

**Congreso AEHE Salamanca, 6-9 de Septiembre de 2017. Sesión FINANCIACIÓN, INFRAESTRUCTURA Y GESTIÓN DEL SISTEMA HOSPITALARIO ESPAÑOL EN PERSPECTIVA DE LARGO PLAZO.**

**Espacios hospitalarios y discapacidad. La puesta en marcha de los Servicios de Rehabilitación en España (1957-1975). De las recomendaciones de los organismos internacionales a la realidad de la práctica en contextos locales. Estudios de caso (1): Madrid y Barcelona.**

María Isabel Porras Gallo. Facultad de Medicina de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha. [MaríaIsabel.Porras@uclm.es](mailto:MaríaIsabel.Porras@uclm.es)

María José BáguenaCervellera: Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero/Universitat de València. [M.Jose.Baguena@uv.es](mailto:M.Jose.Baguena@uv.es)

José Vicente Toledo Marhuenda. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan de Alicante. [josetoledo@umh.es](mailto:josetoledo@umh.es)

Rosa Ballester Añón. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan de Alicante. [Rosa.ballester@umh.es](mailto:Rosa.ballester@umh.es)

## **Resumen**

El tratamiento y la recuperación de las personas con discapacidades físicas (accidentados del trabajo, mutilados de guerra o personas afectadas por enfermedades infecciosas como la poliomielitis) fue el punto de partida de varios proyectos que implicaron la aparición de espacios particulares para estos fines y el desarrollo de nuevas especialidades sanitarias. El inicio del marco cronológico de nuestro estudio coincide con la existencia de varios sucesos relevantes en el desarrollo de un Plan Nacional de Rehabilitación: las epidemias de poliomielitis, las discapacidades laborales y por accidentes de tráfico, la creación de la especialidad de Fisioterapia (1957) y, finalmente, las visitas de expertos de la OMS a España, iniciadas en 1956 con el objetivo de asesorar para la puesta en marcha de un programa de rehabilitación de personas con discapacidades. El trabajo identifica, por primera vez, los programas-país para España dedicados a la organización y mejora de la rehabilitación (especialmente el programa ESPAÑA-23) y hace una primera evaluación de su impacto en lo referente a servicios y equipamiento en el sistema hospitalario y asistencial español.

A través de varios tipos de fuentes (impresas, archivísticas, orales) el trabajo desvela los principales factores que influyeron en la evolución de la infraestructura del sistema

sanitario, tanto público como privado, existente en tres escenarios: Valencia, Madrid y Barcelona; así como la visión externa de los servicios de rehabilitación proporcionada por los informes técnicos y las recomendaciones realizadas por expertos de la OMS.

**Abstract:**

The treatment of people with physical disabilities and their recovery (job casualties, war mutilated or people affected by infectious diseases such as poliomyelitis) led to several projects involving the creation of special spaces for these purposes and the development of new health specialties. The beginning of this period coincides with the existence of several relevant factors in the development of a National Rehabilitation Plan: poliomyelitis outbreaks, labour and traffic accidents which caused disabilities, the creation of the Physiotherapy specialty (1957) and finally, the visits by WHO experts to Spain, from 1956, with the aim of making recommendations for the implementation of the Plan.

This paper seeks to identify, for the first time, the country-programmes for Spain dedicated to the organization and improvement of rehabilitation (specially the SPAIN - 23 programme) and makes an initial evaluation of its impact in relation to the services and equipment in the Spanish hospital and care system.

Through several types of sources (printed, archival, oral) the work reveals the main factors that influenced the evolution of the infrastructure of the health system, public and private, in three scenarios (Valencia, Madrid and Barcelona), as well as the external vision of rehabilitation services provided by technical reports and recommendations made by WHO experts.

**Palabras clave:** Rehabilitación, Fisioterapia, Discapacidades, España, siglo XX.

**Key words:** Rehabilitation, Physical therapy, Disabilities. Spain, 20<sup>th</sup> Century.

**Códigos clasificación temática del *Journal of Economic Literature*:** I.118 [Salud. Política pública, Regulación, Sanidad pública].

## 1. Introducción

El ámbito de la discapacidad es un tema muy amplio, tanto como para haberse constituido en un campo de estudio propio, el de los *DisabilityStudies*, que ha sido muy fructífero durante décadas, habiendo dado lugar más recientemente a la nueva aproximación de la “new Disability History” (Longmore, Umansky, 2001; Borsay, 2002). Este tema ha sido igualmente objeto de atención desde otras perspectivas diferentes. Sin embargo, el enfoque de nuestro trabajo es el de la historia institucional en continuo diálogo con la historia de la salud y de la enfermedad, la historia de las especialidades sanitarias y la historia de las agencias internacionales y sus relaciones con los países. Compartimos la opinión de considerar relevante otorgar un lugar central a las instituciones sanitarias, particularmente a los hospitales, como elementos pertenecientes a unas realidades históricas, políticas, culturales, económicas, sociales y científicas muy concretas<sup>1</sup>.

Desde estas perspectivas, combinando varias fuentes (literatura médica, documentación archivo OMS y fuentes impresas, prensa general), el objetivo principal de este trabajo es reconstruir el proceso de desarrollo del conjunto de recursos -humanos y materiales-, o de infraestructura sanitaria tanto pública como privada-, relacionados con la atención a las personas con discapacidades físicas y con los cuidados de rehabilitación en España entre 1957 y 1975, prestando especial atención a las recomendaciones de la OMS a través de sus consultores y a su materialización en acciones concretas. Se ha elegido para ello tres estudios de caso, correspondientes a Madrid, Barcelona y Valencia, exponiéndose lo relativo al último de ellos en el siguiente trabajo de nuestro grupo.

El inicio del marco cronológico coincide con la existencia de varios sucesos relevantes en el desarrollo de un Plan Nacional de Rehabilitación: la presión social ejercida por el número de discapacitados físicos derivados de las epidemias de poliomielitis, los accidentes laborales y los de tráfico por una mayor actividad económica del país; la reforma de la Lucha Sanitaria Nacional contra la Invalidez (1949) en 1957 y la creación del Patronato Nacional de Rehabilitación y Reeducción de Inválidos<sup>2</sup>; el reconocimiento oficial de la especialidad de Fisioterapia (1957) y, finalmente, las visitas de expertos de la OMS a España, iniciadas en 1956 con el objetivo de asesorar para la

---

<sup>1</sup> Nos apoyamos para ello en lo señalado por López Piñero (1975), Rosen (1985), Granshaw y Porter (1989) y, más recientemente, por Adriana Álvarez (2015) para el caso concreto de la poliomielitis.

<sup>2</sup> Este sustituía al Patronato Nacional de Lucha contra la Invalidez (1949) e incorporaba en su denominación el término “rehabilitación” (Porrás Gallo, 2006).

puesta en marcha de un programa de rehabilitación de personas con discapacidades. Precisamente, Madrid, Barcelona y Valencia fueron los principales lugares objeto de dichas visitas. La finalización del periodo de estudio se justifica por la consolidación de un modelo de asistencia rehabilitadora integral, que debería llevar acompañado un conjunto de recursos materiales y una plantilla de profesionales estabilizada en cuanto a número de especialistas médicos en rehabilitación y fisioterapeutas.

A través de varios tipos de fuentes analizaremos los factores que influyeron en la evolución de la infraestructura del sistema sanitario, tanto público como privado, existente en las ciudades de Madrid, Barcelona y Valencia. Con ayuda de la visión externa de los servicios de rehabilitación proporcionada por los informes técnicos y las recomendaciones realizadas por los expertos de la OMS que nos visitaron evaluaremos en qué medida se contó con recursos humanos y materiales para consolidar ese modelo asistencial de rehabilitación integral. Se estudiará igualmente en qué medida estos espacios eran verdaderamente de nueva creación, continuidad de algunos de los anteriores a la guerra civil o una readaptación de los mismos para atender a los nuevos problemas.

El análisis de las nuevas necesidades de personal especializado, de espacios físicos (dentro de los hospitales y también de forma independiente), de tecnologías especializadas (técnicas fisioterápicas, rehabilitadoras y ergoterápicas, aparataje de todo tipo), de cómo se encajaron estas cuestiones en los sistemas de seguridad social y cuáles fueron sus fuentes de financiación en sus primeras etapas, es todavía un campo muy poco explorado, aunque contamos ya con algunos trabajos de campo (González Domínguez; Toledo, 2013b).

Aunque la atención sanitaria especializada destinada a la rehabilitación de las personas con discapacidades físicas, es un hecho reciente, de mediados del siglo XX (Águila, 2000; Climent, 2009), y su despegue hay que encuadrarlo en la necesidad de afrontar una serie de problemas causantes de dichas discapacidades como las epidemias de poliomielitis (Porrás et al, 2013), los accidentes de tráfico y otros factores, se puede rastrear su gestación casi desde el inicio del siglo XX.

## **2. El lugar de la Rehabilitación en la atención de las personas con discapacidades físicas en España antes de 1957**

La atención prestada a las personas con discapacidades físicas (accidentados del trabajo, mutilados de guerra o personas afectadas por enfermedades infecciosas como la poliomielitis o la tuberculosis) en España relegó inicialmente su rehabilitación funcional y profesional (Porras Gallo, 2004, 2005, 2006, 2010). Sin embargo, algunas de las medidas de protección social articuladas desde principios del siglo XX, como la ley de Accidentes de trabajo de 1900, propició la actuación médica más allá de las labores forenses, abriendo el camino a una atención sanitaria específica y compleja a las personas con discapacidad física que, en palabras de Alejandro San Martín (1847-1908), Catedrático de Cirugía de la Universidad Central de Madrid, podría dar lugar al surgimiento de “una nueva especialidad”<sup>3</sup>. Para este cirujano, estos nuevos especialistas deberían ser cirujanos que conjugaran una formación amplia en Medicina Interna con la de un gran número de especialidades y recursos diagnóstico-terapéuticos (entre estos últimos, el empleo de masajes, hidroterapia, electricidad y mecánica ortopédica) (San Martín, 1903, p. 5). Efectivamente, como veremos, la materialización práctica de esta atención especializada generó no una sino varias especialidades médicas (Medicina del Trabajo, Traumatología y Cirugía Ortopédica o Rehabilitación) más las de Fisioterapia y Terapia ocupacional e implicó no sólo la incorporación de diversas tecnologías médicas (Stanton, 1999) sino también el surgimiento de nuevos escenarios y la creación de nuevas instituciones asistenciales, distintas a las decimonónicas destinadas a ocuparse de esas personas “inválidas” (Porras Gallo, 2006).

