

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 organismo internacionales a la realidad de la práctica en contextos locales. Estudios de caso (2): Valencia.

José Vicente Toledo Marhuenda. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan de Alicante. josetoledo@umh.es

Rosa Ballester Añón. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan de Alicante. Rosa.ballester@umh.es

María Isabel Porras Gallo. Facultad de Medicina de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha. 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

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 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, 20th 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 *Disability Studies*, que ha sido muy fructífero durante décadas, habiendo dado lugar más recientemente a la nueva aproximación de la “new Disability History” 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.

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. De los tres casos contemplados en el conjunto del trabajo de investigación, nos vamos a ocupar de uno, el valenciano, por ser especialmente significativo.

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, 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 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, 2006; Toledo, 2013b).

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.

En el presente estudio analizaremos sucesivamente el contexto internacional en el periodo objeto del trabajo, las misiones de consultores enviadas a España en el marco del programa ESPAÑA23 relativos a la situación de la Fisioterapia y la Terapia Ocupacional y el análisis del caso valenciano como modelo, mediante el estudio en profundidad de la red asistencial.

2.-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, considera 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 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).

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 el 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 discapacitadas 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 hubieran 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 otros tipos 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 cual fue la situación real en el caso de España como un ejemplo de la implementación práctica de estas recomendaciones.

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 (QuaterlyReports, 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.

3.- La realidad de los servicios españoles para discapacidades físicas vistos desde la mirada de los expertos internacionales: fisioterapia y terapia ocupacional.

La primera de las visitas indicadas corrió a cargo de Frank Safford y Kurt Janson expertos de la OMS en materia de rehabilitación de “niños disminuidos” (según la terminología del momento). Su objetivo era pulsar la realidad de la situación española en materia de servicios consagrados a este fin. El informe al que dio lugar dicha visita fue publicado por la Dirección General de Sanidad en 1959 (Safford, Janson, 1959). Lo más

inmediato fue identificar la carencia de formación específica en fisioterapia y, por consiguiente, la necesidad de que el organismo internacional enviara personal preparado a tal efecto. La Clínica de la Concepción de Madrid era el lugar que consideraban más adecuado por tratarse de la capital del estado y lugar de referencia, sobre todo, porque en dicho centro ya se contaba con aparataje de radioterapia, hidroterapia y electroterapia así como gimnasio. Los pacientes eran casi todos niños con parálisis cerebral y el staff consistía en 5 fisioterapeutas enfermeras especializadas, trabajador social y foniatra.

El análisis de los centros de demostraciones y de enseñanza mostraba un total de tres escuelas oficiales de Fisioterapia, emplazadas en Madrid, Barcelona y Valencia., Barcelona y Valencia. La primera, ubicada en el Hospital Universitario, había sido creada por Francisco Martín Lagos (1897-1972) y por Vicente Sanchis Olmos (1911-1963). El informe también señalaba la creación inminente de otra escuela en el Hospital Provincial. En el caso de Barcelona, el Hospital de la Cruz Roja y en el de Valencia, en la Escuela de Fisioterapia dirigida por Carlos CaballéLancry (1916-1981), catedrático de la Facultad de Medicina, académico numerario de la Real Academia de Medicina de Valencia y una personalidad clave en el desarrollo de la especialidad de medicina física y rehabilitación en España. La escuela valenciana fue la mejor valorada por el consultor (Safford, 1959).

Independientemente del informe de Safford, tenemos constancia de la existencia de otra escuela de fisioterapia en Madrid. Desde el año 1958, la capital de España también contó con otro centro de formación, la conocida como escuela para la enseñanza de Fisioterapia de la Hermandad “SalusInfirmorum”. Por Orden de 28 de diciembre de 1957, el Ministerio de Educación Nacional resolvió autorizar a dicha Hermandad la creación de una escuela para la enseñanza de la Fisioterapia a los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos. Sin embargo, tal y como le sucedería a Pierquin en 1964, en el informe se indica que no se permitió al consultor visitar estas instalaciones.

Las recomendaciones de este experto se dirigieron a canalizar el esfuerzo hacia la consolidación de tres escuelas de fisioterapia con el fin de conseguir una mayor calidad en la formación de los especialistas y una mayor eficiencia de los recursos destinados. Las sugerencias iban dirigidas a tres niveles: 1) el organizativo: cada una de ellas debería contar con un director consultivo; con un director efectivo (médico especialista

en rehabilitación); y con un fisioterapeuta como supervisor; 2) el formativo: deberían disponer de una selección de hospitales como centros de prácticas para los alumnos; 3) el de coordinación: esta formación profesional tendría que ser regulada por un órgano nacional, por un Consejo Nacional de Rehabilitación.

Finalmente, como conclusión general, a pesar de presagiar que el programa nacional de rehabilitación sería una tarea costosa y compleja, el informe de situación valoraba de forma positiva la disposición del país para emprender un plan de acción destinado a implantar un programa nacional de rehabilitación. Las recomendaciones concernientes a la ejecución de dicho programa nacional, fueron estructuradas en cinco puntos: recomendaciones al Gobierno; recomendaciones para la creación de tres escuelas de fisioterapia y una de terapia ocupacional; recomendaciones para el perfeccionamiento de algunos servicios de demostraciones y de formación; recomendaciones para la organización de la rehabilitación profesional y, finalmente, recomendaciones para las regiones de Madrid, Barcelona, Valencia y Oviedo.

El resultado final derivado del informe de Safford favoreció, a tenor de la grave situación en relación a las carencias del modelo de asistencia rehabilitadora dirigido a niños discapacitados, la creación del conocido como Plan de operaciones para la rehabilitación ESPAÑA-23, mediante un acuerdo de colaboración firmado a finales de 1960 y principios de 1961 entre el Gobierno Español, la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. El Consejo Nacional de Rehabilitación se ocupó de elaborar, dirigir, coordinar y controlar los acuerdos suscritos, entre los que se incluía la formación profesional en el campo de la rehabilitación, especialmente de los fisioterapeutas. Durante estos primeros años la OMS facilitó la formación de especialistas gracias al envío de un monitor de fisioterapia durante los primeros cursos.

El inicio del PLAN ESPAÑA-23 coincidió con la llegada, en 1960, de la consultora danesa de la OMS, (Brodsgaard, 1963). Su estancia en nuestro país se prolongó durante tres años, hasta diciembre de 1963. Los documentos redactados en cada una de las posteriores visitas, incluida la de Brodsgaard, evaluaron de manera específica la implantación de las medidas recomendadas en anteriores informes, con el fin de mejorar de forma progresiva las características del modelo de asistencia rehabilitadora en el contexto del Plan ESPAÑA-23. Esta experta, con el perfil profesional de fisioterapeuta, dedicó una parte de su informe final a la situación de las escuelas oficiales de

fisioterapia, aprobadas por el Ministerio de Educación, que en 1960 llegaban a seis: cuatro en Madrid –Hospital Clínico Universitario, Hospital de San Rafael, SalusInfirmorum, Hospital de la Cruz Roja–; una en Barcelona, de la Sección femenina de la Falange; y una, en Valencia en el Hospital Clínico Universitario. Al igual que las conclusiones derivadas de las anteriores visitas de expertos, la calidad docente de las escuelas de fisioterapia continuaba siendo deficitaria debido, entre otros motivos, a la ausencia de docentes con formación cualificada en técnicas específicas. Este hecho provocaba que la calidad de la enseñanza y los contenidos impartidos fueran muy diferentes en las escuelas evaluadas. Su informe recomendaba la presencia de monitores extranjeros, expertos fisioterapeutas, con experiencia en la práctica y con presencia durante el periodo de años que se considerara adecuado para poder formar a toda una generación de fisioterapeutas españoles que actuara como monitor de promociones posteriores.

