en particular Pakistán y Chile). Así mismo, se destaca el papel de instancias intergubernamentales como UNICEF, OIT, Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencias, Cultura y Comunicación - UNESCO, OMS (todos organismos de la ONU), para abordar los llamados aspectos sociales de los impedidos, situación examinada en una reunión especial en la ciudad de Ginebra

también estaban representadas la Sociedad Internacional para la Rehabilitación de los Lisiados, la Confederación Mundial de Fisioterapia, la Organización Mundial para la Protección Social de los Ciegos, la Unión Internacional contra la Tuberculosis y la Unión Internacional de Protección a la Infancia. En la reunión se trató de los problemas que plantean, por una parte, la integración de los distintos aspectos (médicos,

educativos, profesionales, etc.) del proceso total de la rehabilitación y, por otra parte, el mejoramiento de los programas y de los medios de formación indispensables para preparar el personal de un servicio especializado; y se tuvo en cuenta la experiencia práctica adquirida ya por diferentes organismos, incluso la OMS, en la forma de prestar esa clase de asistencia internacional y se hizo una evaluación de los progresos registrados desde la reunión anterior celebrada en 1958, y un examen general de los proyectos preparados por los distintos organismos para los dos años siguientes, tomándose nota del incremento acusado de las actividades y del aumento de las peticiones de ayuda en materia de rehabilitación. (Arch. DP N°5, OMS, 1961, p. 37)

Destacan en este informe los siguientes convenios:

Chile 21, Centros de Rehabilitación (dic. 1960 - 1966)

Se emprendió este proyecto con objeto de organizar en Santiago un centro moderno de rehabilitación que permita formar personal y ampliar las actividades de rehabilitación de los servicios sanitarios nacionales. (Arch. DP N°5, OMS, 1961, p. 37)

Chile 22, Instituto de Higiene del Trabajo (1961 - 1970)

Se trata de crear un instituto de higiene del trabajo que permita formar personal y prestar servicios de otro tipo a Chile y a varios países más. (Arch. DP N°5, OMS, 1961, p. 122)

Y Chile 5000 Rehabilitación (1960 - 1972) PNUD/AT.

Organización de un servicio de logoterapia para la rehabilitación de sordomudos. (Arch. DP N°10, OMS, 1971. p. 122)

En el inicio de la década de los 60, como se ha mencionado, es el momento de un giro político sustantivo en la política internacional americana derivada de la revolución cubana y otros movimientos revolucionarios emergentes a partir de una reformulación de panamericanismo y que se expresa en la AP. En el año 1961, en Punta del Este, Uruguay, se plantea un plan decenal para el periodo 1961-1970 de orden político, económico y social, asociado con un ámbito de seguridad hemisférica ya en curso y que he descrito en las páginas previas. En su vertiente de salud, también se presenta en esta instancia “el Plan Decenal de Salud de las Américas, con metas y objetivos para el periodo 1960-1970 el cual fue ideado y propuesto por

Abraham Horwitz¹⁹, director OPS, al conjunto de los presidentes del continente, encontrando un acuerdo y entusiasmo nunca visto en la región” (JIMÉNEZ DE LA JARA, 2003, p. 932). Horwitz desarrollará una función importante en OPS en la erradicación de la viruela y poliomielitis, quien, habiendo cumplido una trayectoria importante en el Servicio Nacional de Salud en Chile, será un importante articulador para la cooperación internacional en el país en la cual se encuentra la terapia ocupacional.

El plan se sustenta en el acuerdo de los diferentes gobiernos en que el crecimiento económico debe ser simultáneo al progreso social, por lo que los planes de salud deben disponer de un significado económico-social y con prioridades situadas. A la vez, que lo que se defina debe propender al bienestar colectivo e individual.

Que el Grupo de Expertos de la Organización de los Estados Americanos sobre Planificación del Desarrollo Económico y Social en América Latina estableció "que el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región", y que el Consejo de la Organización de los Estados Americanos recomendó a los gobiernos que al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, se incluyan los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos, y que también recomendó la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de tales programas (Resolución VII, Segunda Reunión). (Arch. DP N°6, OMS – OPS, 1961, P134)

Se recomiendan las siguientes medidas: preparación de planes nacionales para el decenio, crear unidades de planificación y evaluación, mejorar estadísticas, perfeccionar la organización y administración mejorar las disposiciones legales, hacer uso de la investigación científica y:

Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:

¹⁹ “El Dr. Horwitz se especializó en Estados Unidos, Michigan en bacteriología y luego realiza estudios de Magíster en Salud Pública en la Universidad de Johns Hopkins de Baltimore, Maryland, título que recibió en 1944. La Escuela de Salud Pública de Hopkins, fundada en 1910 bajo el patrocinio y financiamiento de la Fundación Rockefeller. La relación de la Fundación Rockefeller y Chile era muy cercana y con Horwitz aún más”. Un interesante artículo al respecto se puede encontrar en: JIMÉNEZ DE LA JARA, J. Abraham Horwitz (1910-2000) Padre de la Salud Pública Panamericana. *Rev. méd. Chile*, 131(8), 929-934. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000800014>

- i.–Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión;
- ii.–Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y
- iii.–Ampliar o crear los centros educativos necesarios.

(Arch. DP N°6, OMS-OPS, 1961, p. 135)

Finalmente, recomienda a los gobiernos medidas inmediatas: control y erradicación de enfermedades transmisibles, saneamiento, nutrición, atención médica, protección a la maternidad e infancia, suministrar agua potable y servicios de alcantarillado, reducir la mortalidad de los menores de cinco años, erradicar enfermedades infecciosas, mejorar la alimentación y nutrición aumentar la cobertura a través de una mayor eficiencia de los servicios, aumentar la esperanza de vida en cinco años y asistencia técnica multilateral y bilateral en el continente.

En los informes de actividades de los años 1962 y 1963 (ARCH. DP 7 y ARCH. 8, OMS – OPS) de la OMS se da continuidad a temas y asistencia técnica en Higiene Social y del Trabajo, la rehabilitación médica y servicio de ortopedia, fisioterapia y ergoterapia, el adiestramiento en las técnicas de rehabilitación y en colaboración con la UNICEF proyectos de higiene materno infantil y enfermedades transmisibles:

El Fondo Especial prestará asistencia para establecer en Santiago de Chile un instituto de investigaciones sobre higiene del trabajo y contaminación de la atmósfera. Se ha estudiado durante el año la posibilidad de que el Fondo colabore en otros proyectos sanitarios. La OMS ha seguido asesorando al Fondo Especial en los aspectos sanitarios de diversas peticiones formuladas por los gobiernos.

La OMS ha participado en los trabajos de las Naciones Unidas sobre la condición jurídica y social de la mujer, la protección de la infancia, la delincuencia juvenil, la rehabilitación de personas físicamente impedidas y otras cuestiones sociales. En la página 32 se hace referencia a la reunión en el mes de octubre de un Comité Mixto NU /OMS de Expertos en Asistencia de Niños Sanos en las Instituciones y Guarderías. (Arch. DP N° 7, OMS – OPS, 1962, p. 105)

En su informe Introducción al Informe Cuadrienal, 1957-1961, de la Oficina Sanitaria Panamericana, su director propone un documento de carácter político técnico, señalando como elementos ordenadores contar con una doctrina, principios y método. La doctrina es “la necesidad de armonizar el desarrollo con el bienestar, vale decir las necesidades con los recursos, el

crecimiento económico con el progreso social” (Arch DP N°9, 1962, p. 1). Se comprende de esta forma que la salud cumple una función social y económica; es decir, es un fenómeno político social. Esta doctrina conlleva el desarrollo de políticas y estrategias nacionales y forma parte del contexto matriz en la que la terapia ocupacional emerge en Chile con la puesta en marcha de la formación de las primeras terapeutas ocupacionales como acción gubernamental (1963) y el papel que juegan la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg (p. 493). Esta perspectiva política OPS se despliega en Chile en un momento histórico marcado por importantes luchas política entre un proyecto reformista social (Revolución en Libertad), del líder demócrata cristiano Eduardo Frei y el proyecto Socialista de la Unidad Popular, liderado por Salvador Allende.

4.2.4. Vinculación entre asistencia técnico-económica y militar

Como se ha señalado, en 1961, junto a la AP también se da un nuevo impulso al fortalecimiento de la dimensión militar con el apoyo financiero, logístico y de formación a las fuerzas armadas de casi todos los países. La Latin American Training Center US Ground Forces fundada en 1946, en Panamá, cambia su nombre en 1963 a Escuela de las Américas. Su objetivo es la preparación para movimientos insurgentes en la región a partir de los procesos en República Dominicana y, particularmente en Cuba. A pesar del significativo aumento de dineros provenientes de EUA para el apoyo de Latinoamérica, de \$1.4 a \$22.3 millones de dólares entre 1962 y 1967, los resultados no fueron los esperados, pues en varios de los países cursaban procesos políticos de corte reformista nacionalistas ante la amenaza de movimientos revolucionarios. El intervencionismo de EUA, implicó que ya a 1964 hubiese golpes de Estado en Argentina (1962), Perú (1962), Guatemala (1963), Ecuador (1963), República Dominicana (1963), Honduras (1963), Brasil (1964), Bolivia (1964). Se suma el asesinato de Kennedy, lo que tiene como consecuencias que la política exterior estadounidense releve más el intervencionismo por sobre la cooperación internacional. De esta forma, el panamericanismo comienza a extinguirse (BARRETO, 2019).

Esto conlleva una dinámica que impacta en Chile en tanto EUA genera una mayor inversión de dineros y un esfuerzo más intenso para lograr éxito con su proyecto desarrollista modernizador en el país, con la confianza en el gobierno de Eduardo Frei que asume en el año 1964. La terapia ocupacional comienza a tomar forma como proyecto entre 1960-1962, decanta con su primera formación en 1963 y su primera promoción de egresadas, en 1966, en el contexto

de un cambio geopolítico radical en la región, una mayor inversión y focalización de esfuerzos de EUA en el país y en un creciente conflicto de polarización político social en curso.

4.3. Dimensión específica

Refiere a procesos histórico-sociales y económicos situados en Chile y su relación dialéctica con las dimensiones particulares y generales. La manera en que se conforma se estructura el país y sus políticas públicas, en particular las sanitarias, rehabilitación y la terapia ocupacional en el periodo de estudio. Apunta a examinar y reflexionar las disputas de proyectos políticos en curso en el país y cómo encarar la cuestión social y su solución. Esta dimensión se centra en el modo en que se manifiesta la tensión crecimiento y desarrollo, industrialización y mejoramiento de los derechos humanos (a la vida, económicos, sociales, culturales, entre otros) y el inicio del oficio a comienzo de los años 1960.

4.3.1. Apuntes sobre el contexto

En el marco de la temporalidad del estudio, podemos señalar que, a comienzos de la década de 1950, Chile se encontraba en un tercer periodo de gobiernos radicales²⁰ (1939-1952), etapa en que se fortalecen los esfuerzos por el proceso modernizador industrial que promueve una ruptura con el dominio relevante de la oligarquía, el liberalismo libre competencia, las masacres de movimientos obreros, la economía desregulada, fuertemente extractiva-exportadora (salitre). Época atravesada por los efectos de la primera y segunda guerra mundial, el fascismo europeo, la revolución bolchevique, entre otros (MOULIÁN 1997).

La cuestión social, forma parte de la definición de disputas políticas ya que se requiere sostener la fuerza de trabajo, mejorar las condiciones de vida materiales y objetivas, aumentar las expectativas de vida, mejorar la nutrición, obras sanitarias (agua, alcantarillado) y vivienda. La pobreza extrema se encara desde la oligarquía con una orientación filantrópica y, los sindicatos, a través de seguros privados expresado en las sociedades de socorros mutuos.

²⁰ Opositor a los gobiernos conservadores, representó a la naciente burguesía, la clase media y a los sectores populares. Fue un partido conciliador en la crisis política, económica y social.

Los procesos de modernización conllevan un cambio en el perfil social derivado en parte por una migración significativa de personas desde el campo a la ciudad con los consiguientes problemas de vivienda, hacinamiento y graves enfermedades; además, la necesidad de preparación de lo que serán las nuevas capas medias emergentes para la industria a través de la educación. En esta línea, los llamados gobiernos radicales, comprenden que la sanidad y educación son indispensables para los procesos de cambio en la estructura económico social del país y el tránsito de un Estado oligárquico a un Estado liberal de corte keynesiano.

Desde este punto, la creación del Seguro Obrero (1929) es un hito significativo en el tema de protección social (LARRAÑAGA, 2010), la puesta en marcha de la Corporación de Fomento y Reconstrucción Nacional (CORFO) desde el punto de vista económico²¹, la creación del Servicio Nacional de Salud y el Servicio de Seguro Social. Esto se asocia a los procesos de modernización e industrialización y contribuye a la puesta en escena del Estado desarrollista, de bienestar, donde el actor más relevante lo constituye el Estado por sobre la inversión privada. Lo anterior, no es convergente plenamente a lo que el nuevo orden mundial definido por EUA está orientando en cuanto lograr el desarrollo a través de una economía abierta y de libre mercado, con fuerte inversión privada.

La puesta en marcha del Estado de bienestar se acompaña de dos áreas significativas, las políticas sociales de salud y educación, asociándose el tema de vivienda y previsión social (ESCOBAR & SEPÚLVEDA, 2013). Resolver de la mejor manera posible aspectos esenciales de la cuestión social es fundamental para el desarrollo y crecimiento económico. El impulso de industrialización desplegado por EUA vía panamericanismo, articulado con organismos internacionales globales y regionales, donde el financiamiento privado es el motor del proceso, debe articularse con las dinámicas locales que se encuentran dando un giro social al modelo de acumulación capitalista, donde el protagonista es el Estado.

Esta tensión política social es la que está presente en la década de los 1950 y 1960 y que se expresa en la disputa de proyectos políticos y modelos de sociedad de corte conservador-liberales (gobiernos de Ibáñez 1952-1958; Alessandri 1958-1964); liberales de orden keynesiano (Frei 1964-1970) y socialismo (Allende 1970-1973).

Los prolegómenos de la terapia ocupacional se producen en este escenario entre los años 1950 y 1960 expresado en una preocupación relevante hacia la higiene materno infantil, las enfermedades transmisibles como hemos señalado (poliomielitis, parálisis cerebral), la higiene

²¹ Esto se refuerza posteriormente con la decisión de la CEPAL de promover una economía hacia dentro, no exportadora, sino de manufactura, de crecimiento económico en base a la producción de bienes y servicios.

ocupacional y el ámbito de la rehabilitación. La estrategia implicaba una acción insustituible de los gobiernos y sus aparatos técnicos con la cooperación internacional y las fundaciones filantrópicas. Mejorar capacidades técnicas, formación de nuevas tecnologías y profesionales se fue expresando en visitas de expertos, asistencia a formación en el extranjero (médicos en especialidades de pediatría, Fisiatría, enfermeras, fisioterapeutas, matronería), seminarios y congresos entre otros, tal como queda enunciado en las orientaciones OPS de la época.

En el nacimiento del Servicio Nacional de Salud²², se incluye en su articulado acciones y fondos para la asistencia de inválidos (CHILE, BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL, 1952), y a las existentes Sociedad Protectora de Niños Ciegos 1924, Sociedad de Pro-Ayuda al Niño Lisiado (que crea el Centro de Rehabilitación Infantil), de orientaciones filantrópicas, entre otras, y en 1955 el Centro de Rehabilitación Infantil Pedro Aguirre Cerda. Estos centros entrelazan a un conjunto de actores sociales y acciones que van construyendo la necesidad de la rehabilitación de personas con discapacidad.

Así mismo, se dictan leyes orientadas a apoyar a personas con discapacidad centradas en su incorporación al sistema productivo (Ley sobre rehabilitación de asegurados e inválidos, Comisión de Trabajo y Previsión Social).

Los pensionados del Servicio de Seguro Social podrán solicitar préstamos del Banco del Estado con el objetivo de adquirir maquinarias o herramientas, destinadas a su rehabilitación, en casos previamente calificados por el Servicio de Seguro Social y con la fianza de este. (Arch. DE N°1, Biblioteca Congreso Nacional, 1957, p. 452)

Por medio de esta ley, es reeducar a los inválidos, enseñándoles oficios compatibles con su nueva condición física, lo cual les proporcionará una entrada más. Las experiencias obtenidas especialmente en los países europeos, después de la primera guerra mundial y, con mayor razón, después de la segunda, con los mutilados, son sumamente interesantes. (Arch. DE N°1, Biblioteca Congreso Nacional, 1957, p. 454).

El Sr. Cruz Coke [...], creo que es de gran urgencia la creación de un instituto de reeducación profesional. (Arch. DE N°1, Biblioteca Congreso Nacional, 1957, p. 456)

El movimiento de rehabilitación internacional va en aumento durante esta década lo que tiene efectos también a nivel nacional. Razones conocidas como las guerras y sus efectos

²² Cabe destacar que desde 1952 ya existían los gabinetes de fisioterapia en el sistema de salud en Chile.

en el aumento creciente de discapacidad, los cambios en los perfiles epidemiológicos, la aparición de los antibióticos y vacunas, nuevas tecnologías sanitarias, todos son aspectos que ayudan a relevar la importancia económica y la relación capital trabajo de la rehabilitación.

[a partir de 1954, comienza realmente la inquietud por la Rehabilitación Médica y aparecen las primeras publicaciones de médicos en el área de la salud pública, cardiología, traumatología y ortopedia, que hacen notar las necesidades de preocuparse de esta actividad de los pacientes de sus respectivas especialidades. (Arch. N°2 DE, Paolinelli, 1973, p. 708)

Sin un proceso estructurado y decidido de política gubernamental articulada con las emergentes organizaciones internacionales de cooperación internacional, quienes realizan becas en el extranjero establecen vínculos y articulaciones que permite traer por iniciativas institucionales específicas, tanto estatales como filantrópicas a diferentes expertos a presentar y debatir el tema de la rehabilitación en el cual se expone también experiencias de terapia ocupacional. Entre ellas, se menciona la visita del Dr. Edward Lowman que aborda el tema de la Rehabilitación como problema económico social. La creación de la Sociedad Chilena de Rehabilitación en 1958 y los congresos realizados por esta organización fueron espacios relevantes de difusión de la experiencia internacional de terapia ocupacional en rehabilitación, pues se presentan planes y programas de trabajos específicos de terapia ocupacional (GÓMEZ, 2012).

A partir de esto, se impulsa en el país la búsqueda de nuevas estrategias y tecnologías para desplegar el ámbito de la rehabilitación en el sistema sanitario, marcada por la acción de médicas y médicos, lo que está a la base de lo que será el futuro programa formativo de terapia ocupacional en Chile en 1963 y el posicionamiento inicial en los sistemas de salud en la medicina física y rehabilitación²³.

En medio de este variopinto conjunto acciones, que aún no son el resultado en una articulación estratégica como si sucede con la Alianza para Progreso, en el contexto del curso del panamericanismo, en su faceta de asistencia técnica con los organismos específicos, en primera instancia se focalizaron con más fuerza en Brasil y Argentina. Para el caso de Chile, esa convergencia se expresa en la asistencia de la primera terapeuta ocupacional formada en el primer curso de la especialidad, en la ENTO Argentina (María Cristina Ríos, que fue enviada a formarse desde la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado en 1959). Se manifiesta de esta forma un

²³ El primer director del programa de terapia ocupacional en Chile, en la Universidad de Chile, fue el fisiatra Livio Paolinelli 1963-1969, médico formado con beca de la Fundación Kellogg en Estados Unidos entre 1959 y 1961.

camino paralelo, pero también de disputa, entre la filantropía y la organización de una política Estatal en el tema de la política social, de salud, rehabilitación y, con los años, también de la terapia ocupacional. La filantropía asistencial mantiene aún presencia importante en el escenario social, pero en los años 1960 y parte de 1970, comienza a adquirir un papel secundario ya que la política sanitaria desde el Estado alcanza un mayor protagonismo. La filantropía de carácter focalizado, vinculada en su origen al Estado Oligárquico y a comienzos del siglo XX al Estado Asistencial contrasta con la estatal, de expresión global y estructural vinculada a proyecto de desarrollo social y económico en el marco del Estado Liberal Social.

