

CONSOLIDANDO EL MODELO MÉDICO DE DISCAPACIDAD: SOBRE LA POLIOMIELITIS Y LA CONSTITUCIÓN DE LA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA COMO ESPECIALIDAD EN ESPAÑA (1930-1950)*

José Martínez-Pérez

Universidad de Castilla-La Mancha

RESUMEN

A comienzos de la década de 1930, una serie de factores obligaron a transformar una de las instituciones que más se había destacado en España en la labor de conseguir la reinserción social de las personas con discapacidades: el Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo. La crisis económica de 1929 y las reformas legislativas destinadas a regular los accidentes del trabajo pusieron de relieve, entre otros factores, las limitaciones de esa institución para cumplir sus objetivos. Tras un período de cierta indefinición, el centro reabrió sus puertas como Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos. Se trataba así de aprovechar el impulso anterior para destinar sus actividades a la recuperación de todas las personas con discapacidades.

El trabajo que presento intenta explorar el papel desempeñado en ese proceso por la presencia de la poliomielitis en esos años en España. Se pretende poner de manifiesto cómo esa enfermedad permitió justificar la necesidad de dar continuidad a la labor de un grupo de profesionales, y sirvió para reorientar el programa de reeducación de «inválidos» que se había implementado con anterioridad. A través de ello, es posible apreciar la manera en que el fuerte proceso de medicalización que tuvo lugar en el centro permitió reforzar la consolidación de un «modelo individual» de discapacidad, con lo que ello llevaba aparejado de cara a la constitución en España, entre 1930 y 1950, de un determinado estereotipo cultural sobre las personas afectadas. Por fin, el trabajo pretende poner de relieve la forma en que todo ello se veía enmarcado en un proceso de desarrollo profesional de los cirujanos que practicaban la traumatología y ortopedia.

PALABRAS CLAVE: Historia de la Poliomielitis. Polio. Historia de las discapacidades. Especialización en Medicina. Traumatología y Ortopedia.

* La realización de este trabajo ha sido posible gracias a sendas ayudas concedidas por el Ministerio de Educación y Ciencia (Nº de referencia: HUM2005-0738-C03-02/HIST) y por la Fundación de Investigaciones Sanitarias de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (F.I.S.C.A.M.) (Nº de referencia: CtCS-2006_E/04).

CONSOLIDATING THE MEDICAL MODEL OF DISABILITY: ON POLIOMYELITIS AND CONSTITUTION OF ORTHOPEDIC SURGERY AND ORTHOPAEDICS AS A SPECIALITY IN SPAIN (1930-1950)

ABSTRACT

At the beginning of the 1930s, various factors made it necessary to transform one of the institutions which was renowned for its work regarding the social reinsertion of the disabled, that is, the Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo (Institute for Occupational Retraining of Invalids of Work). The economic crisis of 1929 and the legislative reform aimed at regulating occupational accidents highlighted the failings of this institution to fulfil its objectives. After a time of uncertainty, the centre was renamed the Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos (National Institute for Retraining of Invalids). This was done to take advantage of its work in championing the recovery of all people with disabilities.

This work aims to study the role played in this process by the poliomyelitis epidemics in Spain at this time. It aims to highlight how this disease justified the need to continue the work of a group of professionals and how it helped to reorient the previous programme to re-educate the «invalids». Thus we shall see the way in which, from 1930 to 1950, a specific medical technology helped to consolidate an «individual model» of disability and how a certain cultural stereotype of those affected developed as a result. Lastly, this work discusses the way in which all this took place in the midst of a process of professional development of orthopaedic surgeons.

KEY WORDS: History of Poliomyelitis. Polio. History of disabilities. Medical Specialization. History of Orthopaedics.

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que el estudio en perspectiva histórica del modo en que las enfermedades infecto-contagiosas, especialmente las de comportamiento epidémico, ha sido objeto desde hace tiempo de importante atención dentro de nuestras fronteras¹, el caso concreto de la poliomiélitis no ha sido suficientemente atendido. Sólo recientemente, en el marco del proyecto de investigación coordinado en que se encuadra este trabajo, ha empezado a ser objeto de escrutinio sistemático la forma en que la presencia de la polio afectó a la sociedad española y las respuestas que se desarrollaron en su seno a los desafíos y problemas que planteaba esa enfermedad². Esto está permitiendo poner de

¹ RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1999), Social History of Medicine in Spain: Points of Departure and Directions for Research, *Social History of Medicine*, 13, pp. 495-513, pp. 500-501.

² Se trata del proyecto que, coordinado por la Dra. Rosa Ballester y, con la financiación del Ministerio de Educación y Ciencia (Nº de referencia: HUM2005-07378-C03), lleva por título «La poliomiélitis en la España del siglo XX: repercusiones científicas, profesionales y sociales». Para una aproximación a los resultados que se han venido obteniendo pueden consultarse los resúme-

manifiesto las enormes posibilidades que ofrece la aplicación simultánea de diferentes perspectivas de abordaje historiográfico al estudio de este proceso morboso³. Una de ellas es la que pretendemos seguir en este trabajo. Mi atención se ha dirigido en este ensayo hacia uno de los aspectos más relevantes de la enfermedad: su capacidad para producir deficiencias en la estructura y funciones corporales. Este rasgo hizo de la poliomielitis una de las causas de discapacidad más relevantes del pasado siglo, lo que la convierte en un modelo sobresaliente para el estudio de la forma en que la enfermedad, por sí misma y por las reacciones que estimula para combatirla en el seno de los grupos humanos, contribuye a modular y configurar tanto la manera en que las personas afectadas por una alteración corporal son contempladas por la sociedad, como el modo en que ésta responde a los problemas que plantea la presencia en su seno de esas personas. El presente trabajo pretende así aprovechar este rasgo significativo de la polio para indagar sobre cómo se producen las inter-

nes extensos de las aportaciones que presentamos algunos de los investigadores integrados en él a la mesa temática *Vivencias personales y experiencias colectivas en torno a la poliomielitis en España (1930-1975)*, celebrada en el marco del XIV Congreso de la Sociedad Española de la Medicina, véase: ORTIZ GÓMEZ, T. et al. (coords.) (2008), *La experiencia del enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Granada, 11-14 de junio de 2008*, Granada, Editorial de Universidad de Granada, pp. 313-343.

³ Diversos trabajos aparecidos en las dos últimas décadas han contribuido a trazar un estimulante panorama en ese sentido. Entre los que han tomado como objeto de análisis el caso de los Estados Unidos cabe mencionar: WILSON, D.J. (1988), A crippling fear: experiencing polio in the era of FDR, *Bulletin of the History of Medicine*, 72, pp. 464-495; ROGERS, N. (1992), *Dirt and disease. Polio before FDR*, New Brunswick, Rutgers University Press; GALLAGHER, H.G. (1994), *FDR's Splendid Deception*, Arlington, Vandamere Press; GOULD, T. (1995), *A summer plague: polio and its survivors*, New Haven-London, Yale University Press; SASS, E. (1996), *Polio's legacy. An oral history*, Lanhan-London, University Press of America; FAIRCHILD, A.L. (2001), The Polio Narratives: Dialogues with FDR, *Bulletin of the History of Medicine*, 75, pp. 488-534; SHELL, M. (2005), *Polio and its aftermath. The paralysis of culture*, Cambridge, Harvard University Press; WILSON, D.J. (2005), *Living with polio. The epidemic and its survivors*, Chicago-London, The University of Chicago Press; OSHINSKY, D.M. (2005), *Polio. An American story*, Oxford, Oxford U.P.; SILVER, J., WILSON, D.J. (2007), *Silent Voices: An Oral History from the American Polio Epidemics and Worldwide Eradication Efforts*, Westport, Praeger Publishers. El interés por el estudio del modo en que afectó la enfermedad a diferentes sociedades europeas se ha expresado en trabajos como el de LINDNER U., BLUME, S.S. (2006), Vaccine innovation and adoption: polio vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955-1965, *Medical History*, 50, pp. 425-446; y el de AXELSSON, P. (2004), *Hostens spöke. De svenska polioepidemias historia*, Stockolm, Carlssons, centrado en el caso de Suecia. Para una aproximación al devenir de la enfermedad desde la Antigüedad a la aparición de las vacunas véase: PAUL, J.R. (1971), *The History of Poliomyelitis*, New Haven, Yale University Press.

acciones entre enfermedad, Medicina y sociedad en relación con el fenómeno de las discapacidades.