Un gran impulso a nivel internacional para esta transformación se produjo durante el período de entreguerras, cuando las medidas de reeducación profesional comenzaron a abrirse camino lentamente hasta convertirse en objetivo primordial para la Medicina y la sociedad de la época (Doriguzzi, 1994, p. 89-121; Stiker, 1997, p. 129; Cooter, 2000, p. 372; Hamonet, 2004, p. 62). Como ha mostrado la historiografía y veremos seguidamente, este nuevo espíritu alcanzó también a los médicos españoles (Porras, 2005, 2006). Estos cambios, anclados en el modelo “médico” o “individual” de discapacidad imperante (Barnes; Mercer & Shakespeare, 2003, p. 20-7), se acompañaron nuevamente de políticas de protección social, pero también de nuevos espacios para albergar nuevas tecnologías médicas o algunas de las ya empleadas a las que se dotaba de un nuevo significado para proporcionar una atención sanitaria cada vez más

---

<sup>3</sup>Según este cirujano, los ‘médicos obreristas’, ‘médicos peritos de obreros’, ‘vulnerarios’ o ‘traumatistas’ debían ser los encargados de dicha especialidad (San Martín, 1903, p. 5).

especializada con la que se pretendía alcanzar una nueva dimensión la reinserción social de estas personas.

Recordemos muy brevemente cómo fue la materialización práctica de estas ideas en España hasta el final de la Guerra civil. De manera sucesiva este nuevo discurso del período de entreguerras incorporó al ámbito de los accidentes de trabajo, al de los mutilados de la Guerra de Marruecos y al de enfermedades infecciosas (polio o tuberculosis) y no infecciosas que provocaban discapacidades físicas. Protagonistas iniciales de ello fueron los cirujanos Antonio Oller(1887-1937) y Manuel Bastos Ansart(1887-1973)<sup>4</sup>. El primero de ellos, responsable de la creación e instauración de la Medicina del Trabajo en España (Bachiller, 1984), siguiendo el ejemplo suizo, alemán, belga e italiano (Vitoria, 1974-75; Oller, 1924, p. 128; Oller, 1923, p. 2), señaló los beneficios de “la reeducación de los mutilados” por accidentes de trabajo y la necesidad de ocuparse de ella en centros especializados (Oller, 1918, p. 380). Esta demanda fue recogida en el proyecto de 1919 de reforma de la Ley de Accidentes del Trabajo de 1900, que no fue aprobado. Una nueva solicitud en esta línea, pero ampliando el ámbito de aplicación, corrió a cargo de Manuel Bastos durante la intensificación de la Guerra de Marruecos en 1921. Este cirujano militar, coincidiendo también con el debate sobre la nueva Ley de Accidentes del Trabajo de 1922, solicitó la creación de un “Instituto de rehabilitación de mutilados e inutilizados de la campaña” (Bastos, 1921), cuyas funciones entendía trascenderían la esfera bélica para beneficiar también a los accidentados industriales. La respuesta a esta demanda fue la creación de la “Clínica de Cirugía Ortopédica y Reeducción” en el Hospital Militar de Carabanchel (Madrid) (Bastos, 1924, p. 603; Torres, 1996, p. 136-7) en 1921. Un año más tarde, en 1922, se aprobó la nueva Ley de Accidentes del trabajo, incluyéndose en ella la reeducación (aunque no el seguro obligatorio reclamado) y el compromiso de establecer “un servicio especial de reeducación de los inválidos del trabajo” por el Ministerio del Trabajo. El nuevo centro creado fue el Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT), que se encargaría de la readaptación funcional, la reeducación profesional y la tutela social de los inválidos del trabajo a partir de 1925, consiguiendo

---

<sup>4</sup>A ellos habría que añadir Joaquín Decref, con gran experiencia en el tema de la reeducación -desde la óptica de la gimnasia, el masaje y la mecanoterapia -, partidario igualmente de la creación de un centro especializado para reeducar inválidos (del trabajo y de cualquier naturaleza) en la segunda década del siglo XX, y sus aspiraciones también para ser él quien lo dirigiera, que no se vieron satisfechas (ClimentBarberá, 2001, pp. 153-175).

reconocimiento nacional e internacional hasta ser truncada su labor por los efectos negativos de la crisis económica de 1929 (Bastos, 1936, p. 213).

La epidemia de polio de 1929 en Madrid confirió protagonismo al Hospital Nacional de Enfermedades infecciosas, dirigido por Manuel Tapia Martínez (1895-1971), que contaba con amplia formación en patología infecciosa, adquirida a nivel internacional. Este centro cobró relevancia en el tratamiento de la fase aguda y de las secuelas, siguiendo las recomendaciones del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública, que incluía la petición a los Estados que no solo se hicieran cargo de la hospitalización de los enfermos de polio durante su fase aguda sino también medios para los tratamientos hidroterápicos y electroterápicos tras su finalización para luchar contra las secuelas de dicha enfermedad (Porrás Gallo, Bágüena Cervellera, 2013, p. 100).

Un nuevo impulso alcanzó el ámbito de la reeducación durante la II República. Por un lado, la nueva Ley de Accidentes del Trabajo de 1932 estableció por fin el seguro obligatorio de accidentes del trabajo –gestionado por el Instituto Nacional de Previsión (INP)- y la reeducación recibió un nuevo impulso al ser organizada en torno a dicho seguro y la recién creada Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, ubicada en la también nueva Clínica del Trabajo del INP, a la que se trasladó el equipamiento del antiguo IRPIT y la mayoría de sus médicos y profesionales, bajo la dirección de Oller. El resultado fue conseguir al fin un hospital especializado, consultorios, centro de Fisioterapia y taller de prótesis, que permitía también formar en ella a los nuevos especialistas en Medicina del Trabajo (Porrás Gallo, 2006). Por otro, con la transformación del antiguo IRPIT en el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos (INRI) en 1933 se buscó extender los beneficios de la reeducación al resto de los inválidos, aunque su resultado fue discreto. A pesar de ello estos ejemplos, junto al mayor protagonismo alcanzado por la reeducación de los niños con polio<sup>5</sup>, como en el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa (Valencia), bajo la dirección del cirujano Álvaro López Fernández (1905-1974), antiguo alumno de Bastos Ansart, desde 1933, o en los distintos asilos religiosos de las ordenes de San Juan de Dios y de las Hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús o en los hospitales de la Cruz Roja (Porrás y De las Heras, 2016), que transformaron esos centros para posibilitar ofrecer esta

---

<sup>5</sup>Como se ha indicado antes no sólo fue objeto de atención esta enfermedad, sino todas aquellas de naturaleza infecciosa o de otro origen que provocara una discapacidad física.

atención especializada que requería la reeducación, muestran el peso que esta orientación había ido consiguiendo en nuestro país antes del desarrollo de la Guerra Civil.

El conflicto bélico truncó la actividad de estas instituciones, convertidas unas en hospitales de campaña, desmanteladas otras o transformadas para atender a los mutilados por esta guerra en uno y otro bando. Desde ambos lados se trató de dar respuesta a esta nueva necesidad. En la zona republicana no sólo los médicos sino también la Liga de Mutilados e Inválidos de Guerra consideraron la rehabilitación funcional y profesional imprescindibles para la posterior reintegración social del soldado, y, desde 1937, solicitaron centros especializados no sólo con cirujanos, profesores y artesanos sino también con representantes de los inválidos y mutilados (Porrás Gallo, 2010, p. 433). Junto a la materialización parcial de esta demanda por las condiciones de la guerra<sup>6</sup>, la iniciativa más completa -realizada con el apoyo de las Brigadas Internacionales- fue la creación en 1937 de un centro especializado, el Hospital Sueco-Noruego de Alcoy, más tarde desplazado a Villa Joyosa, en el que el cirujano Bastos fue protagonista y lo convirtió en un centro de Cirugía ortopédica y Rehabilitación clínica similar al que él había dirigido en el Hospital de Carabanchel de Madrid (BeneitoLloris, 2004, p. 70 y 115).

La respuesta en el lado Nacional se inició oficialmente en enero de 1937 con la creación de la Dirección General de Mutilados de Guerra por la Patria con la finalidad de organizar el Honorable Cuerpo de Mutilados de Guerra y gestionar la situación creada por los mutilados e inválidos en esa zona para proporcionarles apoyo en múltiples vertientes, que incluía igualmente la rehabilitación y la creación de centros para llevarla a cabo, pero que encontró importantes dificultades para su materialización desde el inicio. La propuesta de creación de un Instituto Nacional de Ortopedia y Rehabilitación para los mutilados de Guerra no prosperó por la existencia del INRI, recuperado en junio de 1937, aunque en condiciones no apropiadas para cumplir sus funciones. No habría sido hasta 1938 cuando se habría dispuesto de los primeros espacios de rehabilitación: en Tetuán y Melilla, para los nativos mutilados, en Oza (La Coruña) y en los hospitales militares de San Sebastián, Sevilla y Zaragoza. Aunque parece que se demoró hasta 1939 la articulación de espacios de recuperación y orientación

---

<sup>6</sup>Los centros especializados mencionados en este trabajo, ubicados en Madrid, fueron utilizados sin dificultades hasta junio de 1937, cuando Madrid cayó en poder de los Nacionales (Porrás Gallo, 2010, p. 435-436).

profesional, instalándose el primero de ellos en el hospital citado de San Sebastián, seguidos de los de Bilbao, Zaragoza y La Coruña (Porrás Gallo, 2010, p. 436-439)<sup>7</sup>. Al final de la contienda, en 1942, Benito Nogales, antiguo alumno de Oller, hizo una propuesta de organización y mejora de estas estructuras destinadas a atender la situación de los inválidos de la guerra, que no prosperó.

Como se verá seguidamente y debido en parte a la penuria de medios, la rehabilitación permaneció en un segundo plano en la posguerra hasta prácticamente los años sesenta, y ello a pesar del renovado protagonismo que adquirió la rehabilitación de las personas con discapacidad física ante el gran número generados por la II Guerra Mundial y las epidemias de poliomielitis.

Los principales centros asistenciales mencionados que habían tenido protagonismo antes del conflicto bélico trataron de reanudar su actividad con más o menos dificultades, dependiendo del grado de deterioro durante la contienda, pero no sería generalmente hasta bien entrados los años cincuenta cuando tuvieron unas condiciones aceptables para atender a las personas con discapacidades físicas, influyendo en ello de manera notoria el problema planteado por las víctimas de la polio (Águila Maturana, 2000; Climent, 2009). La excepción en este sentido parece haber sido la Clínica nacional del trabajo, probablemente debido al impulso recibido del INP tras el decreto de seguros de 1944 (Pons, 2010 y 2011).

