

La asistencia rehabilitadora en España durante el período previo a su reconocimiento oficial (1949-1969)

A. M. ÁGUILA MATURANA*, 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.—El período previo a la existencia oficial de una especialidad médica es un momento relevante en su historia porque es cuando se delimitan sus contenidos científicos y el ámbito de actuación de los profesionales de la nueva disciplina. Fue durante las décadas de los años cincuenta y sesenta cuando se impulsó esta actividad asistencial rehabilitadora, reconociéndose el 6 de Junio de 1969 la especialidad por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Palabras clave: *Rehabilitación. Personal especializado. Centros asistenciales.*

REHABILITATING CARE IN SPAIN DURING THE PERIOD PRIOR TO ITS OFFICIAL RECOGNITION (1949-1969)

Summary.—The period prior to the official existence of a medical specialty is a relevant moment in its history because this is when its scientific contents and the area of activity of the professionals in the new discipline is defined. It was during the decade of the 1950's and 1960's when this rehabilitation care activity was boosted and it was recognized as a specialty by the Ministry of Science and Education on June 6, 1969.

Key words: *Rehabilitation. Specialized personnel. Health care centers.*

INTRODUCCIÓN

La etapa previa al reconocimiento oficial de una especialidad médica suele ser un período muy activo donde se terminan de delimitar los contenidos científicos de la nueva disciplina respecto de otras ya exis-

tentes anteriormente. En el caso de la Rehabilitación en España este reconocimiento oficial fue el 6 de Junio de 1969 (1). Durante las dos décadas previas a este reconocimiento se desarrollaron acontecimientos que propiciaron este desenlace respecto a la actuación especializada de un grupo de médicos (2).

De un lado, en el ámbito internacional se había ido desarrollando una nueva concepción del inválido. Ya no se le consideraba exclusivamente como una persona digna de lástima, sino como un individuo con iguales derechos y obligaciones que el resto de las personas. Además, los avances tecnológicos y científicos incrementaban el número de pacientes que sobrevivían a lesiones importantes, aunque algunos quedaban con severas incapacidades que precisaban cuidados especializados. Junto a lo anterior, los factores económicos tenían un peso importante en este momento histórico. La sociedad no podía mantener perpetuamente a los inválidos, sino que éstos debían colaborar en su sostenimiento, en el de su familia y en el de la nación.

Por otro lado, la llegada de las epidemias de polio al inicio de la década de los años cincuenta, propició que se pusiera en marcha una actividad asistencial y médica para hacer frente a la enfermedad y sus secuelas. De este modo se organizaron centros para llevar a cabo el tratamiento médico y rehabilitador, junto a la novedosa readaptación laboral del paciente. En este contexto se fue formando un conjunto de profesionales para ofrecer cuidados especializados en el ámbito de la Rehabilitación a estos pacientes.

En este sentido, vamos a exponer cómo se planteó la organización de los llamados departamentos de recuperación funcional y de readaptación laboral en España durante el período comprendido entre 1949 y 1969. También analizaremos quiénes eran los profesionales que formaban el equipo de Rehabilitación y

cuáles eran las tareas que caracterizaban a cada uno de ellos dentro de su actuación conjunta. En especial vamos a referirnos a la figura del médico especializado en Rehabilitación, tanto en el ámbito de su actividad asistencial como de su formación científica y universitaria.

PLANTEAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL. LA READAPTACIÓN LABORAL

Siguiendo el Primer Informe del Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS de 1958, se planificó la organización de los departamentos de recuperación funcional en Servicios para enfermos agudos en Hospitales Generales, Servicios Posthospitalarios para discapacitados crónicos, en Hospitales Especiales para atender pacientes como parapléjicos y niños o en Centros mixtos que acogían la asistencia médica y la readaptación profesional del discapacitado (3).

Con esta propuesta de organización se conseguían importantes ventajas. En primer lugar, se realizaba un tratamiento integral del *inválido* al existir distintas secciones dentro del departamento como la ergoterapia, la fisioterapia, la orientación psicológica, la foniatría, la asistencia social, la enseñanza escolar y la formación profesional. Por otra parte, se conseguía un menor número de días de hospitalización y un porcentaje elevado de pacientes que se reincorporaban a su trabajo tras obtener su máxima capacidad funcional. Además en el ámbito infantil favorecía que los niños se escolarizaran.

