



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

Ballester, Rosa; Porras, María Isabel; Báguena, María José
Políticas sanitarias locales puestas a prueba: consultores, expertos, misiones
internacionales y poliomiélitis en España, 1950-1975
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 925-
940
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386141523016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Políticas sanitarias locales puestas a prueba: consultores, expertos, misiones internacionales y poliomielitis en España, 1950-1975

*Local health policies under
the microscope: consultants,
experts, international
missions and poliomyelitis
in Spain, 1950-1975*

Rosa Ballester

Profesora, Facultad de Medicina/
Universidad Miguel Hernández.
Carretera Alicante-Valencia, km 8,7
03550 – San Juan de Alicante – España
rosa.ballester@umh.es

María Isabel Porras

Profesora, Facultad de Medicina de Ciudad Real/
Universidad Castilla-La Mancha.
Camino de Moledores, s/n
13071 – Ciudad Real – España
mariaisabel.porras@uclm.es

María José Báguena

Profesora, Instituto de Historia de la Medicina y
de la Ciencia "López Piñero"/Universidad de Valencia.
Plaza Cisneros, 4
46003 – Valencia – España
m.jose.baguena@uv.es

Recebido para publicação em janeiro de 2014.

Aprovado para publicação em junho de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000300016>

BALLESTER, Rosa; PORRAS, María Isabel; BÁGUENA, María José. Políticas sanitarias locales puestas a prueba: consultores, expertos, misiones internacionales y poliomielitis en España, 1950-1975. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.3, jul.-set. 2015, p.925-940.

Resumen

Este trabajo analiza las misiones de expertos de organismos sanitarios internacionales en España destinadas a informar sobre la situación, las actividades realizadas y las intervenciones necesarias en la lucha contra la discapacidad física de los niños. El Plan España-23 fue el instrumento utilizado por la OMS y otras agencias para poner en marcha el proceso de cambio en un país en transformación durante la larga etapa de vigencia de la dictadura franquista. El trabajo utiliza como fuentes informes inéditos de expertos de la OMS, que fueron resultado de visitas realizadas al país entre 1950 y 1975. El abordaje metodológico consistió en un análisis del discurso que se encuentra en las fuentes y su contextualización en los marcos historiográficos pertinentes.

Palabras clave: rehabilitación; poliomielitis; expertos OMS; España; siglo XX.

Abstract

One of the main focuses of analysis of this paper concerns the missions of international health agency experts to Spain to report on the situation, the activities in the fight against physical disabilities in children and on the actions taken to cope with the problem. The Spain-23 Plan was the instrument used by WHO and other agencies to start the process of change in a country undergoing a period of transformation under the enduring Franco dictatorship. As key sources, the paper uses unpublished reports of WHO experts on the subject, which resulted from visits to the country between 1950 and 1975. The methodological approach consists of an analysis of discourses from primary sources within the historiographical framework.

Keywords: rehabilitation; poliomyelitis; WHO experts; Spain; twentieth century.

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 salud¹ y del proceso histórico mediante el cual se han creado movimientos y fuerzas transnacionales que definen, en gran medida, el mundo de hoy (Iriye, 2002). 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 los temas en que nos vamos a situar, en la línea de algunos trabajos recientes, como los de Brown y Cueto (2011), Cueto, Brown y Fee (2011) o Cueto (2008, 2013).