Sin embargo, movido por razones internas e internacionales (protagonismo alcanzado por la Rehabilitación), el régimen franquista trató de mostrar que se estaba ocupando del problema de las personas con discapacidad, mediante el Decreto del 6 de junio de 1949 destinado a organizar la denominada Lucha Sanitaria Nacional contra la Invalidez a través del Patronato Nacional de Lucha contra la Invalidez, creado al efecto entonces. Teóricamente, ello implicaría, entre otras cosas, potenciar los espacios destinados a ofrecer asistencia sanitaria a las personas con discapacidades en unos espacios adecuados, en los que se ocuparían también de su rehabilitación, pero la realidad fue otra, al igual que con la iniciativa específica para luchar contra la polio. Y es que, dos años antes, en 1947, coincidiendo con la solicitud del neurólogo Izquierdo Rubin del establecimiento de hospitales y centros especializados para ocuparse del complejo problema presentado por las víctimas de la polio incluido su rehabilitación (Rubin,

---

<sup>7</sup>Una detallada exposición del plan establecido en el bando nacional figura en la obra del teniente Benito Nogales Puertas (1939).

1947), el gobierno franquista aprobó la creación de cuatro centros para dicho fin en Madrid, Barcelona, Sevilla y Santander (BOE, 14-8-1947, 226, p. 4564-4565). Esta iniciativa no tuvo traducción práctica, como casi tampoco la de 1951 con finalidad similar, que estableció la creación del Servicio Antipoliomielítico en un pabellón del Hospital Infantil del Niño Jesús de Madrid, y que precisó casi diez años para estar este nuevo espacio en condiciones de cumplir adecuadamente su función (Porras Gallo y BáguenaCervellera, 2013, p. 106-107).

Como se verá más adelante, la escasa materialización práctica de las iniciativas mencionadas, parece haber sido una de las razones por las que el tema de la rehabilitación entró a partir de 1956 en la agenda de los programas colaborativos con la OMS, en principio limitada al caso de los niños a través del Programa España-23, y por lo que se llevó a cabo la reforma de la Lucha Sanitaria contra la Invalidez y se reformuló el Patronato que mencionamos antes como Patronato Nacional de Rehabilitación y Reeducción de Inválidos en 1957.

### **3. El marco contextual: los servicios de reeducación/rehabilitación en la agenda de la OMS**

La puesta en marcha de una Society for the Welfare of Crippled Children en 1922, supuso un hito histórico con la participación de entidades públicas y privadas y por primera vez se planteó a nivel internacional la necesidad de crear servicios sanitarios y material específico para niños con discapacidades físicas que se consolidó a partir de la constitución de las Naciones Unidas, que a través de sus agencias especializadas, participó y coordinó el tema creando incluso, años más tarde, en 1970, un Fondo Mundial para la Rehabilitación(UN, 1950)

La Organización Mundial de la Salud, desde su creación en 1948, mostró un interés creciente por cuestiones relacionadas con el abordaje de la discapacidad y los problemas médico-sanitarios derivados. Entre otros aspectos, consideraba la rehabilitación como uno de los principales recursos para conseguir la recuperación integral del enfermo. Una consecuencia derivada de lo anterior fue la redacción de varios informes técnicos por parte de comités de expertos (WHO, 1958; 1969), especialmente relacionados con el campo de la rehabilitación y la discapacidad. Uno de los aspectos abordados, que

enlazaba con lo propuesto por el Comité de expertos de la Oficina Internacional de Higiene Pública en 1929 relativo al caso de las personas víctimas de la poliomielitis y a la asunción de estos tratamientos por los Estados, fue la necesidad de integrar las unidades de rehabilitación en los sistemas nacionales de salud de los distintos países. Ello requería, como paso previo, el realizar un análisis del estado actual que incluyera, entre otros aspectos, una evaluación de los recursos disponibles, así como del grado de cualificación de las principales figuras profesionales que deberían componer estos servicios en los diferentes países: médicos especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales (WHO, 1955-1983; Águila Maturana, 2000; Climent Barberá, 2009, Toledo Marhuenda, 2013a y 2013b).

El tema estrella de las recomendaciones de los expertos fue el relativo a aspectos de gestión administrativa y de *financiación*:

“La rehabilitación es costosa y por ello su financiamiento ha de correr a cargo de los gobiernos con la ayuda y la colaboración de los organismos de la seguridad social...para terminar con la situación confusa provocada por la división de responsabilidades administrativas y financieras de los servicios de rehabilitación entre un gran número de ministerios y organismos gubernamentales, ha de concederse prioridad en todos los países a la creación de una comisión interministerial que comprenda representantes de organismos oficiales, organizaciones de seguridad social, las cajas de indemnización de los trabajadores...” (WHO, 1969; p 12).

Las propuestas partían del principio programático de que el problema del financiamiento debía estar presente desde los inicios para proveer centros de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria, adquisición de prótesis y aparatos ortopédicos, servicios de asistencia social y de transporte y se decía que “solo con un sistema de este género se podrán mantener las enormes ventajas económicas y sociales de una rehabilitación bien llevada” (WHO, 1969, p. 12). La diversidad de las potenciales fuentes de ingresos en los distintos países dificultaba que se pudieran dar advertencias o consejos para todos, pero se consideraba que debían mantenerse los preexistentes como las cajas de indemnización de los trabajadores en caso de accidentes laborales, las provenientes de organismos oficiales para excombatientes con invalideces, las cooperativas agrícolas o las pequeñas sociedades de socorros mutuos. Sin embargo, junto a ello se insistía en la necesidad de que las personas con discapacidades que no

percibieran ayudas por estas u otras fuentes, deberían de ser atendidas de igual manera: “han de hacerse esfuerzos para obtener el mayor apoyo financiero de organismos gubernamentales, organizaciones de seguridad social y entidades privadas” (WHO, 1969, p 12).

Por otro lado, el Comité de Expertos reconocía que la creación de un sistema financiero tan complejo solo era posible en aquellos países que habían alcanzado un cierto nivel de desarrollo económico y donde la proporción de habitantes que ocupaban empleos remunerados era suficientemente alta para permitir la organización de seguros de enfermedad o de programas de seguridad social.

En lo tocante a la *estructura organizativa*, se aconsejaba mantener el principio de jerarquización en materia de rehabilitación y que hubiera centros de referencia en los núcleos urbanos más importantes donde podían acudir los pacientes de su área de influencia. Existirían así centros piloto polivalentes que recibirían enfermos enviados de hospitales regionales, intermedios y locales. Estos centros deberían también estar adscritos a universidades. También se plantearon otro tipo de aspectos como las relaciones de los centros de rehabilitación con servicios afines de prótesis y aparatos ortopédicos, y con los servicios sociales, de enseñanza y de readaptación profesional (WHO,1969, pp.13-15). Ya veremos después cuál fue la situación real en el caso de España como un ejemplo de la implementación práctica de estas recomendaciones.

#### **4. El papel de organismos y algunas sociedades científicas internacionales en la puesta en marcha y desarrollo de los servicios de rehabilitación en España.**

Entre las asociaciones científicas internacionales y por el valor que tuvo como foro internacional al que acudieron los médicos y autoridades sanitarias españolas, es preciso mencionar el papel desempeñado por los Simposios de la Asociación Europea contra la Poliomiélitis (AEP), creada en 1951 (Porrás et al., 2010 y 2012), que se constituyeron en un interesante espacio para el debate y la búsqueda de respuestas consensuadas al problema de la polio en Europa. Rehabilitación y vacunación fueron los dos ejes temáticos principales de dichas reuniones, configurándose claramente dos grupos: el ortopédico y el virológico, perdiendo peso el primero a favor del segundo a partir del Simposio de 1969 (Ballester et al., 2013; p. 88-89). Desde su III Simposio (1955) se

planteó el tema de la rehabilitación limitada inicialmente al marco de pacientes con polio, discutiéndose ampliamente sobre las características que los Centros especializados para llevarla a cabo debían poseer en el IV Simposio (1956), en el que igualmente se debatió sobre la conveniencia de crear instituciones únicamente para la rehabilitación de las personas con polio, o bien de ubicar unidades especializadas en hospitales más amplios, optándose finalmente por centros propios muy bien equipados (personal y material), dada la complejidad del problema de la polio. En los años siguientes el denominado grupo ortopédico propuso otorgar mayor peso a la rehabilitación clínica y social de las personas con polio en los simposios y en la AEP, y abrir esa labor rehabilitadora y la propia asociación a personas con discapacidades físicas, fruto de otras enfermedades (Porrás et al., 2012; p. 308-310). Sin embargo, el grupo virológico acabó imponiéndose y esta propuesta se rechazó y, en su lugar, la AEP fue abierta a otras enfermedades víricas.

Con respecto a los organismos internacionales, es necesario recordar que la adhesión a la ONU y a sus agencias especializadas de los distintos países no fue un proceso fácil y, en el caso de España, es bien sabido que la difícil relación internacional debido a las circunstancias políticas, hizo que el país fuera excluido de las Naciones Unidas y de sus organismos como la propia OMS. La adhesión se produjo en 1951 y España firmó el acuerdo base de cooperación científico-técnica en 1952. Las estrategias y recomendaciones emanadas de la OMS, las visitas de expertos y las misiones específicas encomendadas a dichos comisionados que debían informar sobre la situación real de tal o cual cuestión, las respuestas nacionales y las implicaciones políticas, sociales, económicas y científico-sanitarias, son piezas fundamentales para reconstruir esta parte de las relaciones internacionales y de la propia situación sanitaria del país.

Un género muy interesante y muy escasamente estudiado es el de las misiones a uno u otro país realizadas, por mandato de la OMS, por consultores a nivel individual, que aunaban su condición de expertos en una u otra materia, con un grado importante de disponibilidad, puesto que, en ocasiones, como algunas que tuvieron como objeto nuestro propio país, la duración de la misión excedía los dos años, aunque no fue lo habitual. A diferencia de las Comisiones de Expertos, aquí el trabajo de campo era fundamental y, por otro lado, no se limitaba solo a describir una situación y a elaborar un informe y recomendaciones, sino que el experto se implicaba en las propias actividades e incidía en el desarrollo de las mismas. Las características que identifican a

estas misiones eran un mejor conocimiento del terreno y un tipo de informes que se enviaban a la OMS pero que, en su mayor parte, no se publicaban, con contenidos críticos mostrando la independencia de los consultores, lo que no siempre resultaba fácil en determinados países con regímenes políticos no democráticos (Ballester, 2016).

La consulta de los informes trimestrales de la Región Europea (Quarterly Reports, 1952, 1953, 1954) y la correspondencia cruzada entre el Director General de la OMS y el Director Regional de la Oficina Europea, permiten analizar las vicisitudes de los programas de ayuda en las primeras etapas del recorrido de España dentro de la Organización. En el campo que nos ocupa, se impartió un curso sobre rehabilitación de niños con discapacidades físicas para el que se ofrecían becas para realizar, en España, actividades prácticas de trabajadores sociales cuya función era la de establecer las relaciones y coordinación oportunas entre la familia y los centros de rehabilitación. Un curso en Francia para formar profesionales en rehabilitación de niños con discapacidades físicas, contó con presencia española: un médico y un fisioterapeuta.

