

REVISIÓN

El desarrollo de la Rehabilitación en España (1949-1969)

A. M. ÁGUILA MATORANA*, A. ÁLVAREZ BADILLO**, J C. MIANGOLARRA PAGE*
y L. P. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

*Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón (Madrid). **Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

Resumen.—La vida oficial de la especialidad médica de Rehabilitación en nuestro país es corta, se remonta tan sólo a treinta años. Durante las décadas de los años cincuenta y sesenta se desarrollaron una serie de contingencias que propiciaron la consolidación de la Rehabilitación como una nueva actividad médica especializada. En este trabajo vamos a situar y describir cómo era entendida la Rehabilitación, a quién iba dirigida, cómo se organizó esta actividad especializada y por qué se consideraba necesaria una nueva división de la labor médica en España durante las dos décadas previas a su reconocimiento oficial.

Palabras clave: *Rehabilitación. Incapacidad. Especialización.*

THE DEVELOPMENT OF REHABILITATION IN SPAIN (1949-1969)

Summary.—The official life of the medical specialty of Rehabilitation in our country is short and only goes back thirty years. During the 1950's and 1960's, a series of contingencies that favored the consolidation of Rehabilitation as a new specialized medical activity were developed. In this work, we are going to show its setting and to describe how Rehabilitation was understood, who it was aimed at, how this specialized activity was organized and why a new division of the medical work was considered necessary in Spain during the two decades prior to its official recognition.

Key words: *Rehabilitation. Incapacity. Specialization.*

INTRODUCCIÓN

La vida oficial de la especialidad médica de Rehabilitación es corta, se remonta tan sólo a treinta años.

Trabajo recibido el 15-XII-00. Aceptado el 16-III-01.

Sin embargo, la actividad rehabilitadora ha existido prácticamente siempre. Se han encontrado restos óseos que datan de la Antigüedad, que nos ofrecen testimonios de que ya se ofrecían cuidados a los inválidos.

En nuestro país, esta disciplina durante las décadas de los años cincuenta y sesenta, experimentó un importante desarrollo que culminó en el año 1969 con el reconocimiento oficial de la especialidad (1).

El colectivo de médicos de esta época, esgrimió distintos argumentos, a favor de la consolidación de la Rehabilitación como una nueva actividad médica especializada. Entre estas consideraciones destacaban las de carácter social, basadas fundamentalmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, argumentos económicos y los derivados de la irrupción de las epidemias de poliomielitis en nuestro país.

Se organizaron así por parte del Estado, una serie de actuaciones en el ámbito de la Rehabilitación en forma de Luchas Sanitarias y Patronatos, consiguiéndose en 1963 con la Ley de Bases de la Seguridad Social, la verdadera puesta en marcha de la Rehabilitación en el Sistema Sanitario Español (2).

De otro lado, la llegada de las epidemias de poliomielitis a España, al inicio de los años cincuenta, representó un factor favorecedor tanto para el desarrollo como para la institucionalización de los saberes y prácticas en el campo de la especialidad. Además, se creó una nueva organización en torno a la Rehabilitación que permitió la sistematización de la formación del personal especializado y la creación de una infraestructura tanto de recursos humanos como de instalaciones relacionadas con esta disciplina.

En este trabajo vamos a situar y describir cómo era entendida la Rehabilitación, a quién iba dirigida, cómo se organizó esta actividad especializada y por qué se consideraba necesaria una nueva división de la labor médica en España durante el período previo al reco-

nocimiento oficial de la especialidad médica de Rehabilitación.

CONCEPTO DE REHABILITACIÓN

El concepto de Rehabilitación fue matizándose a lo largo del período estudiado, delimitándose de otras especialidades médicas con las que mantenía estrechos lazos de relación. El término Rehabilitación parece ser que se utilizó por primera vez en su actual acepción en 1865 por Busqué Torró, en su libro «*Gimnástica higiénica, médica y ortopédica o El ejercicio considerado como medio terapéutico*» (3). Según Busqué la Rehabilitación tenía como objetivo devolver la funcionalidad a un miembro dañado y la definía como «un conjunto de ejercicios limitados a un miembro u órgano para intentar conseguir la mejor capacidad del mismo».