De esta forma, en el contexto del panamericanismo (Cooperación Internacional: económica y asistencia técnica) que surge a comienzos de los años 1950, el devenir de los modelos de desarrollo social en curso, la cuestión social, las políticas sociales y sanitarias, las necesidades de encarar epidemias, enfermedades y accidentabilidad laboral que requieren de la medicina física y rehabilitación, se crean las bases para la concreción de tres convenios OPS-Chile: C21, referido a Centros de Rehabilitación 1960; C22, Higiene del Trabajo; 1961; C5000, Rehabilitación 1960. Su financiamiento, son compromisos entre el Estado de Chile y entidades externas financieras, donde juegan un papel significativo la filantropía estadounidense con las cuales se opera (léase capitales privados) que, en su vertiente de formación de recursos técnicos especializados, financia becas de distinto orden y entrega recursos para la implementación de centros. Un elemento central que hemos ya mencionado es la replicabilidad del proceso a cargo del gobierno y la continuidad del proceso con financiamiento nacional. Así, se crean las condiciones para la importación y transferencia de tecnologías en rehabilitación, siendo una de ellas la terapia ocupacional.

Es importante señalar respecto de la Fundación Rockefeller y Kellogg (sin dejar de lado el Banco interamericano de Desarrollo - BID, Banco Mundial), mencionadas recurrentemente en la historia de la profesión en Chile, que se convierten en la puerta de entrada de capitales privados a través de programas de asistencia en salud y agricultura (en este último ámbito el programa de Estados Unidos posterior a la Segunda Guerra Mundial llamada revolución verde)²⁴, siendo Chile uno de los tres países prioritarios de América Latina. Junto a la Fundación

²⁴ “Entre 1955 y 1968, la Fundación Rockefeller desarrolló un programa operativo en Chile para aumentar la producción de alimentos. Pero este proyecto en particular se conformó sobre una extensa red de instituciones y expertos que la agencia filantrópica conformó desde principios de la década de 1940 y que interconectó con otros países y programas, por medio de becas, subsidios y movi­lidades científicas” (QUESADA, 2020, p. 192).

Ford, ocuparon un lugar privilegiado en el desarrollo del programa Alianza para el Progreso (QUESADA, 2015).

Durante 1960, gobierna Arturo Alessandri, político de derecha y conservador que plantea un gobierno empresarial y de economía de mercado liberal moderada. Aunque mantiene cierta autonomía vinculada al nacionalismo con respecto a Estados Unidos, finalmente se alinea a la doctrina planteada por el país del norte y, en la visita realizada a Chile el 1 de marzo de 1960 por el presidente Eisenhower (autor y además, quien puso en marcha inicial el programa Alianza para el Progreso). Chile se compromete a fortalecer el sistema interamericano y colaborar en organizaciones internacionales, contribuir al respeto de los derechos humanos, promover la democracia representativa y guiarse por el principio de no intervención en asuntos externos. Además, ambos países acordaron detener una creciente carrera armamentista en América Latina y provocar el desarrollo económico atrayendo la inversión pública y privada (RAMOS RODRÍGUEZ & ARCOS, 2014). Alessandri se dispuso a recibir la ayuda económica condicionada por Estados Unidos en la Alianza para el Progreso (este mismo año ocurre un gran terremoto en el país lo que requiere un fuerte apoyo económico para la reconstrucción la que se logró por esta vía).

El capital nacional, aunque de primera importancia, no será siempre suficiente para satisfacer las demandas de un período de rápido crecimiento. De ahí que Chile, como otros países, mira al exterior en busca de capital. Me complace que instituciones prestatarias de los Estados Unidos hayan podido otorgar substanciales créditos al Gobierno de Chile. Además, otros considerables créditos y capitales de riesgo han fluido hacia varios sectores de vuestra economía. Así, compañías cupreras de los Estados Unidos han invertido, en los últimos tres años, más de 125 millones de dólares en nuevas instalaciones, lo cual significa más ganancias, más ingresos por impuestos y más empleos. Se realizan o proyectan inversiones en plantas manufactureras destinadas a utilizar la producción de vuestra gran planta siderúrgica. Me ha complacido saber que vuestra compañía nacional de energía eléctrica ha recibido la aprobación de un préstamo del Banco Internacional, que posibilitará la necesaria expansión de vuestra provisión de energía, y que él será suplementado por la inversión de substanciales capitales privados de los Estados Unidos para aumentar la capacidad de energía del área Santiago-Valparaíso. Todo esto es bueno, ya que aportará importantes contribuciones al crecimiento de vuestro país. (Arch. DE, N°3, Biblioteca Congreso Nacional, 1960, p. 20)

Estado Unidos centra sus esfuerzos en Chile pues a partir de la influencia de la revolución cubana, quiere evitar a toda costa que un gobierno de izquierda gobierne en Chile. De esta

forma, hay una fuerte inversión desde la alianza para el progreso para la reconstrucción del país y el desarrollo económico social:

En el caso chileno los inicios de la Alianza para el Progreso estuvieron marcados por una notable humanización y reconocimiento popular del proyecto. La Alianza no pasó desapercibida sobre todo en el sur del país, la zona del terremoto; donde desde tazones, utensilios hasta grandes edificaciones de obras públicas llevaban la antorcha de la libertad con el escrito “Alliance for Progress”. No sólo era un exitoso proyecto de diplomacia pública norteamericana, sino que además lograba sensibilizar al trabajador y a la clase media chilena con los valores e intereses que se había trazado lograr la comitiva norteamericana en su “cruzada por la libertad” en el continente. (RAMOS RODRÍGUEZ & ARCOS, 2014, p. 118)

La adscripción de Chile al proyecto de Alianza para el Progreso se fortalece durante el gobierno de Kennedy con la adhesión a la Carta de Punta del Este en 1961. Un efecto en parte de esta estrategia es trasladar la sede de la CEPAL a Chile.

Podemos decir, que el desarrollo de la política vía cooperación internacional sanitaria en el marco de la cuestión social del país, su expresión en una dimensión muy singular como es la rehabilitación y profesiones nuevas como terapia ocupacional, se encuentran entramadas en la geopolítica global, regional y local cuyo objetivo es sostener y profundizar el sistema capitalista liberal.

Como se mencionó previamente, completa este panorama, que en 1958 es nombrado director de OPS, el médico chileno Abraham Horwitz (1958 - 1974), quien elaboró el Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso

En las Américas, en años recientes ha adquirido preeminencia la necesidad de armonizar el desarrollo con el bienestar, vale decir las necesidades con los recursos, el crecimiento económico con el progreso social. En la definición de la Comisión Económica para América Latina, El problema del desarrollo económico consiste esencialmente en asimilar con celeridad el vasto caudal de la tecnología contemporánea para elevar el nivel de vida de las masas. (DE N°4, OPS - OMS, 1962, p. 475)

A lo anterior, se agrega que, en 1960, el economista chileno Felipe Herrera es nombrado presidente del Banco Interamericano de Desarrollo hasta 1970 (habiendo sido previamente director en el Fondo Monetario Internacional). La asociación entre BID y OPS sería de extraordinario valor para el futuro (JIMÉNEZ DE LA JARA, 2003, p. 932).

4.3.2. La terapia ocupacional y su materialización como profesión

A comienzos de 1960 ya se han generado en el campo de las necesidades de rehabilitación dos vertientes: rehabilitación y rehabilitación profesional (higiene laboral). Consecuencia de ello, se plantean centros de rehabilitación y también la necesidad de formar a nivel país los propios recursos técnicos requeridos para la labor anterior. Las personas formadas, generarán una tercera área del quehacer que refiere a la formación profesional. De esta manera la experiencia decanta en tres grandes espacios de trabajo: Servicios de Medicina y Rehabilitación, Centros de Rehabilitación Profesional y programa formativo de terapia ocupacional.

En 1962, en el contexto de la declaración de la OMS como año internacional de la rehabilitación, se contó con la asistencia técnica de una profesional terapeuta ocupacional, Beatriz Wade, financiada por organizaciones filantrópicas internacionales, en coordinación con la Universidad de Chile, quienes preparan su concurrencia al país y asiste específicamente a la Clínica Psiquiátrica Universitaria, realizando presentaciones y talleres sobre el desarrollo y práctica del oficio. Simultáneamente, llega financiamiento para la implementación de talleres en la mencionada clínica, al servicio de medicina física y rehabilitación del hospital clínico de la misma universidad e inicio de la implementación de los centros de rehabilitación profesional.

El primer paso para la formación de este profesional entre nosotros fue dado en 1962. El Prof. Ignacio Matte, jefe de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, consciente del importante rol de la Terapeuta Ocupacional en el campo psiquiátrico, obtuvo a través del programa de Cooperación Inter-Americano, la estadía en Chile durante tres meses de Miss A. Wade, destacada terapeuta ocupacional norteamericana, quien dictó cursos y organizó un departamento de terapia ocupacional en la Clínica Psiquiátrica. A su vez el Servicio Nacional de Salud, también empeñado en el desarrollo de la rehabilitación, reconoció la necesidad de este profesional en el Servicio. (Arch. DE N°15, Jadresic, 1969, p. 2)

Así mismo, el 6 de julio de 1962, se crea una Comisión Mixta, de carácter tripartita entre el Servicio Nacional de Salud, Universidad de Chile y Organización Panamericana de la Salud. Desde la universidad, además de la autoridad universitaria de la facultad de medicina, participan

médicos que han conocido de las experiencias de rehabilitación y terapia ocupacional en sus procesos de formación de especialidad y actividades de carácter científico a nivel internacional como nacional (GÓMEZ, 2013). La dinámica de coordinación interinstitucional, en el marco de lo descrito en apartados previos conlleva a la toma de decisión de parte del gobierno de Chile en conexión a OPS y la universidad a dar el punto de partida oficial a la existencia de la profesión de terapia ocupacional en el país. Podemos señalar, que se encuentra aquí el acto político fundacional que en el país emerja una nueva profesión en el campo de la salud, específicamente en rehabilitación, llamada Terapia Ocupacional (Arch. DE N° 14, Biblioteca Universidad de Chile, 1962).

En concordancia con lo anterior se define como estrategia la articulación de dos acciones simultáneas: enviar un grupo de personas a formarse en Argentina, programa que ya lleva al menos cuatro años de experiencia y, crear un curso experimental para su desarrollo en Chile, aspecto que establece una diferencia con otros países en cuanto a que el futuro programa académico que formará a nuevos profesionales se implementará en la universidad y facultad de medicina más antigua del país. Para ambas acciones, se seleccionan personas que poseen un vínculo directo y cercano con quienes han liderado esta iniciativa (médicos), quienes proponen nombres para ambos cursos (algunas profesionales, trabajadores y personas con enseñanza secundaria concluida).

De esta forma, se pone en marcha todo el aparataje de la cooperación internacional construido en la década de los años 1950 con el panamericanismo y luego en la Alianza para el Progreso, que conlleva financiamiento desde el Servicio Nacional de Salud, asistencia técnica desde OPS y OIT con profesionales expertos y el soporte logístico institucional de la Universidad de Chile. El objetivo para alcanzar es implementar centros de Rehabilitación y Rehabilitación profesional tanto en la ciudad de Santiago como en las provincias más importantes del país y formar los recursos humanos pertinentes para esta labor.

Para la dimensión formativa se realizan contactos en Argentina con la Comisión Nacional de Rehabilitación para la ENTO, lugar que está operando como epicentro regional en los procesos formativos.

Asesoramiento para la formación
de T.O. y de la carrera de T.O. en países
de América latina -

Chile - 1963 - 1966. Joan King. Fortais
Fortais -

Colombia (Vergara y Fomberg) 1970 - 77
Fortais - Rorachini

Asesoramiento a la T.O. país Rosa bar
nerale para organizar la carrera en
Guatemala (no hay documentación).

Selección de la T.O. argentina para organizar
la carrera en El Salvador. Orientación y aseso
ramiento (no hay documentación).

Figura 3: Arch. DE N°5, data no conocida

Así mismo, el trabajo de cooperación internacional, en este caso OPS, opera como interfaz entre ambos países.

La Srta María Alicia Pérez Cofré obtuvo el mayor puntaje y los encargados de los Test, la recomiendan ampliamente. El segundo lugar y con resultados destacados fué ocupado por la Srta María Edith Muñoz Muñoz pero ella no posee actualmente el grado de Bachiller, siendo si licenciada con 6° Año Humanidades. Sólo debería dar su examen de Bachillerato pero por haber terminado el período de Febrero, sólo podría hacerlo en la próxima temporada de 1964.

Ante ésta situación, nos permitimos solicitar a Ud. si sería posible a vuestra Escuela admitir a esta candidata como becada, con el compromiso formal nuestro que ella al regresar a Chile finalizada la beca, o en las vacaciones de Enero-Marzo 1964, deberá rendir este examen. Este compromiso es absoluto ya que si no obtuviera este grado, nuestra Universidad no podría darle más adelante el título de Terapeuta Ocupacional.

Nos permitimos plantear a Ud. esta situación tan especial, dada las condiciones de la candidata que son muy superiores a las que le siguen en los resultados de la selección.

Figura 4: Arch. DE N°6,
1963

Perez Cofre



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

DIREC. CABLEGRA.: OFSANPAN
CASILLA 3979
SANTIAGO - CHILE

14th. May 1963.

SIRVASE CITAR: AMRO 3-63-662.

Miss Joan King
Escuela de Terapia Ocupacional
Dragones y Menoza
Buenos Aires, 28
Argentina.

Dear Miss King:

Thank you for your letter. Yes, I think things had become a little confused in transmission as I suspected.

The University is going to give Srta. Perez a "contrato" of E°100 a month which is, I think about \$4.500 nacionales a month and should suffice.

I don't know when this will happen but it will eventually and is at the moment being processed. It is just possible that Srta. Perez will have to return to Santiago for two or three days to complete the (many) formalities, but it is to be hoped that this is not necessary.

I have made a mental note that you will be in Buenos Aires at least until September 1964.

I hope you have a very pleasant time in England.

Yours sincerely

Dr. Robin Hindley-Smith.

Figura 5: Arch. DP N°7,
1963

Paralelamente, en la *Revista de Psiquiatría Clínica* en sus volúmenes II y III, años 1963 y 1964, se consignan publicaciones relevantes sobre la terapia ocupacional, tanto en el desarrollo teórico como experiencias prácticas que valoran y refuerzan la existencia de la profesión en el campo psiquiátrico. El desarrollo de prácticas de laborterapia en la década de los años 1940 y 1950 ayuda a que la formación en el país incluyera rápidamente este escenario profesional. Integrantes de la comisión que promueve la decisión de instalar la profesión son de esta área de salud (Arch. de números 8-9-10, *Revista Clínica Psiquiátrica*, 1963-1964). Esto ayuda en el corto plazo a que el programa formativo cuente con el aval acreditador de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales²⁵, organismo que también actúa como colaborador de la Organización Mundial de la Salud. Esta acción de reconocimiento de la WFOT reafirma el carácter médico clínico de los inicios de la disciplina.

En el escenario local, se pone en marcha en 1963 el curso experimental en la Universidad de Chile que convocó para las materias específicas de la disciplina a consultoras externas apoyadas por la OPS, provenientes de Estados Unidos, que coordinaron su labor docente con profesores de asignaturas básicas de la facultad de medicina. Tanto las personas formadas en Argentina como en Chile comparten de manera conjunta su formación el año 1965 en el país, egresando en 1966 y graduándose en 1967. Con este punto de partida, el programa formativo caracterizado como un curso experimental, se transforma en carrera universitaria en 1966.

A través de 18 reuniones de intenso trabajo se confeccionó el programa de estudios en base a las escuelas americanas y europeas y se acordó solicitar la venida a Chile de una terapeuta ocupacional con experiencia docente. (Arch. DE, N°15, 1969, p. 3)

La dimensión de creación de centros de rehabilitación en el país se encuentra en etapa de preinstalación para lo cual se hacen visitas diagnósticas de expertos provenientes del extranjero para determinar experiencias previas, recursos disponibles, necesidades materiales y profesionales, entre otros. Resultado de ello, emana un informe al Servicio Nacional de Salud, de un trabajo efectuado entre septiembre de 1963 y octubre de 1964. Se visitan las principales ciudades del país entre Antofagasta y Puerto Montt, visitando 10 lugares. Esto posibilitará que las autoridades sanitarias generen las condiciones para generar los cargos y puesto de trabajo a profesionales de la rehabilitación.

²⁵ Organismo creado en 1951, con alrededor de 27 países, con el liderazgo del Reino Unido, Estados Unidos y países de Europa. Se transforma en un organismo reconocido por la OMS en 1959 y admitido oficialmente en 1964. <https://wfot.org>

Informe Final de la Srta. Estefanía Sichel, Fisioterapeuta
Consultora de la O.N.S., del trabajo realizado por ella en
los 6 meses de su estada en Chile, comprendidos entre el
29 de Septiembre de 1963 y el 23 de Octubre de 1964.

Se ha preferido ordenar este trabajo de manera geográfica y no en orden cronológico, explicando la labor realizada y los resultados obtenidos en cada una de las provincias visitadas, enumerándolas de Norte a Sur.

En resumen puede decirse que el trabajo ha consistido en:

- 1.- Divulgar en Provincias el conocimiento de la importancia de la Rehabilitación y sus métodos.
- 2.- Asesorar la Dirección de los Hospitales y otros establecimientos en cuanto a Departamentos de Fisioterapia se refiere.
- 3.- Coordinar el trabajo del Centro de Rehabilitación del Consultorio N° 2 del S.N.S. de Santiago con los hospitales de Provincias instruyendo a diferentes profesionales en el tratamiento pre-protésico y protésico de los enfermos amputados, para así acortar la estada de éstos en Santiago, estada muy costosa para el S.N.S. y molesta para el paciente.

Figura 6: Arch. DE N° 11, Servicio Nacional de Salud, 1964

De igual forma, en 1964 ya se encuentra instalado el Centro Piloto de Rehabilitación de Adultos y en plena organización el Departamento de Terapia Ocupacional que se encuentra a cargo de una terapeuta ocupacional de Francia (Arch. DE, N° 13, OPS, 1964).

Son tres años de intensa labor, particularmente en el país para poder sentar la bases institucionales, organizacionales, logísticas y financieras para dar estabilidad a la creación de la profesión en el mediano y largo plazo. En este proceso ha resultado significativa la asistencia técnica para la formación de la profesión, lo que se refleja en la participación de terapeutas ocupacionales de Estados Unidos, Inglaterra y Francia.

Es un periodo de intenso quehacer (1962-1967) para consolidar el inicio profesional, que cristaliza en la incorporación de tituladas a la red de salud en diversos hospitales del país, lugar prioritario del punto de vista político sanitario. Son los primeros pasos del camino que ya lleva más de 50 años. Desde 1966 se formulan las solicitudes de cargo para que se hagan efectivos a partir de 1967, como consta en memorándum del jefe del Subdepartamento de Recuperación de la Salud y Rehabilitación Médica.

Creación cargos de Terapeuta Ocupacional

Subdepto. Recup. de la Salud
Sección Atención Médica
Rehabilitación Médica
RAV/ABQ/rfh. 19-I-66

NO 1382

MEMORANDUM PARA: Señor
Jefe Departamento Técnico
Presente

En atención a numerosas solicitudes de creación de cargos de Terapeuta Ocupacional (Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de los Hospitales El Salvador, Psiquiátrico y Pedro Aguirre Cerda, entre otros), y considerando que existe el compromiso de ocupar a las egresadas de las Escuelas Argentina y Chilena de Terapia Ocupacional, este Sub-Departamento, por Oficio NO 7904 de 30 de Octubre último, solicito recabar del H. Consejo la creación de doce de estos cargos, para llenarlos paulatinamente de acuerdo con las necesidades.

