

histórias da saúde

ESTUDOS DO SÉCULO

XX

número 12 • 2012



Los organismos sanitarios internacionales
y la rehabilitación de los niños
con discapacidades físicas
El caso español como modelo (1948-1975)¹

Rosa Ballester Añon

¹ Trabajo realizado en el marco del proyecto HAR2009-14068-C03-01 financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Rosa Ballester Añon, Doutora em História da Medicina. Professora da Unidad de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante. Espanha. E-mail: Rosa.Ballester@umh.es

1. Introducción

La focalización de la investigación histórica en torno a la creación y el significado de las actividades llevadas a cabo por consultores y grupos de expertos en organizaciones sanitarias internacionales, es una línea de trabajo de gran interés que ayuda a mejorar nuestra comprensión de la denominada “globalización de la salud” y del proceso histórico mediante el cual se han creado movimientos y fuerzas transnacionales que definen, en gran medida, el mundo de hoy¹. En la historiografía de la ciencia es una perspectiva particularmente útil en el periodo contemporáneo y de uso obligado en los enfoques sobre historia de la salud internacional que son en los que nos vamos a situar. El objetivo del trabajo es un primer acercamiento a las potencialidades abiertas por un tipo especial de fuentes, los informes técnicos realizados en los diferentes países por expertos de organismos internacionales, qué papel jugaron o pretendieron jugar en el afrontamiento y resolución de problemas de salud de los países y la realidad de las prácticas y acciones que finalmente se llevaron a cabo. Las recomendaciones de los organismos internacionales podían ser una opción atractiva y distanciada de las disputas domésticas y un medio excelente de promover reformas, pero la diversidad de los contextos locales añadió complejidad a los procesos y no estuvo exenta de tensiones. Como modelo de análisis se ha escogido una organización internacional y un ejemplo de acción en las que intervinieron estos comisionados². La Organización Mundial de la Salud es el organismo internacional escogido y el problema sanitario que nos va a servir como ejemplo son los informes de expertos sobre el estado de los servicios de rehabilitación referidos a niños y jóvenes y, en particular, a los atendidos por secuelas poliomielíticas, en España.

El esfuerzo por establecer unas bases sólidas para las actuaciones sanitarias internacionales hay que entenderlo en el contexto más amplio del creciente papel de la ciencia y de los científicos en los sistemas sociales. El universalismo de la ciencia tenía una particular afinidad, como es bien sabido, con los ideales internacionalistas del periodo de entreguerras. Ernst y Peter Haas³ han desarrollado el concepto de “comunidades epistémicas transnacionales” discutiendo el papel que juegan los científicos expertos en determinados temas y su influencia en los sistemas sociales. Este concepto ha sido aplicado al análisis histórico de la Sociedad de Naciones como promotora de redes internacionales sobre distintas cuestiones, entre ellas, las concernientes a los problemas de salud a través de las agencias especializadas de este organismo⁴. En el

¹ IRIYE, Akira – *Global community, The role of international organizations in the making of the contemporary world*. Berkeley: University of California Press, 2002. 255 p. ISBN 0-520-2312-7.

² Una aproximación inicial a este tema es la siguiente: BALLESTER, Rosa – “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)”. In PORRAS GALLO, María Isabel [et al.] (eds.) - *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*. Ciudad Real: Universidad de Castilla la Mancha, 2011. ISBN 978-84-694-4266-1. p. 195-224.

³ HAAS, P. M. – “Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination”. *International Organization*. ISSN 0020-8183. Vol. 46 (1992) p.1-35.

⁴ WEINDLING, Paul – *International health organizations and movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. 337 p. ISBN 978-0521450128.

fondo, este acercamiento trata de intentar responder a la pregunta de si realmente puede el conocimiento en temas de salud pública ser transnacional y en ese caso, cómo deber serlo para que sea útil de forma universal. Y, por otro lado, se plantea la forma que tiene o debe tener esa comunidad de expertos: si esta transnacionalidad viene definida por la diversidad geográfica de sus miembros o más bien por el tipo de recomendaciones que dan, quien o quienes deciden lo que es ser experto o no y si realmente la multinacionalidad garantiza el internacionalismo de los comités⁵.

Probablemente, la aparición de los comités de expertos, así definidos explícitamente, proceden del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones desde sus inicios en 1920 y en organismos como la Comisión de Epidemias de la citada Sociedad, considerada en el tiempo de su creación como el “primer ensayo en cooperación internacional”⁶. De hecho, uno de los puntales de su acción sobre la salud internacional fue promover la labor de los expertos reunidos en comisiones, encargados de establecer criterios y directrices que pudieran ser aplicados posteriormente en las políticas sanitarias nacionales. La personalidad colectiva de dichas comisiones excluyó, en general, el protagonismo de expertos individuales que formaban parte de las mismas con lo que el papel legitimador que tenían para los responsables de las políticas nacionales de salud las recomendaciones emanadas, aumentaba sustancialmente⁷. Un conjunto de expertos, en forma de comités o estructuras organizativas similares, supone un nivel superior al del experto individual al aumentar el grado de confianza en sus resoluciones por el enriquecimiento que confieren las discusiones científicas y la búsqueda de consensos para la resolución de problemas prácticos.