Por otro lado, una recomendación de este Plan hacía referencia a la necesidad de creación o mejora, en el caso de los emplazamientos ya existentes, de servicios de formación en áreas propias de la rehabilitación. Estas primeras sugerencias iban dirigidas a instituciones sanitarias que ya contaban con una unidad de rehabilitación, como la Clínica de la Concepción, el Hospital Provincial o el Hospital del Niño Jesús – todas ellas situadas en Madrid– y el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa, emplazado en Valencia. Para la supervisión de estas acciones, dos expertas de la OMS (Malan, 1962; Abella, 1964), fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, respectivamente, fueron enviadas, de forma expresa, para la puesta en marcha de las acciones oportunas. En 1963, la Dirección General de Sanidad se hacía eco de los problemas detectados por los comisionados extranjeros (Oñorbe, 1963).

Una nueva visión de la situación del país, posterior a la estancia de la fisioterapeuta danesa, la obtenemos gracias al informe realizado en el año 1965 por Louis Pierquin (Pierquin, 1965), experto consultor de la OMS para la rehabilitación de niños con discapacidades físicas. Este profesor de la Facultad de Medicina de París, puede ser considerado el profesional de mayor prestigio de todos los que visitaron España en el contexto del Plan de operaciones ESPAÑA-23 (Ballester, Porras, Báguena, 2015). Los objetivos de su misión eran evaluar el trabajo realizado, entre 1960 y 1963, en las áreas de rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional; revisar el grado de implementación de las medidas propuestas por los expertos que visitaron España con anterioridad a su

llegada; y finalmente, entrevistarse con las autoridades españolas para identificar aspectos clave en el desarrollo del programa en los próximos años. El análisis de la situación realizado en su informe es, con diferencia, el más completo de los revisados. Consta de cinco grandes apartados en los que se distinguen: los problemas de fisioterapia; los problemas de terapia ocupacional; otros problemas de la formación y de rehabilitación; observaciones y conclusiones generales de los servicios hospitalarios de rehabilitación; y un último punto dedicado al Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Finalmente presenta tres anexos en los que analiza los principales servicios de rehabilitación de Madrid, Barcelona y Valencia, y un último anexo en el que refleja, en forma de listado, los directores médicos, responsables de los principales servicios de rehabilitación.

Los resultados fueron bastante desalentadores. Las conclusiones generales recogidas en los principales capítulos en los que se estructura el informe de Pierquin, teniendo en cuenta las observaciones realizadas en los anteriores informes redactados por consultores tras sus respectivas visitas a España y recogidas por él se dividen en los siguientes apartados:

3.1 Fisioterapia: la formación de los fisioterapeutas y la instalación de las unidades hospitalarias de Fisioterapia.

El informe pone de manifiesto que a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar la formación de Fisioterapia, tanto de los consultores implicados como de los jefes de servicio de los principales hospitales, los resultados eran claramente insuficientes. . Como principales causas, se identificaron los siguientes aspectos:

- Número excesivo de escuelas: La citada ley de 1957 provocó de inmediato la inauguración de varias escuelas de fisioterapia en las Facultades de Medicina. Desde la promulgación del Decreto de 26 de julio de 1957 por el que se establecía la especialización de Fisioterapia para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, hasta 1964, hasta once órdenes ministeriales autorizaron la creación de sendas Escuelas de Fisioterapia en todo el país. Este hecho es reflejado como un grave perjuicio, dada la baja calidad de la docencia y los escasos recursos disponibles en la mayoría de ellas. En este sentido, se aconsejaba reunificar recursos, centralizarlos en Madrid, Valencia y Barcelona para aumentar la cualificación de los titulados. Pierquin recomendaba a Ricardo Hernández, Carlos CaballéLancry y Ramón Salas Vázquez como las personas

idóneas para dirigir dichas escuelas. El resto de centros deberían desaparecer y su personal debía ser integrado en las citadas escuelas oficiales. Esta reunificación, considerada esencial, debía ser ejecutada por el Patronato Nacional de Rehabilitación como órgano encargado de llevarla a cabo.

- Insuficiencia y diversidad en la formación: Los cursos teóricos, en lo que se refiere a las materias fundamentales, eran impartidos por médicos muy cualificados pero que no adaptaban su conocimiento al contexto de la fisioterapia ni al nivel adecuado para su formación. Los contenidos de las asignaturas sobre cinesiología, kinesiterapia y fisioterapia tenían un nivel muy dispar, según las escuelas en las que se impartían, debido a la baja capacitación de los médicos y monitores que se encargaban de esta formación. Las demostraciones y la calidad de la formación de prácticas clínicas recibida por los alumnos era deficitaria en todos los niveles: falta de personal con formación adecuada, de material y limitaciones muy graves en el espacio destinado a la docencia. Según el modelo rehabilitador, en su formulación más avanzada, el alumno de fisioterapia debía ser formado en un amplio abanico de especialidades médicas. Esto implicaba frecuentar múltiples servicios médicos que incluyeran niños, mujeres y ancianos, además de visitar las casas de convalecencia, los servicios de enfermedades agudas o, incluso, los hospitales psiquiátricos, entre otros, algo que no se contemplaba en los programas prácticos clínicos del momento.

- Carencias del programa oficial: Los planes de estudio habían sido revisados en muchos países y se consideraba indispensable la renovación de los programas oficiales de enseñanza impartidos en España.

- Dificultades para la entrada en las escuelas: La necesidad de cursar los estudios de ATS como requisito previo para acceder a los estudios de fisioterapia se consideraba una medida inútil para los futuros fisioterapeutas. El nuevo sistema de acceso a estos estudios estaba aún por concretar pero era preciso implantar un sistema de acceso directo. A pesar de que esta medida fue considerada como transitoria, y como respuesta a las demandas de consultores OMS, dada la necesidad de formación especializada ante la inexistencia de un proceso formativo similar, esta situación, lejos de solucionarse en un breve plazo de tiempo, se mantuvo hasta 1983, influyendo de forma negativa en el proceso formativo de los fisioterapeutas españoles. La Universidad de Valencia fue la primera que comenzó a impartir la enseñanza de la Fisioterapia con rango universitario,

como centro piloto a nivel nacional en el curso académico 1983-1984. Por un Real Decreto (2702/1983, de 28 de septiembre) del Ministerio de Educación y Ciencia se creó la primera Escuela de Fisioterapia en Valencia, transformando así la antigua Escuela de Especialización de Fisioterapia de la Facultad de Medicina

-Dirección y coordinación en la escala superior: Correspondería al Patronato Nacional de Rehabilitación la coordinación de la enseñanza de la fisioterapia. Cada escuela debería tener un director “efectivo” y otro “consultivo”, asistido cada uno de ellos por un secretario. El Ministerio de Educación sería responsable de la formación de los asistentes médicos y permitiría a los Decanos de las Facultades de Medicina de Madrid, Barcelona y Valencia escoger a los directores

3.2 Terapia ocupacional: la formación de los terapeutas ocupacionales y la instalación de las unidades hospitalarias de Terapia Ocupacional

Cuando se pensó en desarrollar un programa nacional de rehabilitación en España, la ergoterapia era considerada una de las partes fundamentales de la reeducación de la función psicomotriz y del entrenamiento dirigido hacia el desarrollo de actividades profesionales y sociales. El informe redactado en 1956 por Safford y Jansson recomendaba la creación de una sección de terapia ocupacional integrada en los servicios de rehabilitación de cada uno de los tres hospitales de referencia de Madrid (Clínica de la Concepción, Hospital Provincial, Clínica del Trabajo). Este proyecto, al igual que en el apartado correspondiente a la fisioterapia, también contemplaba la asistencia de un instructor cualificado de la OMS con función formadora de un reducido grupo de alumnos.