Deben comenzar a prestar sus funciones a contar del 10 de Febrero próximo las siguientes egresadas, en los Servicios que se indican:

- 1.- María Amelia Ljubetic Vargas, en el Centro de Rehabilitación del Hospital Sanatorio Valparaíso.
- 2.- Clara González Reyes, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital El Salvador.
- 3.- Silvia Gómez Lillo, en el Centro de Rehabilitación del Sanatorio Pedro Aguirre Cerda.
- 4.- Eselina Dóñez Quiroz, en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico.

Invocamos los compromisos contraídos con los Organismos Internacionales que han prestado su cooperación técnica en la formación de estas profesionales y con ellas mismas, para que se creen por lo menos los cargos, individualizados, que deben ser desempeñados desde el 10 de Febrero próximo, dejándose los demás para cuando se apruebe la creación de la Planta de Medicina Física y Rehabilitación para los distintos servicios del país, que se elabora en este momento.

Saluda atentamente a Ud.

Dr. Rafael Avaria Valenzuela
Jefe Subdepto. Recuperación de
la Salud, Subrogante.

SANTIAGO, 20 ENE 1966

Figura 7: Arch. DE N°16, Servicio Nacional de Salud, 1966

En el Ministerio de Salud se encuentran registros de las contrataciones de nuevas profesionales en hospital de Talca y Consultorio N°2:

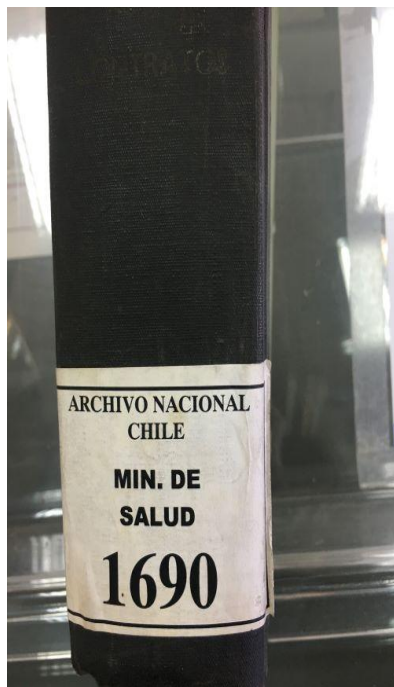


Figura 8: Arch. DE N°17



Figura 9: Arch. DE N°18, 1968



Figura 10: Arch. DE 19, 1968

Para 1967 ya se informa de 13 egresadas y 34 estudiantes, todos quienes al egresar y titularse encontrarán un espacio laboral al cual incorporarse. La estrategia de constituir centros y equipo de rehabilitación tiende a consolidarse en el sistema de salud vía su institucionalización. De esta manera, la terapia ocupacional adquiere un espacio en los equipos de salud-rehabilitación y en el sistema sanitario de Chile en 1970. La existencia de centros, equipos y tecnologías instrumentales para el cumplimiento de los objetivos de salud de estos nuevos espacios consolida en propósito de un sistema sanitario más robusto, que contribuye el mejoramiento de la calidad de vida, la reincorporación a la vida social y productiva, promoviendo con ello a un mayor bienestar colectivo y, por consiguiente al desarrollo económico productivo para la década de 1960, en el marco de los procesos de modernización e industrialización del proyecto liberal social, del Estado desarrollista.

El 25 de agosto de 1970, se emite la resolución 3723 que establece las Normas de funcionamiento del Servicio de Medicina y Rehabilitación, Gabinetes Fisioterapia y Terapia Ocupacional de los hospitales del Servicio Nacional de Salud.

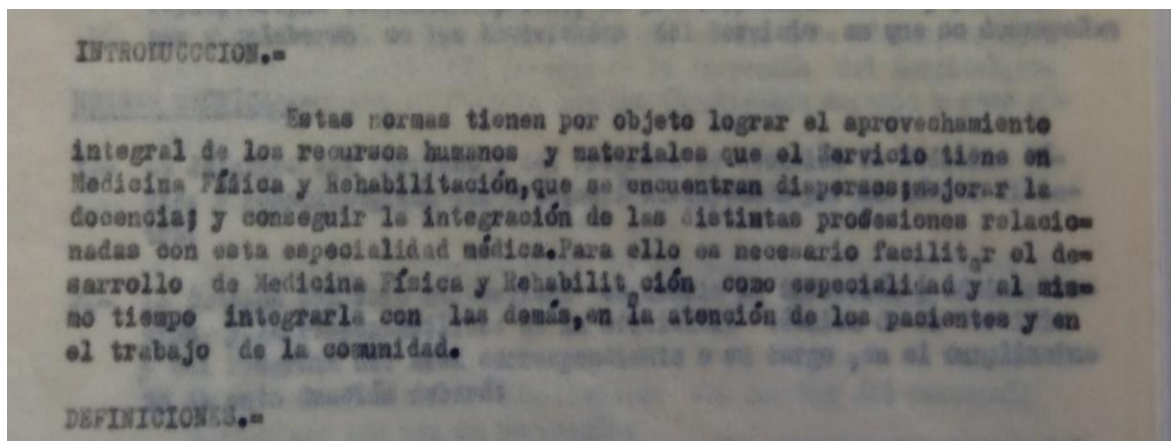


Figura 11: Arch. DE N°21, p. 1, 1970²⁶

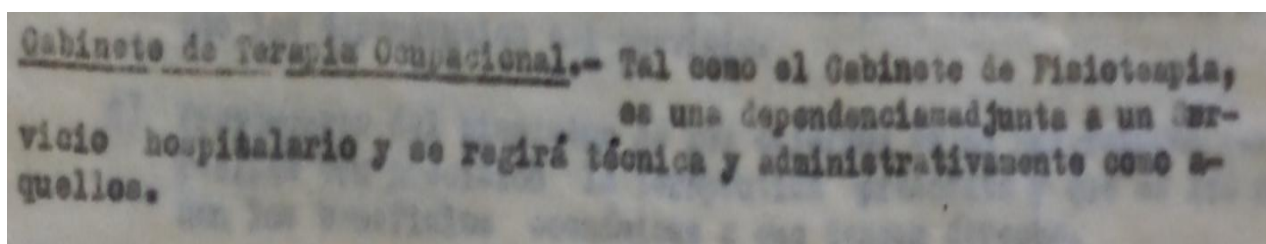


Figura 12: Arch. DE N°21, p.2, 1970²⁷

²⁶ “INTRODUCCIÓN. Estas normas tienen por objeto lograr el aprovechamiento integral de los recursos humanos y materiales que el Servicio tiene en Medicina Física y Rehabilitación, que se encuentran dispersas; mejorar la docencia; y conseguir la integración de las distintas profesiones relacionadas con esta especialidad médica. Para ello es necesario facilitar el desarrollo de Medicina Física y Rehabilitación como especialidad y al mismo tiempo integrarla con las demás, en la atención de los pacientes y en el trabajo de la comunidad” (Arch DE, N°21, p.1, 1970).

²⁷ “Gabinete de Terapia Ocupacional. Tal como el Gabinete de Fisioterapia, es una dependencia junta al servicio hospitalario y se registrará técnica y administrativamente como aquellos” (Arch. DE N°21, p. 2, 1970).

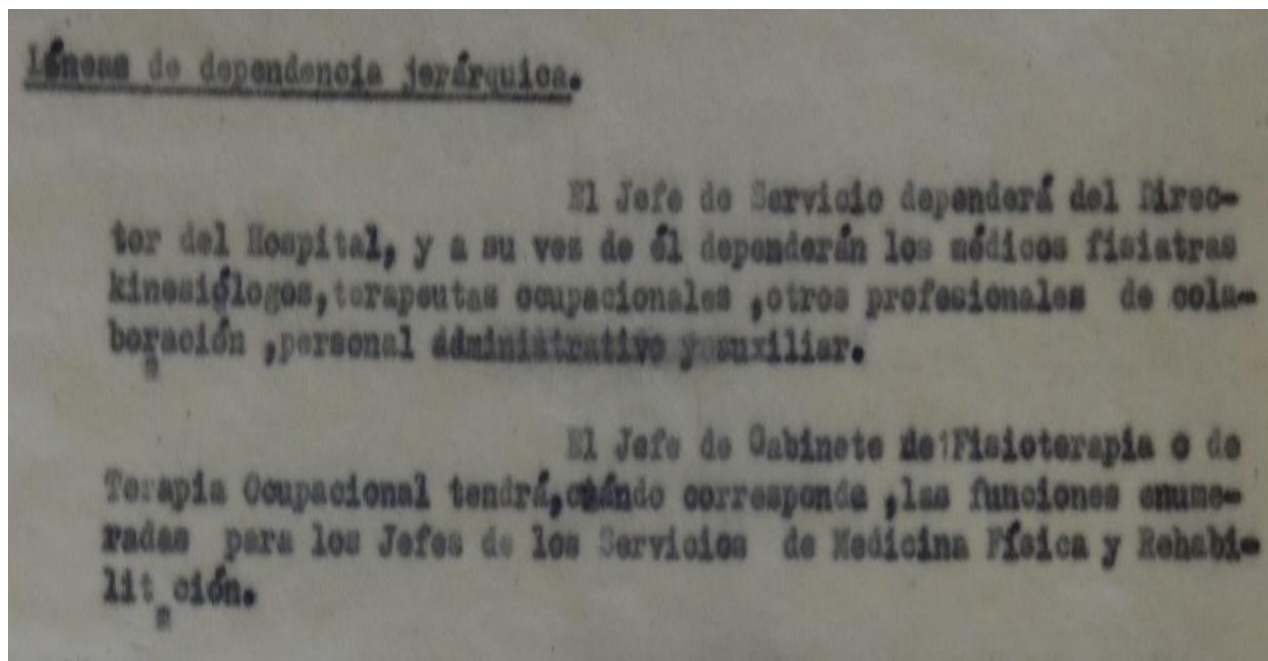


Figura 13: Arch. DE N°21, p. 4, 1970

Consolida también lo anterior, que el 2 de septiembre de 1969, se crea la Comisión Nacional de Rehabilitación, integrada por el Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Asociación de Facultades de Medicina, Servicio Nacional de Salud, Servicio Sanitarios de las FFAA y Carabineros, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Capacitación y el secretario del Consejo Nacional Consultivo de Salud. Es la relación salud – medicina – trabajo – capacitación:

Sus funciones son: conocer la magnitud y jerarquía de los problemas de rehabilitación; coordinar las acciones de las diferentes organizaciones; promover la formación personal y proponer la mejor distribución de los servicios, recursos humanos y materiales dedicados a la rehabilitación de inválidos en el territorio nacional. (Arch. DP N°20, Consejo Nacional Consultivo de Salud, 1969, p.1)

Esta instancia se articulará además con las Mutuales de Seguridad (1958), y cuerpos legales tales como La Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (1968); la Ley de Medicina Curativa para Empleados (1968).

4.3.2 El programa académico

Un derrotero más sinuoso le sucede al programa formativo de terapia ocupacional. Realizado el curso experimental y creado el curso formal de Terapia Ocupacional en 1966, se inicia un periplo que intenta consolidar en el más breve plazo una estabilidad institucional en la universidad que permita una proyección a largo plazo con miras a lograr autonomía bajo la forma de unidad académica, la Escuela de Terapia Ocupacional. Lo anterior, implica por una parte dar estabilidad financiera bajo la forma de cargos docentes y presupuesto para la ejecución del programa.

Un aspecto que dificulta este propósito es que el curso y su gradual desarrollo dependía del Servicio Nacional de Salud y no directamente de la universidad, algo comprensible por las condiciones políticas de inicio del proyecto político sanitario, pero que indudablemente resultaba contradictorio a la naturaleza del sistema de salud como de la institución universitaria. Explicita esta anomalía el Dr. Livio Paolinelli en memorándum de 1966 dirigido al director general del Servicio Nacional de Salud en el que señala:

Estudiadas las necesidades económicas del Curso de Terapia Ocupacional dependiente de la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina, con un total de 32 alumnas, distribuidas en 3 años de estudio, se estimó para el año 1966 un costo total de E° 30.920. El sub-Departamento de Control y Presupuesto en nota 905 del 10 de mayo último informa que debido a la falta de medios económicos por parte del servicio acordó financiar solamente E° 20.354.16 suma que se imputará al presupuesto de capital de la Dirección General bajo la glosa “Para iniciar el programa extraordinario de Protección y Recuperación de la Salud” del presente ejercicio presupuestario.

De acuerdo a estas posibilidades económicas, el total ofrecido permitirá sufragar en parte los gastos correspondientes a horas de clases [...]. Se eliminan por este año los gastos solicitados para material de enseñanza y difusión y publicación. (Arch. DE N°21, Ministerio de Salud, 1966, p. 1)

Así mismo, en oficio N° 3333, del 3 de marzo de 1967, el Decano de la Facultad de Medicina, solicita un aporte adicional al Servicio Nacional de Salud para crear los cargos de Instructora Jefe y Supervisora de Trabajos Prácticos (Arch. DP N°22, 1967). De igual forma, el 17 de marzo del mismo año se realiza el siguiente requerimiento “Se permite sugerir los nombres de D. Brígida flores Azua, como instructora Jefe, 7° categoría de la Escala directivos Profesional y Técnica y a D. Eliana Vidal Clement, como supervisora de trabajos prácticos, Grado 3° de la misma escala (Arch. DP 23, 1967, p. 1).

Ya en ese periodo se ha sistematizado parte de la experiencia para poner en cuestión el actual estado de cosas y la dinámica organizacional del programa y las relaciones interinstitucionales en la universidad y el Servicio Nacional de Salud. La interpelación sobre este nudo crítico propone que el curso de terapia ocupacional no puede seguir siendo considerado perteneciente al Servicio Nacional de Salud.

INFORME DE LA COMISION "RELACIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA
CON EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD " ACERCA DEL CURSO DE TERA-
PIA OCUPACIONAL.-

Analizada la situación del Curso de Terapia Ocupacional
se concluye que :

a) El Curso de Terapia Ocupacional fué creado por la Univer-
sidad de Chile según Decreto N° 3 de 3 de enero de 1966, como un Curso
dependiente de la Escuela de Tecnología Médica. Esta creación no fué
confirmada ni conocida por el Servicio Nacional de Salud de quien tam-
bién depende Tecnología Médica.

b) La Universidad no financió este Curso y hasta la fecha no
le ha dado Presupuesto, esta situación ha traído las siguientes conse-
cuencias :

1.- Durante los años 1963, 1964, 1965 los Profesores de Manua-
lidades fueron pagados por las propias alumnas.

2.- Desde 1966 a la fecha el Servicio Nacional de Salud ha o-
torgado graciosamente un pequeño Presupuesto que es pagado a través de
Tecnología Médica y que no es suficiente para cubrir los gastos que
demanda la enseñanza.

3.- Los Profesores de Ramos Básicos son pagados por el mismo
sistema de Tecnología Médica, pero las Instructoras no reciben honora-
rios por la colaboración que prestan al Curso.

4.- El personal a tiempo completo está compuesto por dos Te-
rapeutas Ocupacionales y una secretaria prestada por el Servicio Na-
cional de Salud.

5.- Carecen de local para su funcionamiento, excepto una pe-
queña parte de la Cátedra de Física que les fué cedida.

6.- No tienen Multitalleres para realizar la enseñanza, las
alumnas deben usar los de los Hospitales después de la horas normales
de funcionamiento de ellos, lo que significa tener clases de 6 a 8 de
la noche.

c) Por estar considerado como un Curso de Tecnología Médica,
no tiene Estructura Administrativa propia, por lo tanto su Director es
sólo nominativo.

Figura 14: Arch. DE N°25, Facultad de Medicina Universidad de Chile, 1967

Entre sus conclusiones, se señala que el curso radicado en la Escuela de Tecnología Médica no está reconocido por el Servicio, indica que algunas actividades docentes fueron financiadas por estudiantes, existe insuficiente presupuesto, escases de personal, ausencia de infraestructura y multitalleres.

El desafío que deviene de esta tensión es que el programa sea asumido por la facultad y universidad en su totalidad, proceso que adquiere una dinámica de mayores posibilidades a partir de los resultados que se están obteniendo, pero en particular, por el contexto sociopolítico entre los años 1967 -1970, en lo específico, la reforma universitaria y, en lo general, las contradicciones crecientes de los proyectos políticos en disputa (Revolución en Libertad y la Vía Chilena al Socialismo).

Previo a lo anunciado, un segundo aspecto requiere ser resuelto para la formalización que supere el estatus de curso y avance a una carrera, además de su separación del Servicio Nacional de Salud. Se refiere a la validación del programa formativo por parte de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, organismo colaborador de la OMS quien acredita la estructura y contenido del curso. Dicho reconocimiento para la época es relevante y tiene como efecto que se asume doctrinariamente la mirada anglosajona de la profesión, su conocimiento y sus prácticas en lo que se denomina Normas Mínimas para los Programas Educativos en Terapia Ocupacional. Esto no es algo particular, sino que un requisito que debieron asumir todos los cursos de terapia ocupacional de la región que se propusieron un nivel de carrera y escuela (BOTINELLI et al., 2009). De esta forma, se gestiona la certificación correspondiente, gestión que queda a cargo de la directora del programa de Chile.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS

PRESIDENT : MRS. M. THELMA CARDWELL, O.T RG. (CAN)

Hon. Secretary - Treasurer

Miss Clare S. Spackman, O.T.R
3901 Pine Street
Philadelphia, Penna, 19104, U.S.A.

Hon. Asst. Secretary- Treasurer

Miss Kirsten Leth, Auth, O.T
Illerupvej 39
8200 Aarhus N., Denmark
51 Downside Road, Headington, Oxford
England.

R.f. BGG/HS
20th. October, 1969.

Dear Señora Azua,

Your letter dated 11th July 1969 has been sent to me by Miss Neuhaus.

I must apologise for the long delay in sending a reply. This has been because of an error in the address to which it was sent in this country, and the fact that I was away attending a Congress in Dublin when it eventually arrived.

Thank you for sending so much information about your training course, which would appear to conform in many respects to the requirements of the W.F.O.T. However, it is difficult to judge the actual number of lectures or hourly sessions in each subject. I should, therefore, be glad if you would fill the information in on the enclosed form and return it to me as soon as possible. If, then, it seems that your course could be approved, this could be done at the next meeting of the W.F.O.T. Council in May 1970. If, however, there are aspects that need amplification, there might be time for this to be done before that date.

From the information you have already given, the method of examining students is a little difficult to understand, and when replying, perhaps you could explain fully how this is conducted. Most of the approved training courses require students to take a written examination of three hours' duration in each ~~of the theoretical subjects~~ of the theoretical subjects (often 6 or 7 exams), as well as practical and/or oral examinations. The examiners include doctors and specialist lecturers as well as highly experienced occupational therapists. Perhaps you would let me know the composition of your examination Committee, as well as the methods used.

If your training course is approved, it can be affiliated with the W.F.O.T., but if Chile is to become a full member, it will be necessary for a professional Association to be formed if this has not already been done. The Association can then apply for associate membership, which can then be increased to full membership when the training course has been officially approved.

Details regarding the organisation of an Association and application for associate membership can be obtained from Miss C. Spackman, whose address appears at the top of this letter.

I look forward to hearing from you again.

Yours sincerely,

Chairman of the Education
Committee (Miss Betty G. Collins)

Figura 15: Arch. DE N°26, Carrera de TO, Universidad de Chile, 1969

President: Miss BARBARA PFENNINGER
INSTITUT FÜR ERGOTHERAPIE
KANTONSSPITAL
4031 BASEL
SWITZERLAND

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS.