Como desventaja de estos departamentos de recuperación funcional se argumentaba el alto coste económico que originaba la organización y el mantenimiento de dichos centros.

Se publicaron varios trabajos respecto a cuáles debían ser las características arquitectónicas de los Centros de Rehabilitación, que son superponibles a las recomendaciones que se siguen actualmente (4); ya entonces se exponía la necesidad de construir un centro sin barreras arquitectónicas, y con secciones de fisioterapia, terapia ocupacional, prótesis, psicología, logoterapia, servicio social, orientación profesional y escuela.

En el período histórico objeto de nuestro estudio, se consideraba que la finalidad última de la Rehabilitación era la reincorporación laboral. En este sentido se consideraba que «todo plan de Rehabilitación resulta inútil si no desemboca, quedando así completado, con una colocación segura» (5).

En España ya existía con anterioridad a los años cincuenta, normativa legal sobre el derecho del inválido

al trabajo. Ya en las *Bases del Patronato Nacional Antituberculoso* de 1943 se contemplaba que entre sus responsabilidades destacaba la incorporación y reintegración de convalecientes y curados a un puesto de trabajo, dentro de la competencia técnica de cada uno de ellos (6).

Posteriormente en las *Bases para el Seguro Total* de 1944, se establecía que la invalidez o incapacidad permanente para el trabajo, sólo se proporcionaba cuando no fuera posible o no se lograra una reeducación o readaptación profesional del inválido que le permitiera obtener una remuneración equivalente a la que anteriormente percibía (7).

Por lo tanto en España no fue novedosa la aportación de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de la ONU en 1948, cuando en su artículo 33 se reconocía la facultad de los inválidos al trabajo en la medida de sus posibilidades (8).

En este sentido la legislación española reflejaba estas aportaciones de la Rehabilitación al mundo laboral. En 1956, en el *Texto refundido de la legislación de Accidentes del Trabajo*, se insistía en la necesidad de la Rehabilitación como parte del tratamiento del accidentado junto a la asistencia médico-farmacéutica y quirúrgica, con el objetivo de conseguir «la recuperación más completa posible de la capacidad funcional y profesional para el trabajo» (9).

En el Decreto de 1961 sobre *Enfermedades profesionales y obra de grandes inválidos y huérfanos de fallecidos por accidentes del trabajo o enfermedad profesional*, se reconocía que «era muy incompleto el concepto de reparación de las consecuencias de un accidente de trabajo o enfermedad profesional si se limita tan solo a la asistencia sanitaria y a la prestación económica. Se hace necesario ampliar (...) y desarrollar las modernas técnicas de Rehabilitación de los accidentados a fin de reincorporarlos a la población laboral activa» (10). Este Decreto aportaba de novedoso la posibilidad de suspender la percepción económica o sancionar al accidentado, si se negaba a someterse al tratamiento rehabilitador o no cumplía las prescripciones médicas.

En la *Ley de Seguros Sociales, Bases para la Seguridad Social*, se potenciaba al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas inválidas a las asistencias preventivas, recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras (11). Vemos que poco a poco se iba implantando un tratamiento integral para el inválido con la finalidad de reincorporarle a su vida social y laboral, y relegando a un segundo término las ayudas económicas que anteriormente constituían la única aportación del Estado frente a la invalidez.

Pero a pesar de toda la legislación existente, alguna ley hasta de 25 años atrás, hay que llamar la atención sobre el hecho de que hasta 1968 no apareció

una disposición legal para favorecer la reincorporación al trabajo de los discapacitados en los llamados «Centros de Empleo protegido para trabajadores inválidos» (12). Estos Centros eran unidades de tratamiento para los trabajadores cuyos problemas físicos, psicológicos o sociales exigían la implantación de ayudas especiales, buscando desarrollar en estos individuos los potenciales existentes para conseguir empleos remunerados. En estos Centros se valoraba al discapacitado, se le formaba profesionalmente y por último se le daba un trabajo remunerado hasta que se reincorporara independientemente al mundo laboral. La finalidad de estos Centros no era obtener beneficios económicos, sino que los inválidos fabricaran productos o desarrollaran servicios que pudieran competir dentro de la oferta del mercado, y así se consideraran útiles y capaces para independizarse económicamente.