Respecto a la ayuda prestada por la OMS para la asistencia de formadores internacionales experimentados, Pierquin, en su informe, consideraba que las bases técnicas eran suficientes para que los españoles pudieran dar continuidad al trabajo iniciado. Subrayó la existencia de médicos muy cualificados y jóvenes fisioterapeutas, capacitados para convertirse en buenos monitores de enseñanza si se les proporcionaban los medios adecuados. Por otro lado, una contribución extranjera permanente tampoco se consideraba positiva por la necesidad de que el personal autóctono fuera tomando, paulatinamente, la responsabilidad en la enseñanza de las futuras generaciones.

A partir de los informes anteriores, entre 1960 y 1961 el plan de operaciones ESPAÑA-23 también fue desarrollado en el contexto de la Terapia Ocupacional, con la adopción de medidas similares al caso de la fisioterapia, enfocadas al desarrollo de esta nueva disciplina: la realización de un curso de formación de ergoterapeutas, bajo la dirección de la Escuela Nacional de Salud Pública; la instalación de un departamento de ergoterapia en determinados servicios de rehabilitación (Clínica de la Concepción, Hospital Provincial, Hospital del Niño Jesús de Madrid y el Hospital de la Malvarrosa de Valencia); el envío a España, por parte de la OMS, de un instructor y la disposición de un número de becas destinadas a la formación de profesionales en el extranjero; la cesión, por parte de organismos inter-nacionales, de material adecuado para la equipación de los servicios de rehabilitación seleccionados.

El inicio de la realización del proyecto se produjo en abril de 1961, con la llegada de Mercedes Abella, terapeuta ocupacional de origen cubano, enviada por la OMS, que visitó España entre 1961 y 1963. Antes de esta fecha la ergoterapia no era conocida en España, salvo por algunos médicos que sí disponían de algún tipo de instalación especializada en sus centros de trabajo. Un claro ejemplo era el Dispensario Central de Rehabilitación (antiguo dispensario antituberculoso) de la calle Maudes, en Madrid, con una sección de ergoterapia integrada en el servicio de readaptación, creada y mantenida por el empeño de su Director de Servicio, Cecilio González, y uno de sus colaboradores, Ruiz García.

La estancia de Abella en España contribuyó de forma decisiva al desarrollo de la ergoterapia. Uno de sus principales cometidos era la incorporación progresiva de material adecuado y el desarrollo del funcionamiento de los servicios de ergoterapia integrados en los servicios de rehabilitación ya existentes. Las conclusiones de esta experta consultora internacional, perfectamente, fueron redactadas en un informe final realizado para la OMS en 1964 (Abella, 1964).

Uno de los principales problemas encontrados fue el de la ausencia de profesionales formados y, por tanto, se hizo imprescindible la necesidad de establecer un proceso formativo en forma de curso acelerado. Esta primera iniciativa tuvo una duración de 8 meses, con un solo mes de estancias clínicas. El programa de estudios fue diseñado de forma conjunta por el doctor Ruiz García y M. Abella, a partir de un programa de la

asociación internacional de ergoterapeutas, teniendo en cuenta las posibilidades reales de su ejecución.

El siguiente problema de entidad al que tuvieron que hacer frente fue el del reclutamiento de alumnos. Los jóvenes no estaban suficientemente informados de las características de la especialidad dada la situación de incertidumbre sobre el futuro desarrollo laboral de estas figuras profesionales en España. Bajo esta justificación, la gran mayoría de alumnos potenciales dudaban entre iniciar los estudios de kinesiterapia, una especialidad más consolidada, que aseguraba un futuro más estable que con el de la ergoterapia, un campo de trabajo cuyas competencias y funciones aún estaban por definir en España. No obstante, en el primer curso se inscribieron total de 14 alumnos. Estos estudiantes, de igual modo que lo sucedido en el contexto de la fisioterapia, sufrieron tanto la falta de profesores formados en la especialidad como la ausencia de emplazamientos adecuados para la realización de prácticas clínicas.

La enseñanza práctica se llevaba a cabo, al principio, en un pequeño local del Hospital de la Beneficencia del Estado, con muy poco material y muy pocos enfermos, aunque posteriormente era realizado en la sección de ergoterapia del Dispensario Central de Rehabilitación de la calle Maudes, el único lugar de la ciudad con capacidad para la realización de demostraciones prácticas. El papel de Abella y dotación de material derivado de la ayuda internacional permitió una mayor organización de esta sección y, por tanto, una mejora de las condiciones para la formación práctica.

En cuanto a las conclusiones finales y recomendaciones futuras realizadas en el informe de 1964 desarrollado por L. Pierquin, dada la falta de cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos, se considera que las bases técnicas son suficientes para que la disciplina continuara avanzando hacia la consolidación definitiva, aunque ésta se encontrara aún a una distancia lejana

Este tipo de respuestas dependían de la política económica del país y de la situación de las estructuras sanitarias. En principio, el Gobierno había mostrado su interés en el desarrollo de la ergoterapia y las recomendaciones realizadas por Abella tras su visita a España fueron recogidas y aceptadas por Manuel Onorbe, Secretario General del Patronato de Rehabilitación. Entre éstas se encontraba la futura inauguración de una Escuela Oficial que sustituyera la función docente de los cursos formativos acelerados. El reconocimiento oficial de la formación de la especialidad se produjo en septiembre

de 1964, con la creación de una Escuela de Terapia Ocupacional dependiente de la Escuela Nacional de Salud y vinculada a la Facultad de Medicina. Para los próximos años se esperaba la constitución de un Grupo Nacional de Ergoterapeutas, la adhesión de España a la Federación Mundial y, en consecuencia, su participación en el contexto internacional durante un periodo prolongado de años, el contacto con centros extranjeros mediante intercambios formativos incentivados con becas de estudios a jóvenes ergoterapeutas. De igual modo, la OMS envió monitores cualificados para impartir cursos de perfeccionamiento a los especialistas españoles. Este conjunto de acciones deberían ser complementadas con el envío de material docente y de investigación por parte de la Asociación Nacional Francesa y la Federación Mundial de Terapia Ocupacional, que no escatimaron esfuerzos en la dotación y facilitación de material.

4.- El desarrollo de la actividad asistencial rehabilitadora en el tratamiento de los discapacitados físicos en Valencia.

El progresivo despliegue de la infraestructura hospitalaria producido en Valencia, a partir de la década de 1960, favoreció el establecimiento una red asistencial especializada e integral al discapacitado -formada por profesionales, espacios físicos de tratamiento y recursos materiales específicos hasta el momento inexistentes. En esta evolución, la consolidación de diferentes figuras profesionales y especialidades, tales como rehabilitación, fisioterapia y, en menor medida pero también con cierta influencia, terapia ocupacional, es considerada un elemento clave en el desarrollo de una infraestructura adecuada, acorde a sus actividades asociadas.

En el caso que nos ocupa, el desarrollo de la asistencia rehabilitadora en el sistema público en Valencia, nuestro enfoque es el de ofrecer una visión cronológica del progresivo establecimiento y consolidación de los servicios de rehabilitación en el conjunto de la red hospitalaria asistencial. Este proceso tuvo, como factor impulsor determinante, el desarrollo epidémico de poliomielitis sufrido desde el inicio de los años 50 hasta prácticamente la el final de la década de los años 70.

Tal y como sucede en la totalidad de escenarios investigados, la escasez de fuentes escritas relacionadas con la actividad rehabilitadora en instituciones valencianas nos obliga a recurrir a las fuentes orales para completar la visión del tema de estudio. En parte, gracias a las entrevistas a profesionales pioneros en la actividad, hemos podido reconstruir el proceso de desarrollo de la infraestructura sanitaria asociada, entendida

como el conjunto de recursos humanos y materiales relacionados con la atención a discapacitados físicos.