De los 21 programas-país de la OMS desarrollados en España (1952-1975), destacamos para el tema que nos ocupa el directamente relacionado que es el Plan de Operaciones España-23, que implicó la visita de diferentes expertos de la organización para ofrecer consejos y ayuda técnica en diferentes materias, entre ellas la readaptación de personas con discapacidad, niños especialmente, con vistas a poner en marcha un programa nacional de rehabilitación (Águila Maturana, 2000, p. 135). Dichas visitas se llevaron a cabo en las décadas de los años 1950 y 1960, coincidiendo con importantes brotes de poliomielitis (Ballester, 2011, pp. 195-224; Ballester, 2012).

Ya en la primera visita realizada por Frank. J. Safford y Kurt Jansson en 1959 (Safford, 1959; Safford, Jansson, 1959) con el fin de evaluar la situación española respecto los servicios de rehabilitación física para niños y comprobar si había personal con la preparación suficiente para llevarla a cabo, se señaló que solo la Escuela de Fisioterapia de Valencia, adscrita a la Facultad de Medicina, junto con las de Madrid y Barcelona ofrecían una enseñanza de cierta calidad en España. Impulsado por esta visita se puso en marcha entre finales de 1960 y comienzos de 1961, un *Plan de operaciones ESPAÑA-23. Readaptación de los niños disminuidos físicamente*, que contemplaba la creación de servicios de formación en materias de rehabilitación, a partir de algunos ya existentes como el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa de Valencia y otros en Madrid, como la Clínica de la Concepción, el Hospital Provincial, y el Hospital del Niño Jesús (Pierquin,

1965). Sin embargo, como se verá, el proceso fue algo diferente del previsto en el convenio firmado del Plan España-23.

En efecto, en 1964 Louis Pierquin, consultor de la OMS para la readaptación de los discapacitados físicos y una de las figuras de mayor renombre internacional en el campo de la medicina rehabilitadora, llevó a cabo una misión en España con la finalidad de evaluar el trabajo realizado entre 1960 y 1963 en España en las áreas de rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional por los profesionales de estas áreas que la OMS había enviado y, por otro lado, discutir con las autoridades españolas responsables sobre el desarrollo futuro del programa y preparar un plan de acción para los siguientes años (Pierquin, 1965), que iba a mostrar las dificultades existentes para materializar el programa España-23. Pierquin se reunió con representantes de las políticas sanitarias, recorrió todos los servicios hospitalarios de rehabilitación ubicados en Madrid, Barcelona y Valencia, entrevistándose con los directores o responsables de los mismos. Su minucioso informe<sup>8</sup> evidenció los pocos avances realizados, algo mejores en el campo de la rehabilitación médica<sup>9</sup>, aunque alejados de las expectativas. De hecho, el acuerdo del Plan España-23 de crear servicios de demostración y formación en Rehabilitación en los centros ya existentes de Madrid (Clínica de la Concepción, Hospital Provincial y Hospital del Niño Jesús) y Valencia (Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa) no se habían podido cumplir porque no estaban debidamente equipados para la formación en Fisioterapia y Ergoterapia. No se había logrado ni con la ayuda de las personas integrantes de las misiones de la OMS. En su lugar, dichas funciones las estaban desarrollando en Madrid, el Dispensario Central de Rehabilitación de Maudes (creado tras la reforma acometida en 1957 en el ámbito de la discapacidad)<sup>10</sup>, el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario y el Hospital de Puerta Hierro, y el Hospital Clínico Universitario de Barcelona. Esta circunstancia y el resultado de su visita le condujeron a considerar que las dificultades no dependían únicamente de la falta de recursos humanos y materiales, sino fundamentalmente de la falta de voluntad de las autoridades, entendiendo que el Gobierno español no había

---

<sup>8</sup> El informe consta de cinco grandes apartados (Introducción, el proyecto de ayuda internacional: la formación de fisioterapeutas y la instalación de secciones hospitalarias para la fisioterapia; ergoterapia; especialización médica en rehabilitación; observaciones y conclusiones generales sobre los servicios hospitalarios de readaptación y un capítulo final sobre el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos) y de cuatro anexos (Servicios de rehabilitación de Madrid, Barcelona, Valencia y un listado de los jefes y directores médicos de los servicios de rehabilitación).

<sup>9</sup> El proceso de constitución de esta especialidad médica en España ha sido bien estudiado por J.M. Climent y A. Águila (Climent, 2001 y 2009; Águila Maturana, 2000).

<sup>10</sup> Este centro había sido un antiguo Dispensario antituberculoso.

otorgado aún a la Rehabilitación el lugar que le correspondía (Pierquin, 1965, p. 34), y no estaba cumpliendo el convenio firmado, con el impacto negativo que ello entrañaba no solo en la formación sino también en la asistencia sanitaria de ese momento y a largo plazo.

Sin embargo, los expertos de la OMS consideraron positivo el resultado que habían dado las becas y ayudas concedidas a médicos españoles para formarse en el extranjero y quienes a su vuelta contribuyeron al desarrollo de la especialidad. De hecho, ese fue uno de los factores que contribuyó al reconocimiento de la Rehabilitación médica como una especialidad en 1969.

Por el contrario, la valoración de los servicios hospitalarios españoles visitados por los expertos de la OMS tampoco fue muy positiva y se juzgaron escasos, con espacios físicos insuficientes y unos aparatos a veces “que corresponden a una mecanoterapia obsoleta y a una fisioterapia ya superada que es preciso abandonar sin ninguna vacilación” (Pierquin, 1965, pp.30-31). Seguidamente, se mostrarán los principales centros asistenciales existentes en Madrid y Barcelona, que tuvieron protagonismo en la rehabilitación de las personas con discapacidades físicas, dejando los relativos al caso de Valencia para el otro trabajo de nuestro grupo. Este último, además, incluye lo relativo al desarrollo de la Fisioterapia y la Ergoterapia en nuestro país matizado por la mirada de los informes de los expertos de la OMS que nos visitaron.

## **5. Los escenarios de la rehabilitación en Madrid y Barcelona filtrados por la información de los consultores de la OMS**

En los años cincuenta, sesenta y setenta, además de las discapacidades físicas provocadas por los accidentes de trabajo y, en menor medida, de los de tráfico y los mutilados de la guerra civil, las víctimas de la poliomielitis, que mayoritariamente eran niños, constituyeron un verdadero problema al que había que dar respuesta. Ya no se trataba sólo de atender a la fase aguda de la enfermedad, sino a su rehabilitación a la vista de las secuelas que permanecían. El volumen de pacientes con esas necesidades, coincidiendo con las mayores tasas de morbilidad de la forma paralítica en nuestro país, exigía una respuesta y se constituyó en otro de los factores que justificó la necesidad de hacer operativa la lucha sanitaria contra la invalidez, instaurada únicamente nominalmente a finales de los cuarenta, que como se indicó se reformó en 1957 bajo la influencia de los acuerdos de colaboración con la OMS. El nuevo Patronato Nacional de

Rehabilitación y Reeducación de Inválidos habría de ser el garante del desarrollo de la necesaria estructura asistencial para atender al problema de la discapacidad física, conforme a los nuevos estándares internacionales. Se debía servir para ello de las estructuras existentes con las mejores necesarias y debería promover el desarrollo de otras nuevas, modernas y adaptadas a los nuevos fines, que caminarían progresivamente hacia la necesidad de llevar a cabo una Rehabilitación integral de las personas con discapacidad, necesitándose el concurso de nuevos escenarios, nuevos recursos tecnológicos y nuevas especialidades, como las de médico rehabilitador, fisioterapeuta, ergoterapeuta o psicólogo. Relacionado con esto último, un elemento importante era la urgencia de añadir la tarea formativa a los espacios de la rehabilitación, como ya se había hecho con anterioridad en la Clínica del Trabajo o incluso en el IRPIT para capacitar a los especialistas en Medicina del Trabajo. Desde todas estas ópticas veamos seguidamente, en los casos de Madrid y Barcelona, en qué medida este proceso se llevó a cabo y qué impacto tuvo el desarrollo del Plan España-23.

### **5.1. Los servicios y espacios de la Rehabilitación en Madrid**

La infraestructura asistencial rehabilitadora en Madrid se configuró en muy buena medida a partir de las instituciones sanitarias que hemos mencionado en apartados previos, debiendo efectuar generalmente obras de adaptación para hacer frente al mayor número de pacientes a atender, especialmente ante el volumen generado por la gravedad de las epidemias de polio en nuestro país, y también por esa progresiva industrialización del país a partir de la apertura del régimen franquista. Algunas de estas adaptaciones, urgentes para abordar el problema de la polio, llegaron bastante tarde. Los principales centros existentes fueron el INRI, la Clínica del Trabajo, el Hospital del Rey, el Dispensario de la Cruz Roja, el Hospital San Rafael y el Hospital del Niño Jesús, contando los cinco primeros con una experiencia en el ámbito de la reeducación previa a la Guerra Civil, mientras que el último la alcanzó en los cincuenta para dar respuesta al problema de los niños con poliomielitis. Dos de ellos eran de carácter privado (el de la Cruz Roja y el Hospital San Rafael) y el resto públicos, pero dependientes de distintos ministerios lo que influyó poderosamente en la mayor o menor disponibilidad de presupuesto para llevar a cabo las reformas necesarias para modernizar o instaurar servicios de Rehabilitación modernos, bien dotados tanto de equipamiento como de profesionales especializados.

Un caso muy llamativo fue el de la **Clínica Nacional del Trabajo**, dependiente del Instituto Nacional de Previsión y, por tanto, del Ministerio de Trabajo, con acceso a los recursos generados por los seguros. Este centro, que reanudó su actividad en 1940, tuvo más facilidades para reequiparse y constituirse en un centro de referencia para la atención a los discapacitados por accidentes del trabajo, tal y como señaló Pierquin en su informe. De hecho, en 1964, cuando recibió la visita de este consultor de la OMS, la clínica estaba dirigida por López de la Garma, jefe del departamento de traumatología-ortopedia, y desarrollaba una importante labor asistencial, pero también formadora de especialistas, restringida a los médicos, punto este negativo que señaló Pierquin, ya que en su opinión debería destinarse también a la especialización de fisioterapeutas. Las instalaciones de la clínica le causaron una buena impresión, señalando que poseía una buena sala de fisioterapia bien equipada, una estupenda piscina funcional, 2 salas de electroterapiasalas de examen, una sala de documentación con biblioteca, una estupenda sala de conferencias y de proyecciones, y una pequeña sala de ergoterapia, que él juzgaba desproporcionada para todo el equipamiento con que contaba, aunque también destacó que se estaba construyendo una buena sala de ergoterapia. Sin embargo, las bondades con que contaba el centro no le parecían apropiados para su mucha actividad y consideraba exiguos los locales (Pierquin, 1965). Es preciso indicar también que esta clínica estuvo funcionando en esas condiciones hasta 1966, cuando su equipo sanitario se trasladó a la nueva Ciudad Sanitaria La Paz de la Seguridad Social para integrar su Servicio de Rehabilitación y Traumatología (Climent, 2009).