58 London Road,
Headington,
Oxford, England.

Ref. BGC/HS
3rd June, 1970.

c.c. Miss Henderson
Mrs. Cardwell
Miss Brown.

Dear Senora Flores,

Thank you for the information you sent regarding
the curriculum and administration of your training course.

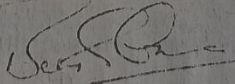
This was considered by the World Federation Council
which met last week in Switzerland, and I am happy to tell
you that it was approved.

However, in view of the fact that as yet your national
Association has not applied for membership of the World
Federation, it will be necessary to review your programme
again in 5 years' time (1975), unless by then the Association
has become a full member, prepared to take responsibility
for maintaining educational standards.

In the meantime, I will see that your course is listed
with other approved courses, so that your graduates can
receive acknowledgement internationally.

With best wishes for its continued success.

Yours sincerely,


Chairman of the
Education Committee.

Senora Brigida Flores,
Directora,
Coordinadora del Consejo de Programa Docente,
Universidad de Chile,
Facultad de Medicina Terapia Ocupacional,
Sanartu 1042,
Casilla 6506 - C.4.
Santiago, Chile.

Figura 16: Arch. DE N°27, WFOT, 1970

La validación internacional supone el ejercicio de una profesión bajo criterios formativos universales y deslocalizados, es decir, la profesión entendida válida para cualquier contexto y territorio. Su mirada ontológica, epistemológica y metodológica la sitúa en el campo de lo biomédico, bajo un enfoque técnico funcionalista, despolitizado y subaltenizado al saber-poder médico naturalista. Su traducción en tanto contenidos de enseñanza, plantea un ciclo de dos años y medio, con materias premédicas, estudio del cuerpo y mentes normales.

Un tercio de materias médicas (patologías y tratamientos); un tercio de actividades terapéuticas (teoría de terapia ocupacional, rehabilitación y actividades terapéuticas) y un tercio de práctica clínica (ARCH. DE N°41, WFOT, 1958).



Figura 17: Arch. DE N°41, WFOT, 1958

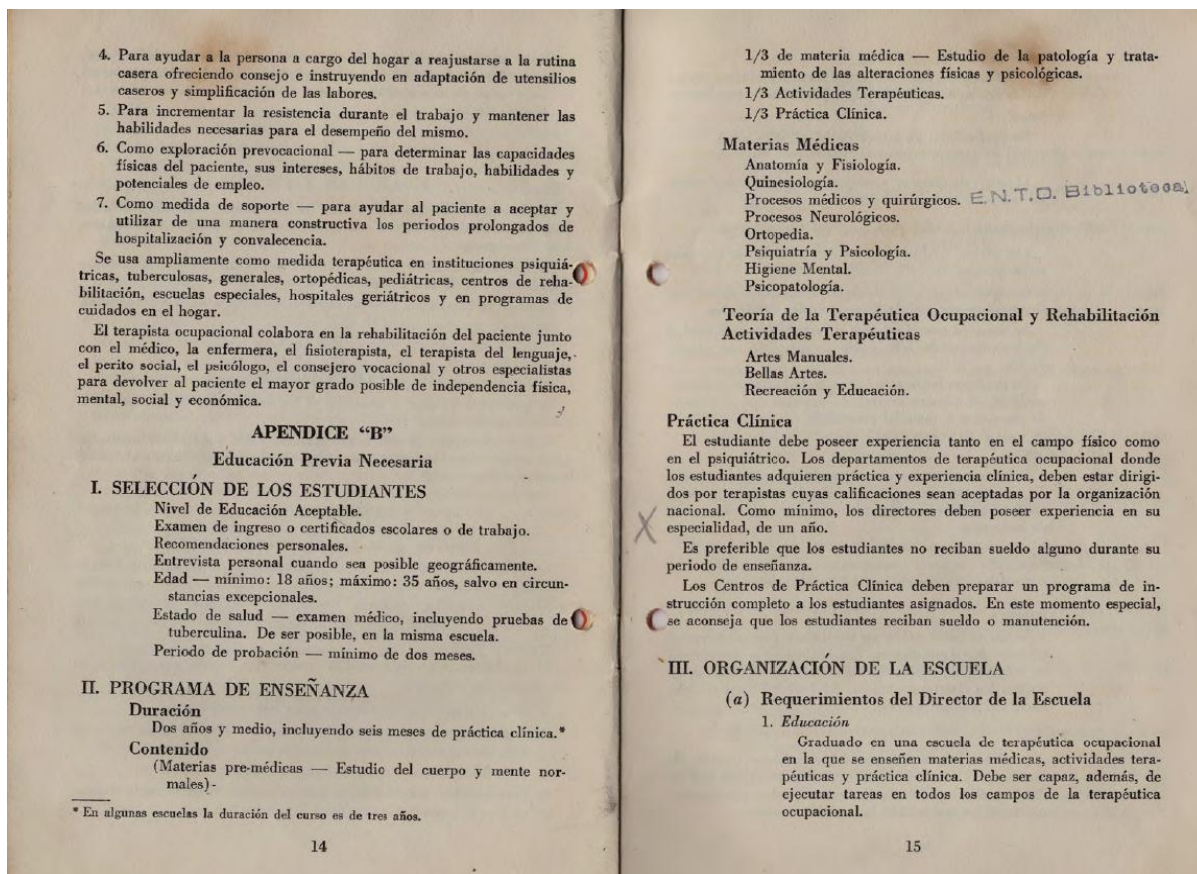


Figura 18: Arch. DE N°41, WFOT, 1958

Un corolario de lo anterior, es el programa de estudios del curso de Terapia Ocupacional en 1966 (Anatomía, Psicología, Fisiología, Kinesiología y Anatomía Funcional, Introducción a la Terapia Física y Rehabilitación, Introducción a la Terapia Ocupacional, Administración y Organización del Departamento de TO, Diseño, Carpintería, Encuadernación, Cerámica, Patología Externa, Traumatología y Ortopedia, Psiquiatría, Terapia Ocupacional en Psiquiatría, Pediatría, Neurología, Geriatría, Nociones Generales de Asistencia Social, Competencias Médicas, Tallado en Madera, Telares, Esmalte en Metales, Cestería, Corte confección y Bordados) (ARCH. DE N° 42, Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, 1966).

Sin embargo, la validación por parte de la WFOT no era el programa de enseñanza en primer orden como requisito obligado para alcanzar este objetivo, sino la existencia de una asociación gremial, pues la Federación está conformada por estas instancias, de forma tal que el 5 de abril de 1967 se constituye la Asociación Nacional de Terapeutas Ocupacionales de Chile (ANTOCH). Este día se conmemora como el Día Nacional de la Terapia Ocupacional en Chile. Solo se autoriza un programa de enseñanza con la existencia de la Asociación Gremial.

Un requisito obligado para alcanzar este objetivo no era el programa en primer orden, sino la existencia de una asociación gremial, pues la Federación está conformada por estas instancias, de forma tal que el 5 de abril de 1967 se constituye la Asociación Nacional de Terapeutas Ocupaciones de Chile (ANTOCH). Este día se conmemora como el Día Nacional de la Terapia Ocupacional en Chile.

La conformación de la Asociación Gremial se da en un contexto político muy activo, de grandes movilizaciones, con gran participación ciudadana, con un debate amplio sobre los proyectos históricos que estaban en disputa en esos momentos. Sin duda esto infiltrará al gremio en debates incipientes que excederán lo meramente

La década de los 1960 fue época de revoluciones, particularmente, el segundo lustro (revolución cultural China, segunda Ola Feminista, la Primavera de Praga, el movimiento estudiantil en México, Mayo del 68 en Francia, entre otros). En Chile, es trascendente en el año 1968 la reforma universitaria y, próximamente, el primer gobierno socialista en 1970. En este quinquenio (1968-1973), el programa formativo queda entramado en el proceso de transformaciones políticas y sociales del momento, espacio de posibilidad significativo que permitirá la creación de la carrera, como unidad académica autónoma en 1972.

[la Reforma Universitaria el último año ha venido a reconocer para la Terapeuta Ocupacional su ubicación de igualdad de derechos dentro del equipo de la salud, en un sentido genuino de respeto igualitario y auténtico a las personas y de definición de responsabilidades de acuerdo con la capacitación de cada una de sus integrantes. (Arch. DE, N°15, Jadresic, 1969, p. 4)

La reforma universitaria se inicia en este periodo quedando trunco con el golpe cívico militar en 1973. Se apuntaba a la democratización de la vida interna, a las estructuras orgánicas, autoridades, formas de financiamiento, la gobernabilidad, los programas académicos, todo con relación a los procesos de modernización del país, la industrialización y la reforma agraria. En el fondo, un cambio estructural de orden político, económico y social. La reforma tiene su expresión desde las movilizaciones del mundo estudiantil recogiendo la herencia del “Grito de Córdoba”, en 1918 en la Argentina. La reforma universitaria manifiesta el proceso convulso y de debate transformador que se lleva en el país, en el contexto de la Guerra Fría y el mundo bipolar existente en la época que se movía entre las ideas de revolución estructural transformadora del sistema capitalista o, revolución reformadora en el marco del capitalismo (FUENTES, 2011).

Podemos encontrar la solicitud de la Comisión Mixta de Docentes y Estudiantes dirigida al decano, en la que solicitan independizar el curso de la Escuela de Tecnología Médica, depender directamente de la facultad de medicina, solicitud de presupuesto propio y habilitación de un local donde operar (Arch. DE N°28, s. f.). Se acompaña posteriormente un Diagnóstico de Terapia Ocupacional del año 1968 que consolida las dificultades evaluadas hasta el momento (Presupuesto, cargo, infraestructura, estabilidad laboral, implementación de talleres, señalando que el programa cumple con los requisitos de la WFOT) (Arch. DP N°29, Facultad de Medicina Universidad de Chile, 1968).

Nuestra profesión que surgió como una necesidad de un enfoque diferente dentro de los problemas derivados de la Rehabilitación en Chile, se creó gracias a la iniciativa de algunas personas en que estaban algunos miembros de la Facultad de Medicina que pensaban que terapia ocupacional podía desarrollarse en Chile. Sin embargo, si bien existieron buenas intenciones, no siempre fue posible que estas se vieran acompañadas de los recursos necesarios para hacerlo. Por este motivo ha tenido que efectuar sus actividades, sobre todo al comienzo, en función de la voluntad de las buenas personas que se interesaban por realizarla.

La reforma nos ha dado, precisamente en este sentido la posibilidad de que muchas de estas acciones, que se hacen de buena voluntad, por iniciativa persona y que muchas veces se pierden por carecer de continuidad, puedan ser normalizadas. (Arch. de N° 30, Boletín Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1969, p. 2)

Finalmente, se envía la propuesta de carrera de terapia ocupacional, que incluye “planificación de estudios y presupuesto”, a la Facultad de Medicina (ARCH. DE N°31, Flores, 1968 y DE N°32, Facultad de Medicina Universidad de Chile, 1968). Se efectúan en ese periodo informes de la carrera, definición y campo de trabajo de la terapia ocupacional (Arch. de N° 33 y Arch. de N°34, Facultad de Medicina Universidad de Chile, 1969).

Definición y
campo de la
T.O.

TERAPIA OCUPACIONAL

DEFINICION Y CAMPO DE TRABAJO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

- 1.1. Se define la terapia ocupacional como uno de los procesos de Rehabilitación llevados a cabo bajo la prescripción médica que utiliza actividades manuales y creativas (telares, cerámica, esmaltes, pinturas, etc.), recreacionales y sociales (programas artísticos, fiestas periódicas), y educativas, prevocacionales e industriales con el propósito de mejorar una función física o psíquica, de ayudar al paciente en la elección de un nuevo oficio, de adaptarse a la mejor forma de vida del hospital y en el caso de invalidez a su nueva situación en la vida.
- 1.2. El Terapeuta Ocupacional es un profesional de colaboración médica que forma parte del equipo de Rehabilitación junto al médico, al kinesiólogo, a la enfermera, al psicólogo etc. Sus funciones contribuyen con la de los otros miembros del equipo sin que exista superposición de funciones.

CAMPO DE ACCION DE LA CARRERA (Relaciones con las otras carreras que forman el equipo de Rehabilitación).

- 2.1. Los largos años de vida de esta carrera han permitido separar claramente sus actividades de las de otros componentes del equipo de Rehabilitación especialmente del kinesiólogo que parecería como el más cercano,

Son funciones específicas de la Terapeuta Ocupacional

- a.- Restaurar la función física mediante manualidades y juegos.
- b.- Tratamiento de pacientes mentales, mediante manualidades y juegos (labor terapia).
- c.- Enseñar al paciente o al inválido actividades del diario vivir tales como: comer, vestirse escribir etc.
- d.- Ayudar a personas a cargo del hogar a reajustarse a la vida casera, ofreciendo consejos e instruyéndola en adaptación de utensilios caseros y simplificación de las labores.
- e.- Exploración prevocacional para determinar la vocación específica del paciente, sus intereses, hábitos de trabajo y habilidades o potencialidades de empleo
- f.- Apoyar al paciente a aceptar y usar constructivamente períodos prolongados de hospitalización o convalecencia

Estas funciones específicas diferencian e individualizan en forma clara a la Terapia Ocupacional dentro de las profesiones que colaboran en el proceso de la Rehabilitación.

Figura 19: Arch. de N°33, 1969

En 1970, se han generado las condiciones institucionales basales para el desarrollo de una nueva profesión llamada Terapia ocupacional, tanto en escenarios de intervención (punto de partida), como de la continuidad del programa de formación de la disciplina.

La presencia del oficio es una acción que colabora a los nuevos desafíos sanitarios propuestos a comienzo de la década de 1960, en el marco del nuevo programa de Medicina Física y Rehabilitación, en el desarrollo de la política sanitaria de un Estado desarrollista. La existencia de una nueva tecnología social, para nuevos problemas sociales, vinculados al desarrollo de modelos de sociedad en curso (ILLICH, 1981).

En los inicios de la década de 1970, a nivel global se intensificó la Guerra Fría y la disputa por una geopolítica de dominación del tercer mundo. Se encuentran en curso las guerras de Vietnam (concluye en 1975 con la retirada del ejército de Estados Unidos), que se suma a la de Corea en la década de los cincuenta y la revolución cubana en 1959, la guerra de Israel y Egipto. Gobierna Richard Nixon de 1967 a 1975 (fue vicepresidente en el gobierno de Eisenhower). Firme opositor a procesos de transformación social en Latinoamérica y un papel relevante en el golpe de Estado en Chile en 1973. Se intensifica la disputa militar, económica, cultural, tecnológica entre muchas otras con la Unión Soviética, con los movimientos de liberación nacional de múltiples regiones del mundo. La guerra fría que contaba con pleno consenso en el país del norte y también el propósito de plena dominación capitalista. “El objetivo de Estados Unidos es seguir siendo el ‘número uno’, la mayor de las superpotencias, la garantía del orden global del capitalismo mundial” (AHMAD, 2021, p. 3).

El tercer mundo se constituye en un objetivo prioritario, pues lo ven como una seria amenaza al proceso de dominación global. Todos los movimientos que atenten contra esta dominación que buscan quebrar el sistema de poder deben ser enfrentados y aislados. En Latinoamérica el conflicto armado en Colombia, a finales de la década de 1960, en pleno proceso la revolución nicaragüense, Cuba en su relación cada vez más estrecha con la Unión Soviética y su incidencia del proceso cubano en otras acciones armadas como los Tupamaros en Uruguay, Montoneros en Argentina, fuerzas Armadas Rebeldes en Guatemala, Frente Unido de Liberación en Paraguay, entre otros, y las ya existentes dictaduras en Brasil, Paraguay, Perú, Nicaragua, Haití.

El panamericanismo y su expresión contemporánea, la Alianza para el Progreso ha concluido. La cooperación internacional vía apoyo económico y asistencia técnica han fracasado para la política hegemónica de Estados Unidos, aunque resultado de ellas se hayan producido avances en algunas áreas sociales (salud, trabajo, vivienda). Sin embargo, esto no se orientaba

a resolver el conflicto de clase estructural de nuestras sociedades, sino a modificar la cuestión social sin transformar el sistema capitalista. Se ha retomado con fuerza el intervencionismo de finales del siglo XIX y comienzos del XX. La política del “buen vecino” propiciada por Estados Unidos por Roosevelt a inicio del siglo XX y retomada nuevamente a partir de la década de los 1950 se ha esfumado (DE FOURNIER, 1978).

En este contexto global y regional, Chile se debate en la puesta en escena de la Vía Chilena al Socialismo y el fracaso de la Revolución en Libertad. Como se ha señalado, Chile era un país muy importante para Estados Unidos, recibiendo más de \$ 1 mil millones de dólares en la década, pero, además, disponía de las reservas más grandes del mundo cuyos dueños eran empresas estadounidenses (Chile Exploration, Andes Cooper). El cobre era un aspecto fundamental para la modernización e industrialización y a pesar de la llamada Chilenización, el gobierno de la Unidad Popular nacionaliza las empresas extranjeras, situación que también engloba a otras ramas como por ejemplo la ITT Inc (compañía manufacturera global).

En 1970 concluye la labor como director de la Organización Panamericana de Salud, el Dr. Abraham Horwitz, así como también Felipe Herrera en el Banco Interamericano de Desarrollo. La política de cooperación y asistencia técnica en los términos conocidos comienza su involución. Su operador, Estados Unidos, asume como enemigo el nuevo gobierno. Hasta esa fecha, se evalúan los avances alcanzados: aumentos del porcentaje del producto interno bruto en salud, disminución de la mortalidad infantil, fortalecimiento de los programas cáncer, tuberculosis, asistencia técnica y becas, salud dental, rehabilitación, aumento de la cobertura, de profesionales y técnicos. A pesar de la consolidación del sistema de salud pública y el papel del Estado, los recursos no han sido suficientes (lo vemos en las demandas del programa formativo de terapia ocupacional que dependía del Servicio Nacional de Salud) y el conflicto social, la relación capital – trabajo, las contradicciones estructurales a finales de la década siguen vigentes (Arch. DE, N°35, OPS, 1970).

A comienzos de los setenta existe un fuerte movimiento obrero, un creciente surgimiento de capas media, nuevas organizaciones, nuevos actores sociales que demandaron mayor participación y democracia. A partir de 1970 cambian los procesos productivos, cambia la concepción desarrollista por la de dependencia en respuesta al desarrollismo planteado por la CEPAL (MORE, 2017). Se promovieron cambios estructurales para la redistribución del ingreso y aumento del gasto público, disminuyó la tasa de cesantía, aumentaron las remuneraciones, lo que fue gradualmente declinando por los procesos de intervención externos e internos. Mejoraron sustantivamente los indicadores en el área materno -infantil y enfermedades infecciosas, se

profundizó el trabajo comunitario y territorial, se implementa la campaña del medio litro de leche al día.

Para el Gobierno Popular la salud pasó a tener preocupación prioritaria. Se crearon consultorios a razón de uno por cada 40 mil habitantes y uno de cada tres consultorios comenzó a atender noche y día a la gente, para lo cual se contrató a los médicos recién egresados y a los internos del último año de medicina. Las consultas externas del Servicio Único de Salud aumentaron de 8 millones 900 mil en 1970 a doce millones 200 mil en 1971, año en el cual crecieron, asimismo, en un 32,2% las prestaciones de los servicios de urgencia. Aumentaron también la atención a los niños y a los enfermos de cualquier edad. Mejoró la alimentación en proteínas y calorías por persona. Bajaron las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad en general.