El objetivo del presente trabajo es el análisis de los informes técnicos sobre la situación de la rehabilitación en España, relativa al abordaje de las discapacidades físicas en los niños, preparados por consultores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las décadas de 1950 a 1970 en el marco más amplio de las acciones emprendidas por expertos de la citada organización en dicha cuestión. Nuestro 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, sobre el papel que desempeñaron o pretendieron desempeñar en el afrontamiento y resolución de problemas de salud de los países y sobre 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, tal y como está poniendo de relieve la historiografía reciente.² Como modelo de análisis se ha escogido una organización internacional, la OMS, y un ejemplo de acción sanitaria en las que intervinieron estos comisionados.³ Concretamente, hemos seleccionado 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 núcleo fundamental del trabajo se basa, por tanto, en un tipo peculiar de fuentes inéditas, las misiones de expertos y asesores, que han sido de un valor inestimable y se conservan en el Archivo Histórico de la OMS. Dicho archivo está ubicado en las oficinas centrales de la Organización, en Ginebra, y cuenta con un inventario (“Inventaires of the centralized files, first, second and third generation”) que contiene varias materias en las cuales está incluida la poliomielitis.⁴ Se trata de documentos muy variados, fundamentalmente de tipo organizativo. De este fondo procede la carta de agradecimiento del ministro español de Asuntos Exteriores por la incorporación de España a la OMS (WHO, 1951) que por primera vez ha salido a la luz y consideramos de gran interés, no solo en el tema de la rehabilitación sino en el contexto de la historia política. Los informes de las misiones de asesores y expertos individuales están ubicados en una sección muy amplia dentro del Archivo, relativa específicamente a diversos países europeos. La sección EUR-Espagne-23 incluye documentos internos de la Organización muy diversos (cartas cruzadas entre un gobierno europeo determinado – el español, en nuestro caso – y la OMS, informes de misiones y otro tipo muy variado de fuentes). Están todos ellos mimeografiados y son inéditos, no publicados. Los relativos al tema de la discapacidad y la

rehabilitación en España son seis en total, de extensión variable (entre cuatro y 63 páginas) y están escritos en lengua francesa.

El papel de los comités y de las misiones de expertos en la salud internacional

El esfuerzo por establecer 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 Haas (Haas, 1992, p.1-35) han desarrollado el concepto de “comunidades epistémicas transnacionales”, discutiendo el papel que desempeñan 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 distinta cuestiones, entre ellas, las concernientes a los problemas de salud a través de las agencias especializadas de este organismo (Weindling, 1995). En el 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, y si realmente la multinacionalidad garantiza el internacionalismo de los comités (Solomon, Murard, Zylberman, 2008, p.1-22).

Probablemente, la aparición de los comités de expertos, así definidos explícitamente, procede del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones desde sus inicios en 1920 y de organismos como la Comisión de Epidemias de la citada sociedad, considerada en el tiempo de su creación como el “primer ensayo en cooperación internacional” (Balinska, 1995, p.81-108). Las actividades llevadas a cabo por la Oficina Sanitaria Internacional – más tarde, denominada Oficina Sanitaria Panamericana – entrarían también en este grupo de pioneros (Cueto, 2004). 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 los expertos individuales que formaban parte de las mismas con lo que aumentaba sustancialmente el papel legitimador que las recomendaciones emanadas de ellas tenían para los responsables de las políticas nacionales de salud (Barona, Bernabeu-Mestre, 2008). 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 evaluar (Rodríguez Ocaña, 1993; Borowy, 2009) dado el número, la variedad de los asuntos y las personas que 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 por los informes preparatorios de la Primera Asamblea General.

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, por 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 mundo (WHO, 1958c) 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 adaptar (WHO, 1968).

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.

El recurso a estudios por parte de expertos, que luego se publicaron o que aparecen mimeografiados o microfilmados en los archivos de la institución, adquirió diferentes modalidades a lo largo de los 30 primeros años de la institución. La serie de informes técnicos, que sólo en los 10 primeros años llegó a alcanzar el centenar, fue una de las publicaciones de la entidad que mayor relevancia tuvo.

Un género muy interesante y muy escasamente estudiado es el de las misiones a uno u otro país realizadas por mandato de la OMS con consultores independientes que aunaban su condición de expertos en una u otra materia con un grado importante de disponibilidad puesto que, en ocasiones, como ocurrió con algunas que tuvieron como objeto nuestro propio país, la duración de la misión excedía los tres años, aunque esto 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 el envío a la OMS de un tipo de informe con contenidos críticos, mostrando la independencia de los consultores, lo que no siempre resultaba fácil en determinados países con regímenes políticos no democráticos. La mayor parte de estos informes no se publicaban y, como hemos adelantado, se conservan en el Archivo Histórico de la OMS, que se halla en las oficinas centrales de la Organización en Ginebra. Precisamente, este tipo de fuentes ha sido el núcleo principal de nuestro trabajo. Previo a la exposición de nuestros resultados, parece obligado hacer referencia al contexto internacional en el cual dichas misiones se realizaron.