Frente a este caso, podemos mencionar los casos del Hospital del Rey y el Hospital Infantil del Niño de Jesús, cuya adaptación para estar en condiciones de ocuparse de la rehabilitación de los niños con polio se demoró mucho por falta de recursos, mientras el problema se incrementaba. De hecho, **el Servicio Antipoliomielítico del Hospital del Niño Jesús**, creado en 1951 y que debía servir como modelo a extender a aquellas provincias en las que hubiera casos de polio, quedó limitado al caso de Madrid y su desarrollo requirió más de ocho años por falta de recursos. Este establecimiento dependía de la Dirección General de Sanidad y, por tanto, del Ministerio de la Gobernación, no disponiendo de un presupuesto propio. De ahí las dificultades para, conforme al decreto de su creación, dotarle de una sección de pacientes externos (atendida por enfermeras) y otra de hospitalización, instalada en uno de los pabellones del mencionado hospital, atendida por un cirujano ortopeda, un interno del hospital, un

médico virólogo de la Escuela Nacional de Sanidad y enfermeras. Con parquedad de recursos se constituyó también el espacio de rehabilitación para los niños con secuelas de la polio. No obstante, según la información proporcionada por Pierquin, la demora en su acondicionamiento dio sus frutos. De forma que, en 1964, contaba con equipamiento y capacidad de 200 camas para hospitalizar a niños con polio y que requirieran rehabilitación, que estaban infrautilizados, dado el descenso de la polio. La parte de Rehabilitación, alojada en la planta baja, estaba dirigida por el médico cualificado Olaizola. El servicio comprendía: salas de fisioterapia, sala de hidroterapia con una buena piscina y un tanque, sala de electroterapia, y se iba a instalar la ergoterapia, aunque faltaba personal especializado y equipamiento. De hecho, relacionado con esa falta de personal, Pierquin consideró la práctica habitual de dicho centro de que, durante la rehabilitación estaban presentes madres, hermanas y otra familia de los niños. Sin duda dicha práctica permitía a los familiares instruirse y poder aplicar luego el tratamiento en casa, pero también permitía ayudar y suplir la falta de personal cualificado. A pesar de esas carencias, la opinión de Pierquin sobre este centro era favorable y propuso su reconversión para ser utilizado para la rehabilitación de otro tipo de discapacidades físicas ante el descenso de los casos de polio (Pierquin, 1965).

**El Hospital del Rey** fue otro de los centros, también dependiente de la Dirección General de Sanidad y, por tanto, del Ministerio de la Gobernación, con dificultades para contar con financiación para acomodarse a los nuevos estándares internacionales de lucha contra esta enfermedad. De hecho, en 1955, se planteó la creación de un Servicio Nacional antipoliomielítico, coincidiendo en el tiempo con la valorización de este tipo de servicios en el 4º Congreso internacional sobre la polio. Torres Gost, director entonces del hospital, viajó a Inglaterra, París (Hôpital des Enfants Malades, Garches), Munich (Sección de Poliomiélitis del Servicio de Pediatría), Bolonia y países escandinavos con el fin de recoger información para diseñar el servicio de la forma más apropiada para la nueva situación (Torres Gost, 1975:134). Sin embargo, no fue hasta 1958, cuando se decidió instaurar este Servicio en el Pabellón III del Hospital del Rey, lo que implicó la división de cada una de las salas anteriores en dos, con ocho camas cada una, para posibilitar que una enfermera pusiera a los niños las férulas posturales para corregir las retracciones y les mantuviera siempre secos. Además de numerosas reformas y del establecimiento de un servicio para tratar las formas de parálisis respiratoria, fue preciso dotarlo de un importante equipamiento y de personal sanitario

especializado en un momento de penuria económica que retrasó su inauguración oficial hasta 1960 (aunque comenzó a recibir enfermos a mediados de 1959, año en el que se alcanzó el mayor número de pacientes), cuando el número de casos registrados y de personas con secuelas era ya muy elevado.

El Servicio Nacional de Poliomiélitis quedó integrado por varios médicos especialistas: un joven cirujano ortopeda (Truchuelo), un neurólogo (Rabano), un rehabilitador (Salvia) formado en el Centro de reeducación de Garches (París), un psiquiatra, un cardiólogo y un radiólogo, así como becarios, seis enfermeras y once fisioterapeutas (no siempre fáciles de conseguir en estos momentos ante la alta demanda) (Torres Gost, 1975:139). Con este personal se prestaba atención a 120 niños. Se contó también con maestras, alguna de ellas enfermó y fue atendida en el propio hospital. Disponía de un gimnasio y baños. Piezas claves de la asistencia antipoliomielítica -ya no limitada a la fase aguda de la enfermedad- fueron la balneoterapia, la fisioterapia y la ortopedia, que han quedado reflejadas en las historias clínicas de esos años. La revisión de dichas historias ha permitido igualmente ver el peso creciente que la cirugía ortopédica para corregir secuelas alcanzó en este centro. Este centro le causó una buena impresión general a Pierquin, indicando que el pabellón de polio albergaba más de 100 niños. El Servicio de Rehabilitación le parecía correcto, aunque echaba en falta la existencia de una formación reglada del personal.

Por lo que se refiere al **INRI** de Carabanchel, ubicado en un palacete del Marqués de Salamanca y dependiente del Ministerio de Educación, estaba dirigido en 1964 por el facultativo Lozano Azulas, recibiendo 160 inválidos de todo tipo para su reeducación o rehabilitación social y profesional. Este centro había sido capaz de recuperar su función previa a la guerra civil, y contaba con médicos, fisioterapeutas, psicólogos y maestros, pero en él la rehabilitación médica tenía un lugar más secundario, poseyendo una orientación más dirigida a la rehabilitación profesional, que se traducía también en su equipamiento. De hecho, según Pierquin (1965), en la parte de rehabilitación médica había una sala de cirugía y de rehabilitación, esta última contaba con una sala de gimnasia con aparatos antiguos y otra sala de electroterapia, pero no había espacios ni para la hidroterapia ni la ergoterapia. Sin embargo, su fuerte era la parte escolar, parte profesional (talleres), y de orientación (psicólogo), y zona de alojamiento (internado). Dicho centro era utilizado en la formación de los médicos especialistas para realizar prácticas (Pierquin, 1965).

Por su parte, **el Hospital San Rafael**, centro privado religioso dependiente de la Orden de San Juan de Dios, en este período trató de adaptarse a las nuevas necesidades, pasando de ocuparse mayoritariamente de atender a los niños con secuelas por tuberculosis a tratar a las víctimas de la polio o de cualquier otra tipo de discapacidad física. En 1957, se inauguró en sus locales una Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). La necesidad de renovar sus instalaciones llevó a proyectar un nuevo edificio, su actual sede, cuya primera piedra se colocó en 1963, inaugurándose en 1969 con una nueva configuración asistencial acorde con los tiempos y bajo la denominación de Hospital Infantil San Rafael. Sin embargo, durante la visita de Pierquin en 1964, aún no se contaba con un servicio de Rehabilitación, fundamentalmente por dos razones. La primera porque el presupuesto del centro dependía casi exclusivamente de donativos privados, y la segunda porque, según Pierquin, la dirección del establecimiento se aferraba a las formas antiguas de hacer medicina. De modo que, aunque existiera servicio y Escuela de Fisioterapia, los médicos no mostraban interés en la rehabilitación. No obstante, la dirección decía que iba a instalar un servicio de Rehabilitación en el nuevo edificio aún en construcción. Al objeto de que ese servicio reuniera los estándares internacionales del momento, juzgaba Pierquin imprescindible ver los planos del futuro edificio para comprobar si dicho Servicio de Rehabilitación contaría también con fisioterapia, ergoterapia y rehabilitación médica, y la enseñanza de cada una de estas especialidades (Pierquin, 1965).

En cuanto al **Dispensario de la Cruz Roja**, situado al lado del hospital central de la Cruz Roja que contaba con una tradición en el ámbito de la rehabilitación, adquirido inicialmente mediante la atención de los mutilados de la guerra de Marruecos en su etapa final, que ya en 1929 se ocupó de las víctimas de la polio al igual que tras la guerra civil (Porrás, Heras, 2016). Este establecimiento era también privado. Su servicio de Rehabilitación estaba ubicado en el sótano (y allí permaneció hasta finales de los ochenta del pasado siglo) y lo dirigía el competente médico Rafael González Mas, proporcionando atención a pacientes hospitalizados en el hospital y también a pacientes externos, que tuvieran cualquier tipo de patología. El Servicio estaba constituido por una gran sala de gimnasia, un espacio de fisioterapia con personal poco numeroso y, sólo, la mitad titulados en la propia escuela de la Cruz Roja, una buena sala de ergoterapia, una instalación de hidroterapia con bañeras y piscinas. Sin embargo, según

Pierquin, a esta buena estructura le faltaba actividad para aprovecharla mejor (Pierquin, 1965).

A los centros asistenciales mencionados, se añadieron otros nuevos, como el Dispensario Central de Rehabilitación de la calle Maudes, el nuevo Hospital Clínico Universitario, el Hospital Puerta de Hierro, la Clínica de La Concepción, el Hospital General o Provincial y el Instituto de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

El **Dispensario Central de Rehabilitación** de la calle Maudes, anteriormente dedicado a pacientes antituberculosos, surgió como eje del nuevo Programa de Rehabilitación que se estableció a partir de 1957 y dependía del Gran Hospital. Conforme indicó el consultor de la OMS, el médico R.M. Malan, funcionario regional para la Medicina del Trabajo y la readaptación, en su informe de la visita realizada a nuestro país del 19 al 25 de marzo de 1962, poseía un Servicio de Fisioterapia, dirigido por Izquierdo que había sido becado por la OMS, pero existía falta de fisioterapeutas y el Servicio de Ergoterapia no disponía de espacio suficiente para desarrollar su actividad, que esperaba se pudieran solucionar cuando se dispusiera del nuevo edificio. Éste debía ser terminado previsiblemente a finales de 1962 y principios de 1963, y albergaría un servicio de Rehabilitación, que se uniría al servicio de Fisioterapia y al de Ergoterapia, y su director sería Cecilio González. Este centro desarrollaba una actividad formativa a la que acudía personal de centros madrileños, pero no de fuera de Madrid. Además, a Malan le preocupaba también que no existiera ninguna persona española con la misma preparación, como la comisionada por la OMS, Mlle. Abella (Malan, 1962). El Dispensario Central de Rehabilitación posteriormente se transformaría en el Instituto Provincial de Rehabilitación y se ubicaría en la calle Francisco Silvela, en donde permanece en la actualidad, dependiendo del Hospital Gregorio Marañón.