En este contexto también surgió la propuesta de readaptar laboralmente al paciente accidentado dentro de su industria, denominándose *Rehabilitación en la Industria* (13). Se consideraba la forma ideal de Rehabilitación porque el trabajador se rehabilitaba en su ambiente laboral habitual, en su puesto de trabajo o bien en otro adaptado a sus capacidades funcionales residuales. De esta forma tras la recuperación funcional el paciente no necesitaba adecuarse a su nuevo puesto de trabajo.

Sin embargo, a pesar de toda la legislación existente y de las propuestas expresadas, en la práctica, la Rehabilitación laboral en España durante este período tuvo un escaso desarrollo excepto en la asistencia rehabilitadora prestada en las Mutuas Laborales.

EL PERSONAL ESPECIALIZADO

La OMS en su *Primer Informe del Comité de Expertos de Rehabilitación* de 1958, reafirmaba que en el área de la invalidez era imprescindible la actuación de los profesionales en equipo (3). Estimaba que debían colaborar conjuntamente los servicios médicos, los educativos, los laborales y los sociales. Así este equipo debía de estar integrado por el terapeuta ocupacional, el ortopeda, el psicólogo, el asistente social, el fisioterapeuta, la enfermera, el educador y el médico especialista. Posteriormente también se incluyeron los logoterapeutas, los consejeros vocacionales y los terapeutas recreacionales. A continuación vamos a exponer las funciones de algunos de los componentes de este equipo.

Terapia ocupacional

Se definía la Terapia Ocupacional de los anglosajones o Ergoterapia de los franceses, como el tratamiento médicamente dirigido del discapacitado físico

y/o mental por medio de actividades constructivas dirigidas y adaptadas por un terapeuta ocupacional para promover la restauración de la función útil (14). Con el término función útil se hacía referencia no sólo a los actos de la vida cotidiana, sino también la capacidad para poder desarrollar un trabajo.

En el ámbito de la formación, no fue sino hasta 1964 cuando se aprobó la primera Escuela de Formación de Terapia Ocupacional, por lo que en el período histórico estudiado el número de profesionales diplomados fue escaso (14, 15). Hasta la década de los años noventa, el Ministerio de Educación no reconoció oficialmente la Diplomatura de Terapia Ocupacional.

Asistencia social

En primer lugar, tenemos que destacar que se hablaba de asistentas y no de asistentes sociales, porque parece ser que se concebía como una actividad reservada a las mujeres.

Las asistentas sociales estaban encargadas de estudiar la situación social del enfermo, valorando el impacto que la invalidez suponía para el paciente y sus familiares (16). Debía resolver los problemas sociales del paciente, tanto en el ámbito familiar como laboral. En el caso de los niños adquirirían un papel muy importante porque debían ayudar a la familia para afrontar adecuadamente los problemas educacionales del niño.

Psicología

Se definía la psicología como «la ciencia del comportamiento humano, que colabora con la Medicina (en este caso con la Rehabilitación), aportando las leyes y motivaciones que rigen determinadas conductas, así como las relaciones de éstas con cualquier fenómeno morboso» (17).

Algunas personas se refugiaban en su enfermedad o deterioro funcional con indiferencia que quitaba o reducía su cooperación en el proceso terapéutico rehabilitador. En este contexto surgía la necesidad del psicólogo dentro del equipo de Rehabilitación. Fue precisamente durante el período histórico estudiado cuando se desarrolló la llamada Psicología de la Rehabilitación (18).

Fisioterapia

«La fisioterapia tenía como finalidad conseguir la máxima función física en el mínimo tiempo mediante la utilización de las distintas técnicas fisioterápicas: ci-

nesiterapia, masaje, electroterapia, gimnasia, hidroterapia, entre otras» (19).

En 1957 se creó por disposición del Ministerio de la Gobernación, la especialidad de Fisioterapia para los Auxiliares Técnicos Sanitarios, ante la creciente demanda de este tipo de personal auxiliar especializado en el ámbito de la Rehabilitación (20). En 1958 se autorizaba la creación de una Escuela para la Enseñanza de Fisioterapia, adscrita a la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid (21). La demanda de fisioterapeutas en esta época fue tan importante que también se organizaron cursos por otros organismos aparte, como fue el de la Sociedad Española de Rehabilitación que duraba dos años y constaba de casi 800 horas de docencia entre teoría y práctica. Hasta 1980 no se reguló oficialmente la obtención del título de diplomado en Fisioterapia (22).