La presencia inicial de los problemas de discapacidad y rehabilitación médica en la OMS

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”,⁵ que es el que apareció en los dos primeros informes técnicos, resultantes de dichas reuniones y publicados en 1958 (WHO, 1958b) y 1969 (WHO, 1969), respectivamente. El tercero de los informes, recogía el encuentro de la comisión en Ginebra, entre los días 17 y 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 discapacidad en el entorno sanitario internacional y de la nueva terminología relativa a los conceptos del proceso de discapacidad y rehabilitación (WHO, 1981). 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 cuestiones (WHO, 1950-1955, 1955-1983), plasmado también en otras iniciativas como la creación de la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) en 1951, en Dinamarca (Barros, 2008, p.943).

El consenso sobre la terminología a utilizar, la necesidad de emplear 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, era 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 Segunda Guerra Mundial (Climent Barbera, 2009) y la aparición de la profesión de fisioterapeuta hay que entenderla en el marco del incremento de problemas de invalideces, 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 (Cooter, 2000), especialmente virulentos en las décadas centrales del siglo XX.⁶ 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 consideraba un capítulo importante y se subrayaron tanto aspectos puramente médico-sanitarios como de tipo psicosocial y económico. Por otro lado, la OMS financiaba becas para estudiar en diferentes centros especializados (WHO, 1957). Un lugar preferente entre las áreas de especialización, ocupó la readaptación de niños con discapacidades físicas cuyo referente fueron importantes centros italianos que contaban con una larga tradición en este campo (Fantini, 2012, p.329-359).

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 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 parálíticas de la enfermedad, aunque el tema nuclear de dichos informes era, sobre todo, la discusión sobre los tipos de vacunas y la forma de prepararlas y administrarlas (WHO, 1954, 1958a, 1958b, 1958c, 1960). Y este fue, también, un tema preferente en los Simposia de la European Association Against Poliomyelitis y en las conferencias internacionales sobre el mismo tema (Porras, Báguena, Ballester, 2010, p.91-118; Porras et al., 2012).

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 países (Fitzpatrick, 1963).

Los viajes a España de consultores y expertos de la OMS

Las epidemias de poliomielitis hicieron incrementar de forma muy acusada la demanda social de rehabilitación en todos los países afectados y también en España (Águila Maturana, 2000, p.245-350; Climent Barbera, 2009; Toledo Marhuenda, 2013). Aunque se produjeron brotes aislados en la España anterior a la Guerra Civil, puede decirse que las epidemias de polio más importantes fueron contemporáneas del periodo franquista (Porras et al., 2013).⁷ De hecho, entre 1890 y finales de la década de 1930, la polio se presentó en España en forma de brotes epidémicos esporádicos. Apenas hay datos de los declarados en Valls (Tarragona) en 1896, o en Manzanares (Ciudad Real), Fraga (Huesca) y Barcelona en 1917. La epidemia de 1929 en Madrid, con 318 casos, fue la primera de la que se realizó un informe, elaborado por el Servicio Epidemiológico Central de la Dirección General de Sanidad, que seguía las pautas de la nueva epidemiología, con una valoración de todos los factores que podían haber contribuido a la difusión de la enfermedad (Martínez Navarro, Larrosa, Páez, 2004, p.963-987). La notificación obligatoria de la poliomielitis en 1930 y la consolidación, ese mismo año, del Servicio de Estadísticas Sanitarias hizo que brotes como el de Santander (1930) o Mallorca (1932) fueran mejor estudiados. Tras la Guerra Civil, durante las décadas de 1940 y 1950, la polio adquirió carácter epidémico, destacando 1942 con 741 casos y 1950 con 1.597 casos. Como se puede apreciar en la Tabla 1, la morbilidad y la mortalidad por poliomielitis

mantuvieron una tendencia alcista durante toda la década de 1950 hasta que se produjo la primera campaña masiva de vacunación en el otoño de 1963 y primavera de 1964 con vacuna oral Sabin, y descendieron ambas tasas de manera llamativa.⁸

Tabla 1: Tasas anuales de morbilidad y mortalidad por poliomielitis en España

Año	Morbilidad (por 100.000 habitantes)	Mortalidad (por 100.000 habitantes)
1950	5,73	0,45
1951	1,92	0,41
1952	5,56	0,58
1953	3,37	0,42
1954	3,01	0,40
1955	3,74	0,39
1956	4,31	0,52
1957	3,12	0,50
1958	7,01	1,07
1959	7,13	1,06
1960	5,41	0,67
1963	6,25	0,65
1964	0,62	0,13

Fuente: Sección de Estadística de la Dirección General de Sanidad.⁹

La difícil relación internacional de España debida a las circunstancias 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 (WHO, 1951).