Otro de los productos de ese nuevo marco para el ámbito de la Reeduación, creado en 1957, fue el plan propuesto por Enrique Bravo (Bravo, 1958). Los centros de rehabilitación, cuya estructura y funcionamiento ideal fueron descritos en un informe presentado por Enrique Bravo (Bravo, 1958), estuvieron influidos directamente por los modelos puestos en marcha en algunos de los países europeos más avanzados. En el caso de Bravo, su estancia, subvencionada por la OMS, en el emblemático hospital francés de Garches, fue decisiva. Se valoraba positivamente la potencialidad de estas instituciones que podían permitir recuperar la funcionalidad perdida, preparar para el desempeño de una profesión y, con ello, facilitar la integración en la sociedad. La

rehabilitación debía ser tanto física como psicosocial y bajo dirección médica y psicológica. La meta buscada era lograr el mayor grado posible de autonomía motora de los que les permitiera valerse por sí mismos.

Para lograr estos objetivos tan ambiciosos, el informe recogía aspectos muy variados y detallados de estos centros de rehabilitación, desde la ubicación geográfica más adecuada a la distribución de los servicios que incluían desde la sala de consultas y de hospitalización a laboratorios, las diversas modalidades de terapias físicas (hidroterapia, cinesiterapia, electroterapia), la zona de ortopedia, los espacios de ergoterapia, las salas de enseñanza y juegos y los servicios sociales.

Otro de los principales aspectos recogidos en el informe de Bravo, fue la necesidad de crear de una red de centros de rehabilitación, en cuyo diseño siguió el autor los consejos del primer informe de expertos de la OMS en temas de rehabilitación (OMS, 1958). Sin duda este tipo de centro integral de rehabilitación, propuesto por Bravo, era difícil que se pudiera concretar en la realidad y en todos los lugares, pero esta visión holística y global se veía clara -aunque todas las opiniones no fueran coincidentes- puesto que los niños afectados estaban, en su mayor parte, en edad escolar, y una vez superada la fase aguda, tenía que pasar a un primer plano la forma de evitar en lo posible la pérdida de años de formación escolar y profesional. La creación de centros mixtos de rehabilitación médica y profesional parecían los más adecuados para los niños (González Más, 1966: 153) e incluían entre sus objetivos el trabajar tanto con los pacientes como con sus familias y su entorno comunitario.

Uno de los centros que sorprendió positivamente a Pierquin fue el nuevo **Hospital Clínico Universitario**, ubicado en el enorme edificio inaugurado en 1962, ubicado en la Ciudad Universitaria, cerca de la también nueva facultad de Medicina. En él, uno de los médicos que destacaba era Martín Lagos, profesor de Cirugía general y Ortopedia, con el que se entrevistó Pierquin y que, en opinión de éste, fue de los primeros en “comprender la importancia de la Rehabilitación” y se había ocupado de su organización, primero en su propio servicio y más tarde como un servicio central polivalente en el citado hospital. Este servicio estaba dotado de unos magníficos locales, en los que destacaba la sala de gimnasia, el local para hidroterapia, una piscina, salas de ergoterapia, los locales para elongaciones vertebrales, el material ortopédico y protésico, rehabilitación, espacio para la terapia física, también para la documentación. Se contaba igualmente con un anfiteatro para la enseñanza de médicos y resto de

sanitarios. Sin embargo, como señaló Pierquin, esos excelentes espacios no se correspondían con los materiales disponibles. De hecho, faltaban revistas, libros, fotos, películas y cualquier recurso necesario para la formación, pero también había escasez de equipamiento de ergoterapia, terapia física, prótesis... Además, había un problema más grave respecto del personal, como ocurría en otros centros, faltaba personal, especialmente el bien formado, y no podían desempeñar un trabajo a tiempo completo por no haber voluntad ni interés por dotar plazas para profesionales bien formados y entregados completamente a los trabajos de la rehabilitación. Esta circunstancia era aún más grave por la gran demanda de enfermos niños y adultos que había. Otro aspecto negativo era la falta de zona de hospitalización para llevar a cabo la rehabilitación. A estos puntos débiles había que añadir el cierre de algunos servicios clínicos durante el verano (Pierquin, 1965).

También nuevo era el **Hospital Puerta de Hierro**, de gran tamaño, que estaba dirigido por el emblemático médico Segovia. El servicio de Rehabilitación, dirigido por el facultativo Mariano González, muy bien cualificado por su experiencia asistencial en el Dispensario de Maudes y en el extranjero, contando igualmente con experiencia en el ámbito de la docencia. Este servicio era verdaderamente central y polivalente, como el del Hospital Clínico, estando igualmente a disposición de todo el hospital, en donde la Rehabilitación estaba teniendo muy buena aceptación entre los distintos jefes de servicio, que eran médicos jóvenes y más modernos científicamente hablando. Se contaba igualmente con locales magníficos, aunque nuevamente había falta de material y personal cualificado (Pierquin, 1965).

Otro de los hospitales que contaba con instalaciones de rehabilitación era la **Clínica La Concepción**, privada, pero con intervención estatal, dirigida entonces por el afamado médico Jiménez Díaz. El Servicio de Rehabilitación de esta clínica le decepcionó a Pierquin por el escaso desarrollo habido desde que había comenzado la ejecución del Plan España-23. De hecho, este servicio no parecía tener coordinación real. Estaba a disposición de los otros servicios del hospital, pero no parecía usarse bien. Esta situación de descoordinación parecía deberse al vacío registrado en el Servicio de Rehabilitación tras abandonar la jefatura de dicho servicio la Doctora Gregory, médico que adquirió buena formación especializada fuera de España con una beca de la OMS, pero que tras realizar un buen trabajo en dicha clínica, decidió a la consulta privada por su cuenta. Para reemplazarla había llegado hacía 3 meses la doctora María Luisa

Fernández Ballesteros, que se había especializado en el Reino Unido y Dinamarca y parecía mostrar interés por la rehabilitación, aunque prefería ocuparse de la electromiografía, en vez de la Rehabilitación. Se contaba con un servicio de Fisioterapia que disponía de un buen espacio para ello y para la hidroterapia. Aunque de los 6 fisioterapeutas de que disponía, únicamente 2 eran titulados, siendo uno de ellos la Srta. Chapinal de la Escuela de Nancy, formada en Ergoterapia con beca de la OMS, que realizaba ese trabajo en espera de poder contar con un puesto de Ergoterapeuta. La doctora Ballesteros se quejaba de la falta de documentación, ya que ni siquiera estaban los libros que había enviado la OMS. La impresión de Pierquin tras su visita fue que, al igual que el servicio de Rehabilitación del Hospital provincial le parecía servicios abandonados y deseaba que hubiera el apoyo para disponer de espacio para proceder a una remodelación y de presupuesto para que la joven médico pudiera desempeñar su trabajo (Pierquin, 1965).

Por su parte, el **Hospital general o provincial**, necesitaba gran renovación, comenzando por la construcción de un nuevo y moderno hospital. A pesar del deterioro que presentaba, disponía de buenos profesionales a cargo de los servicios de Cirugía (dirigido por el Dr. Vaquero) y Rehabilitación. Del último se ocupaba el médico joven y competente, Dr. Pastrana, que con una beca de la OMS se había especializado en el Reino Unido (3 meses) y en Dinamarca (8 meses). Este centro recibió varias críticas, siendo las principales la ubicación del servicio de rehabilitación en el sótano, lo pequeñas y viejas que eran sus instalaciones. Se contaba con tres espacios pequeños para ejercicios, otro para Ergoterapia, pequeñas bañeras y una piscina inutilizada. Había únicamente algún material nuevo proporcionado por UNICEF. Respecto del personal, que presentaba los mismos problemas de dedicación y remuneración presentes en los hospitales anteriores, Pierquin señaló que allí trabajaban 6 o 7 fisioterapeutas. A pesar de las deficiencias observadas, el centro proporcionaba formación de médicos especialistas y fisioterapeutas. Ahora bien, Pierquin consideró imprescindible la introducción de mejoras para que pudiera funcionar dicho servicio mientras se tiraba y reedificaba el edificio. Sin embargo, Pastrana pensaba hacer mejoras mínimas.

También se contaba con un Servicio de Rehabilitación, aunque modesto, en el **Instituto de Higiene y Seguridad en el trabajo**, dependiente del Ministerio de Trabajo, creado durante el franquismo, pero de mucho menor tamaño que los centros mencionados hasta

ahora. En él trabajaba el médico Blanco Argüelles, que tuvo un destacado papel en nuestro ámbito de estudio.

Los centros comentados anteriormente se completaban con los hospitales del Seguro obligatorio de enfermedad (SOE), y las nuevas residencias sanitarias que se fueron construyendo y poniendo en marcha para atender a una población que se incrementaba paralelamente a las ampliaciones de la cobertura del SOE en los años cincuenta y, a partir de 1963, de su transformación en un sistema de Seguridad Social. En el caso de Madrid estos nuevos centros se hicieron realidad desde mediados de los sesenta, contándose con la Ciudad Sanitaria La Paz (1964), el Hospital Francisco Franco (1968), luego denominado Gregorio Marañón y el 1 de octubre (1968), posteriormente conocido como Hospital 12 de octubre.

## **5.2. Los servicios y espacios de la Rehabilitación en Barcelona**

Barcelona también contó con profesionales convencidos del valor de la Rehabilitación, como fue el profesor Ramón Sales Vázquez, pionero del desarrollo de dicha especialidad allí, que contó con la colaboración de sus destacados ayudantes: Francisco Barberá Carré, jefe médico de rehabilitación de la Mutua Metalúrgica de Seguridad, y el Dr. Bravo, representante de la Dirección General de Sanidad. Comparado con el caso de Madrid, se advierten diferencias no sólo en cuanto a la cantidad de las instalaciones, sino también respecto del tipo y la antigüedad de las mismas. Siendo más frecuentemente, obra reciente perteneciente al periodo final de los cincuenta, cuando fue preciso atender al problema de los niños afectados por polio.