Ortopedia mecánica

Los técnicos ortopédicos eran los encargados de construir aparatos para soportar un miembro debilitado, sustituir un miembro perdido, corregir una posición viciada o simplemente mantener una determinada posición (23). Este técnico sólo era el responsable de la elaboración del aparato mientras que la prescripción y la correcta adaptación de la ortesis o prótesis era función del médico. Su función era ya recogida como esencial en el *Segundo Informe del Comité de Expertos de la OMS en Rehabilitación Médica*, sin embargo todavía hoy día no está reconocida oficialmente su titulación universitaria (24). Sólo se han impartido por autorización del Ministerio de Educación los cursos para la obtención del denominado «Título de Técnico Ortopédico» y actualmente en cursos de Formación Profesional.

Médico especialista en Rehabilitación

La actividad en torno a la Rehabilitación culminaba con la demanda de médicos especializados en el desarrollo de la puesta en práctica de la especialidad. Estos han recibido distintos nombres, a principios del siglo XX se denominaban electroterapeutas, posteriormente fisioterapeutas hasta que los técnicos que se dedicaron a la fisioterapia comenzaron a utilizar este término. Posteriormente se les llamaba «médicos de física terapéutica», pero la física terapéutica incluía también otras especialidades como los actuales radiólogos. Finalmente se acuñó el nombre de médico rehabilitador y en Estados Unidos el de fisiatra (25).

El médico especialista en Rehabilitación tenía entre sus funciones realizar la evaluación funcional de todas

las capacidades residuales del paciente con relación a las actividades de la vida diaria (3). Además se encargaba de prescribir el tratamiento médico, ya fuera farmacológico o físico, o bien desestimarlos si consideraba que no se abrigan esperanzas razonables de recuperación e integración. También consideraba cuál era el momento límite de las posibilidades rehabilitadoras, bien porque el paciente se hubiera estabilizado o se hubieran alcanzado los objetivos previstos. Además se consideraba que era la persona encargada de coordinar el equipo de profesionales de la Rehabilitación.

Estos médicos dedicados a los cuidados de los inválidos a principios de la década de los cincuenta se unieron y crearon asociaciones profesionales como órgano de difusión científica de los avances terapéuticos en su campo. Así en 1954 se constituyó la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional* (SEFRRF), nombrándose como primer presidente a Sanchis Olmos (26). En ese momento la mayor parte de los médicos integrantes eran médicos especialistas en Traumatología y Cirugía Ortopédica, también había reumatólogos, algún médico de Balneario, neurólogos y los médicos pioneros de la especialidad en nuestro país, que a juicio de Parreño fueron Barnosell Nicolau, Bataller Salle, Ruiz García y Poal (27). En ese momento eran un total de ochenta y seis socios de la SEFRRF en toda España.

En 1957, coincidiendo con la celebración del Segundo Congreso Nacional de la SEFRRF, se decidió cambiar el nombre de la sociedad por el de *Sociedad Española de Rehabilitación* que se mantuvo hasta 1993 cuando pasó a denominarse *Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*.

En la tabla 1 se exponen los temas de las Reuniones Científicas celebradas por la Sociedad desde su constitución hasta finales de la década de los años sesenta. Vemos que se dedicó un importante número de ponencias al tema de la Rehabilitación de la poliomielitis en la década de los años cincuenta, período del azote epidémico de la enfermedad en nuestro país.

La SEFRRF comenzó a publicar en 1956 una revista científica propia llamada *Acta Fisioterápica Ibérica* que era el órgano de difusión de ideas y puntos de vista de la Sociedad. En 1967 se fundía con la *Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor*, formando una nueva revista llamada *Rehabilitación* que continúa publicándose y es órgano de expresión de la *Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física* y de otras Sociedades de Medicina Física y Rehabilitación del ámbito hispanoamericano (28).

Paralelamente a la aparición del *Acta Fisioterápica Ibérica*, en 1961 surgía la *Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor* como un suplemento de la Revista de Ortopedia y Traumatología, con el obje-

TABLA 1. Reuniones científicas de la Sociedad de médicos rehabilitadores españoles (1954-1967).