A pesar de contar con varios centros hospitalarios, distribuidos en las tres provincias de la Comunidad Valenciana, creemos adecuado centrar el estudio en el caso de Valencia por varios motivos. En primer lugar, por su trayectoria historiográfica ya que, junto con Madrid, fueron los dos primeros focos donde se inició la nueva especialidad de fisioterapia, en el año 1957. Este factor diferenciador hizo que Valencia tuviera un mayor despliegue de espacios hospitalarios destinados al tratamiento de la discapacidad. En segundo lugar, la relevancia de Valencia en el panorama nacional influyó en el hecho de que los expertos consultores de la OMS, dentro del Plan de operaciones ESPAÑA23- consideraran relevante redactar varios informes técnicos, a través de visitas sobre el terreno en diferentes momentos cronológicos, del conjunto de instituciones hospitalarias, del grado de adecuación de sus recursos materiales, así como del nivel de formación de los profesionales implicados. En tercer lugar, el caso de Valencia cuenta con un mayor número de entrevistas orales de profesionales implicados en el tratamiento rehabilitador en diferentes centros, tanto públicos -el Clínico Universitario; el General Sanjurjo, actualmente Doctor Peset; el General; el Marítimo de la Malvarrosa- como privados¹.

4.1.- Hospital Clínico Universitario de Valencia

Finalizada en su construcción en el año 1935, tuvo una actividad asistencial interrumpida debido a la contienda civil española, en el que su uso fue redirigido hacia la sanidad militar. En 1959-60 el hospital quedó vinculado a la universidad ya que, hasta entonces, la antigua Facultad de Medicina se encontraba situada junto al Hospital Provincial.

A pesar de que con anterioridad algunos protagonistas realizaran actividades relacionadas con la aplicación de terapias físicas a los discapacitados, éstos carecían de una especialidad reconocida. La actividad fisioterápica, como nueva especialidad, con

¹ Conjunto formado por el grueso de los entrevistados fisioterapeutas -Montserrat Esteban Costa, Cristino Herrero Marí, Jesús Guillermo Quintana Alonso, María Luisa Ricart Vices, Manuel Escudero Torrella, Manuel López Cuesta, Gloria Francés Sánchez, Rafael Sánchez Cuenca, Ramón de Rosa Pérez y Vicente Jaime Cuquerella Aragón- junto con los testimonios de los especialistas en Medicina Física y Rehabilitación Adolfo Seligra Ferrer y Adoración Ortiz López, dentro del periodo comprendido entre los años 1957 y 1975, en diferentes espacios hospitalarios de Valencia.

estudios propios, se inició en 1957 en Valencia² y la aprobación oficial de la nueva especialidad médica, Medicina Física y Rehabilitación, se produjo años más tarde, en 1969³.

Por tanto, durante los dos primeros años 1957-59, tanto la documentación revisada como las fuentes orales relacionadas con dicha etapa cronológica ya sitúan actividad asistencial y docente en el Hospital Provincial, vinculado a la antigua Facultad de Medicina, aunque de forma muy sucinta dada la escasez de profesionales para llevarla a cabo.

En el año 1960 fue inaugurada la nueva Facultad de Medicina, situada en la Avenida de Blasco Ibáñez, junto al Hospital Clínico de Valencia. Como personajes relevantes responsables de la puesta en marcha de los estudios destacó Carlos CaballéLancry (Tetúan, 1916-Valencia, 1981), Jefe del Servicio de Especialización, quien asumió la responsabilidad de la formación a los nuevos especialistas en fisioterapia, acompañado de otros médicos como Vicente Belloch Zimmermann, Ramón Zaragoza Puelles, Juan Espulgues Requena, Juan A. Gómez Castillo, Manuel Sotos Pavía y Demetrio Barcia Salorcio, entre otros.

Este médico, formado en Valencia en los Servicios de Pediatría y Neurología del Hospital Clínico, orientó su especialización hacia la rehabilitación física, campos en los que adquirió reconocimiento tanto nacional como internacional debido a las estancias realizadas en el extranjero a lo largo de toda su trayectoria profesional. Es considerado el máximo responsable de la especialidad de fisioterapia y de la formación de otros muchos médicos en la especialidad de rehabilitación. Además de su trayectoria asistencial y docente en el Hospital Clínico, fue el primer Jefe de Servicio de Rehabilitación, completó su carrera profesional en el ámbito privado desde 1950 hasta su fallecimiento, en 1981.

La actividad asistencial desarrollada en esos primeros años de la década de los 60, en cuanto a volumen de pacientes tratados, no estaba acorde con la infraestructura necesaria –de personal, de material y de espacios- para llevar a cabo una actividad de

² Real Decreto 2702/1983, de 28 de septiembre del Ministerio de Educación y Ciencia por el que se crea la primera Escuela de Fisioterapia en Valencia, transformando así la antigua Escuela de Especialización de Fisioterapia de la Facultad de Medicina.

³ Decreto 1140/1969, de 6 de junio sobre el reconocimiento de la rehabilitación como especialidad médica.

esas características. Por ese motivo, para compensar la escasez de profesionales formados en técnicas de rehabilitación, se ayudaban de los estudiantes de fisioterapia para ejecutar el tratamiento de pacientes.

El tratamiento se llevaba a cabo en un espacio dependiente de medicina física, aunque las carencias en la estructura de este servicio facilitaron que durante los primeros años mostrara una clara dependencia con el servicio de traumatología, dirigido por Francisco Gomar Guarner. En un primer momento no existía un volumen de pacientes especialmente elevado aunque fue a partir de 1965, cuando la el sistema de Seguridad Social acogió el Hospital Clínico, el número de pacientes aumentó de forma considerable, especialmente por la presencia de poliomiélfíticos derivados del periodo epidémico vivido en España, entre los años 1958 y 1963⁴.

4.1.1 Recursos humanos

La ausencia de especialistas en fisioterapia obligó a D. Carlos Caballé, como máximo responsable, a asumir esa labor formativa ya que hasta el inicio de la especialidad el tratamiento físico era aplicado, en el mejor de los casos, por Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) sin una cualificación adecuada en la aplicación de las terapias físicas. Además, el inicio de una formación docente oficial y, por tanto, la presencia de profesionales mejor formados, produjo también una mejoría en la coordinación del trabajo en el servicio, así como una mayor calidad de la atención al discapacitado.

Una vez finalizados sus estudios, algunos profesionales quedaron vinculados al servicio de rehabilitación, asumiendo la labor docente específica en técnicas de fisioterapia bajo la supervisión de CaballéLancry y otros médicos colaboradores. Estos son los casos de Joaquín Montenegro Guarro, José Jesús Baselga, en un primer momento, y de Monserrat Estaban Costa y Julia Rodes Sala, entre otros que, progresivamente, fueron incorporados con posterioridad.

No obstante, la vinculación de estos primeros especialistas en fisioterapia no fue permanente en todos los casos ya que algunos fueron dispersándose hacia otras instituciones asistenciales, tanto públicas como privadas, a medida que el sistema sanitario fue desarrollándose. Por lo tanto, el escenario relacionado con la asistencia

⁴ En aquel momento, la única institución dependiente de la Seguridad Social con gimnasio de rehabilitación era el Hospital General Sanjurjo, puesto en marcha a principios de la década de 1960. TOLEDO MARHUENDA, J.V. (2013 a).

rehabilitadora en el Hospital Clínico de Valencia fue el foco desde donde se originaron las especialidades de fisioterapia y de rehabilitación, ambas impulsadas por la figura de CaballéLancry. Este hecho es considerado clave en el desarrollo de nuevas infraestructuras hospitalarias especializadas en la rehabilitación del discapacitado ya que identifica el origen de los primeros profesionales que, posteriormente, inauguraron nuevos espacios, tanto públicos como privados, y que fueron decisivos en la implantaron del modelo asistencial actual⁵. Otro tema interesante de estudio es el de identificar cómo influyeron estos profesionales en aspectos claves para el desarrollo de esta red asistencial. Nos referimos a su potencial contribución en la organización y distribución de los espacios, del material disponible y de la formación de los profesionales asociados.