Durante los años cincuenta y sesenta, se entendía la Rehabilitación en un sentido más amplio, no sólo se debía obtener la recuperación física sino que «la Rehabilitación era el proceso que tiende a la reincorporación de los inválidos a la vida socioeconómica del país, en las mejores condiciones de bienestar físico, psicológico, social, vocacional y económico» (4). En este sentido, sólo cuando el individuo volvía a realizar todas las actividades que hacía previamente a su discapacidad, era cuando se consideraba rehabilitado. Hay que destacar que en esta época la reincorporación laboral del inválido era una parte imprescindible dentro del proceso de la Rehabilitación, para considerarlo finalizado.

La Rehabilitación por tanto dirige sus cuidados hacia un colectivo de individuos, los designados como inválidos, con el denominador común de la discapacidad, independientemente de su edad o sexo, que han coexistido con el hombre sano desde siempre, pero que a lo largo de la historia habían recibido escasos cuidados y atenciones.

Durante el período estudiado, también se utilizaban como sinónimos del término Rehabilitación las denominaciones de recuperación, recapacitación, readaptación o reeducación funcional. No se consideraba a la Medicina Física como sinónimo de Rehabilitación, porque los cuidados rehabilitadores iban más allá de la aplicación de los agentes físicos, siendo imprescindible como hemos visto, la recuperación laboral, social, vocacional y mental del inválido, además de la mera restauración física.

LA FIGURA DEL INVÁLIDO

La Rehabilitación tenía como grupo de población diana a un colectivo de personas que durante largo

Fig. 1.—Placa egipcia que data del año 1300 a. de C. que representa a un inválido con secuelas deformantes poliomielíticas en el miembro inferior derecho.

tiempo había recibido escasas atenciones médicas, los inválidos.

A los individuos que no eran normales física o psíquicamente se les ha denominado con distintos nombres a lo largo de la historia (Fig. 1). Se les ha llamado lisiados, tullidos, mutilados, incapacitados, impedidos, baldados, tarados, inválidos, entre los más usados (5). En este trabajo hemos usado fundamentalmente los nombres de inválido por su carga histórica y discapacitado por ser el más modernamente utilizado.

La concepción del inválido para la sociedad ha variado enormemente a través de los tiempos, teniendo siempre un marcado carácter social, porque hasta hace poco era entendida como una «desventaja social» (6).

Durante un tiempo se percibió al inválido como un animal o ser inferior al humano, o también como un chivo

expiatorio, haciéndole responsable de epidemias o plagas, y en algunos casos haciéndole pagar incluso con su vida. También fueron bufones de la corte o atracciones de circo hasta prácticamente nuestros días. La concepción del inválido como mendigo digno de lástima y limosna, es la que se ha mantenido durante más tiempo.

En el período histórico objeto de nuestro estudio, el concepto del inválido estaba íntimamente ligado a aspectos laborales. Se le consideraba fundamentalmente como una persona con incapacidad para el trabajo, definitiva o no, consecuencia de una enfermedad, traumatismo, vejez o defecto congénito (7).

En cuanto a los cuidados que les ha proporcionado la sociedad a través de la historia podían resumirse en cuatro etapas (6). En un primer período desde los orígenes del hombre, se les abandonaba a su suerte porque la sociedad no disponía de medios suficientes para hacerse cargo de ellos. Más tarde, el deber cristiano y el amor fraternal, obligaba a la sociedad a hacerse cargo de ellos aunque se les marginaba socialmente, en este contexto fue cuando aparecieron las leproserías y los primeros centros asistenciales de los hermanos de San Juan de Dios. Posteriormente los progresos de la ciencia y la técnica aportaron los conocimientos suficientes para que mejoraran extraordinariamente los cuidados médicos ofrecidos a los inválidos. Y ya prácticamente en los últimos sesenta años de nuestra historia, se ha conseguido que además de estos cuidados médicos se plantea su reintegración social como principal objetivo en su atención, aunque la recuperación física o psíquica conseguida no sea completa.