Reunión	Año	Temas	Presidente de la Sociedad
I Congreso	1954	Recuperación Funcional de las parálisis poliomiélicas Recuperación funcional de los fracturados. Recuperación funcional de los reumatismos crónicos. Hidroterapia y recuperación funcional.	Sanchis Olmos
II Congreso	1957	Crenoterapia de las lesiones traumáticas. Escoliosis poliomiélicas Reumatismos vertebrales. Causas y profilaxis de las rigideces articulares de rodilla. Tratamiento de urgencia de los traumatizados graves de cráneo. Recuperación funcional de las rigideces de hombro.	García Díaz
III Congreso	1960	Medicina Física y Rehabilitación de las neuropatías periféricas. Rehabilitación de la marcha en los hemipléjicos. Fisiopatología clínica de las alteraciones osteotróficas poliomiélicas	García Díaz
IV Congreso	1963	Paraplejas traumáticas. Reumatismos cervicales. Parálisis cerebral. Rehabilitación de amputados de extremidades inferiores.	Barnosell Nicolau
I Jbrnada	1967	Afasia. Su Rehabilitación. Rehabilitación de la cadera artrósica.	Lozano Azulas

to de exponer los problemas que planteaban los pacientes del aparato locomotor. Ya en el Editorial del primer número publicado se ponía de manifiesto un problema importante, se afirmaba que la Rehabilitación debía ser llevada a cabo por un médico traumatólogo con conocimientos adelantados en Rehabilitación o bien por miembros auxiliares de su equipo, concretamente los fisioterapeutas (29). Se ignoraba así la figura de un médico no traumatólogo especialista en el ámbito de la Rehabilitación. En este momento ya hay un intento de delimitar las funciones y competencias de cada grupo de profesionales, pero no podemos dejar de señalar la diferencia que existe entre que la responsabilidad del paciente y su tratamiento recaiga sobre un médico o sobre un técnico auxiliar.

En 1965 surgía otra revista de lengua española en el ámbito rehabilitador, la *Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica*, órgano de expresión de la *Asociación Iberoamericana de Rehabilitación*, que todavía pervive con publicaciones esporádicas de carácter extraordinario (30). Su objetivo era servir como órgano de comunicación y difusión de conocimientos dentro del ámbito rehabilitador del mundo hispano.

Desde la revista *Acta Fisioterápica Ibérica* se impulsaba la formación médica especializada en Rehabilitación. En 1958 se publicaba información sobre la realización de estudios especializados en Medicina Física y

de Rehabilitación en enfermos del aparato locomotor. Posteriormente se fueron organizando otros cursos de capacitación para médicos y enfermeras en el ámbito de la Rehabilitación, formándose médicos especialistas y fisioterapeutas en las denominadas Escuelas Profesionales de Madrid, Barcelona y Valencia.

En el ámbito universitario, la Rehabilitación estaba incluida en el «Departamento de Radiología y Fisioterapia», desde el Decreto del 1 de Junio de 1967 (31). Este Departamento agrupaba a disciplinas tan dispares como la «Radioterapia, Radiodiagnóstico, Fisioterapia, Hidroterapia, Climatoterapia, Rehabilitación y otras disciplinas afines». Este hecho fue criticado pues además no se entendía que se incluyera la Rehabilitación bajo la denominación de uno de sus medios auxiliares, la fisioterapia (32).

Para entender esta amalgama hay que remontarse al siglo XIX cuando en la licenciatura de Medicina se estudiaba una asignatura denominada *Terapéutica Médica*, que incluía contenidos farmacológicos y quirúrgicos. Con la aparición de los procedimientos físicos terapéuticos a principios del siglo XX, como la electricidad, corrientes de alta frecuencia o radiaciones ionizantes, se comenzó a configurar en algunas Universidades una nueva asignatura denominada *Terapéutica Física o Física Terapéutica o Fisioterapia*. Ésta abarcaba todos los procedimientos físicos como el ejercicio fi-

TABLA 2. Publicaciones españolas consultadas del ámbito de la Rehabilitación entre los años 1949-1969.