La Universidad de Chile abrió carreras vespertinas de médicos y enfermeras universitarias, se aumentó el número de dentistas, se crearon cargos de odontólogos de zona en el Servicio Nacional de Salud. Durante el gobierno de la Unidad Popular también se aumentó en un 6,6% el personal médico, un 31,5% el número de odontólogos y un 17,8% el de enfermeras. En 1971 se capacitaron 3 mil trabajadores para participar en los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad Industriales previstos por la ley. En los consultorios se daban talleres de primeros auxilios, de nutrición y de prevención de enfermedades. (CARVAJAL, 2013, p. 181)

En Santiago, en 1970 se entrega un informe del grupo de estudio sobre capacitación en Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación organizado por la OPS y coordinado por el Dr. Livio Paolinelli de Chile. El centro de discusión en el creciente ámbito de la rehabilitación se desarrolla en el ámbito médico. Las profesiones de colaboración médica se encuentran en un lugar secundario y, la terapia ocupacional a pesar de estar reconocida institucionalmente, recién están comenzando su periplo profesional.

la Salud "tiene, frente a todos los problemas de organización de los servicios médicos, un enfoque integralista con el objeto de que los servicios sean una expresión de las necesidades de salud de la comunidad y puedan servir a sus miembros en todos los aspectos preventivos, curativos y sociales del proceso de salud y enfermedad". En el campo de la medicina física y la rehabilitación, destacó que la actividad rehabilitadora debe comenzar «"en el momento mismo en que diagnosticamos la enfermedad invalidante o en que se produce el accidente, y debe continuar en una secuencia armónica a través de las etapas de terapéuticas médicas o quirúrgicas, de medicina física y fisioterapia, de enfermería de rehabilitación, de ergoterapia y de prótesis y ortesis, para pasar enseguida a las etapas de rehabilitación psicológica, de reeducación vocacional y de readaptación al medio social y laboral". (Arch. DE N°36, OPS, 1970, p. 20)

1.2 REQUERIMIENTOS MINIMOS DE LOS DEPARTAMENTOS DE FISIATRIA EN SUS ASPECTOS ASISTENCIALES Y DOCENTES

a) Requerimientos de personal

Médico

Fisiatras: Por lo menos uno y en los departamentos docentes por lo menos dos, uno con experiencia docente.

Consultores: Internista, ortopedista, pediatra, psiquiatra, neurólogo, neurocirujano, cirujano plástico, urólogo y todos aquéllos que puedan ser requeridos eventualmente para casos particulares.

Paramédico

Se debe disponer, en forma integrada o accesible, de terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, asistentes sociales, ortesista-protésistas, expertos vocacionales, educadores, terapeutas de la comunicación humana y enfermeras especializadas.

b) Servicios

Debe disponerse de los siguientes servicios para atender los requerimientos mínimos en la rehabilitación del lisiado:

Servicios médicos
Servicios de terapia física
Servicios de terapia ocupacional
Servicios sociales
Servicios de enfermería de rehabilitación
Servicios de ortesis y prótesis
Servicios psicológicos
Servicios educacionales
Servicios vocacionales
Servicios de terapia de la comunicación humana

Dichos servicios deben estar dotados de personal adecuado y altamente preparado, bajo la supervisión de un fisiatra.

Figura 20: Arch. DE N°36, OPS, p. 9, 1970

A 1973 se encontraban egresadas y tituladas 74 terapeutas ocupacionales, las que asumieron labores en Servicio de Rehabilitación, Rehabilitación Profesional, en Programas de Salud Mental y Psiquiatría, trabajando en las grandes instituciones del sistema público de salud: Hospitales Pedro Aguirre Cerda, San Juan de Dios, El Salvador, Valparaíso, José Joaquín Aguirre, Psiquiátrico de Santiago, Sanatorio El Peral, La Serena, Concepción, Punta Arenas entre otros. Es un recorrido de siete años de prácticas profesionales en el sistema público de salud.

En cuanto al programa formativo, en 1971 se realiza un importante encuentro reconocido ampliamente por la comunidad de terapia ocupacional, en el contexto de la reforma universitaria, el cual marca una posición política institucional respecto a la facultad de la Universidad de Chile. Convoca estudiantes, docentes y profesionales a debatir el futuro de la profesión liderada por el movimiento estudiantil. Podemos decir, que se produce una politización importante que sin duda es potenciada por las transformaciones profundas que se están produciendo en la época. Un ejemplo de ello, es que en la Universidad Técnica del Estado se elige al primer rector en un claustro pleno (votación universal) de profesores y estudiantes durante la reforma universitaria en 1967, Enrique Kirberg.

El claustro de terapia ocupacional declara su apoyo a la reforma, demanda la autonomía del programa, adecuación de los contenidos curriculares a la realidad actual del país y sus necesidades, estableciendo con ello un punto crítico a la formación anglosajona que se visualiza tecnocrática y con modelos que no se adecúan al quehacer efectivo que se requiere. Además, surge la necesidad de recursos humanos para la carrera.

PRIMERA CONVENCION NACIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

La primera Convención Nacional de Terapia Ocupacional realizada los días 18, 19, 20 y 21 de Agosto de 1971, fué convocada por el Centro de Alumnos de la Carrera.

La inquietud manifestada por los alumnos durante el Proceso de Reforma en relación al verdadero rol que debería cumplir una vez que egresaran, fué canalizando en acciones tendientes a obtener la mayor información posible acerca de la problemática con que se encuentra el profesional en su desempeño.

El Consejo Directivo de la Escuela y la Asociación Nacional de Terapeutas Ocupacionales conscientes de que el nuevo enfoque de la Rehabilitación determinaría variaciones en la formación de profesionales auspiciaron la concurrencia a esta Convención de los profesionales Terapeutas Ocupacionales del Ministerio Nacional de Salud, Universidad de Chile e Instituciones Particulares.

Importante fué el aporte de éstas profesionales que trajeron los problemas regionales e institucionales con que se enfrentan en su desempeño.

Además, la valiosa participación de profesionales que regresaron al país después de períodos de estada en Alemania, Francia, Israel, Estados Unidos, Argentina y México, permitió realizar un estudio comparativo y obtener una visión panorámica de la situación actual de la Terapia Ocupacional nacional e internacional.

Analizados los diferentes documentos de estudio respecto a:

- a) Rol
- b) Campo de acción
- c) Papel de la Terapia Ocupacional en la Rehabilitación.
- d) Formación profesional.

se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1.- QUE existe consenso internacional sobre la importancia fundamental de la Terapia Ocupacional en el campo de la Rehabilitación, física, psíquica y sociolaboral, avalado lo anterior por la inclusión de esta especialidad en la mayoría de los Centros de Rehabilitación de los diferentes países.
- 2.- QUE la formación básica del profesional es similar en todos los países donde se desarrolla, no obstante existiendo variaciones regionales determinadas por el grado de desarrollo económico.

Figura 21: Arch. DE N°37, Carrera de TO, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1971

medio cultural de cada país, estas deben ser tomadas en cuenta al elaborar un programa que forme un profesional útil y adecuado a la realidad de su medio.

- 3.- QUE la formación del Terapeuta Ocupacional en nuestro país ofrecida en los primeros años limitaba al profesional en su quehacer por ser teóricista y toma de modelos extranjeros no acordes con nuestra realidad.
- 4.- QUE solamente a expensas de cursos extracurriculares ha sido posible preparar mediante a nuestros profesionales para desempeñarse en forma eficas.
- 5.- QUE por las condiciones anteriormente señaladas el Terapeuta Ocupacional solamente estaba preparado para desempeñarse en forma intrahospitalaria, no estando capacitado para realizar acciones en Comunidad.
- 6.- QUE las múltiples acciones de rehabilitación realizadas hasta la fecha en el país, surcan de condiciones adecuadas entregándose acciones fragmentadas, insuficientes y centralizadas.
- 7.- QUE se carece de un Organismo Central que racionalice las acciones y entrega de recursos para los programas de rehabilitación.
- 8.- QUE existe una nueva visión integradora de las acciones de rehabilitación en Salud Mental que involucra, entregar atención los niveles: Prevención primaria, secundaria y terciaria lo que obliga al profesional a cumplir una tarea saliendo de los estrechos márgenes del hospital, expandiendo su radio de acción a la comunidad misma utilizando al máximo los recursos humanos y materiales existentes en ella.

POR LO TANTO:

El nuevo enfoque de la rehabilitación integral tanto en el Área Psiquiátrica y de Salud Mental, como en el Área Física y Social, acorde con el desarrollo que éstas acciones tienen actualmente en el país, hace necesario modificar los criterios con que se programa la formación profesional.

Figura 21: Arch. DE N°37, Carrera de TO, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1971

En consecuencia, se presenta finalmente el anteproyecto de la carrera de Terapia Ocupacional, el que es aprobado en 1972, casi 9 años después de la puesta en marcha del curso experimental y seis años después del curso formal. De esta manera, al igual que las profesionales que trabajan en los servicios de rehabilitación como resultado de la formalización e institucionalización en el sistema sanitario, sucede lo mismo en la universidad (ARCH. DE N°38, Carrera de TO, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1971; ARCH. DE N°39, Oficina de Selección, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1971)

Este movimiento global de la terapia ocupacional se traslada al ámbito gremial y, en 1971, en asamblea, se realiza el acta de constitución de la Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Chile, documento que formaliza legalmente al gremio (ARCH. DE N°40, Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Chile, 1971). Es la triada básica para constituir un dispositivo social emergente, en un momento histórico de grandes transformaciones y contradicciones.

El desafío es desplegar y proyectar la profesión en el marco de la democracia y la tensión entre un Estado desarrollista y de bienestar a un Estado socialista, que refuerza el papel de las/os trabajadoras y en lo específico, de la salud pública y rehabilitación. Este punto de partida queda abortado por el golpe cívico-militar en septiembre de 1973, que instala el Terrorismo de Estado sumándose a Argentina, Brasil, Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay.

Se han presentado los resultados iniciales de la investigación. Ello se orienta a articular de modo dialéctico las dimensiones generales, particulares y específicas asociadas a las condiciones políticas, sociales y económicas a nivel global, regional y local para una interpretación desde la historia social a la formación de la Terapia Ocupacional en Chile. Los resultados dan cuenta del contexto determinante de la Guerra Fría, la necesidad de hegemonía de países del tercer mundo, que se expresa a nivel regional en el panamericanismo y la Alianza para el Progreso, que tiene como objetivo la modernización capitalista bajo la óptica del desarrollismo y la industrialización. Se define que el desarrollo económico debe ir a la par del desarrollo social y la superación de la cuestión social. En lo sanitaria, es fundamental mejorar los indicadores de salud, la disminución de la mortalidad y recuperación de personas con discapacidad orientado a la colocación en el trabajo. Resultado de aquello, nuevas tecnologías sanitarias vía cooperación internacional y asistencia técnica permiten la instalación en el país de la terapia ocupacional.

5. ANÁLISIS

De la producción de información, registro de la misma y los datos obtenidos en los resultados, vistos en su relación dialéctica entre lo general, particular y lo específico, se definen cinco dimensiones de reflexión y análisis. Cada dimensión no se debe comprender de manera aislada, separada o en estanco; por el contrario, cada una de ellas se expresa a manera de síntesis en la dinámica de las tres categorías, en tanto el proceso que se abordada tiene un carácter de totalidad histórica concreta. En ese sentido, el objetivo es superar la idea de una historia abstracta de la profesión y llevarla a una comprensión concreta efectiva, real, en su entramado de relaciones políticas, económicas, sociales y culturales (KOSIK, 1967).

Las dimensiones propuestas son: 1. El lugar social de la terapia ocupacional en su origen en Chile, 2. La terapia ocupacional como tecnología social; 3. El programa formativo en el origen de la terapia ocupacional en el contexto del conflicto social; 4. Historia y memoria; 5. Historia del tiempo presente.

5.1. El lugar social de la terapia ocupacional en su origen en Chile

El surgimiento de la profesión en Chile, como expresión también de lo que sucede en América del Sur, se da en un contexto de fuerte disputa entre los poderes geopolítico que quedaron establecidos post segunda guerra mundial. El nacimiento del mundo bipolar, expresado en la llamada guerra fría, puso en el centro de la misma, a los países llamados del tercer mundo o en vías de desarrollo y la necesidad de incidencia y de dominación de estos territorios y naciones bajo alguno de las propuestas societales en curso: Capitalismo – Comunismo o Socialismos Reales.

Esta tensión bipolar, con un conflicto lleno de contradicciones irreconciliables se expresa en todas las dimensiones del sistema mundo y en lo específico, en Chile, de la misma manera. Esta disputa local entramada con lo global, se expresa en la penetración de la política internacional de Estados Unidos vía cooperación internacional y sus dos aspectos en juego: desarrollo vía inversión privada de capitales estadounidenses (modernización del aparato productivo, crecimiento económico) y asistencia técnica con fondos de cooperación de Fundaciones como Kellogg, Ford y otras (introducción de tecnologías económicas, industriales, sociales, de salud, formación de profesionales y técnicos, entre otras); los que se topan con el naciente

Estado Nación en Chile, de corte Liberal Social, donde la estructura estatal asume un rol distintivo en el desarrollo económico, social y político en el país.

Esta tensión no es simétrica, puesto que Chile emerge como país dependiente de oligarquías extranjeras y nacionales, por lo que la incidencia de Estados Unidos es fuerte en el proceso político, económico y social. Más aún, cuando es propietario de los más grandes minerales de cobre en el mundo y, a finales de los años 1950, en un conjunto de movimiento de intervención militar en el Caribe, Centroamérica, a fin de evitar la influencia de la entonces Unión Soviética y el movimiento revolucionario en Cuba, hacen que Chile se constituya en un territorio dilemático que no pasa inicialmente en su resolución por la vía militar de los golpes de estado.

Aquí se concentran esfuerzos por generar una suerte de cabeza de playa política, con respecto a lo que está sucediendo en Argentina y Brasil, países con mayor distancia, poder económico y autonomía con respecto a Estado Unidos, lo que implicó que muy tempranamente, ya en 1964, se instalara una dictadura militar en Brasil; como así mismo, la fuerte influencia cubana. La CEPAL, el Banco Interamericano de Desarrollo y OPS son dirigidos por técnicos de alto nivel de Chile, nombrado con la anuencia de los Estados Unidos, tanto en el gobierno de Eisenhower como el de Kennedy. Las dos primeras organizaciones se instalan en Chile. Simultáneamente, el gobierno de Estados Unidos establece lazos estrechos con la Democracia Cristiana, partido político que surge en 1957, de carácter social cristiano resultado de la confluencia de actores del partido nacional y conservador (ya debilitados) y que asume una posición de corte reformista en contraposición a la unidad popular creada en 1969, que viene con articulaciones de lo que fue el Frente Popular y que se declara revolucionario.

La disputa por la propiedad (privada - estatal), las formas de producción social en trabajo (privada - colectiva), la reforma agraria (modernización tecnológica y usos de predios sin uso v/s propiedad colectiva-expropiación y modernización tecnológica), desarrollo tecnológico industrial, economía (liberal - social), educación (elección de los padres v/s papel del Estado), salud (público- privada, filantrópica v/s sistema único-Estado), en fin, en todas las esferas de la vida social se expresó esta tensión-contradicción como un eje central, donde le Estado pasó a jugar un rol significativo como estructura de articulación de los procesos en curso.

Como se ha señalado la modernización capitalista que se quiere alcanzar, hace confluir el desarrollo económico con el bienestar social. En el centro están los procesos de producción bajo condiciones sociales que garanticen cada vez más los derechos de trabajadoras/es, pobladoras/es, estudiantes, campesinado en el marco de la tensión por la cuestión social en el país, y

el creciente movimiento obrero, organización político-sindical y participación cada vez más activa de la sociedad civil.

La cuestión social como toma de conciencia de las formas de vida, y producciones generadas por el capitalismo, en sus orígenes oligárquico anárquico a, en los años 1960, de desarrollismo industrial liberal, en los grupos más vulnerados y desposeídos de la sociedad chilena, adquiere un papel relevante en el surgimiento de la profesión. Las desigualdades sociales, la migración del campo a la ciudad en condiciones muy empobrecidas, la precarización del empleo, la falta de vivienda y, para en para el caso de la terapia ocupacional en Chile, la accidentabilidad laboral, las incidencia y mortalidad de enfermedades en las niñeces combinadas con las epidemias de poliomielitis y parálisis cerebral, son aspectos que están a la base de la terapia ocupacional. Es decir, su sustrato es profundamente ético-político-social, pues guarda relación con la vida y la dignidad de las personas y colectivos.

En este sedimento político-económico y social, que, desde el Estado, bajo el marco de la cooperación internacional, cuyo aspecto contextual principal es la estrategia de la Alianza para el Progreso, convergen la OPS, el Ministerio de Salud y la Universidad de Chile, para articular diversas iniciativas que cursan de modo particular y que promovieron a esta nueva profesión para el sistema sanitario en Chile, cuyo foco fue la llamada rehabilitación profesional y la de salud infantil y adulta. En síntesis, forman el sedimento sobre el cual, vías políticas en salud, concurre la profesión, entendiendo esta como una nueva tecnología social sanitaria.

El papel que juega la cooperación internacional, vía financiamiento desde Estados Unidos, en el contexto de la política del “buen vecino” y su expresión principal en la década de los años 1960 en la llamada Alianza para el Progreso, fue la condición necesaria y suficiente desde una marco global y a través de acciones específicas (formación médica, visitas de expertas/os, implementación de centros, equipamientos y logísticas, jornadas académicas y profesionales temática), importar un saber tecnológico para el sistema de salud. Chile fue, por la centralidad geopolítica en la región reforma-revolución bajo el sistema político liberal, un lugar importante de inversión del capital estadounidense para el proyecto de modernización (industrialización y desarrollo social), articulado desde el BID-CEPAL-OPS-Estado-nación de Chile. La terapia ocupacional es una tecnología del proyecto de modernización capitalista y el lugar que pasa a ocupar es complementario al del saber médico orientado a cautelar la fuerza de trabajo y los procesos productivos.

¿Cuál es el lugar de social de la cual emerge la terapia ocupacional? El conflicto social, la disputa de dos proyectos político para abordar el tema de la cuestión social y la transformación de carácter reformista o estructural de la sociedad chilena. La constitución del Estado-nación con carácter social. Por otra, la propia cuestión social constituida por la desigual relación capital-trabajo que implicó, el surgimiento de un movimiento obrero sindical que interpela al Estado a generar mejores condiciones de vida. “En síntesis, no fue la miseria generalizada y distribuida homogéneamente la que produjo la rebeldía y explosión social, sino la opulencia en un contexto de desigualdad” (ROSS, 2024, p. 12). En este contexto, emerge como una acción instrumental tecnológica, en el campo del saber-dispositivo médico, bajo el signo del proyecto de modernización capitalista.

5.2. La terapia ocupacional como tecnología social

El debate y disputa en Chile en la década de 1960 apuntaba a los proyectos ideológico y políticos-económicos-sociales propuestos para el país, siempre recordando, que ellos transitaban en la geopolítica global de la Guerra Fría y en nuestra región, en la disputa entre la Alianza para el Progreso y la revolución cubana.

En ese derrotero, el tema del capital, la forma de producción social y su propiedad, la cuestión social y el abordaje desde el Estado diferiría en lo ideológico político, pero no así muchas veces en aspectos técnicos instrumentales. En salud, por ejemplo, la necesidad de mejorar la desnutrición, la mortalidad infantil, los programas de prevención de higiene materna (nombre de la época), rehabilitación vocacional-profesional, con sus diferencias, apuntaban lo que se consideraba bienestar y mejoramiento de las condiciones de vida.

Desde ese sentido más amplio la transferencia económica, cultural, técnica de lo que se consideraba el mundo desarrollado a los países del tercer mundo era muy relevante. Nuevas tecnologías de producción en el campo, la industria, conocimiento científico, formación de profesionales, transferencia cultural, formas de racionalidad de mundo y, en ellos, nuevos oficios-profesiones. Estas últimas también como conocimientos tecnológicos de orden social orientada a resolver aquellos que se consideraba un problema social. Podemos asumir que la terapia ocupacional es una importación de tecnología que es situada en lo sanitario-rehabilitación, para abordar temáticas de orden social, colectiva, que resultaban profundamente relevante para los

contextos sociales del momento. Manifestaciones en el proceso salud enfermedad como producto, materialización del modo de vida concreto, en grupo y colectivos concretos dinamizado por lo hoy se señala como determinaciones sociales en salud.