Entre los centros cabe mencionar el **Hospital de la Cruz Roja de Barcelona**, cuyo servicio participó activamente en las tareas formativas, destacando la impartición del primer curso de especialización, con una duración de dos años, se impartió en 1958 promovido por Francisco Barnosell y José María Poal, del Servicio de Rehabilitación del dicho Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, y que fue auspiciado por la Sociedad Española de Rehabilitación creada poco antes. Barnosell dirigía desde 1949 el Instituto de Medicina correctiva de Barcelona y cinco años después, en la Tercera Conferencia Internacional sobre polio celebrada en Roma, presentó la película “La fisioterapia y reeducación de las secuelas poliomiélicas” (Poliomyelitis, 1955). En 1957 asistió también a la Cuarta Conferencia (Poliomyelitis, 1958) junto con un grupo de médicos que asimismo atendían a enfermos de polio en Barcelona, como Rafael Esteve de

Miguel, Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital San Juan de Dios y, posteriormente, del Servicio de Cirugía Ortopédica del Hospital de San Rafael y del Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Hospital Municipal de Infecciosos, además del director de la Unidad de Rehabilitación del Hospital del Mar, José María Sala Ginabreda, director de la Clínica Pediátrica de este mismo hospital, M. de la Iglesia y José María Espalader, pediatras de la Sala de Poliomielitis de la Clínica Universitaria de la Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina y Rafael Sales Vázquez, director del Servicio de Parálisis Infantil del Hospital Clínico y del Centro de Rehabilitación y Traumatología de la Seguridad Social de Barcelona (quien también asistió a la Tercera y Quinta Conferencias en 1954 y 1960 respectivamente) (Poliomyelitis, 1961).

Los principales centros con rehabilitación existentes en Barcelona fueron el Hospital de la Cruz Roja, el Hospital San Pablo, el Hospital Clínico universitario, la Mutua Metalúrgica de Seguridad, el Centro de Rehabilitación de Tarrasa, el Hospital de enfermedades infecciosas y el Centro de Reeducción de los IMC de Montjuich.

Uno de los centros de mayor envergadura era el **Hospital clínico universitario**, establecimiento antiguo integrado de varios edificios, siendo alguno de ellos nuevo. Su Servicio de Rehabilitación fue establecido en 1949 por Sales Vázquez, siendo inicialmente una simple sala para gimnasia, que había ido creciendo y dotándose de material. Se ubicaba en el sótano y había 3 médicos: Balaguer, Onorbe y BarberáCarre. Este último fue beneficiario de becas de la OMS en 1953, 1955, 1959 y 1961 para estudios especializados en el extranjero. Se disponía también de asistente social, 3 psicólogos, sala de cinesiterapia, pero faltaban instalaciones para electroterapia y electromiografía. A pesar de estas carencias su funcionamiento era bueno (Pierquin, 1965).

Por su parte, el **Hospital San Pablo**, dirigido por un Patronato mixto (religioso-municipal) era un centro antiguo, que contaba con Servicio de Cirugía Ortopédica, dirigido por Bosch Olives, que tenía anexada una sección de Rehabilitación destinada sobre todo para los enfermos quirúrgicos. Dadas, sus características, los médicos Vicente Lavilla Galindo y José Roig Puerta se ocupaban poco de esta sección porque ellos pertenecían a Cirugía. Se disponía de 6 fisioterapeutas, no estando todos titulados, aunque el hospital tiene su propia Escuela de Fisioterapia, dirigida por Elena Salva, que se había especializado en el extranjero (Pierquin, 1965).

Un centro más nuevo que los anteriores era el de la **Mutua Metalúrgica de Seguridad**, que disponía de un magnífico edificio recién construido en el centro de la ciudad para accidentados del trabajo, dirigido por el médico Bartolomé Salas. Sin embargo, cuando se construyó se pensó solo en la Cirugía y no en la Rehabilitación, razón por la que el primer servicio era ultramoderno y magnífico mientras que el de Rehabilitación era exiguo. Dicho servicio estaba constituido por una sala de kinesiterapia con material variado, otra de hidroterapia con tanques antiguos y una sala de electroterapia. De la dirección de este servicio se ocupaba el capacitado médico BarberáCarre, formado en el extranjero, y que compartía este trabajo con el desempeñado en el Hospital Clínico. Había además 4 fisioterapeutas formados en Barcelona, pero no se contaba con personal de Ergoterapia. Dada la importancia que había adquirido la Rehabilitación ya en 1964 se había previsto la construcción de un edificio enfrente para albergar un buen servicio de Rehabilitación (Pierquin, 1965).

Aunque Barcelona contaba también con un **Hospital de enfermedades infecciosas**, a diferencia de Madrid, éste disponía de una sección mediocre de rehabilitación, alojada en el sótano del pabellón, en la que, como ocurría en el Hospital infantil del Niño Jesús de Madrid, la familia participa en los cuidados de rehabilitación de los niños (Pierquin, 1965).

Los dos últimos centros que nos quedan por comentar corresponden a iniciativas particulares de industriales catalanas y tienen como objetivo la atención de niños con IMC.

El **Centro de Rehabilitación de Tarrasa**, era pequeño y estaba pegado al Hospital “Casa de Caridad de San Lázaro”, construido poco antes de la visita de Pierquin por un industrial, cuyo hijo tenía IMC. Lo dirigía Palazzi y Sales Vazquez figuraba como consultor, mientras que eran otros médicos los que se ocupaban de prestar la asistencia. Tenía 5 fisioterapeutas (1 sueca, 1 inglesa y 3 de España) y una ergoterapeuta, formada en el Reino Unido. Este centro poseía buenos locales, disponiéndose de fisioterapia, hidroterapia y electroterapia. Estando previsto la instalación de la Ergoterapia. Era un centro polivalente (Pierquin, 1965).

Por su parte, el **Centro de Reeducción de los IMC de Montjuich**, construido en 1961 con capital privado recogido por la Asociación de padres de niños con IMC. Estaba dirigido por el médico V. Ponce Verge, formado en París, que había escrito un libro

sobre la parálisis cerebral. Este centro contaba con Departamento de Fisioterapia (con 7 fisioterapeutas, 2 de los cuales poseían con formación en el Reino Unido y Francia, y material abundante y moderno); el Departamento de Ortofonía (y logopedia) con material abundante y personal especializado; el Departamento de Ergoterapia (con 4 ergoterapeutas, formados en Bélgica y Francia) y el Departamento escolar. Según Pierquin, su funcionamiento era satisfactorio y podría servir de ejemplo para la región y España respecto al abordaje del problema de la IMC (Pierquin, 1965).

Para finalizar, nos parece oportuno señalar que los expertos de la OMS que visitaron nuestro país, a la hora de evaluar de forma general la situación de la Rehabilitación en España coincidieron en señalar como debilidad la dependencia del Patronato Nacional de Rehabilitación del Ministerio del Interior, que estaba situado a un nivel menos elevado que los de los Ministerios de Trabajo y de Educación, que también tenían intereses en el tema de la Rehabilitación, y que no contaba con un presupuesto propio, dependiendo financieramente de la Dirección General de Sanidad (Malan, 1962).

Otro punto negativo era la duplicidad de servicios especializados, coincidiendo a veces en una misma localidad, centro de Rehabilitación (dependiente de la Dirección General de Sanidad), otro del INP (hospitales provinciales, las residencias) y otro privado (lego o religioso). Este fenómeno implicaba que fueran menos completos en cuanto a locales, equipamiento y personal especializado, lo que dificultaba el cumplimiento de sus fines de proporcionar una rehabilitación completa (física, mental, social, profesional y económica) (Malan, 1962).

Las recomendaciones de los consultores de la OMS estaban dirigidas fundamentalmente a corregir los problemas señalados y, sobre todo, el relativo a la escasez o falta de personal preparado para que pudiera asumir las funciones de los expertos de la OMS, que estaban de misiones en España (Malan, 1962).

Desde la perspectiva del consultor de la OMS Pierquin, aunque el número de centros de rehabilitación era insuficiente, no lo era tanto si se dotaba de servicios de rehabilitación a los hospitales de nueva creación. Pues bien, esto es lo que se fue haciendo en una buena parte de las nuevas residencias sanitarias de la Seguridad Social construidas a partir de mediados de los años sesenta. Por otro lado, el envejecimiento o inadecuación de las instalaciones, no era únicamente un problema en España, sino también en otros países europeos. Como solución, Pierquin (1965) propuso el establecimiento un documentado pactado que recogiera los requisitos y normas relativas a sus condiciones, ubicación, equipamiento... para los de nueva creación. Otro de

nuestros puntos negativos era la falta de material para la rehabilitación, difícil de adquirir por su elevado precio en muchos casos. Aunque en el que coincidieron casi todos los consultores de la OMS en señalar como nuestro principal problema era la falta de personal especializado, bien formado. Esta carencia, según Pierquin, era de dos tipos. Una relacionada con la formación, que había ido mejorando desde que se había establecido el Plan España-23, gracias a las becas de la OMS para adquirirla en los centros internacionales. La otra, era la falta de empleo acorde con ese grado de especialización, que suponía la imposibilidad de que estos nuevos especialistas que requería la rehabilitación consiguieran empleos a tiempo completo, bien remunerados, por lo que se veían obligados a realizar varios trabajos a tiempo parcial. Ello se traducía en las carencias descritas en los servicios de rehabilitación de los hospitales. Esta situación se podía mejorar mediante una reglamentación de requisitos y condiciones de trabajo del personal médico y paramédico.

## **6. Conclusiones**

La necesidad de atender a personas con discapacidades físicas ocasionadas sobre todo por accidentes laborales y de tráfico y por brotes de poliomielitis propició el desarrollo inicial de la rehabilitación en España en las décadas de los años 1950 y 1960. La OMS contribuyó a identificar las principales necesidades de recursos humanos y materiales para ofrecer esta ayuda especializada mediante las visitas de expertos consultores en el área de rehabilitación iniciadas en 1956. A través de los programas-país para España, especialmente el denominado España-23, se ofreció asesoramiento mediante la llegada de personal extranjero que impartía cursos de formación y se financiaron bolsas de estudio para realizar estancias en centros de prestigio de diversas partes del mundo. Los resultados tardaron en materializarse ya que, hasta mediados de los años setenta, los espacios físicos fueron insuficientes, al igual que los recursos materiales y los profesionales con una formación especializada, consecuencia en buena medida de un desinterés por parte de las autoridades y la falta de la financiación necesaria.

En el caso de Madrid, los servicios y espacios de la Rehabilitación se crearon en buena medida a partir de instituciones sanitarias ya existentes, que se adaptaron para hacer frente a un número progresivamente mayor de pacientes tras las graves epidemias de polio de los años cincuenta en nuestro país. Algunas de estas adaptaciones llegaron demasiado tarde.

## **Agradecimientos**

Este trabajo se ha realizado en el marco de dos proyectos del MINECO focalizados en el campo de los programas-país en el contexto de las relaciones entre España y la Organización Mundial de la Salud (HAR2015-70688-C2-2P-FONDOS FEDER), y del problema de la poliomielitis en España (HAR2012-39655-C04). Asimismo se ha contado con la ayuda del Programa Prometeo de la Generalitat Valenciana (PROMETEOII/2015/015) y de la ayuda al Grupo SALHISOC de la UCLM (GI20173982).

## **Fuentes**

Asilo hospital de San Juan de Dios. Memoria del año 1933, 1934. Imprenta Ortega, Valencia.