- Esteban Múgica L. *Rehabilitación, ejercicios correctores y masaje*. 1.ª ed. Madrid: Paz Montalvo; 1956.
- *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión; 1957.
- Esteban Múgica L. *Rehabilitación, ejercicios correctores y masaje*. 3.ª ed. Madrid: Paz Montalvo; 1962.
- Oñorbe Garbayo. *Invalidez y Rehabilitación* (folleto para médicos). Madrid: Servicio de Rehabilitación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad; 1963.
- Esteve de Miguel R. Otal A. *Rehabilitación en ortopedia y traumatología*. Barcelona: JMS; 1963.
- González Más R. *Tratado de Rehabilitación Médica*. 2.ª ed. Barcelona: Científico-Médica; 1969.

sico, la hidroterapia y la electroterapia. Pero en este contexto la electroterapia no tenía el sentido actual sino que incluía todo tipo de radiaciones tanto ionizantes como no ionizantes. Por este motivo la Rehabilitación estaba incluida aquí. Posteriormente dejaría de usarse el vocablo fisioterapia en el sentido de Terapéutica Física, para referirse exclusivamente a unos contenidos auxiliares de la Rehabilitación y a la profesión técnica paramédica encargada de aplicar estos agentes y medios físicos no ionizantes.

En esta esfera universitaria también hubo pretensiones de anexionar los contenidos de la Rehabilitación a otras disciplinas. Piédrola Gil, catedrático de *Higiene y Sanidad*, consideraba que la Rehabilitación era una especialidad eminentemente social y psicológica por lo que era mejor incluirla dentro de la *Medicina Preventiva, Social y Forense* (33). De esta forma se incluían temas de Rehabilitación en los estudios de pregrado de Medicina dentro de esta asignatura.

Pero finalmente no se consolidaron estos esfuerzos por parte de la Medicina Preventiva y los contenidos docentes de la Rehabilitación se incluyeron en la *Cátedra de Terapéutica Física y el Departamento de Radiología y Fisioterapia* donde tradicionalmente habían estado. El primer Catedrático de Rehabilitación fue el Profesor Caballé Lancry en Valencia en 1970, al que posteriormente siguieron el Profesor Rodríguez en Madrid y el Profesor Asirón en Zaragoza, por nombrar a los primeros. Tenemos que señalar que todavía en el ámbito universitario no existe un área de conocimiento propia de la Rehabilitación, sino que permanece anexionada al área de Radiología y Medicina Física, y algunos profesores universitarios están adscritos al área de Educación Física y Deportiva.

Paralelamente se llevó a cabo una fructífera actividad científica en el ámbito de las publicaciones, de tratados, manuales y monografías, apareciendo numero-

sos textos, algunos de los cuales hemos reflejado en la tabla 2.

A pesar de toda la actividad científica desarrollada en estas décadas en el ámbito de la Rehabilitación, no fue sino hasta el 6 de Junio de 1969 cuando el Ministerio de Educación y Ciencia reconocía oficialmente la especialidad médica (34). Por fin se reconocía el esfuerzo y la andadura de un colectivo de médicos especializados en un sentido de la Medicina y hacia un grupo especial de pacientes, los inválidos. Y con la finalidad de reducir al mínimo las consecuencias funcionales físicas, mentales, sociales, vocacionales y laborales ocasionadas por la invalidez. En este momento se le confería a la disciplina un carácter oficial reconociéndose la especialidad con el nombre de Rehabilitación. Sería el punto de partida para las nuevas generaciones de médicos rehabilitadores y el paso por la meta de los médicos pioneros del período histórico estudiado, a los que especialmente dedicamos este trabajo, pues lo que hoy somos como especialistas en gran medida se lo debemos a ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 6 Junio 1969, núm. 1140/69 (M.º Educ. y Ciencia). Médicos. Reconoce Rehabilitación como especialidad. BO Estado 17 Junio 1969 (núm. 144).
2. Águila Maturana A, Álvarez Badillo A, Miangolarra Page JC, Rodríguez Rodríguez LP. El desarrollo de la Rehabilitación en España. *Rehabilitación (Madr)* (en prensa).
3. Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer informe. Organización Mundial Salud. Serie Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 1958. p. 158.
4. Bravo E. Cuestiones médicas y sociales que plantea la organización de un Centro de Rehabilitación de niños afectados de enfermedad motriz. Madrid: Servicios de Protección Maternal e Infantil. Dirección General de Sanidad; 1958.
5. Parreño Rodríguez JR. Rehabilitación II. *Rev Iberoam Rehabil Med* 1968;IV:20-39.
6. Vega Díaz F. Cardiopatías en la Medicina del Trabajo. Rehabilitación del enfermo cardiovascular. En: *Rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión; 1957. p. 61-4.
7. Decreto 23 Diciembre 1944 (M.º Trabajo). Seguros. Bases para el seguro total. *Boletín Oficial del Estado* 13 Enero (n.º 13).
8. Ministerio de Asuntos Exteriores. OID, Los derechos Humanos. Madrid: 1977. p. 41-4.
9. Decreto 22 Junio 1956 (Boletín Oficial del Estado 15 Julio, rect. 3 Sept). Texto refundido de la Legislación de Accidentes del Trabajo.
10. Decreto 13 Abril 1961, núm. 792/61 (M.º 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).