Las comisiones de expertos estaban dedicadas a diversas tareas como estudios documentales y bibliográficos, coordinación del trabajo de laboratorio emprendido por diversos institutos, pero, sobre todo, su finalidad era realizar encuestas epidemiológicas o médico-sociales por medio de viajes o misiones. El abordaje de los problemas de salud tanto de tipo científico como sociomédico, se llevaba a cabo a través de dichas comisiones de expertos que trazaban un plan de trabajo en el que intervenían personas procedentes de instituciones científicas cualificadas. También se comprometían a atender las demandas técnicas o de ayuda y asesoramiento que planteaban los gobiernos. El valor científico de los informes de los expertos del Comité de Higiene no es fácil de evaluar⁸ dado el número y la variedad de los asuntos y las personas

⁵ SOLOMON, Susan; MURARD, Lion; ZYLBERMAN, Patrick – “Introduction”. In SOLOMON, S. G., MURARD, L.; ZYLBERMAN, P. (eds) – *Shifting boundaries of public health: Europe in the twentieth century*. New York: University of Rochester Press, 2008. ISBN 978- 1580462839. p.1-22.

⁶ BALINSKA, Marta A.– “Assistance and not mere relief: the Epidemic Commission of the League of Nations, 1920-1923”. In WEINDLING P. – *International...*, p. 81-108.

⁷ BARONA, Josep Lluís, BERNABEU-MESTRE, Josep – *La Salud y el Estado: El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universidad de Valencia, 2008. ISBN 974-84-370-6974-6. 336 p.

⁸ RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban – *Por la salud de las Naciones. Higiene, Microbiología y Medicina Social*. Madrid: Akal; 1993. ISBN 84-7600-738-8. 56 p. BOROWY, Iris – *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Organization 1921-1946*. Frankfurt: Peter Lang GmbH, 2009. ISBN 978-3631586877. 510 p.

que en él intervinieron a lo largo de los años. Su principal labor fue, sin duda, la de coordinar e integrar los trabajos que ya se estaban haciendo en diversas partes del mundo, por ejemplo, trabajos experimentales. Por otro lado, es importante señalar el tipo de atmósfera reinante en estas reuniones de expertos, lejos de los intereses de los *lobbies* domésticos, lejos de las presiones nacionales, podían considerar una variedad de soluciones y llegar a consensos.

Los Comités de expertos fueron también piezas clave en los trabajos de la OMS. La puesta en marcha de los mismos y los procedimientos de actuación, que fueron periódicamente revisados, estuvo, desde sus inicios, regulado por los artículos 18 y 38 de la propia Constitución y en los informes preparatorios de la Primera Asamblea General. La adopción de este sistema y su ligazón con las actividades del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, son explícitas y estos comités se consideraron sus herederos desde el principio. Los primeros comités de la nueva organización sanitaria internacional fueron los de estandarización de sustancias biológicas, malaria, 6ª revisión de la Lista internacional de enfermedades y causas de muerte, epidemiología y cuarentenas, tuberculosis, farmacopeas y enfermedades venéreas. Algunas modificaciones con respecto a la situación anterior fueron la disminución, en algunos casos, del número de miembros de las comisiones, a favor de los que realmente poseían conocimientos técnicos y no solo eran representantes de sus países o tenían puestos políticos o administrativos.

La creación formal de los comités de expertos, hay que contemplarla en el marco más amplio de los Programas Generales puestos en marcha por la OMS desde 1951. Entre esa fecha y 1978, hasta cinco programas fueron implementados, con orientaciones cambiantes, dependiendo de circunstancias externas e internas. Como indicaba el segundo de sus directores generales, Marcolino G. Candau, con ocasión del XXV aniversario de la creación del organismo internacional, uno de los grandes logros de la misma había sido su capacidad de elaborar nuevos objetivos, buscar acercamientos novedosos y adaptarse a las condiciones cambiantes del mundo⁹ y de cada país. La implementación efectiva de los programas solo podía llevarse a cabo desde unas sólidas bases científicas que los expertos debían proporcionar, evaluar y adaptar¹⁰.

Los miembros individuales eran escogidos por sus propios méritos, no como representantes de gobiernos, instituciones o asociaciones, aunque se procuraba asegurar algún tipo de distribución geográfica. Los informes emanados de las reuniones de los comités de expertos no expresaban necesariamente el punto de vista de la propia Organización, pero constituían una herramienta fundamental para establecer políticas y preparar programas de envergadura en diferentes campos. En el organigrama general, los miembros de los comités de expertos eran escogidos de una lista presentada por el Director general.

⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The first ten years of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization, 1958. 539 p.

¹⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The second ten years of the World Health Organization 1958-1967*. Geneva: World Health Organization, 1968. 405 p.