Más concretamente, intenta analizar la forma en que la poliomielitis operó como un factor relevante en el desarrollo en España de lo que en las últimas décadas se ha dado en llamar modelo «médico» o «individual» de discapacidad. Impulsada muy especialmente por lo que en el ámbito académico anglosajón se ha denominado como el campo multidisciplinar de los *disability studies*⁴, esa denominación hace referencia a una forma de entender la discapacidad que estaría focalizada «hacia la ‘anormalidad’ corporal y al modo en que esto ‘causa’ algún grado de ‘discapacidad’ o limitación funcional». Esta «incapacidad» funcional se usaría dentro del modelo como la base para una clasificación más amplia de los individuos como «inválidos». Este modelo médico constituiría así la base para una aproximación al fenómeno de la discapacidad como «tragedia personal», donde el individuo es mirado como una víctima, y como alguien que está necesitado de «cuidado y atención, y que es dependiente de otros». Es decir, la perspectiva que ha estado en el corazón de las políticas sociales de bienestar social que se han venido aplicando para ayudar a las personas a hacer frente a sus «discapacidades»⁵.

Los activistas en pro de los derechos de las personas con discapacidades han contrastado ese «modelo individual» con el «modelo social» de discapacidad. Este último tipo de aproximación no niega el significado de la deficiencia física en la vida de las personas con discapacidades, pero, a diferencia del «modelo médico», concentra su atención sobre las numerosas barreras —económicas, sociales, culturales...— que se han construido en torno a ellas. Desde esta perspectiva, se estima, por tanto, que la «discapacidad» no sería «un producto de defectos individuales, sino que es socialmente creada», y que las «explicaciones de su carácter cambiante» se encontrarían en «la organización y la estructura de la sociedad». Así, «más que identificar la discapacidad como una limitación individual», el modelo social considera «la sociedad

⁴ El campo empezó a configurarse en la década de los años ochenta del pasado siglo. Para una aproximación al mismo son útiles algunos volúmenes en que se recopilan trabajos que han contribuido de forma significativa a su constitución. Tal es el caso de: DAVIS, L. (ed.) (1997), *The Disability Studies Reader*, New York-London, Routledge; SHAKESPEARE, T. (ed.) (1998), *The Disability Reader: Social Science Perspectives*, London-New York, Cassell; BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. (eds.) (2002), *Disability Studies Today*, Cambridge, Polity Press. Un texto que agrupa un buen número de trabajos que exploran el estado actual de este campo de conocimiento es: ALBRECHT, G.L., SEELMAN, K.D., BURY, M. (eds.) (2001), *Handbook of Disability Studies*, Thousand Oaks-London-New Delhi, Sage Publications.

⁵ BARNES, C., MERCER, G., SHAKESPEARE, T. (2002), *Exploring Disability. A Social Introduction* (Reimpresión de la primera edición, 1999), Cambridge, Polity Press, p. 21.

como el problema, y contempla a los cambios políticos y culturales» como «la vía fundamental para generar soluciones»⁶.

De este modo, en el campo de los *disability studies* el fenómeno de la discapacidad emerge, más que como una patología médica individual, como una categoría de definición social. Su ámbito de estudio no es simplemente el de las variaciones que existen en la conducta, apariencia y funciones del cuerpo humano, sino que, de forma más significativa, se extiende también hacia el análisis del significado que conferimos a esas diferencias. Así, al acercarse a la discapacidad más como una categoría social que como una característica individual, este campo académico ha venido a desafiar percepciones mantenidas desde hace tiempo que han relegado a lugares alejados de interés a las personas catalogadas como «discapacitadas»⁷. Esto ha servido para impulsar la discapacidad como un tema que proporciona a los historiadores una nueva herramienta analítica para explorar, como ha destacado Catherine J. Kudlick, el «poder en sí mismo», y que «revelará a la discapacidad como crucial para entender cómo las culturas occidentales determinan jerarquías y mantienen el orden social, además de cómo definen el progreso»⁸. La aparición reciente de lo que se ha dado en llamar en el mundo anglosajón como «*new disability history*» ha venido a proporcionar un medio de dibujar de forma conjunta una serie de aportaciones que se habían venido realizando ya en torno al desarrollo de la discapacidad como una función de la modernidad y que habían esbozado el proceso por el que las personas con discapacidades físicas o sensoriales, o con deficiencias mentales, eran sometidas a cuidado y control institucionales. La «nueva historia de la discapacidad», no sólo contribuye a poner luz sobre las experiencias de una minoría reprimida, sino que explora también la discapacidad como un elemento de gran significado cultural, revelando las relaciones complejas que se establecen entre los mundos biológico y social⁹.

⁶ BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. (2002), Introduction. En BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. (eds.), *Disability Studies Today*, Cambridge, Polity Press, pp. 1-17, p. 5

⁷ KUDLICK, C.J. (2003), Disability History: Why We Need Another 'Other', *American Historical Review*, 108, pp. 763-793, p. 765.

⁸ KUDLICK (2003). Sobre las posibilidades y el alcance de esta perspectiva historiográfica pueden verse, además del trabajo de Kudlick, los siguientes: LONGMORE, P.K., UMANSKY, L. (2001), Introduction: Disability History: From Margins to the Mainstream. En LONGMORE, P.K., UMANSKY, L. (eds.), *The New Disability History. American Perspectives*, New York-London, New York University Press, pp. 1-29; y TURNER, D.M. (2006), Introduction. Approaching anomalous bodies. En TURNER, D.M., STAGG, K. (eds.), *Social Histories of Disability and Deformity*, Milton Park, Routledge, pp. 1-16.

⁹ TURNER (2006), p. 1.

Para alcanzar, desde esta perspectiva historiográfica, el objetivo arriba indicado, voy a tomar como referencia inicial algunos trabajos anteriores en los que he intentado poner de relieve cómo la preocupación, en la España de la década de 1920, por las consecuencias de los accidentes del trabajo representó un factor relevante tanto para el desarrollo de la Ortopedia y de la Traumatología, como para que se produjera una transformación en el modo de contemplar a las personas con discapacidades¹⁰. La creciente actividad industrial, así como las demandas por parte de los obreros de mejora de sus condiciones vida y el interés de los gobernantes por disminuir la conflictividad social, habían llevado, ya a finales del siglo XIX, a plantear la necesidad de regular adecuadamente el modo de atender a quienes tenían la desgracia de sufrir un accidente como resultado de su actividad laboral. En ese sentido, la promulgación de la *Ley de accidentes del trabajo de 31 de enero de 1900* representó un hito dentro de los esfuerzos del Estado por amortiguar los efectos negativos que esa forma de siniestralidad ejercía sobre las víctimas, sobre el sistema productivo y sobre la economía¹¹. Además de establecer el pago de una compensación para el trabajador accidentado, la ley poseía también un rasgo destacado: el de reservar para la Medicina un papel significativo en la gestión de los accidentes del trabajo. En efecto, no sólo dictaba un protocolo de actuaciones para la asistencia clínica de los obreros, sino que también, asignaba a los médicos el papel de expertos destinados a llevar a cabo dos tareas forenses que resultaban fundamentales para la aplicación del nuevo marco legal: establecer si un accidente era la causa de una determinada deficiencia anatómica y/o funcional, y valorar las consecuencias que el daño ocasionado tenía para la víctima¹².

¹⁰ MARTÍNEZ-PÉREZ, J. (2006a), The recovered worker: occupational medicine, orthopaedics, and the impact of medical technology on the social image of persons with disabilities (Spain, 1922-1936), *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 13, pp. 349-373; MARTÍNEZ-PÉREZ, J. (2006b), Una nueva tecnología contra la siniestralidad laboral: innovación, Medicina y accidentes del trabajo en España (1920-1936). En PÉREZ-BUSTAMANTE, J.A. et al. (eds.), *Actas del IXº Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Ciencia y de la Técnica* (2vols), Cádiz, Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, 1, pp. 337-360; MARTÍNEZ-PÉREZ, J., PORRAS GALLO, M.I. (2006c), Hacia una nueva percepción de las personas con discapacidades: legislación, medicina y los inválidos del trabajo en España (1900-1936), *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 26, pp. 195-219.

¹¹ SOTO CARMONA, A. (1985), La higiene, la seguridad y los accidentes del trabajo. España (1874-1936), *Civitas. Revista Española de Derecho del Trabajo*, 23, pp. 389-423, pp. 393-394.