Bastos, M., 1921. Tratamiento de la parálisis infantil por el médico general. Saturnino Calleja, Madrid.

Bastos, M., 1924. Los resultados de la Cirugía de rehabilitación en nuestros inválidos de guerra. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 44, p. 603.

Bastos, M., 1936. El problema de los inválidos visto a través de observaciones hechas en el Instituto Nacional de Reeducción. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 55, p. 213.

Burguera Serrano, A., 1913. Reseña histórico-descriptiva del Asilo de San Juan de Dios de Valencia. José Ortega, Valencia.

European Association against Poliomyelitis. Vaccination and Immunity. Neurophysiological and neuropathological aspects of Polyomyelitis, V Symposium, Madrid, 28-30 Septiembre, 1958, 1959. EAP, Brussels.

López Fernández, A., 1933. Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa. En: Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales. Inspección Provincial de Sanidad, Valencia.

López Fernández, A., 1964. Estado actual del tratamiento de la poliomielitis. Colegio Oficial de Médicos de Cuenca, Cuenca.

López Fernández, A. y BatallerSallée, J.E., 1958. Prevención de las deformidades poliomielíticas en la fase crónica. En: Bosch Marín, J. (Dir.). Aportación española al V Simposio Europeo de Poliomielitis. Dirección General de Sanidad, Madrid.

Malan RM, 1962. Rapport sur une mission en Espagne du 19 au 25 mars, 1962. 9 p. EUR-Espagne-23, AT 12-59. WHO Archive. Geneva.

Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Valencia. Valencia.

Nogales Puertas, B., 1939. La Reorientación y colocación profesional de mutilados de Guerra (Estudio de Organización Nacional). Santiago.

Oller, A., 1918. Algunos comentarios a la ley de accidentes del trabajo. Los Progresos de la Clínica, 12, p. 380.

Oller, A., 1923. Estado actual de la reeducación profesional de inválidos del trabajo en España y en el extranjero. Los Progresos de la Clínica, 25, p. 2

Oller, A., 1924. La reeducación profesional de los inválidos del trabajo en España y en el extranjero. Revistamédica de Barcelona, 22, p. 128.

Pierquin, L., 1965. Rapport sur une mission en Espagne du 28 septembre au 24 octobre 1964. 65 p. WHO Historical Archive. EUR- Espagne -23; E/ICEF/L.982 (mimeo).

Poliomyelitis, Papers and Discussions presented at the Third International Poliomyelitis Conference, 1955. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

Poliomyelitis, Papers and Discussions presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference, 1958. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

Poliomyelitis, Papers and Discussions presented at the Fifth International Poliomyelitis Conference, 1961. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

Quarterly Reports, CC-7- EURO, WHO Archive, 1952, 1953, 1954

Safford, F. Rapport sur une mission en Espagne par le... 20 mai-10 juin 1959. 32 p. WHO Historical Archive. EUR-ESPAGNE 3&23, mimeo.

Safford, F.K.; Jansson, K., 1959. Programa nacional de rehabilitación de niños físicamente disminuidos. Informe sobre una misión en España. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, Madrid.

San Martín, A., 1903. Comentarios quirúrgicos a la ley de accidentes del trabajo. Conferencia dada el 23 de mayo de 1903 en la Real Academia de Jurisprudencia. Imprenta de I. Calleja, Madrid.

Torres Gost, J., 1975. Medio siglo en el Hospital del Rey. Biblioteca Nueva, Madrid.

UN, 1950, The International Society for the Welfare of Children. Standing Committee on non-governmental organizations. WHO historical archive, MH 996.50

WHO. Education and Training. Therapy, prophylaxis and medical rehabilitation. Catalogue of the material of the WHO. Second generation of files, 1950-1955. Third generation of files, 1955-1983.

WHO, 1958, Technical Report Series, no. 158

WHO, 1969. Technical Report Series, no. 419.

## **Bibliografía**

Águila Maturana, A.M., 2000. El debate médico en torno a la rehabilitación en España (1949-1969). Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Álvarez, A., 2015. Lo ganado y lo perdido después de dos décadas desde que América Latina fue declarada zona libre de poliomielitis. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 22 (3), 923-924.

Bachiller, A., 1984. Historia de la medicina del trabajo en España. La obra científica del prof. Antonio Oller Martínez. Universidad de Valladolid, Valladolid.

Ballester Añón, R., 2011. Los informes de los Comités de Expertos de las organizaciones sanitarias internacionales como fuentes para el estudio de las políticas sanitarias y los problemas de salud pública en contextos locales (1948-1978). En: Porras Gallo, M. I. et al. (Eds.). *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*. Universidad de Castilla la Mancha, Ciudad Real, pp. 195-224.

Ballester Añón R., 2012. Los organismos sanitarios internacionales y la rehabilitación de los niños con discapacidades físicas. El caso español como modelo (1948-1975). *Estudios do Século XX*, 12, 89-101.

Ballester Añón, R., 2016. España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, Valencia.

Ballester, R.; Porras, M. I. y Báguena, M. J., 2013. La respuesta de las agencias internacionales (NFIP, OMS, AEP) al problema de la poliomielitis. En: Porras, M. I. et al. (Eds.). *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Los Libros de la Catarata, Madrid, pp. 73-93.

Barnes, C.; Mercer, G. y Shakespeare, T., 2003. *Exploring Disability*. Polity Press, Cambridge, pp. 20-27.

Beneito Lloris, Á., 2004. El Hospital Sueco-Noruego de Alcoi durante la Guerra Civil española. Alcoi.

Boix Barrios, J., 1979. *La pediatría que he vivido*. Sociedad Valenciana de Pediatría, Valencia.

Borsay, A. 2002. History, Power and Identity'. En Barnes, C.; Oliver, M. y Barton, L. (Eds.). *Disability Studies Today*. Cambridge, Polity Press, pp. 98-119.

- ClimentBarberá, J.M., 2001. Historia de la Rehabilitación. De la medicina física a la atención de la discapacidad. EdikaMed, Barcelona.
- ClimentBarberá, J.M., 2009. Historia de la Rehabilitación. De la medicina física a la atención de la discapacidad. 2ª ed., EdikaMed, Barcelona.
- Cooter, R., 2000. The Disabled Body. En: Cooter, R. y Pickestone, J. (Eds.). *Medicine in the Twentieth Century*. Rodopi, Amsterdam, p. 372.
- Corbín Ferrer, J.L., 1994. La Valencia marinera: del Grao a la Malvarrosa. Federico Doménech, Valencia.
- Doriguzzi, P., 1994. L'Histoire politique du Handicap. De l'infirmo au travailleur handicapé. L'Harmattan, Paris.
- González Domínguez, J.A., 2006. El proceso de institucionalización de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana y sus protagonistas (1950-2000). Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Granshaw, L. y Porter, R., 1989. *The Hospital in History*. Routledge, New York.
- Hamonet, C., 2004. *Les personnes handicapées*. PUF, París.
- Longmore, P. K. yUmansky, L., 2001. Introduction: Disability History: From Margins to the Mainstream. En: Longmore yUmansky (Eds). *The New Disability History. American Perspectives*. New York, New York University Press, pp. 1-29.
- LópezGrima, M.L., 2000. Álvaro LópezFernández. Reconstrucciónbiográfica, obra y estudio de su biblioteca.(Inédito).
- López Piñero, J.M., 1975. Las nuevas técnicas de investigación histórico-médica.
- Pons Pons, J., 2010. El Seguro Obligatorio de Enfermedad: la gestión de las entidades colaboradoras, 1942-1963. *Revista de Historia de la Economía y la Empresa*, 4, 227-248.
- Pons Pons, J., 2011. La gestión patronal del seguro obligatorio de accidentes de trabajo durante el franquismo, 1940-1975. *Revista de Historia Industrial*, 45, 109-143.
- Porrás Gallo, M.I., 2006. Medicine, social security, and occupational disabilities in Spain in the first half of twentieth century. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13 (2), 95-112.
- Porrás Gallo, M. I., 2010. Vulnerable populations and inequalities in sickness and in health: The rehabilitation of the disabled and/or invalids of the Spanish Civil War. *HygieaInternationalis*, 9 (1), 427-446.
- Porrás Gallo, M. I. yBáguenaCervellera, M. J., 2013. La lucha contra la enfermedad mediante las campañas de vacunación en Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha

- (1958-1975). En: Porras Gallo, M. I. et al. (Coords.). El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista. Libros de la Catarata, Madrid, pp. 141-169.
- Porras Gallo, M. I. y Báguena Cervellera, M. J., 2013. La respuesta institucional y científica frente a la enfermedad a través de los casos de Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha: atención sanitaria a la polio y sus secuelas y reintegración social de las víctimas. En: Porras Gallo, M. I. et al. (Coords.). El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista. Libros de la Catarata, Madrid, p. 100.
- Porras Gallo, M. I.; Báguena, M. J. y Ballester, R., 2010. Spain and the scientific conferences on polio, 1940s-1960s. *Dynamis*, 30, 117-144.
- Porras, M.I. y De las Heras, J., 2016. La Cruz Roja Española, la repatriación de los soldados de las guerras coloniales y el desarrollo de la ciencia médica en España, 1896-1950. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23 (3), 829-846.
- Porras Gallo, M. I. et al., 2012. La Asociación Europea contra la Poliomiélitis (AEP) y los programas de vacunación. *Dynamis*, 32 (2), 287-310.
- Porras Gallo, M.I. et al. (Coords.), 2013. El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España Franquista. Ediciones de La Catarata, Madrid.
- Rosen, G., 1985. El hospital: sociología histórica de una institución comunitaria. En : Rosen, G. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI, México, pp. 163-180.
- Stanton, J., 1999. Making sense of technologies in Medicine. *Social History of Medicine*, 12, 437-448.
- Stiker, H.J., 1997. *Corps infirmes et sociétés*. Dunod, Paris.
- Toledo Marhuenda, J.V., 2010. La poliomiélitis en España y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia. Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Toledo Marhuenda, J.V., 2013a. La poliomiélitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia: un acercamiento a la historia de las discapacidades físicas y a su tratamiento. Universidad Miguel Hernández. E-book.
- Toledo Marhuenda, J.V., 2013b. Las terapias físicas frente a la enfermedad y sus secuelas en Madrid, Valencia y Castilla La Mancha (1958-1975). En: Porras Gallo, M.I. et al. (Coords.). El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España Franquista. Ediciones de La Catarata, Madrid, pp. 120-160.
- Torres Medina, J. M. (Coord.), 1996. Gómez Ulla. Hospital Militar Central. Cien años de historia, 1896-1996. Ministerio de Defensa, Madrid, pp. 136-137.

Vitoria, M.,1974-75. Escuelas y talleres de aprendizaje para lisiados y tullidos.Asclepio, 26-27, 565-581.