CONTENIDOS DE LA REHABILITACIÓN

Toda especialidad que nace está asentada en unos contenidos que le dan entidad propia y la diferencian del resto de las disciplinas.

En este sentido, Hernández Gómez en 1969, argumentaba que el núcleo doctrinal de la Rehabilitación estaba compuesto por ocho parcelas de conocimiento (8). Junto a contenidos propiamente médicos como la Cinesiología, la Neurofisiología, la Patología, la Terapéutica y la Médica Física, incluía otros conocimientos de tinte más social como la Psicología, la Sociología y el Derecho laboral, porque enmarcaba la actividad rehabilitadora en el contexto de la Medicina Social. Se entendía por Medicina Social aquella que se encargaba no sólo de curar físicamente al hombre, sino que trataba también su dimensión social, familiar, laboral y de ocio. En este contexto la Rehabilitación se consideraba como una especialidad médica muy ligada a la Medicina Social.

La Cinesiología era considerada como una parcela fundamental de conocimientos dentro de la Rehabilitación, ya que permitía entender las acciones funcionales del aparato locomotor tanto en condiciones normales como en estado patológico (9). Los saberes de esta disciplina ayudaban en la exploración, la prescripción del tratamiento, el análisis y adecuación de una ayuda mecánica y en la valoración laboral y objetiva de la discapacidad.

La Neurofisiología, según Hernández aportaba los conocimientos necesarios para poder utilizar los métodos terapéuticos adecuados a los procesos morbosos neurológicos. Pero además, esta ciencia era imprescindible para poder dominar la Electromiografía, técnica diagnóstica que se inició en casi todo el mundo de la mano de los médicos rehabilitadores (9).

Para Hernández, no existía una Patología específica objeto del tratamiento rehabilitador, porque cualquier proceso morboso discapacitante podía ser subsidiario de cuidados rehabilitadores en un momento determinado. En este sentido, le parecía mejor hablar de una Rehabilitación aplicada a la Patología, en vez de una Patología de la Rehabilitación (9).

En el ámbito de la Terapéutica, la Rehabilitación utilizaba distintos métodos como los yesos correctores, la cinesiterapia y la ortopedia mecánica entre otros. Pero se consideraba que lo verdaderamente importante no era saber manejar un aparato o realizar una técnica específica, sino poder diagnosticar un proceso para prescribir el tratamiento adecuado según las características individuales de la persona. En este sentido, intuimos que estaba exponiendo implícitamente la principal diferencia entre el médico especializado en Rehabilitación y el fisioterapeuta, en el contexto de la división de la labor asistencial. El médico diagnosticaba y prescribía el tratamiento, y el fisioterapeuta llevaba a cabo las técnicas terapéuticas prescritas.

La Medicina Física, estudiaba la utilización de los agentes físicos no ionizantes como método diagnóstico, terapéutico y de prevención, diferenciándose así de la Terapéutica Física que incluía todos los agentes físicos ionizantes y tenía una finalidad exclusivamente terapéutica. En este sentido merece la pena destacar un trabajo publicado en 1959, donde se realizó una excelente revisión sobre los medios y agentes físicos terapéuticos usados en Rehabilitación (10).

Los aspectos psicológicos de la Rehabilitación se consideraban muy importantes ya que esta disciplina estudiaba al hombre holísticamente y muy frecuentemente, las discapacidades físicas acarreaban problemas psicológicos asociados. De igual modo, la Rehabilitación como actividad médico social debía incluir contenidos sociológicos al ser la Sociología considerada como una ciencia que trataba las condiciones de exis-

tencia y desenvolvimiento de las sociedades humanas, y consideraba a la invalidez como un fenómeno importante que las afectaba frecuentemente.

De otro lado, dado el elevado número de pacientes laborales que se atendían en la consulta de Rehabilitación, hasta un 10%, se consideraba necesario que el médico tuviera unas nociones básicas sobre Derecho Laboral. De este modo podía prever cuáles serían los trámites legales que se derivaban de la evolución del proceso morbosof del paciente.