¹² ELEIZEGUI, J. (s.a.), *Higiene Industrial*, Barcelona, Manuel Soler, p. 269. Este autor reproduce –pp. 269-277– el articulado de la *Ley de Accidentes del Trabajo* de 1900.

A pesar de ello, tardaron en hacerse realidad algunas de las consecuencias que se pronosticaron sobre la forma en que la Medicina se iba a ver afectada en su estructura profesional como resultado de la aplicación de estos imperativos legales¹³. De hecho, hubo que esperar hasta la década de 1920 para que la más significativa de ellas, la aparición de una nueva especialidad como la Medicina del Trabajo, recibiera un impulso que había de mostrarse claramente relevante. La *Ley de Accidentes del Trabajo de 1922*, que trataba de superar algunos de los problemas que se habían planteado con la puesta en práctica de la de 1900, contemplaba en su articulado la creación de un servicio para la reeducación, con vistas a su reincorporación en la vida laboral, de aquellos que resultaran «inválidos» a consecuencia de la siniestralidad laboral¹⁴. En cumplimiento de este requisito legal se creó en Madrid el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo, que abrió sus puertas en 1924¹⁵. Este centro, no sólo iba a representar, al permitir que se agruparan en él un grupo de médicos con el objetivo de resolver algunos de los problemas que planteaba el creciente fenómeno de la siniestralidad laboral, un factor fundamental para impulsar la constitución de la Medicina del Trabajo y la Ortopedia y Traumatología como especialidades, sino que iba también a desempeñar un papel clave en la consolidación de una forma determinada de abordar el problema de las discapacidades físicas dentro de nuestras fronteras.

¹³ Alejandro San Martín, Catedrático de Cirugía en la Universidad de Madrid y destacada personalidad de la Medicina española de la época, afirmó en 1903 que «al amparo de esta Ley» surgía «una nueva especialidad: la de los médicos que se dedican al cuidado y estimación de estos accidentes de la industria y demás formas del trabajo humano». SAN MARTÍN SATRÚSTEGUI, A. (1903), *Comentarios quirúrgicos a la ley de accidentes del trabajo. Conferencia dada el 23 de mayo de 1903 en la Real Academia de Jurisprudencia*, Madrid, Imprenta de I. Calleja, p. 5.

¹⁴ «Ley sancionada por S.M. modificando la de accidentes del trabajo de 30 de enero de 1900», *Diario de las sesiones de Cortes. Congreso de los Diputados*, nº 1 (1 de marzo de 1922), Apéndice 8º, pp. 1-6.

¹⁵ Una visión de conjunto de este centro asistencial, desde sus orígenes, como Asilo de Inválidos de Trabajo, hasta finales del siglo XX, como Centro Público de Educación Especial de Reeducación de Inválidos, puede seguirse en PALACIOS SÁNCHEZ, J. (s.a.), *Evolución histórica*. En PALACIOS SÁNCHEZ, J. (ed.), *Historia del C.P.E.E. de Reeducación de Inválidos. Antiguo INRI*, Madrid, M.E.C.-C.P.E.E. pp. 50-90; PALACIOS SÁNCHEZ, J. (1990), *La institución pionera de la Rehabilitación en España, Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía*, Separata del nº 15, pp. 1-34, pp. 8-16. Una exposición general sobre las actividades de la institución en el período del que se ocupa este trabajo es ofrecida en BACHILLER BAEZA, A. (1985), *La Medicina Social en España (El Instituto de Reeducación y la Clínica del Trabajo 1922-1937)*, Valladolid, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, pp. 9-40.

Tomando como referente fundamental el modo en que desde comienzos de la década de 1930 se produjo el desarrollo del Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo, y al objeto de intentar alcanzar el objetivo arriba indicado de contribuir al análisis de cómo el modelo médico de discapacidad se fue desarrollando y consolidando en España, el presente trabajo se plantea explorar la forma en que la presencia de la poliomielitis supuso un factor significativo para facilitar ese proceso. Muy especialmente se tratará de examinar la manera en que la enfermedad contribuyó a la constitución de la Ortopedia y de la Traumatología como una especialidad médica¹⁶. Asimismo, este ensayo intenta poner de relieve de qué forma ese proceso de cambio en la profesión médica influyó a su vez en la transformación de la identidad social de los niños que tuvieron la desgracia de verse afectados por los efectos del síndrome postpolio. Según trataré de mostrar a lo largo de las próximas páginas, ese grupo de personas se sumó, a lo largo de las décadas de 1930 y 1940, al formado por las víctimas de la siniestralidad laboral como un tipo de pacientes en el que los incipientes traumatólogos y ortopedas se apoyaron para mostrarse ante la sociedad como expertos capaces de reducir los indeseables efectos de las deficiencias físicas y/o funcionales del cuerpo humano, y conseguir así paliar el problema de la discapacidad. El trabajo intenta también poner de manifiesto el modo en que este proceso influyó sobre los afectados y cómo pudo propiciar una cierta transformación en la imagen social de las personas con discapacidades¹⁷.

¹⁶ Como ha indicado RODRÍGUEZ OCAÑA (1999), p. 509-511, el estudio del desarrollo de la profesión médica en España goza desde hace tiempo de buena salud. En concreto, el tema de la especialización ha recibido importantes contribuciones que, inspiradas inicialmente en el trabajo de George Rosen sobre *The Specialization of Medicine* (New York, Froben Press, 1994), han ido incorporando aportaciones que incorporaban diferentes categorías analíticas procedentes de las ciencias sociales. Ejemplo de esto último serían: MEDINA DOMÉNECH, R.M. (1996), *¿Curar el cáncer? Los orígenes de la Radioterapia española en el primer tercio del siglo XX*, Granada, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada; HUERTAS, R. (2002), *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia S.C.

¹⁷ Sobre el desarrollo de la Traumatología y Ortopedia véase el importante trabajo de COOTER, R. (1993), *Surgery and Society in Peace and War. Orthopaedics and the Organization of Modern Medicine, 1880-1948*, Houndmills, The Macmillan Press. Un interesante estudio reciente centrado también sobre el caso británico, que muestra conclusiones similares a las alcanzadas en el presente trabajo, es el de BORSAY, A. (2006), *Disciplining Disabled Bodies: the Development of Orthopaedic Medicine in Britain, c. 1800-1939*. En TURNER, D.M., STAGG, K. (eds.), *Social Histories of Disability and Deformity*, Milton Park, Routledge, pp. 97-116.

2. UNA CRISIS BIEN APROVECHADA

El Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT, en adelante) surgió con el objetivo de procurar devolver a la actividad productiva a quienes quedaban con algún tipo de secuela física o funcional como resultado de la siniestralidad laboral. Tal y como se pretendía transmitir con su logotipo, en el que el nombre de la institución rodeaba una figura del ave fénix (Figura 1), su meta fundamental era la de mostrar cómo las personas con discapacidades podían también «renacer» de sus propias cenizas para ellos mismos y para la sociedad mediante las actuaciones que se implementaban en el Instituto.



Figura 1. Tomada de la portada de *Memorias del Instituto Profesional de Reeducción de Inválidos del Trabajo*, 1, Madrid, Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos del Trabajo, 1926.

No obstante, su éxito a la hora de devolver al mercado de trabajo a las personas que resultaban con algún tipo de deficiencia orgánica a consecuencia de un accidente del trabajo fue sólo relativo. De un lado, se reconocía que el centro había sido el impulsor de un cambio en el modo de contemplar a ese tipo de ciudadanos, que habían comenzado a dejar de ser vistos como «parásitos» y empezaban a ser considerados como individuos «útiles». Por otro, mostrando las limitaciones de esa transformación, los propios responsables del IRPIT expresaban las enormes dificultades que encontraban las personas que habían sido reeducadas en la institución para reincorporarse a la actividad laboral. Tanto los prejuicios que seguían vigentes hacia ellas, como la crisis económica de 1929, con el desempleo creciente que llevó aparejada, contribuyeron a crear dificultades para su reincorporación a la actividad productiva. Los empresarios preferían optar por un obrero cuya integridad física estuviera conservada¹⁸.