La intervención social, en este caso a problemas desde el sistema de salud a través de la terapia ocupacional, se orienta a través de un saber práctico resultado a la atención de personas sobrevivientes de las guerras en el mundo occidental a propiciar mejoramientos individuales y colectivos para su funcionamiento en el sistema social vigente. Es la incidencia de nuevos técnicos y profesionales, sobre la base del saber médico, que buscan, tal como lo refiere Marisela Montenegro (2001), a transformar un estado de cosas definidos como problema, para que deje de serlo, resultado de modo consiguiente un mejoramiento de la calidad de vida de personas y colectivos a los cuales se dirige la intervención (trabajadores, niñeces, entre otros). En general quienes serán beneficiadas/os de estas acciones son personas vulneradas, excluidas, precarizadas en su vida cotidiana. De esta forma, se articula la cuestión social, el conocimiento científico - en este caso un conocimiento y experiencia tecnológica con un recorrido formal de alrededor de 50 años, inscrita como una acción complementaria del saber médico. El supuesto fundamental es que esta intervención redundará en la resolución de dichas situaciones, aumentando la calidad de vida de las personas beneficiarias de los proyectos o programas.

La terapia ocupacional como acción instrumental está inscrita en una intervención social de orden más global, la política de salud diseñada desde el aparato del Estado articulado con el saber del conocimiento científico, que contiene a las instituciones como sociedades científicas, expertas/os, universidades, organizaciones institucionalizadas tipo fundaciones, y tal como se ha señalado simultáneamente contiene dos facetas: contribuir al proceso de modernización industrial vía desarrollo social vía mejoramientos de indicadores de salud y dar respuesta a la demanda social organizada, respecto del mejoramiento de las condiciones de vida en el marco de la cuestión social.

Como instrumento técnico del saber médico dominante, se constituye en una tecnología social en el tema de salud-rehabilitación, inscrito en la política pública, cuya característica es que está definida desde el campo público institucional (Ministerio de Salud) y la Cooperación Internacional (BID-CEPAL-OMS-OPS-Fundaciones, agentes financiadores). De esta forma transita en su punto de partida, instalación y despliegue inicial, en el entramado de sistemas sociales gubernamentales que han definido previamente cuál es el problema, su solución y los resultados posibles y deseables. Cómo se ha señalado, la acción se dirige a los efectos de la injusticia y desigualdad social, buscando adecuar y resolver los problemas señalados, con el

objetivo de integrar a las personas y colectivos a la sociedad de la cual están excluidos sin un proceso de transformación profunda de tipo estructural. Son intervenciones a grupos sociales específicos, donde el centro de las decisiones no está en el nuevo oficio/profesión, sino en el ámbito de lo político y el conocimiento de expertos científicos.

La tecnología sociosanitaria emergente —terapia ocupacional— se comprenderá como una indicación médico-terapéutica, asumida verticalmente por un personal paramédico y/o de colaboración médica que materializará la indicación técnico instrumental. Subyace el modelo de intervención dirigida con sentido funcionalista, cuyo propósito es alcanzar el equilibrio sistémico con un sentido de mejoramiento focalizado en determinados sectores sociales.

La creación y formalización de la terapia ocupacional en el país se efectúa desde el Estado. Suele señalarse que la profesión tiene sus orígenes en etapas insipientes de conformación de la nación, en prácticas asociada a la caridad, filantropía y beneficencia, las que se vinculaban fuertemente a la pobreza y exclusión. Prácticas asociadas a lo que se llamó en su momento manualidades, laborterapia, granjas, entre otras. Se las ha enunciado como prototerapia, precursores de la terapia ocupacional; sin embargo, lo que emergen en la década de los años 1960 es algo diferente. Aquí hablamos de un recuso tecnológico, que se aplica en el entramado del saber biomédico científico y que se incorpora a equipos y políticas en salud.

El punto de partida no está situado en la institucionalidad caritativa (principalmente religiosa), filantrópica (de los sectores aristocráticos y dueños de los medios de producción), ni de la beneficencia (mixtura entre lo público, privado y religioso), todas ellas dirigidas a la pobreza, sino en la política pública en salud.

Al igual de lo que sucede al Estado en cuanto a responder a necesidades sociosanitarias, en la década de los años 1950 con la llamada población infantil creándose el Consejo de Defensa del Niño, esas mismas prioridades se establecen para grupo de profesionales, particularmente médicos de la clase dominante aristocrática, de las que emergen entidades como La Ciudad del Niño, Fundación Mi Casa, Sociedad Proayuda al Niño Lisiado, luego llamarse Instituto de Rehabilitación Infantil, que se focalizan en las enfermedades en niños derivadas de la polio-mielitis, enfermedades neurológicas, la desnutrición, mortalidad infantil, abandono y la calle. En este territorio de lo social, habitan simultáneamente Estado (Salud-Educación), que también participa del sistema de beneficencia pública a través de la Ley del Seguro Obrero y el binomio Filantropía – Caridad. Es en este último (Instituto de Rehabilitación infantil), dónde se forma la primera terapeuta ocupacional en Chile (GAETE LAGOS, 2024).

Las nacientes entidades filantrópicas, estaban lideradas principalmente por médicos de la alta aristocracia que, además, participaban o tenían fuertes vínculos con el Poder Legislativo en el Parlamento. Esto trajo como efecto que aquello que tiene su origen en la cuestión social, en las contradicciones de clases, en la pobreza y la riqueza, se separa, disociara de ella para constituirse en un problema médico y de rehabilitación, de educación y vivienda. En particular, la fundación Proayuda al Niño Lisiado contaba con la importante asesoría del Instituto de Medicina Física y Rehabilitación de Nueva York a través del Médico Edward Lowman que incidió fuertemente en la visión de la rehabilitación y, por tanto, la función a cumplir por nueva tecnologías sanitarias como la terapia ocupacional: “contribuyó extraordinariamente a crear en la comunidad la preocupación por el inválido como individuo y el significado de la rehabilitación como fuente de producción y mejoramiento económico del país”. El enfoque de la rehabilitación con un profundo sentido biomédico y funcional. Así mismo ocurre desde el sector público, donde la mayoría de medicas/os becadas/os, se forman en Estados Unidos en el hospital Hopkins reafirmando la disolución de lo social para transformarlo en un problema biomédico (CRUZ, 2017).

Las tensiones y disputas entre el Estado y lo privado también se manifiesta en lo señalado. La construcción de un sistema público de salud y un sistema de beneficencia con un papel subsidiario del Estado. Entre un sistema social estatal fuerte y un sistema social liberal de tipo smithniano (YÁÑEZ, 2013) Entre el cuerpo de médicos formados bajo la idea de la medicina social para la formulación de políticas públicas en salud y la medicina aristocrática de carácter privado. La profesión nace en lo público estatal, pero con un fuerte sentido biomédico disociado de lo social. En su deriva histórica, desde la dictadura militar en 1973, la veremos situarse fuertemente en instituciones de beneficencia y, ya pasado los años 1990, en el marco del mercado neoliberal.

5.3. Programa de terapia ocupacional en el contexto del conflicto social

La década de los años 60 del siglo pasado se reconoce como punto de inflexión posterior a la Segunda Guerra Mundial y de la Guerra Fría. Época de profundos cambio en lo político, cultural, económico, del conocimiento, de la reflexión teórica, entre muchos otros ámbitos. El surgimiento de los movimiento civiles y políticos, los emergentes procesos revolucionarios, de transformaciones sociales, de los grandes megarelatos. Época de las revoluciones científicas en

la filosofía de las ciencias, así mismo de las ciencias sociales, el avance de las teorías críticas. De la psiquiatría política y social con la llamada liberación del enfermo mental.

El gran movimiento contracultural a lo liberal y el acento en la acción colectiva, el rescate del sujeto social por sobre el sujeto individual. El creciente desarrollo teórico en América Latina con la teología de la liberación, teoría de la dependencia, filosofía de la liberación, las bases para la sociología militante y la psicología de la liberación. Consolidación de un fuerte movimiento estudiantil como un actor central en Europa y su irradiación de manera global al resto del planeta. Todo un proceso contracultural del cual Chile también es parte.

Es época de debate de propuesta del tipo de sociedad, la fuerte intersección de lo político, ético, económico y social con el desarrollo del conocimiento, en la investigación y en la formación de las profesiones. Inflexiones y rupturas que promueven la reconceptualización, con lecturas críticas en varios tópicos: los de la desigualdad social, la pobreza, las condiciones económicas de los diversos contextos, entre otros. Se pone en diálogo las propias experiencias en Chile y Latinoamérica en muchas disciplinas, lo que orientó a modificar planes de estudios, curricular, formas de investigar y producir conocimiento.

Los actores involucrados en ello bajo procesos cada vez más demandantes de participación y democracia. Se gestan críticas a las miradas anglosajonas, eurocéntrica cuyo sujeto de acción es el individuo y su funcionamiento. Los modelos, conceptos, desde lo tecnocrático a miradas más teóricas políticas. Situar los desarrollos teórico prácticos en Latinoamérica: la cuestión social. Del asistencialismo, al cambio social. Esto se traduce en todo los campos y ámbitos disciplinares.

Esta es la totalidad concreta en la que se inaugura el oficio. Un recurso tecnológico importado, migrante, deslocalizado que opera a la manera de un universal generalizado en el marco del dispositivo médico moderno occidental que tiene la misma matriz universalista.

Lo que se introduce al país es un recurso tecnológico producido localizadamente en Estados Unidos en el marco de la recuperación de personas afectadas por secuelas físicas y mentales derivada de la guerra (la terapia ocupacional y la guerra de todas las guerras (AOTA, 2018) y que bajo esas circunstancias se despliega también en Europa. Su matriz es la rehabilitación funcional médica de individuos para integrarse por sí misma al sistema social. Trata bajo la lógica de un tratamiento médico, con actividades/ocupaciones, la mejoría de las personas afectadas. Los registros apuntan preferentemente a personas adultas, mayoría hombres y el desarrollo técnico instrumental opera bajo la institución de las fuerzas armadas, principalmente

la rama del ejército. Al igual que en la región de América del Sur, a finales de los años 1950 inician prácticas en el área infantil derivado de la poliomielitis.

El programa académico que se implementa es el que determina la OPS vía la WFOT y asumido por la institución universitaria: 1/3 de formación biomédica, 1/3 terapia ocupacional y manualidades y, 1/3 de práctica clínica (CONSEJO WFOT, 1958). Es el punto de partida en un contexto de debate, reflexión crítica y política amplia en el campo de las ciencias y la institución universitaria de la cual la terapia ocupacional no participa. Como se ha señalado, el debate en el país se centra en las transformaciones sociales, la desigualdad, injusticia pobreza, entramado en los cuáles circula los problemas sanitarios y en ellos, las problemáticas de salud ya descritas y señaladas. Una terapia ocupacional de la guerra, para temas que se vinculan a los derechos humanos económicos, sociales y culturales. La primera, asociado a la guerra y los procesos geopolíticos de nuevos poderes imperiales; lo segundo, a los efectos en los países periféricos resultados de la pobreza, la exclusión y la cuestión social, la periferia del sistema mundo moderno occidental. Entre 1963 y 1970 operar con esta formación, como carrera técnica en una institución universitaria.

Sin embargo, quienes cuentan con la tarea de formar nuevos profesionales se encuentran inmersos en la reforma universitaria y en algo más de cinco años ha ido implementado una práctica que introduce disonancia y brechas entre la formación teórica y la práctica. Asoman procesos iniciales de reflexión crítica entre las miradas anglosajonas y las realidades situadas. Estas problematizaciones tienen como sujeto histórico el movimiento estudiantil, que en el contexto general se expresa en la reforma universitaria y, en lo particular, en la primera convención de la terapia ocupacional en 1971. La tecnología terapia ocupacional empieza a construirse como un sujeto emergente consciente que, en unos años más transitara a un dispositivo social y a un sujeto colectivo reflexivo de su propio devenir. Así, se propone expandir el quehacer práctico hacia la comunidad, en establecimiento penales, hogares de ancianos y ciegos, escuelas especiales, centros laborales protegidos, incorporando en el programa formativo el área llamada un área de formación general vinculada a las ciencias sociales y específicas al campo psicosocial. Experiencia que se hace desde fuera del Estado y de la institucionalidad, pero que se introduce en ella sino desde los movimientos sociales.

5.4. Historia de terapia ocupacional y memoria

Ubicar el lugar social, político y económico del origen de la terapia ocupacional es también situar la memoria e identidad de la profesión. El oficio emerge desde el lugar del poder, en un triple sentido: desde el capitalismo, el Estado y el saber médico. Desde el lugar del poder colonial con respecto a quienes serán las personas y colectivos que recibirán los llamados servicio del oficio en el marco de su instalación desde las elites y la burguesía (TORRES, 2014). Esta memoria como proceso de subjetivación llevará a una colonialidad interna en la cual se comprende los temas de la terapia ocupacional, como técnicos, médicos, que afectan al individuo y cuyo centro en la funcionalidad adaptativa al sistema.

La memoria existente es la prolongación de la memoria estadounidense, en su primer momento, una memoria técnica-sanitaria, centrada en hechos e individuos. La centralidad en los procesos vinculados a las epidemias de polio, la necesidad de rehabilitación y la terapia ocupacional como técnica de la fisioterapia médica, conduciendo a una memoria vaciada de lo político, social y económico. Es una memoria técnica, científica, sin crítica, autosuficiente.

Una memoria salvacioncita de los débiles, de los necesitados, que le da un carácter positivo a la existencia de esta nueva tecnología, sin conflictividad social, sometida desde sus inicios a la cosmovisión noreurocéntrica. Sus prolegómenos liderados por médicos, beneficencia, situándola de esta forma en salud, no hace más que deshistorizar que su origen se encuentra en el conflicto social. Así, se instala como parte de la memoria oficial, de la memoria fuerte, entrando a formar parte del régimen de verdad. Así, la memoria social de la profesión se desvanece, y pasa a ser entendida como discursos técnicos sobre el pasado construido desde las organizaciones internacionales, el Estado Nación y la Universidad (JELIN, 2002). No es la cuestión social y la realidad médico social del país (ALLENDE, 1939), sino una identidad instrumental, sujeta al saber médico industrial, subordinada e interiorizada, al saber poder de la medicina.

Esta memoria fuerte, sustrae posibilidades otras memorias del oficio, que en su origen se entramen con aspectos vinculados al conflicto social. Atisbos contrahegemónicos se visualizan contra la memoria hegemónica, desde el lugar del silencio, por ejemplo, el movimiento estudiantil a finales de los años 1960. Este silencio es la guerra, las disputas por el dominio imperial, por el nuevo orden mundial y, el silencio local, las profundas desigualdades, la acumulación extrema del capital y la plusvalía, materializados en la precarización profunda de la vida de quienes constituyen las clases trabajadoras, materializadas en enfermedad y muerte.

Producirse en la memoria del colonizador es implicarse a la memoria fuerte que cierra la posibilidad a una identidad propia. Dejar de ser subordinado es asumir el lugar del poder, sin

posibilidad de existencia de las voces que le dan sentido práctico a la profesión, la comunidad. Esta última, es olvido y silencio. La otredad del oficio es el subdesarrollo, lo no moderno, de la gente común, del pueblo. Es una historia-memoria desde arriba. Todo ello, lleva a una sujeción epistémica, de cosmovisión, en que el pensamiento occidental es superior a nuestros territorios periféricos. Así, el universo simbólico del oficio, es del mundo moderno occidental.

La sustracción de la conflictividad social, lleva el silencio de aquello y por lo tanto a su olvido. Terapia ocupacional sin guerra fría, sin revoluciones y contrarrevoluciones, sin disputas sociales.

El silencio, en su interior, contiene múltiples silencios. El silencio como una categoría central que se manifiesta en una pluralidad de silencios, por ejemplo, el silencio del origen de clase, el silencio de la disputa de proyectos sociales, la condición social del proceso de salud enfermedad, entre otros. El silencio como olvido, como ausencia de memoria (ROSAS, 2008).

5.5. Terapia ocupacional como historia del tiempo presente

¿Cuál es la condición temporal de los fenómenos estudiados? Es temporal no como hechos, sino como proceso histórico, una conceptualización del tiempo con diferentes ritmos y dimensiones. Cómo condiciones globales, particulares, políticas, económicas y sociales dan cuenta de una temporalidad que se podría definir como un presente vivo. Desde esta óptica, se pretende una ruptura con el registro historiográfico clásico de la profesión en cuanto a su sentido de historia universal y pensar un registro donde el pasado está en el presente.

Por una parte, la memoria como pasado en el presente y, por otra, una experiencia histórica vivida en el hoy, como experiencia viva, del cual el observador y el objeto a observar se encuentran en una misma temporalidad. Es la posibilidad de una historia experiencial alternativa a la historial tradicional recibida, heredada, de progreso y linealidad. Una historia que no se aproxima al presente, sino que es presente. De esta forma, el pasado está incluido en el presente y se puede narrar como es, no como era. Rememorar es un acto social del presente hecho por la humanidad del presente y con efecto sobre el mismo (WALLERSTEIN, 1979).

¿El origen fundacional de la terapia ocupacional en Chile, es un tiempo pasado? O ¿es un tema vivo, del presente? La profesión emerge en un profundo conflicto social y disputas entre sistemas mundos y, particularmente, el desarrollo del capitalismo en el país. En el llamado proceso de industrialización, la cuestión social fue un tema central, situación que sigue plenamente vigente.

La terapia ocupacional nace, se instala y comienza a expandirse en el contexto de la profundización capitalista que se densifica desde la dictadura militar y los gobiernos transicionales posteriores. La nueva cuestión social que emerge posterior al año 1990 (CANALES, 2007), es un continuo de nuevas formas de inequidades, injusticias, desigualdades vinculadas a nuevas formas de producción capitalista y a nuevas formas de trabajo. En lo molecular del oficio se encuentra el ser una tecnología de intervención social que ha diversificado de manera extraordinaria en diferentes espacios de acción y que han sobrepasado de una manera abismante aquel lugar en el cual situó su primera expresión, el sistema sanitario.

De esta forma, no se puede extrapolar el itinerario historiográfico de carácter universalista a nuestra historia vivida como pasado y presente a la vez. Es una reclamación de nuestra conciencia a partir de nuestra propia experiencia, de lo que a nosotros nos ocurre.

Seguimos en el lugar el poder, el Estado y, aunque se haya diversificado sus prácticas profesionales, siempre se encuentra en el lugar del saber médico, en una sociedad actual donde todo lo social es patologizado y por consiguiente medicalizado. Es en la periferia que emergen grietas, fracturas en lo sólido y, como señala Walsh, espacios de los cuáles puede emerger otras formas de ser, hacer y sentir. Con ello sembrar semillas que al germinar nos pueden abrir otras posibles memorias e historias (2020).

De esta forma, nuestro registro historiográfico no puede ser concebido de manera única y genérica, puesto que incluye múltiples irregularidades de tiempo: guerra fría, procesos revolucionarios, dictaduras, proyectos sociales en disputa y formas diversas en cómo se expresa la relación trabajo capital y la cuestión social. “El tiempo histórico, está conformado por varios estratos temporales, los cuales se construyen con una amplia gama de experiencias” (FAZIO, 2010, p. 61). De esta manera, la historia de la terapia ocupacional es diacrónica y sincrónica a la vez. Es historia del tiempo vivido, con situaciones, sujetos y actorías viva y vigentes y con profundo carácter intergeneracional, aún en una temporalidad inconclusa.