Todos estos contenidos y saberes, que en el período previo al reconocimiento oficial de la especialidad se consideraban como los propios de la Rehabilitación, se han mantenido y constituyen actualmente, con algunas modificaciones, las áreas de conocimiento de esta disciplina médica (11). De este modo afirmamos que los médicos de los años cincuenta y sesenta, que estaban desarrollando la Rehabilitación en España, actuaban sobre unas premisas muy avanzadas que son las que actualmente seguimos manteniendo.

La Rehabilitación tenía estrechos lazos con otras especialidades médicas que en ocasiones planteaban problemas de delimitación de los contenidos. Fue precisamente en el período histórico abordado cuando se establecieron con mayor nitidez estas fronteras entre algunas especialidades. Vamos a analizar las relaciones de la Rehabilitación con otras disciplinas existentes en ese momento, como la Traumatología y Cirugía Ortopédica, la Medicina Física y la Radiología, por ser con las que más conflictos se plantearon.

Traumatología y Cirugía Ortopédica y Rehabilitación

En un principio la Rehabilitación comenzó desarrollándose dentro del campo del aparato locomotor por constituir el grupo de pacientes más numeroso. Se trataban pacientes provenientes de accidentes laborales, fundamentalmente con procesos traumatológicos. Esto motivó que los traumatólogos consideraran la Rehabilitación como parte de su asistencia médica junto a los contenidos propiamente traumatológicos.

De este modo, los primeros médicos que se dedicaron a la reeducación de los inválidos y constituyeron la primera sociedad de médicos del campo de la Rehabilitación, la Sociedad *Española de Fisioterapia Reeducativa y Reaparación Funcional*, fueron en gran parte traumatólogos. En este contexto, se llegó a decir que «la Traumatología era la abuela, la Cirugía Ortopédica la madre y la Rehabilitación la hija» (12). De este modo se expresaba que los contenidos de la Rehabilitación estaban incluidos dentro del ámbito de la Traumatología y Cirugía Ortopédica. Sin embargo, este hecho se alejaba cada vez más de la realidad, y era debido a distintas razones. En primer lugar, para

poder proporcionar unos cuidados rehabilitadores se necesitaba un campo de conocimientos específicos y no sólo la aplicación de unas técnicas terapéuticas, exigiéndose así un médico especialista en este campo. Además, se fueron ampliando los objetivos de la Rehabilitación, junto a la recuperación física del paciente se intentaba conseguir su reintegración social y laboral, por lo que esta especialidad requería conocimientos aparte de los estrictamente médicos. Junto a lo anterior, destacaba la ampliación hacia otros campos fuera de la Traumatología tratando así inválidos procedentes de otras disciplinas como la Reumatología, Cardiología, Neurología, entre otros. De este modo, se fueron ampliando los saberes de la Rehabilitación y su actividad especializada, y se segregó paulatinamente de la Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Medicina Física y Rehabilitación

La Medicina Física era definida como «la especialidad médica que utilizaba los agentes y métodos físicos para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades» (13). De este modo, la Medicina Física y la Rehabilitación tenían mucho en común, aunque la primera no abordaba aspectos sociales, laborales o psicológicos.

En 1956, se realizó en el ámbito europeo una encuesta por la Federación Internacional de Medicina Física sobre la relación entre ambas especialidades (14). En dicho estudio se demostró que en la mayor parte de los países europeos, la Medicina Física estaba vinculada a la Rehabilitación, aunque en algunos países como España estaba anexionada también con otras especialidades médicas como la Reumatología o la Neurología en el caso de la poliomielitis. En este trabajo se llegó a la conclusión de que la Medicina Física en Europa era reconocida por la mayoría de los países, como una especialidad independiente por el Servicio de Sanidad o por las autoridades médicas, y que la Rehabilitación pertenecía a su doctrina de conocimientos. Sin embargo en España la Medicina Física se consideraba como un conjunto de técnicas y agentes terapéuticos al servicio de otras disciplinas, como la Rehabilitación, la Neurología o la Reumatología. Por este motivo para los médicos españoles que se dedicaron al cuidado de los inválidos, la Medicina Física estaba incluida dentro de la Rehabilitación y no al revés.