Así las cosas, la *Ley de Accidentes del Trabajo de 1932*, que reemplazó a la de 1922, incorporó en su articulado medidas que ponían de relieve esta situación dicotómica que se estaba produciendo en relación con los «inválidos» reeducados. Por una parte, reconocía la eficacia de la que estaba haciendo gala la Medicina para devolver la capacidad funcional a los trabajadores que la habían perdido a consecuencia de la siniestralidad laboral. Por otra, iba a garantizar la subsistencia de los obreros que quedaban con secuelas mediante el reconocimiento de su derecho a percibir una pensión vitalicia que les eximía de trabajar para poder mantenerse, lo que suponía, al limitar así el interés de un obrero accidentado por seguir un proceso de reeducación profesional que se mostraba como algo duro y exigente, un importante golpe para la supervivencia del IRPIT¹⁹.

Con respecto a lo primero, esa confianza en la Medicina para recuperar a los trabajadores iba a expresarse en la creación de la Clínica del Trabajo²⁰. Este centro, constituido ahora con el fin exclusivo de garantizar la atención médica a los trabajadores accidentados, suponía de hecho la prueba de que el modelo médico de discapacidad se había fortalecido con la labor del IRPIT. El director médico de éste, Antonio Oller (1887-1937) pasaba a serlo de la nueva institución, en la que ya no encontraban acomodo, a diferencia de lo

¹⁸ MARTÍNEZ-PÉREZ, PORRAS GALLO (2006), pp. 216-217.

¹⁹ MARTÍNEZ-PÉREZ, PORRAS GALLO (2006), pp. 217-218.

²⁰ BACHILLER BAEZA (1985), p. 41; PORRAS, M.I. (2006), *La medicina y los seguros en el abordaje del problema de los inválidos del trabajo en España en la primera mitad del siglo XX, Historia, Ciencias, Saúde - Manguinhos*, 13, pp. 393-410, p. 401.

que ocurría en el Instituto, ni una «sección técnica» encargada de reeducar profesionalmente a los pacientes, ni una «sección administrativa», destinada a lograr su reincorporación a la actividad laboral. De este modo, como interpretaron los propios responsables del IRPIT, se estaba poniendo de manifiesto el fracaso del Instituto para servir como un medio capaz de estimular el reintegro en la vida laboral de los obreros que habían sido reeducados en él²¹.

Hay que consignar, no obstante, que el Instituto no desapareció como resultado de esta Ley. En 1931 una de las primeras decisiones del Gobierno de la República había sido la de cambiar su denominación por la de Instituto de Reeducción Profesional²². Sin duda, se trataba de designar al centro con un nombre más acorde a las actividades que, en realidad, se llevaban a cabo en él; ya que, a pesar de que los obreros víctimas de los accidentes del trabajo constituían el mayor contingente de pacientes que se atendía en el centro, el IRPIT extendió también sus actuaciones como centro de reeducación a niños y adultos con deficiencias físicas de otro origen. En 1933, el Instituto recibía un nuevo cambio de nombre y pasaba a denominarse Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos (INRI, en adelante). La razón de ello aparecía reflejada en la exposición de motivos del Decreto que lo estableció:

«La ley de Accidentes del Trabajo de 8 de octubre de 1932 y el Reglamento para su aplicación de 31 de Enero de 1933, al crear la Clínica del Trabajo y demás servicios anejos a la Caja Nacional de Seguros de Accidentes del Trabajo, ha restado al Instituto de Reeducción profesional una parte de las funciones que le estaban atribuidas por el Decreto de 18 de Mayo de 1931: la readaptación de lesionados en accidentes del trabajo (...).

Parece obligado, por consiguiente, imprimir al Instituto de Reeducción nuevas posibilidades, modificando su estructura y, aunque sobre una misma base científica, orientarle hacia nuevos objetivos, igualmente amplios y eficaces, haciendo extensivo el principio mismo de la reeducación a los inválidos de todo orden; es decir, a las víctimas de enfermedades o efectos (*sic*) [defectos] congénitos, o a los de accidentes no comprendidos en la Ley de 8 de Octubre de 1932. El Instituto quedará así convertido en una clínica, residencia habitual y escuela de recuperación de lisiados, baldados, paralíticos, tullidos, deformes; en una palabra, de todos los desgraciados por mutilaciones, anomalías y lesiones de sus miembros o tronco que les priven de la movilidad normal y les inhabiliten para las actividades corrientes de la vida»²³.

²¹ BASTOS, M. (1935), El problema de los inválidos visto a través de observaciones hechas en el Instituto Nacional de Reeducción, *Anales de la Academia Nacional de Medicina*, 55(1), pp. 209-232, pp. 212-213.

²² *Gaceta de Madrid* (20-mayo-1931), p. 820.

²³ *Gaceta de Madrid* (7-junio-1933), p. 1760.

De este modo, el Gobierno republicano trataba de impulsar una tarea en la que se estimaba que la nación se hallaba atrasada. Según se indicaba en el Decreto, «esta asistencia a los lisiados, baldados y paralíticos está reconocida como una obligación estatal en todos los países civilizados, y el nuestro, en este aspecto, fue una bochornosa excepción»²⁴.

Con la transformación del Instituto se aspiraba a corregir ese estado de cosas. Para ello, mantenía las tres secciones del antiguo IRPIT —Médica, Técnica y Administrativa—. No obstante, la primera de ellas iba en este caso a adquirir una posición claramente dominante frente a las otras dos. De hecho, este período de su desarrollo que se abría ahora para él ha sido designado como su «etapa médico-rehabilitadora»²⁵.

Y es que los médicos iban a pasar a disfrutar de una posición privilegiada en el INRI. Como constaba en el *Reglamento* que se elaboró para regular su actividad, el centro pasaba a ser «una entidad benéfico-docente de carácter predominantemente médico»²⁶. Conforme a este nuevo carácter que se le trataba de imprimir, se establecía que «al frente de la Dirección del Instituto» debía estar «un Facultativo Médico» que iba a contar con amplias atribuciones. Como se indicaba en el mismo documento, debía tener «a su cargo, de un modo personal e inmediato, la inspección, impulsión y responsabilidades de todos los servicios» del INRI, «tanto los de índole científica, esto es, médicos pedagógicos y técnicos, como los administrativos». Además, para garantizar que esas tareas estuvieran en manos de una persona con reconocidas competencias en el abordaje del problema de las discapacidades desde la perspectiva médica, el *Reglamento* señalaba explícitamente que la dirección del Instituto había de recaer «siempre en persona que, además de su título facultativo, se haya señalado por una reconocida competencia en materia de readaptación funcional de inválidos»²⁷. A diferencia, por tanto, del IRPIT, que contaba con tres directores para sus diferentes secciones —médica, técnica y administrativa—, el INRI iba a contar sólo con uno y había de ser médico, más exactamente un médico que hubiera mostrado cualidades en la tarea de devolver a la normalidad funcional a las personas que fueran portadoras de algún tipo de deficiencia corporal que la alterara.

A la vista de esto, no puede extrañar que Manuel Bastos Ansart (1877-1973), uno de los más sobresalientes especialistas en Traumatología y Orto-

²⁴ *Gaceta de Madrid* (7-junio-1933), p. 1760.

²⁵ PALACIOS (1990), p. 19.

²⁶ *Gaceta de Madrid* (14-diciembre-1933), p. 1819.

²⁷ *Gaceta de Madrid* (14-diciembre-1933), p. 1821.

pedía en ese momento, y que había sido el impulsor de la creación en el Hospital Militar de Carabanchel de Madrid de un servicio para la reeducación de inválidos de Guerra, fuera la persona designada como Director del INRI²⁸. Tampoco puede sorprender que años más tarde afirmara que había sido él quien redactó el *Reglamento* «después de prolijos debates» con los responsables políticos. Según expresaba, «todos coincidían en pensar que aquella casa debía tener una existencia lo más autónoma posible, libre de ingerencias extrañas y de influencias superiores, pero subordinada por entero a un director con plenos poderes y plena responsabilidad»²⁹. Y es que de lo que se trataba ahora era de poner en marcha un Instituto cuya «acción exclusiva», como se señalaba también explícitamente en el *Reglamento*, había de ser la «médica, es decir, la curativa, en tanto ésta sea posible mediante tratamiento quirúrgico u ortopédico, ayudado de una labor pedagógica y técnica orientada hacia el mismo fin»³⁰.

De este modo, un médico, más exactamente, un especialista en Traumatología y Ortopedia, se iba a encargar de «dirigir, impulsar e inspeccionar todos los servicios del Instituto, ejerciendo las funciones de Superior jerárquico inmediato de los jefes de las distintas Secciones»³¹. Éstas quedaban divididas ahora en cuatro: «Facultativa», destinada al tratamiento médico; «Pedagógica», para que los ingresados pudieran seguir una formación escolar «de acuerdo con sus aptitudes físicas o mentales»; «Técnica», donde el «inválido» debía aprender «a servirse eficazmente de sus miembros mutilados o de las prótesis que se les provea»; y «Administración». Cada una de ellas había de subdividirse en otras tres: niños, (desde los cuatro a los diez y seis años); adultos (de los diez y seis a los cincuenta) y ancianos (de los cincuenta en adelante)³².