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 permanente (WHO, 1951) 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 (Rodríguez Sánchez, Seco Calvo, 2009, p.81-116), 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 sobre la situación real en España eran los más precisos (Bosch Marín, Bravo, 1958; Ballester, Porras, 2009, p.55-80).

En este contexto, la llegada de consultores de la OMS a España tenía las características 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 de un programa nacional de rehabilitación (Águila Maturana, 2000, p.135). 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, como ahora comentaremos. Como alguno de los visitantes constataron (Safford, Janson, 1959, p.14-19) poco antes de su llegada, y sobre todo entre 1957 y 1959, se crearon *ex novo*, de forma apresurada, y, a veces, improvisada, nuevos servicios de rehabilitación y otros que estaban ya en fase muy avanzada para su apertura. No es difícil entender que este apresuramiento guarda relación con la necesidad del régimen franquista de ofrecer la mejor imagen del país a estos expertos foráneos. La celebración en Madrid, en 1958, del quinto Simposio de la Asociación Europea contra la Poliomielitis, tenía también este propósito (Ballester, Porras, Báguena, 2013, p.91-92).

El plan de operaciones España-23

La primera de las visitas señaladas corrió a cargo de Frank. J. Safford y Kurt Janson, expertos de la OMS en materia de readaptación de niños disminuidos (según la terminología al uso). Tenían la misión de describir la situación española con respecto a este tipo de servicios y determinar si había personal preparado para la rehabilitación física de niños. Dicho informe fue publicado en España por la Dirección General de Sanidad (Safford, Janson, 1959). Estos expertos señalaron 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, 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 sustituyó por unos años a otras formas de nombrar este oficio y que fue sustituida, 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 cinco 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 reglamentó el ejercicio de la fisioterapia y permitía el establecimiento de escuelas de fisioterapia adscritas a las Facultades de Medicina (Toledo Marhuenda, 2013), pero el informe de los expertos indicaba que, dada la situación reinante en todo el país, sólo 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 tenía que 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 con discapacidades a escuelas de formación profesional en las que deberían reservarse entre cinco y diez plazas por centro e incluso para aquellos 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 que se regulaba, a través del recién creado Patronato Nacional de Rehabilitación y Readaptación, presidido por el ministro Camilo Alonso Vega.¹⁰ 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.¹¹ 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 Brodsgaard (1964), quien permaneció hasta diciembre de 1963 en España y que, en palabras de otro consultor, “Esta persona se puso rápidamente al corriente de la lengua y la vida españolas y se consagró a su misión con competencia y entrega hasta diciembre de 1963” (Pierquin, 1965, p.4). Una de las funciones de esta experta fue 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 “ella supo establecer y mantener relaciones de confianza y amistad con los mejores especialistas españoles: le estamos muy agradecidos” (Pierquin, 1965, p.4). Debido a su perfil profesional, su trabajo se centró fundamentalmente en describir el grado de formación de los fisioterapeutas que consideraba 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 fue 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.

Otros dos informes llevados a cabo en 1962 (Malan, 1962) y en 1963 (Abella, 1964), 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 Pierquin (1965), consultor de la OMS para la readaptación de las personas con discapacidades físicas 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 el desarrollo futuro del programa y preparar un plan de acción para los siguientes años. A tal efecto, Pierquin se reunió con representantes de las políticas sanitarias, recorrió todos los servicios hospitalarios de rehabilitación ubicados en Madrid, Barcelona y Valencia, entrevistándose con los directores o responsables de los mismos. Su 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). Por otro lado, también figura en informes anteriores como el de Safford y Janson (1959).

Louis Pierquin (1965, p.1) agradecía la positiva acogida recibida en España: “He encontrado en todos los casos una acogida muy cortés y una gran colaboración. En todas partes me han dado espontáneamente informaciones detalladas, con amabilidad y franqueza. Deseo también transmitir mi profundo agradecimiento y gratitud a todos los que me han prestado generosamente su ayuda”.