11. Decreto 21 Abril 1966, núm. 907/66 (M.^o Trabajo). Seguros Sociales. Texto articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado 22 Abril 1966, n.^o 96.
12. González Sánchez C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. An R Acad Nac Med 1970;LXXXVII:1-31.
13. Rehabilitación vocacional. En: Esteve de Miguel R, Otal A, eds. Rehabilitación en ortopedia y traumatología. Barcelona: JMS; 1963.
14. Decreto 24 Septiembre 1964, núm. 3097/64 (M.^o Gobernación). Escuela de Terapia Ocupacional. Creación. Boletín-Gaceta 13 Octubre 1964 (núm 246).
15. Hidalgo de Caviedes A. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Alberto Berguer dir. Especialidades Médicas: Rehabilitación n.^o 38. Consejo General de Colegios Médicos de España; 1990. p. 3-15.
16. González Más R. El centro de Rehabilitación. Rev Iberoam Rehabil Med 1966;II:153-68.
17. Sanz Jiménez J La vertiente psicológica de la Rehabilitación. Aspectos teóricos y prácticos. Rehabilitación (Madr) 1967;1:47-66.
18. Aguado Díaz AL. Historia de las deficiencias. Madrid: Escuela Libre Editorial; 1995.
19. González Más R. El centro de Rehabilitación. Rev Iberoam Rehabil Med 1966;II:158.
20. Decreto 26 Julio 1957, núm. 3097/64 (M.^o Gobernación). Fisioterapia 23 Agosto 1957.
21. Orden 25 Febrero 1958 (M.^o Educación Nacional). Escuelas de fisioterapia. La creación en Madrid. 18 Abril 1958 (número 93).
22. Molina Ariño A. Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación. Valladolid: Médica Europea; 1990.
23. Prim Alegría. Informe sobre la asociación de técnicos ortopédicos. Acta Fisioter Iber 1961;VI:67-8.
24. Comité de Expertos en Rehabilitación Médica de la OMS Segundo informe. Ginebra: 1969. Informe técnico n.^o 419.
25. Climent JM. De la Física Terapéutica a la Rehabilitación. (en prensa).
26. Sanchís Olmos. Discurso inaugural del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional. Acta Fisioter Iber 1956;I:11-15.
27. Parreño Rodríguez JR. La sociedad científica y sus actividades. En: Alberto Berguer dir. Especialidades Médicas: Rehabilitación n.^o 38. Consejo General de Colegios Médicos de España.
28. Bory de Fortuni I, Peña Arrebola A. La publicación científica especializada. En: Alberto Berguer dir. Especialidades Médicas: Rehabilitación n.^o 38. Consejo General de Colegios Médicos de España; 1990. p. 47-52.
29. Editorial. Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor 1961;1:1.
30. Editorial. Asociación Iberoamericana de Rehabilitación. Rev Iberoam Rehabil Med 1967;II:6.
31. Decreto 1 Junio 1967 núm. 1243/67 (M.^o Educ. y Ciencia). Facultad de medicina. Ordenación en departamentos. BO Estado 19 Junio 1967 (núm. 145).
32. Hernández Gómez R. Conceptos y situaciones que deben ser revisados en Rehabilitación. Rehabilitación 1967;1:413-24.
33. Hernández Gómez R, Martínez Poza A, Roldán Álvarez A. Enseñanza de la Rehabilitación. Rehabilitación (Madr) 1968;2:347-52.
34. Decreto 6 Junio 1969, núm. 1140/69 (M.^o Educ. y Ciencia). Médicos. Reconoce Rehabilitación como especialidad. BO Estado 17 Junio 1969 (núm. 144).

Correspondencia:

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