A pesar de que el centro contemplaba así la necesidad de dar acogida a todos los grupos de edad de la población, estaba claro que era el primero ellos el que despertaba el mayor interés. El *Reglamento* establecía que se debía dar ingreso «preferentemente» a los aspirantes de menor edad³³, algo que cabe ser interpretado como una nueva expresión de la preocupación por la infancia, y, más concretamente, por su salud, que se venía manifestando desde hacía

²⁸ Sobre Bastos, ver: BENEITO LLORIS, A. (2004), *El Hospital Sueco-Noruego de Alcoi durante la Guerra Civil*, Alcoi, Visual Producciones, pp. 105-121.

²⁹ BASTOS, M. (1969), *De las Guerras Coloniales a la Guerra Civil. Memorias de un cirujano*, Barcelona, Ariel, p. 261.

³⁰ *Gaceta de Madrid* (14-diciembre-1933), p. 1819.

³¹ *Gaceta de Madrid* (14-diciembre-1933), p. 1821.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

tiempo en la población española³⁴. En ese sentido, el INRI se presentaba como un centro destinado a resolver un problema que la tuberculosis, las malformaciones congénitas, el creciente número de accidentes y las secuelas de la polio, de la que se había producido una epidemia en otoño de 1928³⁵, estaban contribuyendo a poner de manifiesto. Me refiero al que representaba la presencia en la sociedad española de un grupo significativo de niños que mostraban algún tipo de alteración corporal que les distinguía de los «normales» y que, debido a ello, encontraban dificultades para alcanzar un grado adecuado de integración social y de desarrollo de sus cualidades como seres humanos.

Como estoy tratando de poner de relieve, la forma de interpretar el problema de la discapacidad física, y de articular la respuesta al mismo, favoreció que fueran contemplados en primer lugar como portadores de una «enfermedad» que requería un tratamiento médico destinado a corregir sus defectos corporales. De hecho, en el *Reglamento* del INRI el término utilizado para hacer referencia a las personas que habían de ser «tratadas» en él era el de «enfermos»³⁶. Se trataba así en primer lugar de que el Instituto encaminara sus actuaciones a corregir las deficiencias funcionales y/o anatómicas de esos pacientes para acercarlos al canon médico de «normalidad». La intervención sobre el componente social quedaba de este modo subordinada a un modo de concebir las discapacidades que hacía depender el éxito de la integración social de las personas afectadas por deficiencias físicas a la posibilidad de hacer que éstas desaparecieran. Como consecuencia de ello, los médicos pasaban a ser contemplados como los principales expertos encargados de conducir la solución del problema.

Los especialistas en Ortopedia y Traumatología emergían así como las piezas fundamentales en la tarea de responder a la preocupación por las dis-

³⁴ Sobre el creciente interés por la protección a la infancia en el primer tercio del siglo XX pueden examinarse: BALLESTER, R., BALAGUER, E. (1995), La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España, *Dynamis*, 15, pp. 177-192; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1999), La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España, *Historia contemporánea*, 18, pp. 19-52; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2001), La higiene infantil. En ATENZA, J., MARTÍNEZ-PÉREZ, J. (eds.), *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo*, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, pp. 215-233; PERDIGUERO GIL, E. (ed.) (2004), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

³⁵ En el Hospital del Rey de Madrid, la institución asistencial destinada en esta ciudad al tratamiento de enfermedades infecciosas, fueron atendidos 112 pacientes. TORRES GOST, J. (1975), *Medio siglo en el Hospital del Rey*, Madrid, Biblioteca Nueva, p. 39.

³⁶ *Gaceta de Madrid* (14-diciembre-1933), p. 1819.

capacidades físicas en España, y pronto iban a dar muestras de ser conscientes de la posición relevante que ocupaban al respecto. En efecto, Manuel Bastos no tardó mucho en articular la puesta en marcha, en 1935, de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (S.E.C.O.T.)³⁷. Aunque en los estatutos de la misma se podía leer que se trataba de «una Asociación médica de carácter exclusivamente científico y dedicada al estudio de las afecciones del aparato locomotor en todos sus aspectos doctrinales, biológicos y clínicos»³⁸, ya en el primer número de la revista que crearon como órgano de expresión de la Sociedad quedaba claro que en su ideario se hallaban presentes también intereses profesionales. Se expresaba allí que

«Entre las gentes de nuestra mentalidad se entiende perfectamente la misión de los que hacen cirugía del aparato locomotor, sin necesidad de distingos, acotaciones ni deslindes. No hay necesidad de distinguir en los países de habla española lo que es el contenido de la cirugía ortopédica, como ha habido que hacerlo en otros pueblos. Para nosotros, la cirugía ortopédica no es una especialidad hermética, separada por barreras infranqueables de la cirugía general. Entre nosotros, el cirujano ortopédico es, ante todo, un cirujano especializado, es verdad, en la cura de las enfermedades del aparato locomotor, pero con todas las responsabilidades y la amplitud de visión de un cirujano general. Asimismo, entre nosotros, no se concibe la cirugía del aparato locomotor si no es íntimamente unida a la traumatología. Hay razones científicas de gran peso que abonan esta fusión de disciplinas; pero basta que la encontremos hecha y fuertemente arraigada en el concepto que de nosotros tienen los que nos rodean para que la aceptemos íntegramente»³⁹.

Así pues, un grupo de cirujanos se estaba organizando para realizar una oferta de servicios cuya ejecución, según expresaban sus promotores, requería de una formación especializada. El tratamiento de los problemas relativos a las alteraciones del aparato locomotor, aquellas que estaban en la base del mayor número de las deficiencias corporales que provocaban las discapacidades físicas, debía ser realizado por los especialistas en Traumatología y Ortopedia. Por ello, para reforzar el reconocimiento social que estaban recibiendo ya en ese sentido, debían mostrar su competencia y realizar contribuciones capaces de poner de manifiesto que sus pretensiones se hallaban cimentadas en un saber y una práctica bien delimitados y difíciles de adquirir sin un entrenamiento específico. La revista que la S.E.C.O.T. puso en marcha, aspiraba así a «dar cohe-

³⁷ (1936), Información, *Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 1(1), I-III.

³⁸ (1936), Estatutos de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, *Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 1(1), IV-VI, p. IV.

³⁹ (1936), Presentación, *Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 1(1), pp. 3-4, p. 4.

sión, rango y personalidad a la producción española» de esa nueva especialidad médica «que hasta ahora aparecía atomizada y sin prestigio»⁴⁰.

No debe extrañar, por tanto, que el primero de los artículos científicos publicados en ella estuviera dedicado a poner de manifiesto la capacidad de los cirujanos ortopedas para devolver sus funciones corporales a los niños que las hubieran perdido. En su trabajo sobre los trasplantes de tendones, Bastos Ansart mostraba cómo las técnicas que los incipientes especialistas eran capaces de desarrollar representaban una vía adecuada para lograr que un «enfermo» afectado de parálisis de las extremidades inferiores secundaria a una poliomielitis «camine sin necesidad de (...) las muletas, lo cual no es un parco beneficio desde el punto de vista subjetivo y social»⁴¹.

Los nuevos especialistas habían tomado conciencia, por tanto, del interés que tenían sus aportaciones para el desarrollo del tipo de actuaciones que se estaban implementando en España para resolver el problema de las discapacidades físicas. Si se consideraba que la base de éste se hallaba en la existencia de deficiencias corporales y funcionales que impedían a las personas que las padecían desarrollar sus actividades del mismo modo en que las ejecutan las personas «normales», sus contribuciones representaban una forma de revertir esa situación. Se mostraban así como los profesionales más indicados para encabezar la tarea que había de conducir a alcanzar el objetivo de incrementar el grado de inclusión social de estas personas. Como consecuencia de ello, se situaban también en el grupo de cabeza de quienes impulsaban el fortalecimiento en España del «modelo médico» de discapacidad.