Radiología y Rehabilitación

En el ámbito universitario la Rehabilitación estaba ligada a la Radiología, y ambas estaban englobadas en la Terapéutica Física.

La Terapéutica Física era el término con el que se designaban en España, desde la reforma universitaria de los años 1939 y 1940, las especialidades relacionadas con el Radiodiagnóstico, Radioterapia y similares, donde se incluían las técnicas pertenecientes a la Rehabilitación como las hidroterápicas, las electroterápicas y las gimnásticas entre otras. E incluso todavía en 1967, en el decreto de ordenación de Departamentos en la Facultad de Medicina, se exponía la creación de un *Departamento de Radiología y Fisioterapia* que agruparía a la «Radioterapia, Radiodiagnóstico, Fisioterapia, Hidroterapia, Climatoterapia, Rehabilitación y otras disciplinas afines» (15). Como vemos «se confundía» la fisioterapia, especialidad auxiliar no médica de la Rehabilitación, con la totalidad de la Medicina Física. No obstante, es imprescindible señalar que en España todavía hoy, la especialidad de Rehabilitación está anexionada desde la perspectiva docente, a la Radiología formando el área de conocimiento de «Radiología y Medicina Física».

Conviene recordar que la situación de la Rehabilitación en Estados Unidos era muy distinta a la española y a la europea. Desde 1947 se había conseguido el reconocimiento oficial de la especialidad y existían numerosos servicios y hospitales monográficos dedicados a esta actividad. De otro lado el Primer Informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS, supuso también un impulso internacional en este nuevo campo de la Medicina, haciendo que se fijara la atención más que en las técnicas terapéuticas rehabilitadoras en el conjunto de pacientes que requerían sus cuidados: los inválidos (16).

En el caso de España, ¿cuáles fueron los argumentos expuestos por los médicos que se dedicaban a esta atención médica a los inválidos para considerar que era necesario el reconocimiento de una nueva especialidad médica?

ARGUMENTACIÓN MÉDICA SOBRE LA ESPECIALIZACIÓN EN REHABILITACIÓN

El colectivo de médicos que se dedicaba a la atención de los inválidos esgrimía distintos argumentos a favor de la necesidad de aportar cuidados especializados a estos pacientes. Entre estas consideraciones destacaron las de tipo tecnológico, social, económico, y la irrupción de una enfermedad infectocontagiosa como fue la poliomielitis.

Entre los *argumentos tecnológicos* se exponía que debido al progreso de la Medicina se incrementaba el número de pacientes que sobrevivían a accidentes y enfermedades graves. A veces, estos pacientes quedaban con severas incapacidades que no podían ser subsanadas por la medicina curativa, y era necesario ofrecer-

les cuidados cuyo objetivo era intentar colocarlos al máximo de su capacidad funcional dentro de sus limitaciones. De otro lado, el importante desarrollo de la Cirugía Ortopédica precisaba para obtener buenos resultados funcionales, de una colaboración muy directa antes y después de la intervención quirúrgica, con la terapia rehabilitadora. Se favorecía así el desarrollo de los cuidados rehabilitadores.

Los *argumentos sociales* hacían referencia a la nueva concepción del inválido por parte de la Sociedad y del Estado en esos momentos. Se fundamentaba en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU en 1948 (17). Se consideraba que el inválido era un individuo con todos los derechos humanos, y por lo tanto tenía que recibir alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y social, así como los seguros necesarios en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad o vejez, al igual que otra persona sana.

El inválido no sólo tenía los mismos derechos que el individuo sano, sino también los mismos deberes y obligaciones. En este sentido, entre los *argumentos económicos* se exponía que el inválido debía contribuir en la medida de sus posibilidades a la prosperidad económica del país, incorporándose a la vida laboral según su capacidad funcional. De esta forma dejaba de ser una carga económica para su familia y la sociedad convirtiéndose en un contribuyente más. De otro lado, con la Rehabilitación se disminuía el tiempo de hospitalización de los enfermos y además, se podía evitar la aparición de secuelas invalidantes, se disminuía o anulaba el grado de invalidez física, se aceleraba la incorporación del paciente a sus ocupaciones laborales y se conseguía disminuir el porcentaje de primas por invalidez (18).