El recurso a estudios por parte de expertos que luego se publicaron o que aparecen mimeografiados o microfilmados en los archivos de la OMS, adquirió diferentes modalidades a lo largo de los treinta primeros años de la institución. La serie de *informes técnicos*, que solo en los diez primeros años llegó a alcanzar el centenar, fue una de las publicaciones de la entidad que mayor relevancia tuvo. No todas las reuniones de las comisiones técnicas se editaron, solo aquellas que se consideraban relevantes.

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 tres 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.

El objetivo del presente trabajo es, precisamente, el análisis de los informes sobre la situación de la rehabilitación en España relativa al abordaje de las discapacidades físicas en los niños, llevados a cabo por consultores de la organización en las décadas de 1950 a 1970 en el marco más amplio de las acciones emprendidas por expertos de la OMS en dicha cuestión. Previamente, es obligado hacer referencia al contexto internacional en el cual dichas misiones se produjeron.

2. El contexto internacional. La presencia inicial de los problemas de discapacidad y rehabilitación médica en la Organización Mundial de la Salud.

Entre 1958 y 1981, tuvieron lugar tres reuniones de comités de expertos de la OMS para tratar el tema, bajo el rótulo inicial de “Rehabilitación médica”¹¹ que es el que apareció en los dos primeros informes técnicos resultantes de dichas reuniones y publicados en 1958¹² y 1969¹³, respectivamente. El tercero de los informes, recogía el encuentro de la Comisión en Ginebra, entre los días 17 a 23 de febrero de 1981. Dicha Comisión adoptaba el nombre de: “Prevención de la discapacidad y rehabilitación”, reflejo de los importantes cambios producidos en la concepción del problema de la

¹¹ Una adecuada contextualización histórica del concepto y contenidos de la rehabilitación puede encontrarse en: CLIMENT BARBERÁ, José María – *Historia de la rehabilitación médica: de la física terapéutica a la rehabilitación*. Barcelona: Edika Médica, 2001. 374 p. ISBN 978-84-7877-288-9. AGUILA MATURANA, Ana María – *El debate médico en torno a la rehabilitación en España (1949-1969)*. Madrid: Universidad Complutense, 2000. Tesis doctoral.

¹² WHO – *Technical Report Series*, N.º 158, 1958.

¹³ WHO – *Technical Report Series*, N.º 419, 1969.

discapacidad en el entorno sanitario internacional y de la nueva terminología relativa a los conceptos de discapacidad y rehabilitación¹⁴. Sin embargo, ya antes del primer informe, encontramos documentación sobre estos temas en el archivo histórico de la Organización, reflejo de un interés internacional creciente sobre estas cuestiones¹⁵.

El consenso sobre la terminología a utilizar, la necesidad de utilizar herramientas estadísticas para conocer el problema de la discapacidad en el mundo en toda su magnitud, la oportunidad de integrar la rehabilitación en los esquemas de los servicios nacionales de salud y la formación de médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y otro tipo de profesionales sanitarios como los terapeutas ocupacionales, fueron los temas estrella de las citadas reuniones. La representación en las comisiones de personas vinculadas a organismos como las propias Naciones Unidas, la Oficina Internacional del Trabajo, la Federación Internacional de Medicina Física o la Asociación Internacional para la Seguridad Social, eran un reflejo de la complejidad de los problemas a analizar, desde los aspectos legislativos y económicos a la dimensión médica y social.

El nacimiento de la especialidad médica en rehabilitación tras la II Guerra Mundial¹⁶ y la aparición de la profesión de fisioterapeuta, hay que entenderla en el marco del incremento de problemas de invalidez procedentes tanto de las secuelas de la guerra como de los accidentes causados por la actividad industrial y sin duda por la aparición de brotes epidémicos de poliomielitis, especialmente virulentos en las décadas centrales del siglo XX¹⁷. Pues bien, los informes de los expertos insisten en la necesidad de que esta especialidad médica se consolide y tenga un campo de actuación propio, independiente, aunque directamente en conexión con los ortopedas, los traumatólogos, pediatras o neurólogos. Paralelamente, se estableció un completo programa de formación de estos nuevos especialistas y también de los fisioterapeutas así como de la estructura y el funcionamiento de los servicios de rehabilitación. La investigación se considera un capítulo importante y se subrayaron tanto aspectos puramente médico-sanitarios como de tipo psicosocial y económico. Por otro lado, la OMS financiaba bolsas de estudio para formarse en diferentes centros especializados¹⁸ y, entre ellos, ocupó un lugar preferente el área de readaptación de niños con discapacidades físicas cuyo referente fueron importantes centros italianos que contaban con una larga tradición en este campo¹⁹.

El tercero de los informes, coincidente con la celebración del año de las personas discapacitadas (1981), contemplaba de forma casi monográfica, el tema de la prevención de la discapacidad y, entre otros, señalaba la importancia de las vacunaciones masivas contra

¹⁴ WHO – *Technical Report Series*, N.º 668, 1981.

¹⁵ 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.

¹⁶ CLIMENT BARBERÁ, José María – *Idem*

¹⁷ AGUILA MATURANA, Ana María – *Idem*, incluye un análisis muy amplio de la relación entre poliomielitis y nacimiento y desarrollo de la rehabilitación y la fisioterapia.