La actividad de Joaquín Montenegro Guarro y José Jesús Baselga, los primeros fisioterapeutas vinculados al hospital, se mantuvo hasta el año 1962. A partir de esta fecha, coincidiendo con el cese de los anteriores, la plantilla de fisioterapeutas se incrementó de forma progresiva y paralela con las promociones de la nueva especialidad - se incorporaron Monserrat Esteban Costa⁶, Isabel Pastor Marín, Mari Carmen Lázaro, Cristino Herrero Marí y Jesús Guillermo Quintana Alonso -. En el periodo final de la década de 1960 la plantilla alcanzó la cifra de nueve profesionales⁷. Esta creciente evolución se mantuvo hasta el inicio de la década de los 70, con un total de 14 fisioterapeutas. Desde esa fecha, hasta el año 1977, tan solo tres fisioterapeutas ampliaron la plantilla⁸.

La plantilla de médicos especializados en Rehabilitación también sufrió un lento y progresivo incremento ya que a Caballé tan sólo se sumaron Adolfo Seligra Ferrer, sustituto de Caballé en la jefatura de servicio tras su jubilación, y Adoración Ortíz

⁵ Son varios los ejemplos de fisioterapeutas que iniciaron su actividad profesional en el Hospital Clínico y que, con posterioridad, a medida que se desarrollaron nuevos espacios hospitalarios ocuparon plazas en otros centros, tanto públicos como privados.

⁶ Sustituyó a Baselga y estuvo vinculada como fisioterapeuta y responsable jefe de las prácticas de los estudiantes, hasta 1968, año en el que se instaló en Gandía para dedicarse al ejercicio privado de la profesión.

⁷A los nombres anteriores habría que añadir las incorporaciones, desde el año 1968 en adelante, de Manuel Escudero Torrella; Alfredo Más Álvarez; Ramón Pastor Tortosa; María Ángeles Piquer González; Ángel Soler Quiles y Juan José Alarcón Polo.

⁸ GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ (2006), p. 155.

López, ambos en 1968. Años más tarde, esta cifra se amplió con una nueva incorporación, manteniéndose en un total de 4, al menos hasta el año 2006, las figuras médicas vinculadas al Servicio de Rehabilitación.⁹

4.1.2 El espacio y los recursos materiales.

Lo que actualmente se puede considerar como Servicio de Rehabilitación tenía una superficie aproximada de 200 metros cuadrados y se calificaba, por el volumen de pacientes y el nivel de actividad desarrollada, como un espacio de pequeñas dimensiones. Contaba con espacio para recepción y sala de espera que comunicaba por un pasillo con tres salas de diferente uso: sala de electroterapia; sala de tracciones lumbares; y sala destinada al diseño y confección de férulas donde de forma rudimentaria se construían ayudas ortopédicas. El final del pasillo comunicaba con una sala diáfana, de tratamiento general –con camillas, espalderas y aparatos de tracción cervical. El espacio también contaba con tres pequeñas salas para el tratamiento de mujeres, hombres y niños, junto con un último espacio destinado a la consulta de Caballé.

Entre el escaso material disponible se contaba con dos camillas en cada una de las salas dispuestas, jaulas de Rocher, plano inclinado, paralelas, pesas, escaleras, tracciones cervicales y lumbares, y elementos de mecanoterapia como la rueda y la escalera de hombro. Además, el material de electroterapia consistía en tres unidades de ondas cortas, un aparato de ultrasonido, varias unidades de Kolster –aparatos de electroestimulación empleados en la reeducación muscular de los afectados de poliomielitis-, baños de parafina y tres lámparas de infrarrojos. Prácticamente, con escasas incorporaciones, este es el material con el contó el servicio durante la década de 1960-1970 ya que no consta en los archivos un inventario detallado hasta 1975, en el que se observa un notable incremento de la infraestructura, paralelo al aumento de la plantilla médica de y fisioterapeutas adscritos al Servicio de Rehabilitación¹⁰¹¹.

⁹ GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ (2006), p. 156.

¹⁰ TOLEDO MARHUENDA JV (2013a)

¹¹ La piscina para hidroterapia, los tanques de Hubbard y pediluvios, especialmente importante para pacientes poliomielíticos, no llegaría hasta 1975, coincidiendo con el cambio de ubicación del Servicio de Rehabilitación, desde el sótano de la Facultad de Medicina hacia el sótano de un antiguo pabellón de enfermería y actual edificio de consultas externas. TOLEDO MARHUENDA JV (2010). P. 436; GONZALEZ DOMÍNGUEZ, J.A. (2006). p. 146-148.

La piscina para hidroterapia, los tanques de Hubbard y pediluvios, especialmente importante en el tratamiento de pacientes poliomielíticos, no llegaría hasta 1975, coincidiendo con el cambio de ubicación del Servicio de Rehabilitación, desde el sótano de la Facultad de Medicina hacia el sótano de un antiguo pabellón de enfermería y actual edificio de consultas externas. No obstante, a pesar de que el cambio de ubicación aumentó de forma notable la superficie disponible y, en parte la infraestructura material, no mejoró las condiciones laborales, igualmente carentes de luz natural y ventilación. Tuvieron que transcurrir casi dos décadas hasta que en 1994 se instalara de forma definitiva el Servicio de Fisioterapia, situado en la planta baja del edificio principal, con mejoras notables y vinculado al espacio de consultas de Rehabilitación¹².

4.1.3 El modelo asistencial de rehabilitación basado en el tratamiento de la polio como ejemplo de tratamiento en la discapacidad

El modelo de tratamiento prestado nos ofrece una valiosa información sobre nuestro tema de estudio ya que, en todos los casos, la organización de los espacios hospitalarios, y su posterior evolución, ha estado influida por el tipo de actividades que se desarrollaron en éstos, así como por la presencia de profesionales adecuados para el desarrollo de técnicas específicas. Otras patologías frecuentes, tratadas de forma ambulatoria, eran la parálisis cerebral infantil y el conjunto de lesiones traumatológicas derivadas de accidentes laborales y accidentes de tráfico.

Las fuentes escritas y orales revisadas establecen un número de pacientes diarios aproximado de entre 30 y 40, de los que casi la mitad eran niños diagnosticados de poliomielitis que presentaban las discapacidades típicas de la enfermedad y que asistían de forma ambulatoria. Además, el hospital contaba con una sala de ingresados infecciosos para el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad en la que, al menos, se llegó a disponer de un pulmón de acero¹³.

Carlos Caballé era el responsable de realizar la exploración a los nuevos pacientes, quien prescribía las técnicas terapéuticas a desarrollar por los fisioterapeutas. En

¹² TOLEDO MARHUENDA JV (2013a). P. 436; GONZALEZ DOMÍNGUEZ, J.A. (2006). p. 146-152.

¹³ Esteban Costa recuerda cómo, en el año 1960-61, acompañado por su monitor de prácticas José Baselga, y aún en el primer curso de la especialidad de Fisioterapia, subió a planta por primera vez para realizar tratamiento a un enfermo ingresado. TOLEDO MARHUENDA JV (2010). P. 432.

ocasiones, otros facultativos formados en la emergente especialidad médica, como Jorge Gisbert Vicents y Vicente García Aymerich ayudaban en las consultas a Caballé.