En esta situación, además la llegada a la Península Ibérica en 1949 de las epidemias de *poliomielitis*, aca瑞ó numerosas e importantes consecuencias. Aparte de ocasionar un número importante de muertos, originó una cantidad aún mayor de inválidos que precisaban cuidados especializados por parte del médico tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Esto trajo consigo la necesidad de crear una infraestructura tanto en instalaciones como en recursos humanos, que el Estado llevó a cabo en forma de Lucha Sanitaria. En este contexto los cuidados rehabilitadores ofrecidos en la poliomielitis consiguieron aumentar el grado de especialización en los conocimientos y prácticas de estos médicos.

Hemos expuesto los motivos encontrados en torno a los requerimientos de los médicos en el ámbito de la Rehabilitación para defender la necesidad de especialización médica.

Por su parte el Estado también respondía ante el creciente número de inválidos, y organizaba la atención especializada hacia ellos, en forma de Luchas Sanitarias.

ANEXO 1. Fines del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Reglamento. Boletín 3 febrero 1960 (núm. 29).

1. Conocer la amplitud del problema, recoger estadísticas y proponer a la Superioridad las resoluciones que estime oportunas.
2. Orientar y organizar la asistencia de inválidos en Centros especializados.
3. Coordinar la labor de cuantos Centros públicos y privados dediquen sus actividades a los fines de esta Lucha, evitando la duplicidad de servicios y ejerciendo una vigilancia directa sobre los mismos.
4. Propulsar e intervenir en la construcción de los aparatos ortopédicos necesarios para el tratamiento de los inválidos.
5. Colaborar con los servicios dependientes de otros Ministerios para la reeducación y colocación de inválidos.
6. Coordinar con el Seguro de Enfermedad la asistencia en casos de invalidez.

LUCHA CONTRA LA INVALIDEZ

El *Decreto de Lucha Sanitaria contra la Invalidad*, fue uno de los primeros documentos legales dedicados a la atención de los inválidos (19). En él, el Estado justificaba la necesidad de la lucha por el gran número de inválidos existentes, que consideraba que con un tratamiento inmediato podían ser recuperados, proporcionando mayor bienestar económico a la nación y a su familia. Este Decreto por tanto potenciaba los argumentos expuestos por el colectivo de médicos al relacionar la necesidad del tratamiento especializado con las consecuencias económicas y sociales que planteaba el inválido. Para articular esta lucha se aconsejaba la creación de un *Patronato Nacional de lucha contra la invalidad*, posteriormente llamado *Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos*, cuyos fines aparecen expuestos en el anexo 1 (20).

Paralelamente surgió la Asociación Nacional de Inválidos Civiles, también con el objetivo de modificar la situación de los inválidos y con unos fines muy similares a los del Patronato de Rehabilitación (21).

En el ámbito mundial, como muestra de la atención que despertaban los inválidos, la OMS en 1958 publicó el Primer Informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica (16). En él se señalaba que la Rehabilitación constituía la cuarta fase de la Medicina, y contribuía al logro de la salud gracias a, por un lado, la prevención de alteraciones que podían aparecer en el curso de la enfermedad, a la ayuda que prestaba a los que sufrían una alteración imposible de corregir, y por último porque trataba de conseguir su máximo grado de eficacia física, mental, social y profesional. Los fines de la Rehabilitación Médica para la OMS se encuentran resumidos en la tabla 1.

Es necesario reiterar que la asistencia rehabilitadora en esta época estaba íntimamente relacionada con

TABLA 1. Fines de la Rehabilitación Médica para la OMS (1958).