¹⁸ OMS – *L' Organisation Mondiale de la Santé en Europe*. Copenhague: OMS, 1957. p. 16-17.

¹⁹ FANTINI, BERNARDINO – “Polio in Italy”, BALLESTER, Rosa; PORRAS, María Isabel (coord.) – “Dossier: policy, social responses and the association movement against poliomyelitis. The European experience (1940-1965)”. *Dynamis*. Granada. ISSN 0211-9536. Vol. 32 (2) (2012).

la poliomielitis en todos los países. De hecho, los informes de los Comités de Expertos sobre la Poliomielitis incluyeron también algunas indicaciones sobre la rehabilitación de las secuelas paralíticas de la enfermedad, aunque el tema nuclear de dichos informes era, sobre todo, la discusión sobre el tipo de vacunas y la forma de prepararlas y administrarlas.²⁰ Y este fue, también un tema preferente en los Simposia de la European Association Against Poliomyelitis y en las conferencias internacionales sobre el mismo tema²¹.

Finalmente, no solo la OMS sino otros potentes organismos, especialmente el US Department of Health, Education and Welfare, elaboraron informes sobre la situación de la rehabilitación en diversos países²².

3. Los viajes de consultores y expertos de la OMS a España

Las epidemias de poliomielitis hicieron incrementar de forma muy acusada la demanda social de rehabilitación en todos los países afectados y también en España, como ha sido puesto de relieve, de forma pormenorizada, por Ana M. Aguila²³. Aunque se produjeron brotes aislados en la España anterior a la Guerra Civil, puede decirse que las epidemias de polio mas importantes fueron contemporáneas del periodo franquista²⁴. La difícil relación internacional de España debida a las circunstancias

²⁰ WHO – *Expert Committee on Poliomyelitis. First Report*. Geneva: WHO [Technical reports, nº 81]. 1954. Los otros informes se publicaron en 1958 [Technical reports, nº 145] y 1960 [Technical reports, nº 203].

²¹ BALLESTER, Rosa; PORRAS, María Isabel – “Spain and the international conferences on polio, 1940s-1960s”. *Dynamis*. Granada. ISSN 0211-9536. Vol. 30 (2010) p. 91-118.

²² FITZPATRICK, Thomas – *Rehabilitation programs and facilities of Western Europe*. Washington: US. Department of Health, Education and research / Vocational Rehabilitation Administration, 1963.

²³ AGUILA MATURANA, Ana María – ... p. 245- 350.

²⁴ MARTÍNEZ-PÉREZ, José (coord.) – *Dossier: “The poliomyelitis and its contexts: collectives and individual experiences in the face of the disease in the twentieth century”*. Asclepio. Madrid: CSIC. ISSN 0210-4466. Vol. 61:1 (2006) p. 7-192. Este número monográfico de la revista incluye los siguientes artículos específicamente consagrados a España: BÁGUENA, María José – “Estudios epidemiológicos y virológicos sobre la poliomielitis en Valencia”, p. 39-54. BALLESTER, Rosa; PORRAS, María Isabel – “El significado histórico de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de vacunación: el caso de la poliomielitis en España”, p. 55-80. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ; Juan Antonio; SECO CALVO, Jesús – “Las campañas de vacunación contra la poliomielitis en España en 1963”, p. 81-116. Entre otras publicaciones relativas a España y las epidemias de polio destacamos: BAGUENA, María José; PORRAS, María Isabel; BALLESTER, Rosa – “Poliomyelitis in urban and rural Spain (1890-1970). Epidemiological trends, social and medical responses”. In ANDRESEN, Astri; BARONA, Josep Lluís; CHERRY, Steven (eds.) – *Making a new countryside. Health policies and practices in European history ca. 1860-1950*. Frankfurt: Peter Lang, 2010. ISBN 978-3-631-59653-1. p.115-34. Las siguientes publicaciones del proyecto coordinado de investigación sobre polio en España y Portugal, que saldrán a la luz en 2012, son las siguientes: RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Juan Antonio – *La memoria paralizada: identidades y vivencias de la poliomielitis y el síndrome postpolio*. Salamanca: Universidad de Salamanca, [en prensa]. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, J. A.; PITA, J. R.; PEREIRA, A. L.; SECO CALVO, J. (coords.) – “A poliomielite na Península Ibérica. Reflexões para a sua compreensão histórica”. In *7º Coloquio Internacional Temas de Cultura Científica*. Coimbra: Universidade de Coimbra, [en prensa] (Ciências e Culturas). MARTÍNEZ PÉREZ, J.; PORRAS GALLO, M. I.; BÁGUENA CERVELLERA, M. J.; BALLESTER ANÓN, R. – “Spanish Health Services and Polio epidemics in the 20th Century. The “discovery” of a new group of disabled people (1920-1980)”. In BORSAY, Anne; DALE, Pamela (coords.) – *Children, Disability and Community from 1850 to the present day*. London: Pickering and Chatto Publishers, [en prensa].