La grave crisis que representó la Guerra Civil (1936-1939) supuso, como en tantos otros órdenes de cosas, algo más que un mero paréntesis en ese desarrollo. El INRI había sido concebido como un centro que, por sus características, debía contribuir también al afianzamiento de ese modo de contemplar el fenómeno de las discapacidades. Se esperaba de él que sirviera como «base y modelo de otros organismos filiales para el tratamiento y reeducación de los incapacitados físicamente para caminar, moverse y trabajar»⁴², algo que, dado el escaso tiempo que tuvo el Instituto para desplegar su labor, no fue posible alcanzar. La insurrección militar del 17 de julio de 1936 contra el régimen republicano, representó así algo más que el estallido inicial de uno de los episodios más sobrecogedores de la historia de España. Sus consecuencias fueron

⁴⁰ (1936), Presentación, pp. 3-4.

⁴¹ BASTOS ANSART, M. (1936), Trasplantaciones tendinosas eficaces e ineficaces, *Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 1(1), pp. 5-28, p. 11.

⁴² *Gaceta de Madrid* (7 de junio de 1933), p. 1760.

perceptibles en todos los ámbitos de la sociedad, y, desde luego, también en relación con el problema que estamos analizando. No obstante, como veremos a continuación, la huella de los planteamientos y realizaciones previas se dejó sentir con fuerza en el período inmediatamente posterior a la contienda.

3. CONTINUIDAD Y REFUERZO (1940-1950)

A su lógico impacto demográfico, económico y social, la Guerra Civil añadió además una honda fractura moral del país, con varias generaciones marcadas por el sufrimiento de la guerra y la represión de la larga posguerra. La influencia de todo ello con respecto al problema que estamos examinando se reflejó de forma muy manifiesta en relación con las instituciones encargadas de implementar la atención a las personas con discapacidades. En el caso concreto del INRI, a la reconstrucción estrictamente arquitectónica del edificio, hubo que añadir la relativa a los equipamientos y a los recursos humanos. Esto último se vio determinado por dos significativos factores como fueron el exilio y la persecución por razones políticas. Bastos Ansart, por poner el ejemplo más relevante debido a su condición de Director del Instituto, hubo de enfrentarse a un juicio en el que fue sentenciado a doce años de prisión e inhabilitación para el ejercicio de cualquier cargo público⁴³. No obstante, los ortopedas que tomaron el relevo iban a mostrar, como indicamos arriba, una posición continuista con respecto al modo de entender lo que desde su especialidad médica podían aportar para paliar el problema de las personas con discapacidades.

Uno de los más destacados de entre ellos, y su más relevante dinamizador en esta nueva etapa, fue Vicente Sanchís Olmos (1911-1963). Tras obtener la Licenciatura en Valencia en 1933, se había trasladado a Bolonia para formarse como cirujano ortopeda, obteniendo el grado de doctor con una tesis sobre el pie de los afectados por las secuelas de la polio. Al finalizar la Guerra Civil se desplazó a Madrid para hacerse cargo del Servicio de Ortopedia y Traumatología infantil del Hospital de la Cruz Roja (1940), empezando a desplegar una notable actividad encaminada a reorganizar la especialidad. Muestra de ello fue, en primer lugar, su *Manual de Clínica Ortopédica infantil* que apareció ya en 1940. La elección del tema no dejaba de ser significativa. En primer lugar, como el propio autor indicaba, «la Ortopedia se [nutría], en su mayor parte, de patología infantil»⁴⁴. Los niños representaban una fuente cau-

⁴³ BASTOS ANSART (1969), p. 372.

⁴⁴ SANCHÍS OLMOS, V. (1940), *Manual de Clínica Ortopédica infantil*, Barcelona-Madrid, Editorial Científico Médica, p. 9.

dalosa de pacientes sobre los que estos especialistas habían de intervenir y, por ello, uno de sus principales manantiales de conocimiento. Sus cuerpos se constituyeron así para los traumatólogos y ortopedas en un verdadero campo de entrenamiento y de experimentación de nuevas técnicas.

Pero además, el niño, que continuaba representando un patrimonio que era preciso cuidar y conservar, se mostraba ahora como un bien escaso. La guerra incidió de forma negativa sobre las tasas de natalidad, una tendencia que se mantuvo, con excepción de 1941, en los primeros años de la década de los cuarenta⁴⁵. Esto ponía en dificultades el proyecto de recuperación económica del nuevo régimen, que veía en cada niño un futuro «productor», término con el que se hará referencia en el argot franquista a los que hasta entonces se denominaban trabajadores u obreros⁴⁶. De este modo, el libro de Sanchís servía para poner de manifiesto hasta qué punto los ortopedas podían contribuir a mejorar las posibilidades de que todos los niños pudieran convertirse en lo que los gobernantes querían que llegaran a ser, a mostrar cómo su quehacer podía resultar de gran utilidad para que el nuevo régimen político alcanzara sus objetivos. Si se tiene en cuenta además que muy pronto el franquismo iba a dar muestras, con la creación en 1944 del Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo⁴⁷, de su preocupación por mantener la integridad física de los «productores» activos, esos especialistas quedaban ubicados en una posición de privilegio para recibir el apoyo de los nuevos dirigentes políticos.

El nuevo contexto resultaba, pues, propicio para que los cirujanos ortopedas continuaran manteniendo la relevante posición que habían alcanzado a lo largo de las décadas anteriores en relación con el abordaje del problema de las discapacidades físicas. Por ello, como afirmaba el Presidente de la Real Academia de Medicina en el prólogo del libro de Sanchís, era preciso reclamar «el apoyo de los Poderes Públicos competentes» para su obra, ya que España se hallaría «obligada a no desperdiciar la ocasión que se le presenta de constituir un grupo de cirujanos ortopédicos» que serían muy necesarios, tanto en la guerra, como en tiempos de paz⁴⁸.

⁴⁵ NICOLÁS MARÍN, M.E. (1991), El franquismo. En DOMÍNGUEZ ORTIZ, A. (ed.), *Historia de España. El régimen de Franco y la transición a la democracia (de 1939 a hoy)*, Barcelona, Planeta, pp. 9-248, p. 81.

⁴⁶ GRACIA, J., MARTÍN CARNICER, M.A. (2004), *La España de Franco (1939-1975), Cultura y vida cotidiana*, Madrid, Editorial Síntesis, p. 87.

⁴⁷ *Boletín Oficial del Estado* (26-julio-1944).

⁴⁸ SUÑER, E. (1940), Presentación. En SANCHÍS OLMOS (1940), *Manual de Clínica Ortopédica infantil*, Barcelona-Madrid, Editorial Científico Médica, pp. 7-8, p. 8.

El libro de Sanchís no iba a representar más que un primer eslabón en esa tarea. Muy pronto ese colectivo de médicos iba a poner en marcha una publicación —*Cirugía del aparato locomotor*— en cuyo primer número, aparecido en 1944, no ocultaban su deseo de ver superada la falta de reconocimiento «oficial de [su] especialidad»⁴⁹. En ese sentido, la polio se iba a mostrar como un aliado destacado. Los trabajos consagrados en sus páginas a poner de manifiesto sus avances en relación con el tratamiento de sus secuelas fueron numerosos. En ellos se apoyaban de forma significativa para poner de manifiesto la conveniencia de obtener el reconocimiento social a su quehacer. En ese sentido, en 1946 se podía leer en las páginas de la revista la siguiente afirmación:

«La doctrina ortopédica se siente ahora como verdadera necesidad y crea nuevos prosélitos, a medida que se difunden sus conocimientos. Confirmanlo así los propios cirujanos, que muestran preferencia por las afecciones del aparato locomotor y lo reclama también la gran legión de lisiados, mutilados, deformados, traumáticos y paralíticos»⁵⁰.