1. Reintegrar al individuo a su antigua ocupación.
2. Prepararle para otro empleo si no puede reintegrarse.
3. Devolver la confianza en sí mismo para realizar las actividades de la vida diaria.
4. Mejorar la condición física del enfermo empleando métodos médicos, quirúrgicos y fisioterapia.
5. Iniciar con rapidez el tratamiento para evitar los efectos perniciosos de la inmovilidad prolongada.
6. Tratar al individuo como un todo, ya que la finalidad es la reintegración de todas sus funciones en un conjunto total, eficaz y dinámico.

el mundo del trabajo. Por este motivo es imprescindible destacar los aspectos rehabilitadores existentes ya en la *Ley del Seguro de Accidentes del Trabajo*, promulgada en 1956 (22). En dicha ley se señalaba que los accidentados debían ser sometidos a un tratamiento de Rehabilitación con el objetivo de conseguir la recuperación más completa posible de su capacidad funcional y profesional para el trabajo.

Posteriormente, en el Decreto de 1961, sobre *Aseguramiento de enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos*, se reconocía todavía como muy incompleta la reparación de las consecuencias de un accidente de trabajo o enfermedad que originaban una incapacidad para el trabajador y se insistía en la necesidad de utilizar las modernas técnicas de Rehabilitación en estos accidentados (23).

Otro impulso importante en materia legislativa fue la llegada de la *Ley de Bases de la Seguridad Social* en 1963, donde se regulaba la verdadera puesta en marcha de la Rehabilitación en España (2). En dicha ley se argumentaba que la Rehabilitación era necesaria porque «los problemas más arduos y difíciles (...) comienzan cuando tras el siniestro (...) queda una secuela de invalidez permanente. La recuperación física o fisiológica del inválido, la readaptación y reentrenamiento para una nueva profesión, son objetivos a cumplir (...) para devolver al inválido la conciencia de su dignidad personal y de su utilidad social (...) y hacer posible su reincorporación al proceso productivo». También se insistía más explícitamente que la asistencia sanitaria debía proporcionar al inválido una adecuada Rehabilitación funcional, Medicina Física y ergoterapia, y suministrar las prótesis, aparatos ortopédicos y vehículos adecuados así como su renovación en el momento necesario. Posteriormente, en el *Texto Articulado Primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social* de 1966, se continuaba insistiendo en la necesidad de proporcionar estos servicios especializados a los discapacitados (24).

De este modo, se consiguió en unos años crear y aumentar progresivamente el número de centros de

la red asistencial hospitalaria rehabilitadora. Los Centros de Rehabilitación y Traumatología en las Ciudades Sanitarias de Barcelona, Madrid, Oviedo, Sevilla y Valencia, el Hospital de Parapléjicos de Toledo, el Servicio de Rehabilitación de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, y los Sanatorios Marítimos del Patronato Nacional Antituberculoso, fueron los primeros centros integrados en esta red asistencial.

Junto a esta organización asistencial en materia de invalidez, también se señalaba la necesidad de realizar campañas de educación sanitaria popular en materia de Rehabilitación. Entre los objetivos de éstas, destacaban la necesidad de mostrar a la opinión pública los derechos de los disminuidos físicos y el deber de la sociedad para con ellos. Así, se perseguía crear un grado de concienciación social respecto a los inválidos, haciendo conocer sus derechos al resto de la población pero también sus obligaciones.

En este contexto de Medicina Social en el que prosperó la Rehabilitación, se fue instaurando una nueva forma de concebir la salud. Se equiparaba ésta como la capacidad para desempeñar una actividad laboral remunerada que llevaba al individuo a conseguir su máxima realización personal. En este período histórico la Rehabilitación cobraba especial importancia tras la pérdida de la capacidad funcional por un accidente o enfermedad, con la finalidad de devolver al discapacitado su máximo grado de funcionalidad.