políticas hizo que el país fuera excluido de las Naciones Unidas y de sus organismos, como la propia Organización Mundial de la Salud. Las cosas comenzaron a cambiar a partir de 1950, coincidiendo con el auge de la Guerra Fría y el interés, por parte de Estados Unidos, de contar con España como aliado y país donde implantar bases militares. La incorporación de España a la OMS fue un proceso que, en profundidad no ha sido todavía bien estudiado aunque contamos con algunos datos de interés a través del archivo de la Organización. El 14 de junio de 1951, el ministro español de Asuntos Exteriores, Alberto Martín Artajo agradecía al director general de la OMS, Brock Chisholm, la aceptación del país como miembro de la Organización

“Señor Director general. Tengo el honor de acusarle recibo de su atenta comunicación de 1º de Junio en curso por la que se me participa que habiendo sido recibido por el Secretario general de las Naciones Unidas el instrumento de aceptación de la Constitución de la OMS firmado por el gobierno español, mi país ha ingresado como miembro de la citada Organización. Al agradecerle los votos que formula por los beneficios que España pueda obtener por su participación en la OMS, aprovecho, señor Director, para expresarle el testimonio de mi consideración”²⁵.

A partir de ese momento, el 24 de julio de 1952, se nombró a José Sebastián de Erice y O’Shea, como ministro plenipotenciario y delegado permanente de España en la OMS y al vicescónsul de España en Ginebra, Luis de Villegas y Urzaiz, como secretario de dicha delegación permanente²⁶ con lo que quedaban establecidas definitivamente las relaciones oficiales.

Sin embargo, esta “rehabilitación” del régimen franquista fue limitada y la desconfianza de los países occidentales con España, fue la tónica general. Pese a las disputas internas entre diferentes “familias” del régimen sobre cómo afrontar un problema de salud tan importante como las epidemias de polio y cómo transmitir la información a la población,²⁷ las autoridades estaban interesadas en ofrecer la mejor imagen al exterior como modo de legitimar la Dictadura. Por ello, hubo gran interés en asistir a los congresos y reuniones científicas internacionales sobre diversas materias, por ejemplo en el caso de la polio como hemos tenido ocasión de estudiar en otro lugar, aunque no siempre los datos presentados por la situación real en España eran los mas precisos.²⁸

En este contexto, la llegada de consultores de la OMS a España tenía mucho de una prueba de examen que se debía pasar. En la primavera de 1956, a petición del estado español, comenzaron las visitas de estos expertos con vistas a la puesta en marcha

²⁵ WHO – *Constitution of the WHO signed at New York on 22 July 1946 accepted by Spain*. WHO historical archive. Second generation of files. C.N.56.1951. Treatises. L 2-3 Spain (microfilm).

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ RODRIGUEZ SÁNCHEZ, Juan Antonio; SECO CALVO, Jesús – “Las campañas de vacunación...”, p. 81-116.

²⁸ BOSCH MARÍN, Juan.; BRAVO, E. – “Aportación de España a la lucha contra la poliomiélitis”. In *Aportación española al V Symposium europeo sobre poliomiélitis*. Madrid, 28-30 de septiembre 1958. Madrid: Publicaciones “Al servicio del niño español”, Mº de la Gobernación, 1958. BALLESTER, Rosa; PORRAS, María Isabel – *Idem*.

de un programa nacional de rehabilitación²⁹. Entre 1956 y 1973 se elaboraron seis informes específicamente consagrados a la readaptación de personas con discapacidades, especialmente los niños. Con la información disponible no podemos asegurar que las visitas fueran siempre a demanda sino que más bien se trataba de lo contrario. La mayoría de ellas se realizaron en el contexto del Plan ESPAÑA-23 y, como ahora comentaremos, aunaban los consejos y la ayuda técnica con una inspección sobre el grado de seguimiento de los acuerdos suscritos.

El Plan de Operaciones España-23

La primera de las visitas señaladas³⁰ corrió a cargo de Frank. J. Safford y Kurt Jansson, expertos de la OMS en materia de readaptación de niños disminuidos (según la terminología al uso), que tenían la misión de describir la situación española con respecto a este tipo de servicios y si había personal preparado para la rehabilitación física para niños. Dicho informe fue publicado en España por la Dirección General de Sanidad.³¹ Estos expertos indicaron la necesidad de crear en Madrid, de forma inmediata, en la Clínica de la Concepción, una escuela de fisioterapia que sirviera para formar a estos profesionales que, en aquel momento, no existían como tales y por tanto, que era del todo necesario que la OMS enviase, al menos, un profesor de fisioterapia. Bajo la influencia de estos expertos se intentó mejorar la situación mediante la especialización de los llamados Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS, denominación que substituyó por unos años a otras formas de nombrar este oficio y que fue substituída, a su vez, por la de enfermería), a lo largo de dos años tras haber finalizado la carrera. Eso suponía que la formación del fisioterapeuta debía durar 5 años: tres de ATS y dos de especialidad y se consideró como un modo de suplir la carencia absoluta de profesionales en esta área. La ley de 26 de julio de 1957 reglamentaba el ejercicio de la fisioterapia y permitía el establecimiento de Escuelas de Fisioterapia adscritas a las Facultades de Medicina³², pero el informe de los expertos indicaba que, dada la situación reinante en todo el país, solo tres escuelas de fisioterapia, ubicadas en Madrid, Barcelona y Valencia, superaban los requisitos para impartir una enseñanza de un cierto nivel. En cada una de las escuelas debería haber un director “consultivo”, que debía ser un profesor de la facultad de medicina, un director “efectivo”, médico especialista en rehabilitación y un fisioterapeuta cualificado. Además, se recomendaba incorporar a estos niños y jóvenes discapacitados a escuelas de formación profesional en las que deberían

²⁹ AGUILA MATORANA; Ana María – p. 135.