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, la formación de estos profesionales era claramente insuficiente 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 Pierquin consideraba inútil – de que los aspirantes a fisioterapeutas cursaran, antes de especializarse, una carrera 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 la terapia ocupacional, una recomendación que ya estaba presente en los informes de Safford y Janson de 1956 y que no debió ser seguida porque dicha recomendación, casi en los mismo términos, se volvió a plantear en 1959 por los mismos expertos, nuevamente con escaso éxito. Pierquin (1965, p.13) hizo notar, además, que estos servicios de ergoterapia eran oportunos “ya que al carácter español, como al de los mediterráneos, le cautiva especialmente un sistema de readaptación individual y natural”.

Tras la institucionalización del citado plan, para poder llevarlo a la práctica, desde Ginebra, se envió a Mercedes 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 idiomáticas 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 monografía (Oñorbe Garbyo, 1963). El informe de Abella (1964), es muy breve y no está exento de un cierto grado de pesimismo por las dificultades que percibía para que las actividades emprendidas pudieran tener una continuidad adecuada. El primer curso (un “curso acelerado” como ella misma indicaba) que impartió Abella contó con 13 alumnos, la mayor parte de los cuales tuvieron 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 se indica en el informe de Pierquin – algunos 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 formalmente – en gran medida debido 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 (Pierquin, 1965, p.23).

La especialidad médica de rehabilitación y su situación en España, mereció una mejor calificación por parte de los expertos. Desde la atalaya de la observación de los comisionados 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 más importantes pilares para que la especialidad se desarrollara convenientemente en España. Sin embargo, se juzgaba necesario 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 consideraban entraría en competencia con los profesores de terapias físicas, cirujanos ortopédicos, neurólogos o pediatras. Por otro lado, se insistía 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 quedaba muy bien parada. Su número era escaso, los espacios físicos – especialmente en los hospitales más antiguos – totalmente insuficientes: los locales se valoraban como verdaderamente deplorables, en razón de su pequeñez y su situación en los sótanos de los hospitales, los ejercicios se hacían en la oscuridad, con humedad y falta de aire, y con unos aparatos que correspondían a una mecanoterapia obsoleta y a una fisioterapia ya superada que era necesario abandonar sin ninguna vacilación (Pierquin, 1965, p.30-31).

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 y de los escasos recursos económicos como, principalmente, en el plano político. En el primer caso, Pierquin (1965, p.34) comentaba que: “Examinando el estado de esos muy escasos servicios cuyo éxito relativo deriva de la conjunción de médicos excepcionales y medios más importantes que en otro lugar, sorprende la escasez de material y, sobre todo, de personal”.

Junto a ello, Pierquin (1965, p.34) señalaba también razones políticas: “Los poderes públicos no han podido aún colocar la readaptación en el lugar que le corresponde”. 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 proporcionar formación regular y actualizada a los profesionales sanitarios de estas áreas que tardaría tiempo en recuperarse. Este panorama, por otro lado, se completa con el análisis de otros informes de carácter más general sobre el funcionamiento de los servicios de salud materno-infantil (Hagen, 1955) y sobre la situación de los sistemas de salud en España (Brockington, 1967) que arrojan luz sobre el periodo histórico estudiado y son fuentes de un interés extraordinario para el historiador.

Consideraciones finales

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 en 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 terapistas 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 a España a nivel del resto de países europeos más 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 en un país que se internaba en la senda de la llamada transición política.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean expresar su agradecimiento al director y al equipo del Archivo Histórico de la OMS en Ginebra, por su valiosa ayuda para la realización del trabajo. Trabajo realizado en el marco de los proyectos HAR2012-39655-C04-01-04 y HAR2012-39655-C04-02, financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad.

NOTAS

¹ Sobre las diferencias entre “salud internacional” y “salud global”, son de referencia obligada las reflexiones históricas de Brown, Cueto, Fee (2007).

² Bhattacharya (2013), que ha utilizado también documentación inédita de la OMS, ha mostrado estas tensiones y las interferencias políticas en el proceso de erradicación de la viruela en Bhutan.

³ Una aproximación inicial a este tema es la siguiente: Ballester (2011, p.195-224). La aplicación de estos esquemas al caso español en Ballester (2012).