Propongo, que la historiografía propuesta entre 1945 y 1973, refleja una historia vivida en el presente en cuanto a la continuidad de la condición sociohistórica plenamente vigente, como así mismo el carácter de la terapia ocupacional como dispositivo social. Como presente vivo, se comprende justamente a partir de lo llamamos pasado inmediato. Así, se aleja la posibilidad de entender la historia con personalismos y personajes y como proceso cerrado; por el contrario, se conjuga de esta forma tiempo largo y tiempo corto, acontecimiento y duración (AROSTEGUI, 2004).

6.CONCLUSIONES

El recorrido histórico-documental realizado desborda lo que en general ha considerado la historiografía hegemónica de la terapia ocupacional en Chile, pues la investigación realizada se articula en su comprensión y análisis con lo político, económico y social, en un espacio temporal desde finales de la segunda guerra mundial y proponiendo una historiografía que ubica a la profesión en un denso entramado de disputas por proyectos políticos sociales de orden global, regional y local.

Además, asume una perspectiva metodológica y en el uso del método histórico-documental aplicado desde una mirada crítica y situada efectuando el tratamiento de fuentes primarias muchas de las cuales no habían sido utilizadas ni sistematizadas previamente en la historiografía disciplinar. El trabajo se sustenta en un enfoque con el horizonte de la historia social con base en archivos que incorpora documentos de diverso tipo, estrategia que permitió reconstruir los procesos de institucionalización de la terapia ocupacional en diálogo con los contextos políticos, económicos y sociales del periodo 1950-1973, desde una perspectiva global, regional y local. A diferencia de la narrativa histórica tradicional de la disciplina, esta investigación adoptó un método dialéctico, orientado a interrogar las condiciones de posibilidad históricas del surgimiento de la profesión. De este modo, el uso de archivos —considerados aquí no solo como depósito de información, sino como campo de disputa por la memoria y el poder— permitió descentrar el relato oficial, visibilizando la dimensión política y social del proceso y las múltiples agencias que participaron en su configuración.

Sin embargo, también se debe señalar los límites del estudio, pues no consideró historias orales, que recojan las experiencias de actorías del periodo histórico. Desde la lectura del tiempo presente, hay sujetas/os hoy presente que sin duda su aporte pueden ser una contribución sustantiva para dar mayor densidad y comprensión a la formación de la terapia ocupacional en país. Así mismo, ampliar la búsqueda documental a otros espacios sociales puede resultar significativo como, por ejemplo, búsqueda en los ámbitos educativos, del trabajo, institucionales y de la sociedad civil, organizaciones de trabajadores, entre otros.

De igual forma, el estudio refiere a Chile, pero como se ha señalado en esta investigación, existen importantes trabajos historiográficos en Brasil, Argentina, Colombia, que abordan dinámicas políticas regionales y globales para dar cuenta de la producción de la terapia ocupacional en sus respectivos países

Los datos aquí descritos y debatidos permiten afirmar que la constitución de la terapia ocupacional en Chile no puede comprenderse de manera aislada, resultado de iniciativas individuales y productos de personajes de carácter monumentalitas. De igual forma, en un sentido profundo, no es un problema sanitario en sí mismo, que deviene como se señala de la necesidad de rehabilitación resultado de la epidemia de poliomielitis. Esta mirada parcial y reduccionista debe ser situadas como parte de dimensiones complejas en el que confluyen disputas geopolíticas, proyectos políticos nacionales, cooperación internacional y dinámicas sociales propias de la cuestión social del país, referidas a pobreza, injusticias, vulneraciones y exclusión. Especial lugar lo constituye la política del “buen vecino” implementada por Estados Unidos, la que deriva en la Alianza para el Progreso, como respuesta a la punzante revolución cubana y su inseminación en América Latina.

La emergencia de la profesión es el resultado de transferencias tecnológicas, vía cooperación internacional, que se inscriben en el propósito de generar mejores condiciones de vida y bienestar de sectores sociales precarios en ámbitos como vivienda, educación, trabajo y salud. Si bien la especificidad del oficio se configuró inicialmente en el marco de una práctica de salud, los resultados permiten comprender que su emergencia estuvo estrechamente vinculada con la cuestión social, es decir, con las inequidades estructurales que se materializaban en una dimensión concreta de la vida humana: el cuerpo. En este sentido, las condiciones de salud - enfermedad, no pueden ser entendidas como hechos individuales o biológicos, sino como procesos sociales y colectivos que expresan las formas históricas de desigualdad, exclusión y control sobre los cuerpos.

Estar sano o enfermo, la vida o la muerte como proceso social y colectivo. El mejoramiento del bienestar y de vida es por tanto una condición necesaria de los procesos de modernización e industrialización capitalista que buscaban articular desarrollo económico y el derecho social.

El análisis confirma que el lugar social de la terapia ocupacional se vincula directamente con las contradicciones estructurales entre capital y trabajo, así como con la precariedad de las condiciones de vida de amplios sectores de la población. Lejos de ser únicamente una técnica importada, la profesión surge en diálogo con las luchas sociales, obreras y estudiantiles, que interpelaron al Estado a generar respuestas frente a la desigualdad.

En segundo lugar, se evidencia que la terapia ocupacional se constituyó como una tecnología social inscrita en la política pública, definida desde el aparato estatal y la cooperación internacional, lo que explica su temprana orientación biomédica y funcionalista pues, con la

técnica, también se transfieren procesos de subjetivación y miradas de la realidad social, teorías y conceptos propios del mundo eurocéntrico. El saber médico que le subyace, diluye y disipa el carácter profundamente político y social de la puesta en marcha de la terapia ocupacional y, por el contrario, la medicaliza e individualiza hacia la función social adaptativa. Sin embargo, esta inscripción no impidió la emergencia de tensiones internas, que abrirán posteriormente el camino hacia enfoques más críticos y situados, siendo un primer momento de aquello la reforma universitaria y el primer claustro - jornada de estudiantes de terapia ocupacional en los años 70.

Un tercer aspecto relevante refiere al programa formativo: la creación del curso experimental y su rápida transformación en carrera universitaria dan cuenta, al menos de dos dimensiones. Por una parte, el valor político de nuevas tecnologías y estrategias que involucran a la universidad, OPS y Ministerio de Salud situándola inmediatamente en el contexto universitarios, pues los actores profesionales, médicos formados por agencias internacionales que promueven su incorporación, se encuentran en este lugar en este lugar. El movimiento estudiantil y la reforma universitaria de fines de los años 60 tensionaron la matriz anglosajona importada, generando brechas y propuestas de expansión hacia lo comunitario, lo psicosocial y lo territorial en los planes de estudios, aspecto que no hubiese sido posible sin el agudo contexto de disputa política existente en el país.

Por otra parte, la memoria profesional analizada refleja una hegemonía de relatos técnico-sanitarios y despolitizados, que invisibilizan los orígenes conflictivos y sociales de la profesión. Sin embargo, también se identifican contramemorias y resistencias que permiten reconstruir una genealogía crítica y recuperar la dimensión histórica de la terapia ocupacional como práctica social vinculada a los procesos de emancipación y justicia.

Finalmente, la mirada desde la historia del tiempo presente nos interpela a reconocer que muchos de los sentidos fundacionales de la profesión — modernización, productividad, control del riesgo social — siguen vigentes, ahora bajo lógicas neoliberales. Que somos un pasado presente de una misma temporalidad histórica. Frente a ello, el desafío para la terapia ocupacional contemporánea es reconfigurarse como un saber-práctica capaz de incidir en los procesos de transformación social, desde sus diversos espacios de actuación, disputando sentidos y aportando a proyectos colectivos de justicia social, dignidad y vida plena.

En síntesis, la historia reconstruida no es un mero antecedente, sino un recurso crítico para repensar la profesión en el presente y proyectarla hacia futuros donde lo ético, lo político y lo social se reconozcan como dimensiones constitutivas de la terapia ocupacional en Chile y América Latina.

REFERENCIAS

- ADICHIE, C. (2011). *El peligro de una sola historia*. <http://sinsistema.net/blog/el-peligro-de-una-sola-historia-chimamanda-adichie/>
- AGAMBEN, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica (México)*, 26(73), 249-264. <https://sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/112>
- AHMAD, E. (2021). La política exterior norteamericana en la década de los setenta: panorama general. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 21(81), 11-31. <https://revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/80280/70772>
- ALLENDE, S. (1939). *La realidad médico-social chilena*. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.
- AOTA. American Occupational Therapy Association. (2018). *Celebrating AOTA's Centennial: A Historical Look at 100 Years of Occupational Therapy* [Video]. 2018. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=DbCwf2CzGvw>
- APARECIDA DE SOUZA, L., & MANCUSSI E. FARO, A. C. (2011). Historia de la rehabilitación en Brasil, en el mundo y el papel de enfermería en este contexto: reflexiones y tendencias basadas en la revisión de literatura. *Enfermería Global*, 10(24). <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400022>
- AROSTEGUI, J. (2004). *La historia del presente ¿una cuestión de método?* Gobierno de La Rioja, Instituto de Estudios Riojanos.
- ARRIAGADA, S. J. (2014). La historia de la “sociedad pro ayuda del niño lisiado” y de los “institutos Teletón”. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 389-392. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20re- vista%20m%C3%A9dica/2014/2%20marzo/Rev.Med_marzo2014.pdf
- ASOCIACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL DE ESTADOS UNIDOS-AOTA. (2017). *Celebrating AOTA's Centennial: A Historical Look at 100 Years of Occupational Therapy* [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=DbCwf2CzGvw&ab_channel=TheAmericanOccupationalTherapyAssociation
- BEZERRA, W. C., REIS, S.C.C.A.G., & LOPES, R.E. (2024). Dos caminhos postos aos caminhos feito: a trajetória sócio-histórica da terapia ocupacional no Brasil. En A. GUARDADO, A.P. S. MALFITANO, P. L. O. BORBA & R. E. LOPES R.E., *Historiografías en terapia ocupacional en América del Sur*. Colección FACIMED, Editorial USACH.

- BEZERRA, W., & TRINDADE, R. (2013). Gênese e constituição da terapia ocupacional: em busca de uma interpretação teórico-metodológica. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 24(2),155-161. <https://revistas.usp.br/rto/es/article/view/61238>
- BLOCH, M. (2020). *Introducción a la Historia*. Ediciones Bronte.
- BORJA, P. (2016). *Tesis Identificación del perfil de egreso de la carrera de Terapia Ocupacional para el periodo 2017-2022*. Universidad Central del Ecuador, Facultad de ciencias de la discapacidad, atención prehospitalaria y desastres carrera de terapia ocupacional.
- BOTINELLI, M., NABERGOI, M, ET AL. (2009). *La ENTO. Un documental sobre la creación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional*. Universidad Nacional de San Martín, Secretaría de Investigación, Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=idQOiYOO2Oo>
- BOTINELLI, M., NABERGOI, M., MATTEI, M., ZORZOLI, F., DÍAZ, F., SPALLATO, N., & DANERI, S. (2016). Reflexiones sobre los orígenes de la formación en Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Ocupación Humana*, 16(2), 11-25. <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/129>
- BOURDIEU, P. (2003). *Los usos sociales de la ciencia: Por una sociología clínica del campo científico*. Nueva Visión.
- BURKE, P. (2007). *Historia y teoría Social*. Amorrortu editores.
- BURKE, P. (2011). Historias y memorias: un enfoque comparativo. *Revista de filosofía moral y política*, (45), 489-499. <https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/739>
- CANALES , M. (2007). Ni pobres ni incluidos: ¿Nueva cuestión social? *Revista de Sociología*, (21), 193-207. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2007.27523>
- CANALES, M. (2006). *Metodologías de Investigación Social*. LOM Ediciones.
- CARO-VINES, P., MORRISON, R. & PALACIOS, M. (Eds.), *Cincuenta años de Terapia Ocupacional en Chile* (Tomo II, pp. 78-117). Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile.
- CARVAJAL, C. S. (2013). Salvador Allende y la salud pública a 40 años del golpe de estado. *Cuadernos Médico Sociales*, 53(3), 179-182. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/439>
- CASSANOVA, M. (2013). Estado y ciencia: el caso de la historiografía liberal (Chile, siglo XIX). *Revista Historia UdeC*, 2(20), 93-106. <https://revistas.udec.cl/index.php/historia/article/view/4130>

- CASTRO-GÓMEZ, S. (2005). *La hybris del punto cero*. Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). Pontificia Universidad Javeriana.
- CAVALCANTE, G. M. M., TAVARES, M. M. F. & BEZERRA, W. C. (2008). Terapia ocupacional e capitalismo: resgate histórico e conexões para a compreensão da profissão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(1), 29-33. <https://revistas.usp.br/rto/es/article/view/14025>
- CAVALCANTE, W., & PRÉDES R. (2013). A Terapia Ocupacional na sociedade capitalista e sua inserção profissional nas políticas sociais no Brasil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 21(2), 429-437. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.045>
- COLLS, M. (1994). *Introducción a la investigación documental*. Consejo de publicaciones de la ULA.
- CRUZ, E. (2017). *Filantropía y donaciones en Chile: pasado, presente y futuro*. Ocho Libros Editores.
- CUETO, M. (2013). *La salud internacional y la Guerra Fría: erradicación de la malaria en México, 1956-1971*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- DE FOURNIER, A. V. G. (1978). La política de la " Buena Vecindad". *Revista Estudios*, (1), 52-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5762015>
- DÍAZ-LEIVA, M. M., & MALFITANO, A. P. S. (2021). Reflexiones sobre la idea de América Latina y sus contribuciones a las terapias ocupacionales del Sur. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2568. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN1961>
- DÍAZ, N. (2016). *Historia de Terapia Ocupacional en la provincia de Entre Ríos*. Fundación La Hendija.
- DUARTE, C., FERNÁNDEZ A., CRUZ J., & GARCÍA S. (2016). Precursores de la Terapia Ocupacional en Colombia: sujetos, instituciones, oficios. *Revista Ocupación Humana*, 16(2), 93-109. <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/140>
- DUSSEL, E. (1993). *El encubrimiento del otro*. Editorial Nueva Utopía.
- ESCOBAR, P., & SEPÚLVEDA, R. (2013). *Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile: Aportes para una Historia Posible*. Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile.
- ESCUELA NACIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL (ENTO). (2003). Digitalizado por el equipo de investigación de los proyectos de "Creación e institucionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina. Los comienzos de la formación y el desempeño profesional de terapeutas ocupacionales en Argentina desde la apertura de la Escuela Nacional

de Terapia Ocupacional” SJ10/48-R007 y “Revisión Histórica de la Terapia Ocupacional en la ENTO/ UNSAM. Medio siglo de crecimiento”.

- FAZIO, H. (2010) *La historia del tiempo presente: historiografía, problemas y métodos*. Universidad de Los Andes.
- FERNÁNDEZ, A. (2020). Conflicto armado en Colombia: aproximaciones desde la Revista Ocupación Humana, 1999 a 2019. *Revista Ocupación Humana*, 19(2), 8–24. <https://doi.org/10.25214/25907816.833>
- FERNÁNDEZ, D. (2006). Investigación Cualitativa y psicología social crítica en Chile actual: *Conocimientos situados y acción política*, In Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research (Vol. 7, No.4, p15). DEU. <https://scholar.archive.org/work/o6wokqo4fd4zgg27fj3tsauja/access/wayback/http://www.qualitative-research.net:80/index.php/fqs/article/viewFile/163/364>
- FONTANA, J. (1982). *Historia: Análisis del pasado y proyecto social*. Editorial Critica.
- FOUCAULT, M. (1969). *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores.
- FUENTES, A. C. (2011). Reforma universitaria en Chile, 1967-1973. Pre-balance histórico de una experiencia frustrada. *Intus-legere: historia*, 5(1), 81-101. <https://intushistoria.uai.cl/index.php/intushistoria/article/view/83>
- GAETE LAGOS, J. L. (2024). Ni el Estado ni los filántropos: La beneficencia pública chilena como entidad autónoma (1910-1932). *Universum (Talca)*, 39(2), 539-558. <https://doi.org/10.4067/S0718-23762024000200539>
- GALHEIGO, S. M., BRAGA, C. P., ARTHUR, M. A., & MATSUO, C. M. (2018). Produção de conhecimento, perspectivas e referências teórico-práticas na terapia ocupacional brasileira: Marcos e tendências em uma linha do tempo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 723-738. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1185>
- GÓMEZ, L. (2011). Un espacio para la investigación documental. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(2), 226-233. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815129>
- GÓMEZ, R.R. (2018). Los orígenes de la rehabilitación: entre la guerra y la polio. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 17(1), 46-51. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6658/6968>
- GÓMEZ, S. (1994). *Cuaderno de Terapia Ocupacional*. Editorial Univ. de Chile.

- GÓMEZ, S. (Ed.). (2012). *Antecedentes, creación y desarrollo de la terapia ocupacional en Chile : 50 años de historia*. Universidad de Chile. Disponible en: https://bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/fulldisplay/alma991000571169703936/56UDC_INST:56UDC_INST. Acceso en 17 Dez 2025.
- GÓMEZ, S., & RUEDA L. (2002) *Bases para el desarrollo de la Ciencia de la Ocupación*. Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Terapia Ocupacional.
- GÓMEZ, S., FERNÁNDEZ, S., RECABARREN, E., CASTRO, D., RAMÍREZ, R., PAREDES, L. & PALACIOS, M. (2020). Bloque 50 años: reconstrucción de memorias de terapeutas ocupacionales en Chile. En P. CARO-VINES, R. MORRISON & M. PALACIOS (Eds.), *Cincuenta años de Terapia Ocupacional en Chile* (Tomo II, pp. 78-117). Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile.
- GONZÁLEZ, M. P. (2014). Historia, memoria y enseñanza de la historia: conceptos, debates y perspectivas europeas y latinoamericanas. *Historia y memoria*, (9), 275-311. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/historia_memoria/article/view/2941
- GOUDEAU, D., & SILVA, L. (2010). La formación de Terapeutas Ocupacionales en la Universidad de Playa Ancha: ecos del pasado reciente. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 111 - 121. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2010.10565>
- GREZ, S. (2005). Escribir la historia de los sectores populares. ¿Con o sin la política incluida? A propósito de dos miradas a la historia social (Chile, siglo XIX), *Política*, 44, 17-31. <https://revistapolitica.uchile.cl/index.php/RP/article/view/25600>
- GREZ, S. (Ed.). (2004). *Debates entorno a la historia social, una aproximación desde los historiadores*. Ciclo de charlas Universidad de Chile.
- GROSFUGUEL, R. (2006). Del final del sistema mundo capitalista hacia un nuevo sistema histórico alternativo: la utopística de Immanuel Wallerstein. *Nómadas*, (25), 44-52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105115224005>
- GRUPO CYBERIA. (2009). Memoria oficial y otras memorias: las disputas por los sentidos del pasado. https://www.academia.edu/16570167/Memoria_oficial_y_otras_memorias_la_disputa_por_los_sentidos_del_pasado, 204–218.
- GUAJARDO, A. (2014). Debates sobre la producción del conocimiento en Terapia Ocupacional. En contra de una nueva Escolástica. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, 2(88). https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp/article/view/8215