Hemos visto como entre los años 1949 y 1969, es posible detectar en España la presencia de un colectivo de médicos, que defendieron la necesidad de llevar cabo una actividad asistencial de carácter especializado en el ámbito de la Rehabilitación. Asimismo, contribuyeron a delimitar sus contenidos científicos y su cuerpo de doctrina. Se esgrimieron diferentes argumentos sobre la necesidad de esta especialidad, los de tipo económico fueron los que calaron más hondo en el ámbito gubernamental y dieron lugar a que finalmente en 1963, con la Ley de Bases de la Seguridad Social, se consiguiera la verdadera puesta en marcha de la Rehabilitación en el Sistema Sanitario Español. De todos modos, este epílogo no es más que el prólogo de nuestra situación actual como médicos rehabilitadores dentro de la Medicina y la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 6 junio 1969, núm. 1140/69 (Mº Educ. y Ciencia). Médicos. Reconoce Rehabilitación como especialidad. B. O. E. 17 junio 1969 (núm. 144).
2. Ley 28 diciembre 1963, núm. 193/63 (Jefatura del Estado). Seguros Sociales. Bases de la Seguridad Social.
3. Climent JM. De la Física Terapéutica a la Rehabilitación (en prensa).
4. Angulo Pinto P. El servicio social en la Rehabilitación del inválido. Rev Iberoam Rehabilitación Méd 1968;IV:40-4.
5. Aguado Díaz AL. Historia de las deficiencias. Madrid: Escuela Libre Editorial; 1995.
6. Covey HC. Social perceptions of people with disabilities in history. Springfield: Charles C Thomas Publisher, LTD ; 1998.
7. García Tornel L, Barnosell Nicolau F, Poal Ballarín JM. Rehabilitación y recuperación de inválidos. Acta Fisioter Ib 1959;IV:11-2.
8. Hernández Gómez. El núcleo doctrinal. Rev Iberoam Rehabilitación Méd 1969;V:29-44.
9. Hernández Gómez. Cinesiología y Rehabilitación. Rehabilitación 1967;1:17-46.
10. Anónimo. Terapéutica y Rehabilitación. Acta Fisioter Ib 1959;IV: 50-66.
11. Berguer A, dir. Especialidades Médicas: Rehabilitación nº 38. Ed Consejo General de Colegios Médicos de España; 1990.
12. Hernández Gómez R. Rehabilitación y Traumatología. Rev Iberoam Rehabilitación Méd 1968;IV:50-61.
13. Angulo Pinto P. La Medicina Física en Rehabilitación. Rev Iberoam Rehabilitación Méd 1968;IV:15-8.
14. Stranberg B, Jespersen K, Sury B. Educación y enseñanza del personal médico y no médico en Medicina Física y Rehabilitación. Acta Fisioter Ib 1962;VII:55-74.
15. Decreto 1 junio 1967 núm. 1243/67 (Mº Educ. y Ciencia). Facultad de Medicina. Ordenación en Departamentos. B. O. E. 19 junio 1967 (núm. 145).
16. Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe. Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 1958. p. 158.
17. Ministerio de Asuntos Exteriores Madrid: OID, Los derechos Humanos; 1977. p. 41-44.
18. Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación II. Rev Iberoam Rehabilitación Méd 1968;V:20-39.
19. Decreto 6 Junio 1949 (Mº Gobernación). Lucha contra la invalidez. Establecimiento. 908.
20. Orden 11 enero 1960 (Mº Gobernación). Patronato de Rehabilitación y recuperación de inválidos. Reglamento. Boletín 3 febrero 1960 (núm. 29).
21. Asociación Nacional de Inválidos Civiles. Constitución. Orden 29 noviembre 1958 (Mº Gobernación 2021).
22. Decreto 22 junio 1956. Texto refundido de la Legislación de Accidentes del Trabajo. (Mº Trab. BB.OO. 15 julio, rect. 3 sept.).
23. Decreto 13 abril 1961, núm. 792/61 (Mº Trabajo). Enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Boletín-gaceta 30 mayo 1961 (núm. 128).
24. Decreto 21 abril 1966, núm. 907/66 (Mº Trabajo). Seguros Sociales. Texto articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social. B.O. E 22 abril 1966, nº 96.

Correspondencia:

Ana M. Águila Maturana
Facultad de Ciencias de la Salud
Avda. de Atenas, s/n
28922 Alcorcón (Madrid)