⁴ La consulta de dichos fondos, que no están digitalizados, se realiza directamente en el archivo en formato mimeografiado o en microfilm.

⁵ Una adecuada contextualización histórica del concepto y contenidos de la rehabilitación puede encontrarse en Climent Barbera (2009) y Águila Maturana (2000).

⁶ Águila Maturana (2000) incluye un análisis muy amplio de la relación entre poliomielitis y nacimiento y desarrollo de la rehabilitación y la fisioterapia.

⁷ Entre otras publicaciones relativas a España y las epidemias de polio destacamos Báguena, Porras, Ballester (2010, p.115-134). Más información sobre el desarrollo de la poliomielitis en España puede encontrarse en Martínez Pérez (2009, p.7-192). Este número monográfico de la revista *Asclepio* incluye los siguientes artículos específicamente consagrados a España: Báguena (2009, p.39-54); Ballester, Porras (2009, p.55-80); Rodríguez Sánchez, Seco Calvo (2009, p.81-116). El proyecto coordinado de investigación sobre polio en España y Portugal ha dado igualmente lugar a Martínez Pérez et al. (2012, p.131-143).

⁸ Una información más detallada sobre la evolución de la morbimortalidad por poliomielitis en España (con especial referencia a Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha) y sobre el impacto de los programas de inmunización masiva, figura en De las Heras, Porras, Báguena (2013) y Porras, Báguena (2013a).

⁹ Tomado de Pérez Gallardo et al. (1963) y Martínez Navarro (1979).

¹⁰ La noticia de su creación apareció en el periódico *ABC* el 23 de enero de 1959, p.32.

¹¹ El papel de estas instituciones en la lucha contra la poliomielitis ha sido analizado por Porras, Báguena (2013b).

REFERENCIAS

ABELLA, Mercedes.

Rapport sur une mission en Espagne, 10 avril 1961-31 décembre 1963, 9p. Espagne-23 (World Health Organization Historical Archive). 1964.

ÁGUILA MATURANA, Ana María.

El debate médico en torno a la rehabilitación en España (1949-1969). Tesis (Doctoral) – Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. 2000.

BÁGUENA, María José.

Estudios epidemiológicos y virológicos sobre la poliomielitis en Valencia. *Asclepio*, v.61, n.1, p.39-54. 2009.

BÁGUENA, María José; PORRAS, María Isabel; BALLESTER, Rosa.

Poliomyelitis in urban and rural Spain (1890-1970): epidemiological trends, social and medical responses. In: Andressen, Astri; Barona, Josep Luis; Cherry, Steven (Ed.). *Making a new countryside: health policies and practices in European history ca. 1860-1950*. Frankfurt: Peter Lang. p.115-134. 2010.

BALINSKA, Marta A.

Assistance and not mere relief: the epidemic comision of the League of Nations, 1920-1923. In: Weindling, Paul. *International health organizations and movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press. p.81-108. 1995.

BALLESTER, Rosa.

Los organismos sanitarios internacionales y la rehabilitación de los niños con discapacidades físicas. El caso español como modelo (1948-1975). *Estudos do Século XX: Histórias da Saúde*, v.12, p.89-101. 2012.

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. (Ed.). *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: Una reflexión histórica*. Ciudad Real: Universidad de Castilla la Mancha, p.195-224. 2011.

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. *Asclepio*, v.61, n.1, p.55-80. 2009.

BALLESTER, Rosa; PORRAS, María Isabel; BÁGUENA, María José.

La respuesta de las agencias internacionales (NFIP, OMS, AEP) al problema de la poliomielitis. In: Porras, María Isabel et al. (Coord.). *El drama de la polio: un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: La Catarata. p.73-93. 2013.

BARONA, Josep Luis; BERNABEU-MESTRE, Josep. *La salud y el Estado: el movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universidad de Valencia. 2008.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro.

Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.3, p.941-954. 2008.

BHATTACHARYA, Sanjoy.

International health and the limits of its global

influence: Bhutan and the worldwide smallpox eradication programme. *Medical History*, v.57, n.4, p.461-486. 2013.

BOROWY, Iris.

Coming to terms with world health: the League of Nations Organization 1921-1946. Frankfurt: Peter Lang GmbH. 2009.