La presencia de este elevado número de personas con deficiencias físicas estaría en gran parte motivada, según sostenían los impulsores de la Ortopedia y Traumatología, porque la ausencia de su reconocimiento oficial como una especialidad estaría impidiendo que los pacientes que presentaban patologías relacionadas con ella se pusieran pronto en manos de quienes la cultivaban. Debido a ello, ese tipo de enfermos serían sometidos previamente a tratamientos por parte de otros médicos que, o bien se mostraban ineficaces, o bien causaban ya daños irreparables. El ejemplo de los afectados por la polio era, en este sentido, muy significativo. Según se ponía de manifiesto:

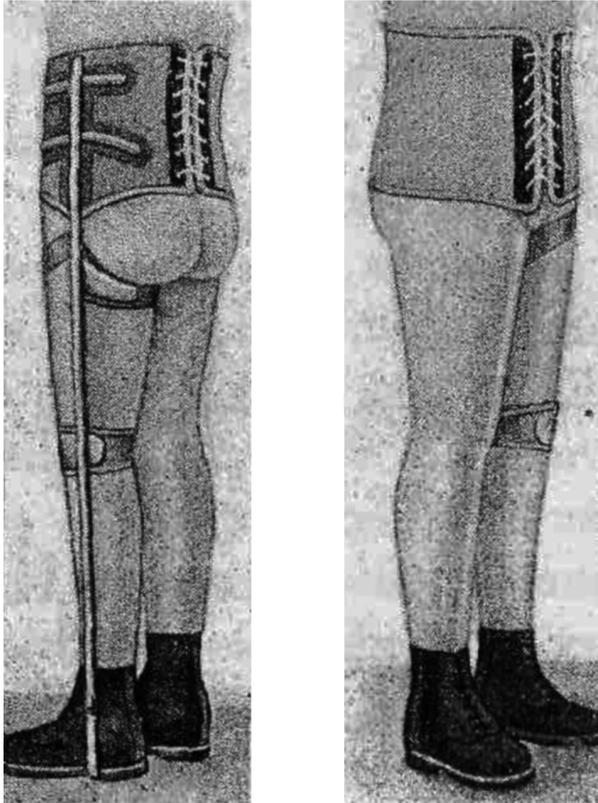
«Casos de esta naturaleza tenemos ocasión de verlos repetidamente en los lisiados por parálisis infantil que se nos presentan con los segmentos de sus extremidades en actitud incorrecta, a causa de contracturas sobrevenidas por insuficiencia o negligencia de la terapia ortopédica postural que es hoy, el elemento más destacado de cuantos componen el tratamiento de la poliomielitis.

Nuestra especialidad, en su constante perfeccionamiento, ha ideado unos utilísimos agentes terapéuticos que cumplen a maravilla su finalidad preventiva y correctora; a título de ejemplo reproducimos en la figura adjunta un aparato ‘Monotutor’, efícamo como elemento postural, gracias al cual los niños paralíticos sitúan sus

⁴⁹ (1944), Presentación, *Cirugía del Aparato locomotor*, 1, pp. 1-2, p. 1.

⁵⁰ OLIVERAS DEVESA (1946), Las nuevas directrices de la Ortopedia, *Cirugía del Aparato locomotor*, 3(2), pp. 162-171, p. 162.

extremidades en correcta posición y pueden caminar muy discretamente, vigorizando el sistema ósteoligamentoso de su esqueleto, activando la circulación y combatiendo la atrofia muscular, porque, como ilustra claramente la figura, no existe la menor compresión de partes blandas»⁵¹.



Figuras 2 y 3. Tomadas de Oliveras Devesa (1946), «Las nuevas directrices de la Ortopedia», *Cirugía del Aparato locomotor*, 3, 162-171, p. 164.

De este modo, el niño afectado de polio se convertía en un exponente destacado de las bondades de la nueva especialidad para paliar las deficiencias corporales que daban lugar a la aparición de las discapacidades. El tratamien-

⁵¹ OLIVERAS DEVESA (1946), p. 163.

to que proponía Sanchís para la polio resulta muy adecuado para poner de manifiesto la forma en que la intervención de los especialistas en traumatología alteraba la vida de los niños afectados de parálisis infantil. El cirujano valenciano recomendaba, durante el ataque febril, el reposo absoluto en cama,

«con inmovilización postural de los miembros inferiores en extensión y con el pie en ángulo recto. El miembro superior deberá mantenerse en abducción de noventa grados, brazo en rotación externa, el codo en ángulo recto y la mano hiperextendida. Es conveniente mantener al enfermo sobre un lecho de escayola que tenga el raquis en lordosis acentuada (...).

Este tratamiento postural precoz puede durar algunas semanas después del ataque agudo, por lo menos quince días después de la fecha en la que el niño dejó de tener fiebre y molestias dolorosas»⁵².

El mantenimiento de esa postura (Figura 4), no debía resultar nada confortable para quien había de permanecer en ella durante al menos dos semanas. El afectado iniciaba así un largo protocolo en el que las sucesivas intervenciones terapéuticas representaban para él un alejamiento de su entorno familiar y social. El quirófano y el hospital se convertían así en lugares que sustituían a la casa o la escuela. Sus relaciones con otros niños se limitaban y su identidad social pasaba a ser la de un individuo deforme cuyo cuerpo era preciso restituir a la «normalidad» mediante una serie de actuaciones médico-quirúrgicas.

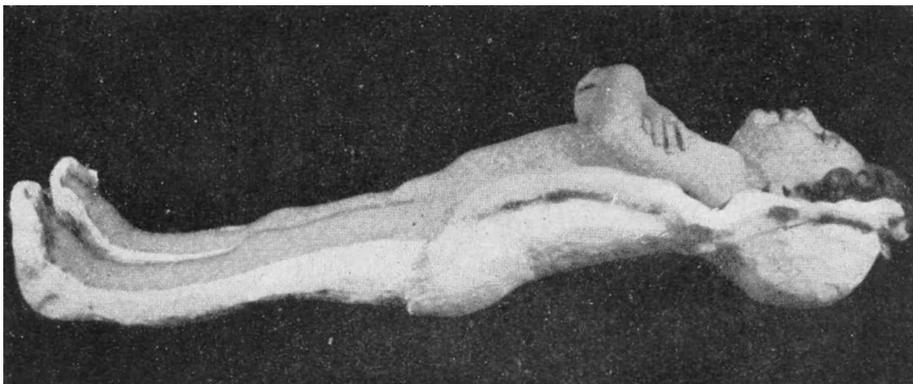
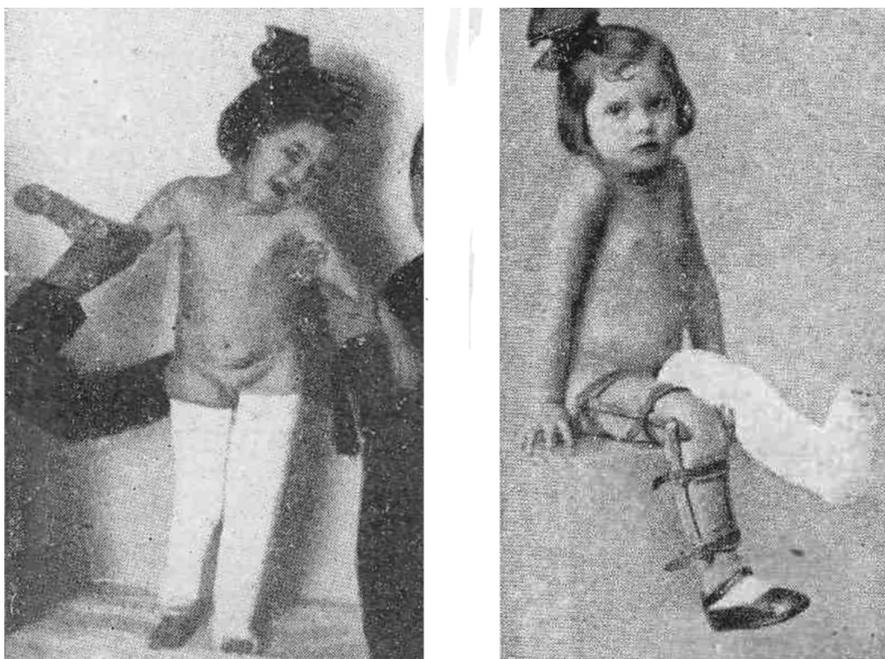


Figura 4. Tomada de Sanchís Olmos, V. (1940), *Manual de Clínica Ortopédica infantil*, Barcelona-Madrid, Editorial Científico Médica, p. 126.

⁵² SANCHÍS OLMOS (1940), pp.125-126.

En efecto, al comenzar el período de regresión se iniciaba el tratamiento físico. Balneoterapia, masaje y movilización se combinaban entonces con el tratamiento postural, que representaba durante esta etapa «la parte fundamental del tratamiento del poliomielítico», por lo que no debía «abandonarse nunca». El método que se consideraba mejor para «mantener en condiciones favorables los miembros» era el vendaje enyesado y los aparatos ortopédicos (Figuras 5 y 6)⁵³.



Figuras 5 y 6. Sanchís Olmos, V. (1940), *Manual de Clínica Ortopédica infantil*, Barcelona-Madrid, Editorial Científico Médica, pp. 128-129.