³⁰ SAFFORD, Frank – “Rapport sur une mission en Espagne par le...” 20 mai-10 juin 1959. 32 p. WHO Historical Archive. EUR-ESPAGNE 3&23 (mimeo).

³¹ SAFFORD, FK; JANSSON, K. – *Programa nacional de rehabilitación de niños físicamente disminuidos. Informe sobre una misión en España*. Madrid: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad, 1959. 96 p.

³² TOLEDO MARHUENDA, José Vicente – *La poliomielitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en Fisioterapia*. Universidad Miguel Hernández, 2009. Tesis Doctoral.

reservarse entre 5 y 10 plazas por centro e incluso, para aquellos discapacitados con mayores problemas de movilidad y que vivieran lejos de los centros, debería crearse un internado. Todo ello bajo la supervisión de monitores profesionales para cuya formación se sugería pedir bolsas de formación a la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Un experto de este organismo debería, además, velar por el cumplimiento de todo el programa.

El resultado final de la estancia fue la creación, entre finales de 1960 y los inicios de 1961, de un *Plan de operaciones ESPAÑA-23. Readaptación de los niños disminuídos físicamente*, mediante el cual se estableció un convenio entre el gobierno español, la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia regulado, a través del recién creado Patronato Nacional de Rehabilitación y Readaptación, presidido por el ministro Camilo Alonso Vega.³³ Dicho Plan señalaba que debían crearse servicios de formación en materias de rehabilitación, a partir de algunos ya existentes como la Clínica de La Concepción, el Hospital Provincial, el Hospital del Niño Jesús (todos ellos ubicados en Madrid) y el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa de Valencia. Estas instituciones debían poseer unas instalaciones adecuadas de fisioterapia y ergoterapia, salas de consultas médicas y salón de conferencias, con un personal auxiliar suficiente y bajo la dirección de un médico. Finalmente, se encargaba a dos expertas de la OMS, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, respectivamente, del montaje de estos servicios y de su puesta en funcionamiento.

En octubre de 1960, la *misión* fue encargada a una consultora danesa, la fisioterapeuta Birgit Brodsgaard³⁴, quien permaneció hasta diciembre de 1963 en España y que, en palabras de otro consultor “Cette personne se mit rapidement au courant de la langue et de la vie espagnoles et se consacre à sa mission jusqu'en décembre 1963 avec compétence and dévouement”³⁵. Una de las funciones de esta experta era realizar un seguimiento para ver los avances producidos en el Plan España-23 y, en ese marco, visitar un cierto número de centros escogidos previstos en el convenio y entrevistarse con las personas responsables del desarrollo del Plan con las que “elle a su établir et garder avec les meilleurs des spécialistes espagnoles des relations confiantes et amicales: on li garde una grande reconnaissance”³⁶. Debido a su perfil profesional, su trabajo se centró fundamentalmente en describir el grado de formación de los fisioterapeutas que considera muy débil y no fácil de solucionar porque no se contaba con personal cualificado que ejerciera como profesor de tal modo que una de sus primeras recomendaciones era que se enviaran a España, en calidad de monitores expertos, fisioterapeutas procedentes de otros países que permanecieran durante varios años con objeto de poder formar adecuadamente toda una generación de fisioterapeutas españoles.

³³ La noticia de su creación apareció en el periódico ABC el 23 de enero de 1959, p. 32.

³⁴ BRODSGAARD, Birgit – *Rapport sur une mission en Espagne du 10 octobre 1960 au 26 decembre 1963*. 22 p. WHO Historical Archive. Espagne - 23, AT 12-59; 1964 (mimeo)

³⁵ PIERQUIN, Louis – *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; 1965 (mimeo), p. 4.

³⁶ *Ibidem*.