BOSCH MARÍN, Juan; BRAVO, Enrique.

Aportación de España a la lucha contra la poliomielitis. In: *Aportación española al V Symposium europeo sobre poliomielitis (1958) (Madrid, 28-30 de septiembre 1958)*. Madrid: Publicaciones "al servicio del niño español", M^o de la Gobernación. p.45-51. 1958.

BROCKINGTON, Fraser.

Rapport sur l'organisation des services de santé en Espagne. Mission effectuée du 28 septembre au 17 décembre 1967. 43p. (World Health Organization Historical Archive). 1967.

BRODSGAARD, Birgit.

Rapport sur une mission en Espagne du 10 octobre 1960 au 26 décembre 1963. 22p. Espagne-23, AT 12-59. (World Health Organization Historical Archive). 1964.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos.

The World Health Organization and the world of global health. In: Parker, Richard; Somer, Marni (Ed.). *Routledge Handbook in Global Public Health*. London: Routledge. p.18-30. 2011.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elisabeth.

The WHO and the transition from "international" health to "global" health. In: Bashford, Alison (Ed.). *Medicine at the border: disease, globalization and security, 1850 to the present*. New York: Palgrave MacMillan. p.76-94. 2007.

CLIMENT BARBERA, José María.

Historia de la rehabilitación médica: de la medicina física a la atención a la discapacidad. Barcelona: Edika Médica. 2009.

COOTER, Roger.

The disabled body. In: Cooter, Roger; Pickstone, John (Ed.). *Medicine in the twentieth century*. Amsterdam: Rodopi. p.367-383. 2000.

CUETO, Marcos.

La salud internacional y la Guerra Fría: Erradicación de la malaria en México, 1956-1971. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.

CUETO, Marcos.

International health, the early cold war and Latin America. *Canadian Bulletin of History of Medicine*, v.25, n.1, p.17-41. 2008.

CUETO, Marcos.

El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS. 2004.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore; FEE, Elisabeth.

El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes, Revista de Ciencias Sociales*, v.38, n.69, p.129-156. 2011.

DE LAS HERAS, Jaime; PORRAS, María Isabel; BÁGUENA, María José.

La emergencia de la poliomielitis como problema social en Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha. In: Porras, María Isabel et al. (Coord.). *El drama de la polio: un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: La Catarata. p.48-72. 2013.

FANTINI, Bernardino.

Polio in Italy. In: Ballester, Rosa; Porras, María Isabel (Coord.). Dossier: policy, social responses and the association movement against poliomyelitis. The European experience (1940-1965). *Dynamis*, v.32, n. 2, p.329-359. 2012.

FITZPATRICK, Thomas.

Rehabilitation programs and facilities of Western Europe. Washington, DC: US Department of Health, Education and Research/Vocational Rehabilitation Administration. 1963.

HAAS, Peter M.

Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, Wisconsin, v.46, p.1-35. 1992.

HAGEN, W.

Maternal and child health services in Spain. 11p. MH/AS/233.55 (World Health Organization Historical Archive). 1955.

IRIYE, Akira.

Global community: the role of international organizations in the making of the contemporary world. Berkeley: University of California Press. 2002.

MALAN, R.M.

Rapport sur une mission en Espagne, 19-25 mars, 1962. 9 p. Espagne-23, TA n.12-59 (World Health Organization Historical Archive). 1962.

MARTÍNEZ NAVARRO, Ferrán.

Epidemiología histórica de las enfermedades infecciosas en España (1901-1975). Tesis (doctoral) – Facultad de Medicina, Universidad de Valencia. 1979.

MARTÍNEZ NAVARRO, Ferrán; LARROSA, Alberto; PÁEZ, Adela.

Estudio de la epidemia de poliomielitis infantil presentada en Madrid durante el año 1929 por

el Dr. Laureano Albadalejo: primera memoria anual de los trabajos llevados a cabo por el Servicio Epidemiológico Central (1929). In: Martínez Pérez, José et al. (Coord.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha. p. 963-987. 2004.

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*, v.61, n.1, p.7-192. 2009.

MARTÍNEZ PÉREZ, José et al. 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 (Coord.). *Children, disability and community from 1850 to the present day*. London: Pickering and Chatto. p.131-143. 2012.