Tras esa etapa, cuando la parálisis estuviera definitivamente establecida, se podía empezar a plantear la posibilidad de practicar «intervenciones para restablecer la función del miembro o para mejorar sus condiciones estáticas y dinámicas» y tratar de corregir las deformidades⁵⁴. Se establecían así una

⁵³ SANCHÍS OLMOS (1940), p. 128.

⁵⁴ SANCHÍS OLMOS (1940), p. 129.

serie de tipos de intervención de carácter correctivo o funcional que podían realizarse por medios incruentos o quirúrgicos. Sanchís los esquematizaba distinguiendo tres grupos:

«Primer grupo: Intervenciones destinadas a restablecer el equilibrio muscular. Pertenecen a este grupo los acortamientos y alargamientos tendinosos, así como las transplantaciones tendinosas.

Segundo grupo: Intervenciones limitadas la excursión articular.

(...) Tercer grupo: Operaciones destinadas a disminuir el número de articulaciones de un miembro, con el fin de darle mayor solidez, evitar posiciones viciosas y facilitar la función de la musculatura débil»⁵⁵.

El cuerpo de los niños se convertía así en receptor de un amplio abanico de técnicas quirúrgicas, que debían en muchos casos realizarse de forma combinada, con el ánimo, en línea con el modelo médico de discapacidad, de corregir sus deformidades o devolverle las funciones «normales» desaparecidas. La consecuencia necesaria no sólo era, como indicamos arriba, la de que los jóvenes pacientes de poliomielitis se veían abocados a permanecer muchas horas aislados del exterior y en instituciones asistenciales, lo que les conducía a llevar una vida alternativa a la de las personas «normales», sino que, a través de todas esas intervenciones, se contribuía también a poner aún más de manifiesto el hecho de que eran portadores de una deficiencia anatómica y/o funcional que les llevaba a ser considerados como diferentes, como «inválidos».

En ese sentido, no debe extrañar el escaso entusiasmo que los procedimientos de Elizabeth Kenny despertaron entre los Traumatólogos y Ortopedas españoles⁵⁶. Esta enfermera australiana había adquirido notoriedad por haber planteado una técnica fisioterapéutica personal destinada a tratar las parálisis de la polio. En ella se incluía la hidroterapia y los ejercicios curativos, y se suprimían los medios inmovilizantes adoptados generalmente por los traumatólogos⁵⁷. Sanchís Olmos reconocía la utilidad del método de Kenny «en el

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ Un interesante trabajo, en el que la labor de Kenny es empleada como referente para poner de manifiesto diversas cuestiones sobre problemas como las fronteras de la autoridad médica, o establecer la autenticidad de la evidencia presentada como científica es: ROGERS, N. (2008), 'Silence has its own Stories': Elizabeth Kenny, Polio and th Culture of Medicine, *Social History of Medicine*, 21, pp. 145-161.

⁵⁷ SANCHÍS OLMOS, V. (1944), Estudio crítico de Kenny en el tratamiento de la poliomielitis. Fundamentos fisiopatológicos para la elección de la técnica en el tratamiento de la parálisis infantil durante el período agudo, *Cirugía del Aparato locomotor*, 1, pp. 296-310, p. 296.

período agudo y primeros tiempos del período de regresión», pero consideraba que su doctrina poseía «puntos débiles» y que dicho método no era tan novedoso ni tan exclusivo de la enfermera. Consideraba también que el procedimiento no era incompatible con el tratamiento postural «bien dirigido»⁵⁸. De este modo, esa «técnica terapéutica ahora en moda», como señalaba Sanchís al referirse a la propuesta de Kenny, recibía en España una acogida más bien fría, y, de hecho, el propio Sanchís planteaba que la técnica que él empleaba, y que no pretendía presentar como original, sería, «por ahora, el método más adecuado para la parálisis infantil»⁵⁹.

Este tipo de reacción era esperable. Para un colectivo de profesionales que estaban tratando de defender la necesidad de que su campo de trabajo fuera reconocido como una especialidad debía de ser complicado admitir que una enfermera impusiera su criterio sobre la forma más adecuada de tratar a un tipo de pacientes que, como eran los niños afectados de polio, despertaban preocupación y generaban altas dosis de compasión entre los ciudadanos. Ello podía suponer poner en peligro buena parte del terreno que habían ganado hacia su reconocimiento como los grandes expertos para manejar el problema de las secuelas de los traumatismos y de enfermedades que determinaban trastornos en la funciones del aparato locomotor. Sus intervenciones sobre los cuerpos de los niños afectados de poliomielitis representaban una parte importante de las actuaciones clínicas que les estaban sirviendo para ir ganando espacio en ese sentido, y también, para atraer hacia su especialidad a nuevos médicos que contribuían a fortalecer la disciplina. Su número permitía ya impulsar la constitución de la desaparecida S.E.C.O.T., que fue formada de nuevo en 1947⁶⁰, y la celebración de su Segundo Congreso Nacional un año más tarde⁶¹.

Pero además, la labor de estos especialistas les estaba sirviendo para ubicarse en posiciones de privilegio en relación con las iniciativas políticas que se ponían en marcha para combatir el problema de las discapacidades. En 1949, un Decreto servía para establecer «la lucha Sanitaria Nacional contra la invalidez». Su finalidad era la de combatir la desconexión existente entre las instituciones públicas y privadas que se ocupaban de la recuperación de esos

⁵⁸ SANCHÍS OLMOS (1944), p. 309.

⁵⁹ SANCHÍS OLMOS (1944), pp. 309-310.

⁶⁰ (1947), Editorial, *Cirugía del Aparato locomotor*, 4, pp. 97-98, p. 97.

⁶¹ (1948), Noticias. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Madrid, 17 y 18 de mayo de 1948), *Cirugía del Aparato locomotor*, 5, pp. 127-128.

«enfermos». Entre las consideraciones que se hacían para justificar esa decisión se hallaba la de que ello permitiría que el «elevado número de estos inválidos en la infancia y juventud» fueran sometidos a ese «tratamiento inmediato y vigilancia constante» que haría posible que pudieran «ser recuperados» de forma ventajosa «para los intereses económicos de la nación y personal de los enfermos y familiares»⁶². Como órgano rector de esa lucha se creaba el Patronato Nacional de Lucha contra la Invalidez, en el que había de figurar un «representante propuesto por la Sociedad Española de Cirugía, Ortopedia y Traumatología»⁶³.

4. CONCLUSIONES

A largo de las décadas de 1930 y 1940 se desarrolló un cambio en la estructura de la profesión médica en el que la poliomielitis operó como un factor coadyuvante significativo. El impulso hacia la constitución de la Traumatología y la Ortopedia como una especialidad, que se había iniciado en los años anteriores, cobró nuevo auge debido a la posibilidad que tuvieron los incipientes especialistas de contar con un aliado, representado por los niños afectados por esa enfermedad, que se sumó a las víctimas de los accidentes del trabajo para constituir un conjunto de cuerpos sobre los que podían mejorar sus técnicas y mostrar su capacidad para corregir la deformidad o devolver la función a las partes anatómicas afectadas.

Esto sirvió, desde luego, para que ese colectivo profesional avanzara en sus deseos de verse reconocido socialmente como uno de los que agrupaba un número más significativo de expertos en el manejo de los problemas que generaba el fenómeno de las discapacidades físicas; pero también, para impulsar el desarrollo del modelo médico de discapacidad dentro de nuestras fronteras. De este modo, la posibilidad de aplicar otras alternativas que podrían haberse planteado como formas de mejorar las posibilidades de inclusión social de las personas que padecían determinados tipos de deficiencias o disfunciones corporales, como, por ejemplo, la intervención sobre las barreras arquitectónicas, quedaban relegadas. Los niños afectados se vieron así expuestos a un tipo de actuaciones sobre sus cuerpos que contribuían a propiciar su aislamiento y a fomentar en ellos la formación de una identidad social como individuos por-

⁶² Decreto de 6 de junio de 1949 por el que se establece la Lucha Sanitaria Nacional contra la invalidez, *Boletín Oficial del Estado* (20-julio-1949), pp. 3227-3228, p. 3228.

⁶³ *Ibidem*.

tadores de una discapacidad, de unos rasgos corporales que les alejaban de la «normalidad» y que era necesario corregir para mejorar sus posibilidades de ejecutar las mismas actividades que los individuos «normales» eran capaces de llevar a cabo.

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2008.

Fecha de aceptación: 4 de marzo de 2009.