En un primer momento, dentro de la fase aguda de la enfermedad, el paciente era ingresado en planta, espacio en el que algunos de los fisioterapeutas acudían para la realización de técnicas específicas propias de la fase aguda -como tratamiento postural, maniobras de reeducación ventilatoria y movilizaciones articulares-. La cifra estimada de ingresados llegaba, en ocasiones a los 15, lo que ofrece una visión de la incidencia del periodo epidémico durante los años 1960-62.

Una vez que el paciente recibía el alta hospitalaria pasaba al grupo de tratamiento ambulatorio en el Servicio de Rehabilitación, donde la influencia del método Kenny en el modelo terapéutico subyace, tanto en las entrevistas realizadas a los fisioterapeutas –a pesar de no conocer su existencia-, como en los tratados de rehabilitación coetáneos al momento cronológico. El hecho de que los fisioterapeutas aplicaran un modelo terapéutico acorde a las doctrinas de Kenny sin conocer su existencia se justifica porque el tratamiento era establecido por el médico, quien quizás sí tuviera contacto con corrientes terapéuticas establecidas en el extranjero.

De este modo, junto con la aplicación de compresas calientes, el tratamiento se componía de termoterapia, previa a las movilizaciones, tanto de forma manual como asistida o resistida, ejercicios en la jaula de Rocher, maniobras de masaje sobre las zonas afectadas, tratamiento eléctrico, en forma de corrientes excitomotoras, onda corta, junto con terapia de ultrasonidos.

El alta de tratamiento quedaba establecido por la consecución de la posición de bipedestación y de la capacidad de marcha independiente. Generalmente, se prolongaba durante un año y, casi siempre, su finalización coincidía con el periodo de vacaciones escolares.

4. 2.- Hospital Universitario La Fe de Valencia

A pesar de que su gestación comenzó en el año 1963 y la construcción completa del complejo hospitalario no finalizó hasta 1971, el Servicio de Rehabilitación inició su funcionamiento en 1969.

4.2.1 Recursos humanos

Tal y como hemos contrastado en el análisis del Hospital Clínico, el trasiego e intercambio de profesionales entre las diferentes instituciones sanitarias y constante, con numerosos casos que finalizaban su vinculación laboral en un espacio por la incorporación a la plantilla en otro hospital. Un nuevo ejemplo es el hecho de que, al igual que en otros casos, las dos primeras personas que iniciaron la actividad como especialistas en fisioterapia, Emilia Mendoza y Remedios Climent¹⁴ se trasladaron desde el Hospital General Sanjurjo al Hospital La Fe, en 1967-68¹⁵.

Desde un primer momento, influido por factores como la demanda social y el mayor tamaño del complejo hospitalario, la preocupación por la asistencia integral al discapacitado y por la existencia de un mayor conjunto de especialistas formados, el inicio de la actividad rehabilitadora en este hospital fue dotada de un conjunto mayor de fisioterapeutas – 14 profesionales al inicio de 1970¹⁶ hasta su consolidación final, con un total de 40 profesionales, en 1975-.

La plantilla de médicos especializados en Rehabilitación, de forma paralela, sufrió un mayor incremento, en su número, que el caso del Hospital Clínico. Destacó José Vicente Forner Valero como primer Jefe de Servicio de Rehabilitación, que junto con otros cinco colaboradores se ocuparon de las consultas médicas desde 1969¹⁷. Este conjunto médico sumó las incorporaciones de Emilio CervellóGuixers y de Rafael Miró Vila, en 1973, quedando definitivamente consolidado en 1983, con un total de 30 especialistas.

¹⁴ Al igual que todos los casos, formadas en el Hospital Clínico, donde cursaron los estudios de la especialidad y donde ejercieron en primera instancia.

¹⁵ Ejemplos de José Jesús Baselga, quien del Hospital Clínico se trasladó a La Fe; Manuel Escudero Torrella, quien del Hospital La Fe se trasladó al Clínico; o el caso de Ángel Soler, quien del Hospital La Fe pasó al Clínico y, posteriormente, al Centro de Rehabilitación de Levante, entre otros. GONZALEZ DOMINGUEZ, J.A. (2006). Pp. 161-162.

¹⁶ Remedios ClimentSalom; Antonio Diez Parra; Pilar Aguilar Soler; M^a José Esquedo Rodríguez; M^a Ángeles Piquer González; Antonio CasabellaCamba; Juan Bautista _; Mercedes Pascual Escudero; José Luis Lario Martín; Isabel Pastor Marín; Edelmiro Barberá Guillén; José Jesús Baselga; Francisco Meliá Oliva; Juan Roda García.

¹⁷ José Vicente Forner Valero; Vicente García Aymerich; Jorge GisbertVicens; César Lozano Ruiz; la doctora Bonafont. El caso de Vicente GarciaAymerich, posiblemente entre otros, muestra un nuevo ejemplo de formación profesional en el Clínico, bajo la tutela de CaballéLancry, y cambio de escenario laboral a otra institución sanitaria.

Un elemento diferenciador que las fuentes escritas no reflejan, y que las entrevistas orales nos han permitido conocer, es la presencia de la figura del terapeuta ocupacional¹⁸ en el Servicio de Rehabilitación de este hospital. Uno de los pioneros entrevistados, José Francisco Meliá Oliva¹⁹, recuerda la presencia de tres terapeutas ocupacionales y dos monitores, que alcanzaron su cifra máxima en cinco. No obstante, debido a la dificultad de establecer ese dato cronológicamente no podemos fijar el año con exactitud.

4.2.2 El espacio y los recursos materiales.

El emplazamiento no ha sufrido variación en su localización desde su puesta en marcha, en el año 1969 –planta semisótano del pabellón de rehabilitación-, salvo las ampliaciones necesarias por el aumento en el volumen de pacientes y de profesionales adscritos a las diferentes unidades de especialización. Destaca el gimnasio general, de amplias dimensiones, junto con la superficie destinada a procedimientos de hidroterapia –de aproximadamente 600 y 160 metros cuadrados, respectivamente-. Tanto en el caso del gimnasio general como en el de los espacios relacionados con las especialidades clínicas, el material disponible es similar a otros escenarios estudiados –representado principalmente por mecanoterapia, cinesiterapia y electroterapia, con la diferencia de una mayor dotación en número de unidades, acorde a un mayor espacio y volumen de pacientes tratados. El caso de la unidad de hidroterapia constituye un elemento distintivo de otros escenarios, disponible desde sus inicios y con una superficie y equipamiento notable cuando el Clínico no dispuso de esta posibilidad hasta el año 1975²⁰.

A pesar de que la mejor organización del servicio, los comentarios de los entrevistados nos llevan a la reflexión de que en muy poco tiempo la infraestructura se quedó pequeña

¹⁸Gonzalez 165 – José Francisco Meliá Oliva, entrevista realizada el 12/01/2004, recuerda la presencia de tres terapeutas ocupacionales y dos monitores, que alcanzaron su cifra máxima en cinco. No obstante, debido a la dificultad de establecer ese dato cronológicamente no podemos fijar el año con exactitud.

¹⁹ Entrevista realizada el 12/01/2004.