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

PÉREZ GALLARDO, Florencio et al. Epidemiología de la poliomiélitis, 1931-1935, 1940-1962. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, v.37, n.11-12, p.456. 1963.

PIERQUIN, Louis. Rapport sur une mission en Espagne du 28 septembre au 24 octobre 1964. 65p. EUR-Espagne-23; E/ICEF/L.982 (World Health Organization Historical Archive). p.4. 1965.

PORRAS, María Isabel; BÁGUENA, María José. La lucha contra la enfermedad mediante las campañas de vacunación en Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha (1958-1975). In: Porras, María Isabel et al. (Coord.). *El drama de la polio: un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: La Catarata. p.141-169. 2013a.

PORRAS, María Isabel; BÁGUENA, María José. La respuesta institucional y científica frente a la enfermedad a través de los casos de Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha: atención sanitaria a la polio y sus secuelas y reintegración social de las víctimas. In: Porras, María Isabel et al. (Coord.). *El drama de la polio: un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: La Catarata. p.94-119. 2013b.

PORRAS, María Isabel; BÁGUENA, María José; BALLESTER, Rosa. Spain and the international conferences on polio, 1940s-1960s. *Dynamis*, v.30, p.91-118. 2010.

PORRAS, María Isabel et al. (Coord.). *El drama de la polio: un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: La Catarata. 2013.

PORRAS, María Isabel et al. La Asociación Europea contra la Poliomiélitis (AEP) y los programas de vacunación. *Dynamis*, v.32, n.2, p.287-310. 2012.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Akal. 1993.

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Juan Antonio; SECO CALVO, Jesús. Las campañas de vacunación contra la poliomiélitis en España en 1963. *Asclepio*, v.61, n.1, p.81-116. 2009.

SAFFORD, Frank; JANSON, Kurt. *Programa nacional de rehabilitación de niños físicamente disminuidos: informe sobre una misión en España*. Madrid: Ministerio de la Gobernación/Dirección General de Sanidad. 1959.

SOLOMON, Susan; MURARD, Lion; ZYLBERMAN, Patrick. Introduction. In: Solomon, Susan; Murard, Lion; Zylberman, Patrick (Ed.). *Shifting boundaries of public health: Europe in the twentieth century*. New York: University of Rochester Press. p.1-22. 2008.

TOLEDO MARHUENDA, José Vicente. *La poliomiélitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en Fisioterapia: un acercamiento a las discapacidades físicas y a su tratamiento*. Elche: Editorial digital Universidad Miguel Hernández. 2013.

WEINDLING, Paul. *International health organizations and movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press. 1995.

WHO. World Health Organization. *Technical Report Series*, n.668. Geneva: WHO. 1981.

WHO. World Health Organization. *Technical Report Series*, n.419. Geneva: WHO. 1969.

WHO. World Health Organization. *The second ten years of the World Health Organization 1958-1967*. Geneva: WHO. 1968.

WHO. World Health Organization. *Expert Committee on Poliomyelitis, third report*. Geneva: WHO. 1960.

WHO.
World Health Organization. *Expert Committee on Poliomyelitis, second report*. Geneva: WHO. 1958a.

WHO.
World Health Organization. *Technical Report Series*, n.158. Geneva: WHO. 1958b.

WHO.
World Health Organization. *The first ten years of the World Health Organization*. Geneva: WHO. 1958c.

WHO.
World Health Organization. *L'Organisation Mondiale de la Santé en Europe*. Copenhagen: OMS. p.16-17. 1957.

WHO.
World Health Organization. *Education and Training*. Therapy, prophylaxis and medical rehabilitation. Catalogue of the material of the

WHO. Third generation of files, 1955-1983. (World Health Organization Historical Archive). 1955-1983.

WHO.
World Health Organization. *Expert Committee on Poliomyelitis, first report*. Geneva: WHO. 1954.

WHO
World Health Organization. Constitution of the WHO signed at New York on 22 July 1946 accepted by Spain. Second generation of files. C.N.56.1951. Treatises. L 2-3 Spain. (World Health Organization Historical Archive). 1951.

WHO.
World Health Organization. *Education and Training*. Therapy, prophylaxis and medical rehabilitation. Catalogue of the material of the WHO. Second generation of files, 1950-1955. (World Health Organization Historical Archive). 1950-1955.