Otros dos informes llevados a cabo en 1962³⁷ y 1963³⁸, respectivamente, incidieron en aspectos similares a los indicados en el de Brodsgaard, pero sin duda, el más importante por su envergadura y contenidos, fue el elaborado por el profesor de la Facultad de Medicina de Nancy, Louis Pierquin³⁹, consultor de la OMS para la readaptación de los discapacitados físicos y una de las figuras claves de la medicina rehabilitadora en el espacio europeo e internacional. Pierquin era la personalidad de mayor rango académico e investigador de todos los consultores que hasta ese momento la OMS había enviado a España. Los objetivos de la misión eran los de evaluar el trabajo llevado a cabo 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. A tal efecto, 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 muy elaborado 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). Como, por otro lado, también figura en el caso de anteriores informes como el de Saffor y Jansson, se agradece la positiva acogida recibida en España:

“J'ai trouvé, en toutes circonstances, l'accueil le plus courtois et le concours le plus large. Partout, des renseignements détaillés m'ont été donnés spontanément, avec amabilité et franchise. Aussi, m'est il très agréable de prier tous ceux qui m'ont généreusement accordé leur aide de trouver ici l'expression de mes vifs remerciements et de ma profonde gratitude”.⁴⁰

Los resultados de la misión no eran, sin embargo, nada complacientes. En la cuestión de la fisioterapia se indicaba que, pese a los esfuerzos llevados a cabo por Brodsgaard y por algunos directores de servicios hospitalarios, era claramente insuficiente la formación de estos profesionales debido a una serie de causas como el número excesivo de escuelas en Madrid y Barcelona, muchas de ellas calificadas como “mediocres”, un contenido teórico que no estaba al día, un programa oficial que no era acorde con los nuevos conocimientos y tecnologías, la necesidad – que considera Pierquin inútil – de que los aspirantes a fisioterapeutas cursaran, antes de especializarse, una carrera

³⁷ MALAN, RM. – *Rapport sur une mission en Espagne, 19-25 mars, 1962*. 9 p. WHO Historical Archive. Espagne - 23, TA no. 12-59; 1962 (mimeo).

³⁸ ABELLA, M. – *Rapport sur une mission en Espagne, 10 avril 1961-31 décembre 1963*. 9 p. WHO Historical Archive. Espagne - 23, 1964 (mimeo).

³⁹ PIERQUIN, Louis – *Idem*.

⁴⁰ PIERQUIN, Louis – *Rapport...*, p. 1.

de ATS, la ausencia de suficientes profesores de buen nivel que hubieran aprendido en el extranjero las técnicas más avanzadas y la escasa participación de fisioterapeutas extranjeros en las escuelas españolas.

En el caso de la ergoterapia, la situación no era mejor. Desde el momento en que se acordó llevar a cabo un programa de ayuda a España en materia de rehabilitación con el Plan España-23, se sucedieron las recomendaciones de crear centros pilotos en los hospitales para llevar a la práctica esta terapia ocupacional, una recomendación que ya estaba presente en los informes de Safford y Jansson de 1956 y que no debió ser seguida porque dicha recomendación, casi en los mismos términos, se vuelve a plantear, en 1959, por los mismos expertos, con escaso éxito. Pierquin hace notar, además, que estos servicios de ergoterapia eran oportunos “car, l'esprit de l'espagnol, comme celui des méditerranéens, est particulièrement séduit par un système de réadaptation individuel et naturel”⁴¹. Tras la institucionalización del Plan citado, para poderlo llevar a la práctica, se envió desde Ginebra a A. Abella, una profesional en terapia ocupacional que permaneció en España por espacio de dos años y medio (entre 1961 y 1963). De origen cubano, no tenía por ello dificultades lingüísticas para comunicarse y, por otro lado, contó con ayuda de la Dirección General de Sanidad (que subvencionó, de hecho, el primero de los cursos impartidos) especialmente en la persona de Manuel Oñorbe Garbayo, secretario general del Patronato de Rehabilitación de Inválidos, autor de una interesante monografía⁴². El informe de Abella⁴³, como hemos indicado antes, es muy breve y no está exento de un cierto grado de pesimismo por las dificultades para que las actividades emprendidas pudieran tener continuidad adecuada. El primer curso (un “curso acelerado” como ella misma indica) impartido por Abella contó con trece alumnos la mayor parte de los cuales tenían que hacer funcionar servicios de terapia ocupacional, sin haber finalizado su formación. Las clases se dieron en el Dispensario Central de Rehabilitación ubicado en la calle Maudes en Madrid y poco a poco – como en el informe de Pierquin se indica, algunos pocos centros sanitarios como la Clínica Puerta de Hierro, la Clínica Nacional del Trabajo, el Hospital “Salus Infirmorum” en Madrid o el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa en Valencia, abrieron secciones de ergoterapia. En 1964, se creó de forma oficial – debido en gran medida a la presión ejercida por la OMS – la primera enseñanza oficial a través de una Escuela de Terapia Ocupacional ubicada en Madrid y dependiente tanto de la Escuela Nacional de Sanidad como de la Facultad de Medicina.⁴⁴

La especialidad médica de rehabilitación y su situación en España, mereció una mejor calificación por parte de los expertos. Las características del proceso de creación de dicha especialidad en dicho país, los protagonistas e instituciones implicadas, han

⁴¹ PIERQUIN, Louis – *Rapport...*, p. 13.

⁴² OÑORBE GARBAYO, Manuel – *El problema de los disminuidos físicos y su rehabilitación*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1963. 48 p.

⁴³ ABELLA, M. – *Ibidem*.