²⁰ Al vaso de la piscina, y la grúa destinada a la movilización de pacientes, hay que sumar la dotación de un tanque de Hubbard, un baño galvánico y un baño de salmuera, hidromasaje, cuatro maniluvios y dos pediluvios. A pesar de esta gran dotación, el sobrecoste del mantenimiento y ciertas dificultades logísticas –deficiencias en el sistema de depuración y en la instalación de agua caliente, junto con la saturación de pacientes en el servicio- influyeron en una disminución progresiva de su utilización que se mantiene en la actualidad. GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ, J.A. (2006). pp. 178-180.

para el volumen de pacientes tratados. Además, la escasa tasa de reposición del material y el deterioro, por el uso continuado del mismo, influyeron en la calificación de este espacio hospitalario como antiguo y decadente. A lo largo de los años, el material se ha ido sustituyendo de forma progresiva pero sin dar muestras de una gran actualización tecnológica ni en desarrollo ni en número de unidades, algo que es común en la totalidad de los espacios hospitalarios estudiados.

4.2.3 El modelo asistencial de rehabilitación, basado en el tratamiento de la polio como ejemplo de tratamiento en la discapacidad

El posterior inicio de la actividad rehabilitadora en este espacio influyó en la diversificación de enfermedades tratadas ya que durante la década de los años 70 se produjo una progresiva desaparición de la imagen de niños con secuelas de polio en los servicios de rehabilitación. Este hecho, entre otros, influyó de forma notable en la transformación de la organización del trabajo, de forma casi idéntica a cómo ha quedado establecido en la actualidad. Salvo la excepción de los primeros años de actividad profesional, en el que el modelo de asistencia y distribución de los espacios era más cercano al modelo del Hospital Clínico, ya al final de su primera década la actividad de fisioterapia y los espacios asociados fueron organizados en especialidades clínicas, según las patologías de los pacientes –gimnasio general y unidad de planta, electroterapia, hidroterapia, infantil, neurología, raquis, entre otras que fueron inauguradas más tarde, con la progresiva institucionalización de la profesión y la consolidación de técnicas específicas en especialidades clínicas.

4.3.- Hospital General Universitario de Valencia (antiguo Hospital Provincial)

Debido a las características del Hospital Provincial, la mayor parte de los pacientes tratados eran derivados de beneficencia, con escasos recursos económicos, donde los casos de poliomielitis comenzaban a tener cierta visibilidad en los espacios hospitalarios durante los primeros años, 1957 a 1959, aunque no con la tasa de incidencia que posteriormente se pudo observar.

En el inicio de los años 50, en el que este espacio hospitalario era conocido como Hospital Provincial, el Servicio de Traumatología dirigido por Eugenio Tomás López Trigo consideró necesario contar con la actividad de un pequeño espacio para el tratamiento físico de las cirugías realizadas, con la finalidad de mejorar las posibles alteraciones asociadas al postoperatorio y lograr el máximo beneficio funcional. Esta

pequeña sala contaba un equipamiento muy básico, compuesto fundamentalmente por un aparato de tracción cervical y lumbar junto a dos camillas de mecanoterapia. A la actividad de recuperación funcional, especialmente en cirugía traumatológica, hay que sumar la relacionada con la electroterapia, realizada en el Pabellón de Electrorradiología, también dependiente del mismo servicio.

Las fuentes, aunque imprecisas en su información concreta, señalan a Tomás Galera Egea, un ATS sin formación previa y, por tanto, autodidacta, como la única persona vinculada a la recuperación funcional. A su jubilación lo sustituyó Antonio Jimenez, con formación de ATS aunque, al igual que su antecesor, vinculado a la aplicación de terapias físicas y que años más tarde cursó los estudios de la nueva especialidad²¹.

Es necesario recordar que este escenario fue la sede inicial donde se originó la docencia de la nueva especialidad en Fisioterapia, durante los años 1957-59 hasta que finalmente finalizaron las obras de la Facultad de Medicina asociadas al Hospital Clínico, en el año 1959-60.

Con la inauguración del nuevo Hospital Provincial, en 1963, la actividad de fisioterapia fue emplazada en una sala-gimnasio de escasas dimensiones y con un equipamiento muy deficiente. El espacio estaba dividido en dos partes: la sala general, dispuesta para varias patologías; y el gimnasio de traumatología, específico para este tipo de pacientes.

4.3.1 Recursos humanos

Desde esa fecha, hasta 1976, la plantilla de fisioterapeutas que acompañaba a Antonio Jiménez estuvo formada por 3 personas: dos fisioterapeutas, anteriores ATS del servicio de urgencias que cursaron los estudios de fisioterapia -Donato Navarro Gay y Rafael Sánchez Cuenca – y África Aguilera, todos ellos vinculados al hospital partir de 1963.

El testimonio de un protagonista directo, Rafael Sánchez Cuenca, nos confirma que el contacto profesional con la polio fue escaso en este centro y, principalmente enfocado al tratamiento post-operatorio de las cirugías practicadas para recudir las secuelas de la enfermedad.

La incorporación de Gómez Ferrer como médico rehabilitador se produjo en 1976, en sustitución de José Bosch, quien asumía estas funciones antes de su llegada y quien

²¹ GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ, J.A. (2006). pp. 185-187

consideramos que, junto con Eugenio López Trigo, tuvieron una mayor vinculación con el tratamiento de pacientes poliomiélicos.

A pesar de que con posterioridad se produjeron variaciones tanto en el espacio físico como en los profesionales vinculados al hospital, el equipo médico y de fisioterapeutas sufrió escasas variaciones a lo largo de las primeras dos décadas de actividad hospitalaria. Las modificaciones producidas a partir de 1975 superan el límite cronológico de nuestro periodo de estudio, coincidiendo con el final del tratamiento de las secuelas físicas poliomiélicas de aquellos que fueron infectados con anterioridad a 1963-64.

4.4. - Hospital Sanjurjo

En 1961, la dirección recayó el doctor Luis Espacio, junto con el Jefe del Servicio de Traumatología José Maestre, quien es recordado como principal impulsor del proyecto rehabilitador. La actividad estuvo fundamentalmente dirigida a pacientes derivados del servicio de traumatología, en un espacio de reducidas dimensiones, unos 25 metros cuadrados, y con una escasa infraestructura destinada al tratamiento - un par de camillas, una lámpara de infrarrojos, un aparato de onda corta, un banco de cuádriceps y un sistema de tracción cervical²².

A través de las fuentes orales hemos podido reconstruir muy poca información sobre la actividad rehabilitadora de este espacio hospitalario, en el que Emilia Mendoza inició su actividad en 1961, aunque vinculada al hospital desde 1959, y quien recomendó a la dirección la incorporación de Remedios Climent, producida con posterioridad, el 1965, junto con la llegada de Gloria Francés Sánchez.

Pocos años más tarde, el traslado de estas tres personas hacia otros hospitales –Emilia Mendoza y Remedios Climent a La Fe y Gloria Francés al Hospital General de Alicante- se produjo la incorporación de Jesús Baselga y Antonio Díaz Parrá –desde el Hospital Clínico-, aunque su paso resultó muy efímero dado que nuevamente se trasladarían al Hospital La Fe, en 1968, dejando sin actividad profesional el servicio de fisioterapia. Este vacío, y por tanto la reanudación de la aplicación de terapias físicas, fue resuelto ese mismo año con la llegada de Amadeo Fernández, único representante del colectivo hasta 1972, momento en el que se produjo la llegada de Enrique Bernal. Ambos trabajarían en este escenario, en un reducido espacio y con una muy limitada

²² GONZALEZ DOMÍNGUEZ, J.A. (2006). pp. 392-395.

variedad de recursos materiales hasta 1974, coincidiendo con la incorporación del doctor José Jordá Pérez como Jefe de Servicio. Desde ese momento se produjo un aumento gradual en la plantilla de fisioterapeutas, así como en la mejora del material asociado a la aplicación de terapias físicas²³.