- GUAJARDO, A. (2016). Construcción de identidades, epistemes y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina. En A. GUAJARDO, S. ALGADO, S. GALHEIGO, F. OLIVER & S. GARCÍA, *Terapias Ocupacionales desde el Sur*. Editorial USACH.
- GUAJARDO, A. (2016). Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Suramérica. Una perspectiva de reflexión crítica. *Revista Ocupación Humana*, 16(2), 110-117. <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/141>
- GUAJARDO, A. (2020). Reflexiones en torno a los 50 años de la Terapia Ocupacional en Chile. Una aproximación crítica. En P. CARO-VINES, R. MORRISON & M. PALACIOS (Eds.), *Cincuenta años de Terapia Ocupacional en Chile* (Tomo II, pp. 44-77). Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile, A. G.
- GUAJARDO, A. (2024). Reflexiones sobre la producción historiográfica de la terapia ocupacional: una aproximación crítica. En A. GUAJARDO, A. P. S. MALFITANO, P. L. O. BORBA, & R. E. LOPES, *Historiografías en terapia ocupacional América del Sur*. Colección FACIMED, Editorial USACH.
- GUAJARDO, A., & GALHEIGO, S. M. (2015). Debates contemporáneos y perspectivas críticas en terapia ocupacional en América Latina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(2), 7-18. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2015.38115>
- GUAJARDO, A., MALFITANO, A. P. S., BORBA P. L. O., & LOPES, R. E. (2024). *Historiografías en terapia ocupacional en América del Sur*. Colección FACIMED, Editorial USACH.
- GUHA, R. (1999). *La prosa de la contrainsurgencia*. El Colegio de México.
- GUHA, R. (2002). *Las voces de la historia y otros estudios subalternos*. Editorial Crítica S. L.
- HALBWACHS, M. (2004). *La memoria colectiva* (Vol. 6). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- HERNÁNDEZ, M. (2012). *Tesis Historia de la Terapia Ocupacional en México*. Instituto de Terapia Ocupacional.
- HERRERA, M. & VALDERRAMA, C. (2024). Análisis de la historia de la terapia ocupacional en Chile: una perspectiva decolonial del saber. En A. GUAJARDO, A. P. S. MALFITANO, P. L. O. BORBA & R. E. LOPES, *Historiografías en terapia ocupacional América del Sur*. Colección FACIMED, Editorial USACH.
- HERRERA, M., & VALDERRAMA, C. (2013). Gubernamentalidad y biopolítica: una aproximación con los saberes y prácticas históricas de la terapia ocupacional en Chile. *Revista*

- chilena de terapia ocupacional*, 13(2), 79 - 92. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/30218>
- HERRERA, M., & VALDERRAMA, C. (2014). Una visión crítica a la relación entre las condiciones sociopolíticas y los saberes y prácticas de la terapia ocupacional: la situación de Chile. *TOG (A Coruña)*, 11(19), 28. <http://revistatog.com/num19//pdfs/original8.pdf>
- HERRERA, P. (2009). Cien años de propuestas y combates. La historiografía chilena del siglo XX. *Cuadernos de Historia*, 31, 182-187. <https://cuadernosdehistoria.uchile.cl/index.php/CDH/article/view/30825/32571>
- HOBBSAWM, E. (1991). De la historia social a la historia de la sociedad. *Historia Social*, 10(1991), 5-25.
- ILICH, I., ZOLA, I., KNIGHT, J., CAPLAN, J., & SHAIKEN, H. (1977). *Profesiones Inhabilitantes*. Blume Ediciones.
- ILLANES, M. (2010). *En nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia Social de la Salud Pública Chile 1880 - 1973*. Ministerio de Salud.
- JELIN, E. (2002). *Los trabajos de la memoria*. Editorial Siglo XXI.
- JIMÉNEZ DE LA JARA, J. (2003). Abraham Horwitz (1910-2000) padre de la salud pública panamericana. *Revista médica de Chile*, 131(8), 929-934. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000800014
- JUSTINIANO, M. (2004). Tiempo e Historia. Los tiempos de Newton, Einstein, Prigogine, Hawking y los modos de hacer historia. *Revista Escuela de Historia*, 1(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63810306>
- KENNEDY, J. (1961). *Discurso inaugural Alianza para El Progreso*. <https://es.scribd.com/document/371913934/Discurso-de-Keneddy-13-de-Marzo-de-1961>
- KIELHOFNER, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional (3ª Ed.)*. Editorial Panamericana.
- KOSIK, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. Grijalbo.
- KRONENBERG, F., POLLARD, N., & SAKELLARIOU, D. (2011). *Terapias Ocupacionales sin Fronteras. Volumen 2: Towards an Ecology of Occupation-Based Practices*. Elsevier Londres.
- KRONENBERG, F., SIMÓ SALGADO S., & POLLARD N. (2007). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de los sobrevivientes*. Editorial Panamericana.
- LARRAÑAGA, O. (2010). Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica. *En las nuevas políticas de protección social* (pp. 1-28). PNUD.

- LAVAL, E. (2007). Anotaciones para la historia de la poliomielitis en Chile. *Revista chilena de infectología*, 24(3), 247-250.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000300017
- LEY N° 10.383 DE 1952. Modifica la Ley 4.054 relacionada con el seguro obligatorio. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=26387>
- LINCOLN, Y., & GUBA, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- MACDONALD, S., & TIPTON, C. (1998). *Using documents*. Sage.
- MANZUR, J. C. M. (2002). La doctrina Monroe y el panamericanismo: dos propuestas y un mismo fin continental. *Frónesis*, 9(3), 39-65. <https://www.produccioncientificauluz.org/index.php/fronesis/article/view/16486>
- MARTINEZ, J. (2011). *Heidegger y el lenguaje - posibilidades de superar la concepción instrumental impuesta por la técnica moderna* [Tesis de maestría]. Universidad de Chile, Chile. <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/108728>
- MCPHERSON, A. (2003). *Yankee No!: Anti-Americanism in US–Latin American Relations*. Harvard University Press.
- MEMORIA CHILENA. (2025) Biblioteca Nacional. <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-channel.html>
- MIGNOLO, W. (2013). *Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimientos*
- MIGNOLO, W. D. (2005). "Un paradigma otro": colonialidad global, pensamiento fronterizo y cosmopolitanismo crítico. *Dispositio*, 25(52), 127-146.
- MILLAR, W. (2013). *Historia Ilustrada de Chile*. Editorial Zig-Zag.
- MODONESI, M. (2010). *Subalternidad, antagonismo, autonomía: marxismo y subjetivación política*. CLACSO.
- MOLL, S. C. R., QUINTANA, B. L. C., & VIBET, M. F. (2018). La selección y utilización de los documentos históricos escritos en las clases de Historia. *EduSol*, 18(63), 84-92. <https://www.redalyc.org/journal/4757/475756619010/475756619010.pdf>
- MONTENEGRO, M. (2001). Conocimientos, agentes y articulaciones: una mirada situada a la intervención social. *Athenea digital*, 1, 17. <https://atheneadigital.net/article/view/n0-montenegro>
- MONTES, A., & BUSSO, H. (2007). Entrevista a Ramón Grosfoguel. *Polis (Santiago)*, 6(18), 1-13. <http://journals.openedition.org/polis/4040>

- MONZELI, G. (2019). *Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional*. Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. Disponible en: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/11943>. Acceso en 17 Dez 2025.
- MONZELI, G. A., MORRISON, R., & LOPES, R. E. (2019). Histórias da terapia ocupacional na América Latina: A primeira década de criação dos programas de formação profissional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2), 235-250. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1631>
- MORALES, M. (2002). *La Alianza para el Progreso y la política exterior de Estados Unidos en América Latina*. RIL Editores.
- MORALES, O. (2003). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. *Manual para la elaboración y presentación de la monografía*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes, 20(1), 1-14.
- MORGENFELD, L. A. (2023). *Nuestra América frente a la doctrina Monroe: 200 años de disputa*. CLACSO.
- MORRISON, R. (2011). (Re)conociendo a las fundadoras y "madres" de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 8(14), 4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3750945>
- MORRISON, R. (2016). *Terapia Ocupacional y pragmatismo*. Editorial Universitaria.
- MORRISON, R., OLIVARES, D., GRAUS, J., CIFUENTES, D., MACARI, C., & ROJAS, E. (2016). Silvia Gómez Lillo y cincuenta años de terapia ocupacional en Chile. Una biografía. *TOG (A Coruña)*, 13(24). <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original1.pdf>
- MORUNO, P., & TALAVERA, M. (2007). *Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. Monográfico I*. TOG (A Coruña).
- MOULIÁN, T. (1997). *Chile Actual. Anatomía de un mito*. LOM Ediciones.
- MOYANO, C. (2016). Julio Pinto: lo social y lo político en la historia. Textos y contextos de una trayectoria historiográfica. *Contribuciones Científicas y tecnológicas*, 41(2), 19-25. <https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/133289>
- NABERGOI, M. (2013). La construcción histórica de la terapia ocupacional en Argentina: Entre la medicina y lo social. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 19(1), 45-58.

- NABERGOI, M., ALBINO, A., ITOVICH, F., ROSSI, L., PRESA, J., & CERRI, D. (2020). *Historia y situación actual de la Terapia Ocupacional en la provincia de Neuquén, Argentina. Desde la llegada del/la primer profesional de Terapia Ocupacional hasta la actualidad*. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de San Martín.
- OBARRIO, J. (2013). Pensar al sur. *Intersticios de la política y la cultura. Intervenciones latinoamericanas*, 2(3), 5-13. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/intersticios/article/view/5362>
- OLIVARES, E. M. (2017). Esbozo paradigmático de la teoría de la dependencia. Una perspectiva desde la economía del desarrollo. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*, 19(31), 127-156. <https://doi.org/10.15332/s0124-3551.2017.0031.05>
- OROPESA ROBLEJO, P., RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, M., & PÉREZ RODRÍGUEZ, M. (2014). Acercamiento histórico a la formación y la práctica en terapia ocupacional. *ME-DISAN*, 18(3), 417-430.
- OUDSHOORN, S. (2016). *Las otras cornisas de la terapia ocupacional*. Editorial MB.
- OYARZÚN, S., ZOLEZZI, G., NÚÑEZ, S., & PALACIOS, M. (2009). Hacia la construcción de las prácticas comunitarias de terapeutas ocupacionales en Chile, desde una mirada socio histórica, desde 1972 hasta la actualidad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (9), 149 – 165. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/120>
- PASTOR, M. (2017). La Fundación de la NSPOT en 1917: el inicio de la terapia ocupacional como profesión. *TOG*, 14(26), 551-61.
- PATTON, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Sage Publications.
- PINTO, J. (Ed.). (2006). *La historiografía chilena durante el siglo XX*. Universidad Autónoma de Meéxico.
- POLLARD, N., & SAKELLARIOU, D. (2012). *Politics of Occupational - Centred Practice. Reflection on occupational engagement across cultures*. Wiley-Blackwell.
- POLLARD, N., & SAKELLARIOU, D. (Eds.). (2017). *Occupational therapies without borders: Integrating justice with practice* (2nd ed.). Elsevier.
- POLLARD, N., SAKELLARIOU, D., & KRONENBERG, F. (Eds.). (2008). *A political practice of occupational therapy*. Churchill Livingstone Elsevier.
- POLONIO, B., DURANTE, P., & NOYA, B. (2003) *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Editorial Panamericana.

- QUESADA, F. (2015). *La Universidad Desconocida*. El Convenio Universidad de Chile-Universidad de California y la Fundación Ford, EDIFYL, Mendoza.
- QUESADA, F. (2020). La Fundación Rockefeller y la construcción de una red de expertos agrícolas en Chile (1942-1970). En B. Figallo (Comp.), *Diplomáticos y hacedores de las relaciones internacionales. Protagonismos, testimonios y fuentes en la política exterior argentina y latinoamericana* (pp. 191-205). Fundación CICCUS.
- QUIJANO, A. (1991). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú Indígena*, 13(29), 11-20. https://www.margen.org/cursos/67-1/unid01/complem07_01.pdf
- QUIJANO, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). CLACSO.
- QUIJANO, A. (2017). Colonialidad del poder y clasificación social. En S. CASTRO-GÓMEZ & R. GROSGOUEL (Eds.), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 93-126). Siglo del Hombre Editores, Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- REIS, S. C. C. A. G., & LOPES, R. E. (2018). O início da trajetória de institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: o que contam os (as) docentes pioneiros (as) sobre a criação dos primeiros cursos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 255-270. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1154>
- RICHARD, N. (1997). Intersectando Latinoamérica con el latinoamericanismo: discurso académico y crítica cultural. *Revista Iberoamericana*, 63(180), 345-361.
- RIVERA CUSICANQUI, S. (1987). El potencial epistemológico y teórico de la historia oral: de la lógica instrumental a la descolonización de la historia. *Temas Sociales*, (11), 49-64. <https://historiaoralfuac.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/10/rivera-cusicanqui-silvia-el-potencial-epistemologico-y-teorico-de-la-historia-oral.pdf>
- ROCHA MEDEIROS, H. (2008). *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*. Universidad Nacional del Litoral.
- RODRÍGUEZ, C., & ESPINOZA, A. (2007). *La memoria enquistada: Un acercamiento al trauma transgeneracional*. Reflexión N° 33. Colección CINTRAS.
- RODRÍGUEZ, F. R., & ARCOS, J. C. (2014). La Alianza para el Progreso en Chile y Venezuela. *Tiempo y Espacio*, 32(62), 93-138.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-94962014000200006&lng=es&nrm=iso

- ROMANO, S. (2008). *América Latina y la Guerra Fría*. CLACSO.
- ROSAS, M. (2012). De la invisibilidad al esencialismo. La alteridad en el marco del multiculturalismo constitucional. *Nova et Vetera*, 21(65), 71-80
- ROSAS, P. (2008). Las formas de transmisión del pasado reciente en Chile. Historiografía memoria y derechos humanos. Universidad Diego Portales, noviembre 2008. *Revista Praxis*, 15, 65-76.
- ROSS, C. (2024). *Chile en los albores de la Guerra Fría: contexto, teorías e ideas*. Editorial Universidad de Santiago de Chile.
- ROSTICA, J., & SALA, L. (2021). Guerra Fría y descolonización: Disputas geopolíticas en el Tercer Mundo. *Estudios Sociales del Estado*, 7(13), 45-68.
- ROUSSO, H. (1991). *The Vichy syndrome: History and memory in France since 1944* (A. Goldhammer, Trans.). Harvard University Press.
- RUBIO, C., & SANZ, P. (2011). Otras conferencias conmemorativas representativas en terapia ocupacional: Elizabeth Casson, Muriel Driver, Vona du Toit y Frances Rutherford. *TOG (A Coruña), Revista de Terapia Ocupacional*, 8(13). <http://www.revista-tog.com/num13/pdfs/historia2.pdf>
- RUIZ OLABUÉNAGA, J.I. E ISPIZUA, M.A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Universidad de Deusto.
- SAKELLARIOU, D., & POLLARD, N., (2017). *Occupational Therapies Without Borders. Integrating justicia with practice*. Elsevier Londres.
- SALA, L. (2022). La doctrina de seguridad nacional en América Latina: Circulaciones, apropiaciones y usos políticos. *Estudios Sociales del Estado*, 8(16), 35-60. <https://www.redalyc.org/journal/4964/496470836001/496470836001.pdf>
- SALAZAR, G. (2017). *La Historia desde abajo y desde adentro*. Editorial Taurus.
- SALAZAR, G., & PINTO J., (1999). *Historia Contemporánea de Chile I. Estado. Legitimidad, ciudadanía*. LOM Ediciones.
- SANDOVAL, C. (2002). *Investigación Cualitativa. Instituto Colombiano el Fomento de la Educación*. ARFO Editores.
- SANZ, P., & RUBIO, C. (2011) Eleanor Clarke Slagle. Fundadora y madre de la Terapia Ocupacional. Su legado. *TOG*, 8 (13) <https://www.revistatog.com/num13/pdfs/historia1.pdf>
- SCHELL, B. A. B., GILLEN, G., & SCAFFA, M. E. (Eds.). (2016). *Terapia ocupacional* (12.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.

- SILVA, C. (2022). Narrando al sujeto histórico popular: escritura historiográfica en la nueva historia social (1985-2012). *Revista de humanidades*, 46, 265-295. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10324582>
- SILVA, P. R. DA, SILVA, R. C. DA, & GARCÍA, J. M. (2009). Nación, Estado y discurso histórico: Los mitos fundacionales en América Latina. *Revista de Historia*, 48(102), 197-217.
- SOARES, L.B.T. (1991). *Terapia ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho?: retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980 (Saúde em debate)*. Editora Hucitec.
- SOUSA SANTOS, B. DE, NUNES, J. A., & MENESES, M. P. (2019). *Construyendo las epistemologías del Sur: Para un pensamiento alternativo de alternativas*. CLACSO.
- SOUSA SANTOS, B. DE. (2018). *El fin del imperio cognitivo: La afirmación de las epistemologías del Sur*. Trotta.
- SOUSA, M. A. DE. (2011). A institucionalização da reabilitação no Brasil: Políticas públicas e formação profissional no século XX. *Revista Brasileira de História da Saúde*, 5(2), 45-63.
- TAPIA, L. (2015). *Revisión histórica y legislativa del derecho a la salud en Chile*. [Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales]. Departamento de Derecho Público, Facultad de Derecho, Universidad de Chile.
- TENTI, M. (2012). Los estudios culturales, la historiografía y los sectores subalternos. *Trabajo y Sociedad*, (18), 317-329. <https://www.redalyc.org/pdf/3873/387334690020.pdf>
- TESTA, D. (2012). Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 72-87.
- TESTA, D. (2018). *Del alcanfor a la vacuna Sabin. La polio en Argentina*. Editorial Biblos.
- TORRES, A. (2014). *Hacer historia desde Abajo y desde el Sur*. Ediciones desde abajo.
- TRAVERSO, E. (2007). Historia y memoria. Notas sobre un debate. En M. F. & Levín (Eds.), *Historia Reciente. Perspectivas y desafíos para un campo en construcción* (pp. 67-96). Paidós.
- TRUJILLO A. (2002). *Terapia Ocupacional. Conocimiento y práctica en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.
- URIARTE, J. (2020). Investigación Documental. *Caracteristicas.co*. <https://www.caracteristicas.co/investigacion-documental/>.

- URZÚA, R. & MORRISON, R. (2020). Brígida Flores: un legado trascendente en la terapia ocupacional chilena. Una biografía. *TOG (A Coruña)*, 17(2), 138-149. <https://www.revis-tatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/84>
- VALDELOMAR, E., & PARRA G. (2019). Terapia Ocupacional en Costa Rica: historia, evolución y retos futuros en la formación profesional. *Revista Terapéutica*, 13 (2), 52-67. <https://doi.org/10.33967/rt.v13i2.66>
- VALLES, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- VALLES, M. (1999). Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos. En M.S. Valles (Ed.), *Técnicas cualitativas de investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional* (p. 77). Síntesis Sociología.
- VELÁZQUEZ, N. (2019). Las buenas intenciones no bastan: la política exterior de Estados Unidos hacia América Latina en el siglo XX. *Histórica*, 43(1), 113-154.
- WALLERSTEIN, I. (1979). La agricultura capitalista y los orígenes de la economía mundo europea en el siglo XVI. En *El moderno sistema mundial I* (p.15). Siglo XXI editores.
- WALLERSTEIN, I. (1999). *Abrir las ciencias sociales*. Siglo XXI editores.
- WALSH, K. (2020). *Gritos, grietas y siembras de nuestros territorios del sur*. Editorial Abya-Yala.
- WHITEFORD, G., & HOCKING, C. (2012). *Occupational Science: Society, Inclusión, Participation*. Wiley-Blackwell.
- WILCOCK, A. (2001) *Occupation for health*. Vol 1. BritihsAssociaton and College of Occupational Therapy.
- WODAK, R., & FERREIRO, J. (2013). Análisis crítico del discurso desde el enfoque histórico: la construcción de identidad(es) latinoamericana(s) en la Misión de Naciones Unidas en Hati (2004-2005). En M. Canales (Coord.), *La escucha de la escucha. Análisis e interpretación en la investigación cualitativa*. LOM Ediciones.
- YÁÑEZ, J. (2013). Reseña Filantropía y donaciones en Chile: Pasado, presente y futuro. *Tiempo Histórico*, (7), 137-144. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- ZEMON, N. (1990). Las formas de la historia social. *Storia della Storiografia*, (10), 117-182.