⁴⁴ PIERQUIN, Louis – *Rapport*, p. 23.

sido muy bien estudiadas por JM. Climent⁴⁵ y A. Águila⁴⁶. Desde 1958 se impartió el primer curso de especialización que, promovido por Francisco Barnosell y José María Poal, del Servicio de Rehabilitación del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, estaba auspiciado por la Sociedad Española de Rehabilitación creada poco antes y tenía la duración de dos años. Desde la atalaya de la observación de los expertos de la OMS, se consideraba positivo el resultado que habían dado las becas y ayudas concedidas a médicos españoles para formarse en el extranjero y que, a su vuelta, estaban siendo algunos de los mas importantes pilares para que la especialidad se desarrollara convenientemente en España. Sin embargo, se consideraba necesario el armonizar los contenidos impartidos en los distintos centros españoles y se consideraba un tema polémico la entrada de la enseñanza de rehabilitación en los estudios de medicina por parte de especialistas en este campo, que entraba en competencia con los profesores de terapias físicas, cirujanos ortopédicos, neurólogos o pediatras. Por otro lado, se insiste en la internacionalización de los nuevos especialistas a través de su participación en cursos, congresos y otro tipo de encuentros científicos realizados fuera de las fronteras de su propio país.

La valoración de los servicios hospitalarios españoles no queda muy bien parada. Su número era escaso, los espacios físicos- especialmente en los hospitales mas antiguos- totalmente insuficientes, unos aparatos “que corresponden a una mecanoterapia obsoleta y a una fisioterapia ya superada que es preciso abandonar sin ninguna vacilación”⁴⁷.

En palabras de los comisionados, el Plan España-23 fracasó en gran medida. Las razones de dicho fracaso había que buscarlas tanto en el plano de la falta de tradición organizativa, como de los escasos recursos económicos como, principalmente, en el plano político. En el primer caso, Pierquin comenta que:

“En examinat l'état de ces trop rares services dont la réussite relative résulte de la conjonction de médecins exceptionnelles et de moyens plus important qu'ailleurs, on est surpris du manque de matériel et surtout, de personnel”⁴⁸

Junto a ello, razones políticas: “Les pouvoirs publiques n'ont pas encoré pu donner à la réadaptation, dans leur pensé et dans leur action, la place qui lui est due”⁴⁹. En definitiva, estas carencias tuvieron como consecuencia, una escasez y una calidad mediocre – salvo muy honrosas excepciones – de servicios de rehabilitación para la población afectada y una oportunidad, desaprovechada en gran medida, de la formación regular y actualizada de los profesionales sanitarios de estas áreas que tardaría tiempo en recuperarse. Este panorama, por otro lado, se ve completado con el análisis de otros informes de tipo mas general sobre el funcionamiento de los servicios de salud

⁴⁵ CLIMENT BARBERÁ, José María – *Idem*.

⁴⁶ ÁGUILA MATURANA; Ana María – *Idem*.

⁴⁷ PIERQUIN, Louis – *Idem*, p. 30-31.

⁴⁸ PIERQUIN, Louis – *Idem*, p. 34.

⁴⁹ *Ibidem*.

materno-infantil⁵⁰ o sobre la situación de la sistemas de salud en España⁵¹ que arrojan luz sobre el periodo histórico estudiado y son fuentes de un interés extraordinario para el historiador.

Conclusiones

La llegada a España de expertos consultores de la OMS para cumplir una serie de *misiones* en el área de la rehabilitación, en general, y la de los niños con discapacidades físicas, en particular, en las décadas de los años 1950 y 1960, coincidiendo con los brotes de poliomielitis y en el periodo histórico del franquismo, tuvo repercusiones importantes para el despegue y desarrollo inicial de la rehabilitación española en tres frentes, al menos. En primer lugar, porque permitió que se conociera fuera del país, y a través de observaciones de personas expertas e independientes, la realidad de los recursos humanos y materiales de todo tipo con los que se contaba para hacer frente a la creciente demanda de este tipo de servicios. En segundo término, porque posibilitó una formación profesional abierta a las nuevas corrientes, de médicos especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales a través de la llegada de personal extranjero que impartía formación y a través de las bolsas de estudio que financiaban los viajes a centros extranjeros de prestigio. Finalmente, este tipo de actividades pudo también contribuir, de algún modo, al paso a otro estadio de una apertura tímida pero constatable, del régimen político dictatorial. Sin embargo, el principal instrumento con el que se quería mejorar y poner España a nivel del resto de países europeos mas desarrollados en el terreno de la rehabilitación – el Plan España -23 acabó siendo un fracaso parcial y sus elementos nucleares no llegaron a ponerse en marcha hasta bien entrada la década de 1970 con un país que entraba en la senda de la llamada Transición política.

⁵⁰ HAGEN, W. – *Maternal and child health services in Spain*. 11 p. WHO Historical Archive. MH/AS/233.55. 1955.

⁵¹ BROCKINGTON, Fraser – *Rapport sur l'organisation des services de santé en Espagne*. Mission effectuée du 28 septembre au 17 décembre 1967. 43 p. WHO Historical Archive.