4.5.-El Sanatorio de la Malvarrosa

El Sanatorio de la Malvarrosa fue abierto en 1925 a instancias de la Junta Provincial antituberculosa de Valencia como Sanatorio Marítimo Nacional y aunque destinado, como otros sanatorios marítimos, a los enfermos de tuberculosis osteoarticular, al disminuir el número de pacientes por esta causa, se reorientó hacia enfermos poliomiélicos con secuelas graves, especialmente desde 1941.

En 1932 entró a trabajar en él como director Álvaro López Fernández (1905-1074), quien había realizado la carrera de Medicina en Madrid, doctorándose en 1929. Ese mismo año fue nombrado médico interno del Hospital Clínico de Madrid, adscrito a la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina, dirigida por Manuel Bastos Ansart, en donde se especializó en cirugía del aparato locomotor. En 1932 obtuvo la plaza de director del Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa (López Fernández, 1933), el cual dirigió hasta su fallecimiento en 1974 (López Grima, 2000). Compatibilizó este cargo desde 1949 con su labor como Jefe de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación de la región de Levante.

Ya en Valencia, Álvaro López completó su formación con diversas estancias en centros extranjeros. Junto con sus colaboradores José Maestre y Juan Enríquez, acudió a Bolonia, al Instituto Ortopédico Rizzoli, a trabajar con Vittorio Putti su técnica de trasposición tendinosa que posteriormente modificó. En Viena realizó una estancia junto a Lorenz Böhler, director de la Unfallkrankenhaus y en París se formó junto a Robert Merled' Aubigné en el Hospital Cochin, cuyo servicio dependía de su cátedra de Cirugía ortopédica.

El hospital de la Malvarrosa contaba con dos pabellones, uno de hombres y otro de mujeres, cada uno de ellos dividido en cuatro salas en función de la edad de los ingresados: una para niños, otra para adolescentes y dos para adultos, con un total de 260 camas. A finales de la década de los cincuenta, al disminuir la incidencia de la

²³ GONZALEZ DOMÍNGUEZ, J.A. (2006). pp. 392-395.

tuberculosis, la poliomielitis se convirtió en la enfermedad que más ingresos producía, un 70% del total. Los niños llegaban para ser tratados de las secuelas de la enfermedad y no contaban con una sala específica para ellos. El hospital incluía además un quirófano, consultas externas, un taller de rehabilitación a partir de 1959, un laboratorio, un pulmón de acero y un taller de ortopedia que confeccionaba férulas para los poliomielíticos y estaba a cargo de un becario, Emilio Navarro, quien fue enviado a Barcelona para adquirir la preparación adecuada. Los niños ingresados estaban escolarizados y recibían clase a través de un maestro y una maestra que acudían diariamente al hospital.

Bajo la dirección de Álvaro López trabajaban seis médicos becarios que realizaban su especialización en cirugía ortopédica y que, como el director, vivían en el hospital. Los cuidados de enfermería dependían de 15 hermanas de la Caridad. La asistencia quedó organizada del siguiente modo: diariamente se pasaba visita por las salas a las 8 de la mañana. A continuación, los martes y los viernes se operaba a seis enfermos cada día. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron la trasposición tendinosa de Putti modificada por López, la artrodesis y las fijaciones vertebrales en las escoliosis (López Fernández, 1964). Los lunes, miércoles, jueves y sábados, de 10 a 14 horas, se realizaban las consultas externas. Llegaron a ser tan numerosas que los enfermos guardaban cola a las puertas del hospital durante toda la noche. Se veía entre treinta y cuarenta enfermos cada día, diez de los cuales constituían primeras visitas. Se llevaban a cabo en una sala dividida por un biombo, con dos camillas de exploración. La historia clínica era mecanografiada por la secretaria de Álvaro López.

La rehabilitación estuvo en manos de un médico rehabilitador, el Dr. Bataller, entre 1956 y 1965, cuando quedó a cargo de una enfermera fisioterapeuta hasta 1974. Álvaro López era partidario del método Kenny, con uso del calor, de ejercicios dentro de bañeras con agua caliente y de movimientos pasivos en la fase aguda de la poliomielitis. Defendía la rehabilitación precoz como prevención de la aparición de secuelas. En el tratamiento de estas últimas utilizó la cirugía, especialmente la artrodesis y el trasplante de tendones. En el tratamiento quirúrgico de la escoliosis, desarrolló una técnica propia de fijación correctora. Las medidas adoptadas para tratar y recuperar convenientemente a las personas afectadas por la polio coincidían con las recomendadas en los foros internacionales.

La labor desarrollada por este Sanatorio fue reconocida por el consultor de la OMS, Pierquin, en su visita en 1964, destacando la importancia de su servicio quirúrgico, dirigido por Álvaro López y del servicio de Rehabilitación por el Dr. Bataller, que había sido becario de la OMS en Londres y en la afamada Escuela de Nancy. Sin embargo, juzgaba negativo que trabajara en dicho servicio a tiempo parcial. En opinión de Pierquin, el Servicio de Rehabilitación disponía de un espacio exiguo para la actividad que desarrollaba. Se disponía de espacios para gimnasia, tanques para hidroterapia, electroterapia, escaseando también el material, apropiado sobre todo para los casos de polio. Otro punto débil era la escasez de personal, con los problemas habituales de su falta de formación, de dedicación a tiempo parcial y de remuneración. Se contaba con 5 fisioterapeutas, algunos formados en Madrid en los cursos impartidos por los comisionados de la OMS. Para corregir las limitaciones del Servicio de Rehabilitación de este Sanatorio, Bataller había diseñado un plan de ampliación, que le parecía modesto a Pierquin, ya que creía que debía ser convertido en un importante centro de rehabilitación, dada su localización y los puntos positivos que poseía.

El Sanatorio de la Malvarrosa se convirtió en un centro de formación para posgraduados a través de cursos impartidos en el propio Sanatorio y en él se formaron, entre otros, traumatólogos que posteriormente trabajaron en los otros dos sanatorios de la Malvarrosa que también atendieron a niños poliomielíticos: el Hospital de San Juan de Dios, en donde trabajó José Maestre y el Asilo Hospital de Nuestra Señora del Carmen, que contó con Francisco Forriol.

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-C01 y 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

Abella M, 1964. Rapport sur une mission en Espagne du 10 avril 1961 31 decembre 1963. 9 p. EUR-Espagne-23. WHO Archive. Geneva.

Brodsgaard B, 1964. Rapport sur une mission en Espagne du 10 octobre 1960 au 26 decembre 1963. 22 p. EUR-Espagne-23, AT 12-59. WHO Archive. Geneva.

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.

Pierquin, L, 1965. Rapport sur une mission en Espagne du 28 septembre au 24 octobre 1964. 65 p. E/ICEF/L 982. WHO Archive. Geneva.

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

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

UN, 1950, The International Society for the Welfare of Children. Standing Committee on non-governamental 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 Archive. Geneva.

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;

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, p.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.

Climent Barberá, J.M., 2009, Historia de la Rehabilitación. De la medicina física a la atención de la discapacidad, 2ª ed., Barcelona, EdikaMed,

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.

Oñorbe Garbayo M. 1965. El problema de los disminuidos físicos y su rehabilitación. Dirección General de Sanidad. Madrid.

Porras Gallo, MI, Ayarzagüena M, De las Heras, J, Bágüena Cervellera, MJ, (eds.). 2013. El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España Franquista. Ediciones de La Catarata, Madrid.

Safford F, Janson 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

Toledo Marhuenda, JV, 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, JV, 2013b. Las terapias físicas frente a la enfermedad y sus secuelas en Madrid, Valencia y Castilla La Mancha (1958-1975). En. Porras Gallo, MI, Ayarzagüena M, De las Heras, J, Bágüena Cervellera, MJ, (eds.). 2013. El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España Franquista. Ediciones de La Catarata, Madrid, p. 120-160.