



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**España y la Organización Mundial de la Salud
en el contexto de la historia de la salud pública
internacional (1948-1975)**

DISCURSO DE RECEPCIÓN DE LA ACADÉMICA ELECTA

ILMA. SRA. DRA.

D^a. Rosa Ballester Añón

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

D. Juan Bautista Martí Lloret

Leídos el 12 de abril de 2016

VALENCIA



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**España y la Organización Mundial de la Salud
en el contexto de la historia de la salud pública
internacional (1948-1975)**

DISCURSO DE RECEPCIÓN DE LA ACADÉMICA ELECTA

ILMA. SRA. DRA.

D^a. Rosa Ballester Añón

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

D. Juan Bautista Martí Lloret

Leídos el 12 de abril de 2016

VALENCIA

Sumario

Discurso de recepción de la académica electa, Ilma. Sra. Dra. D^a. Rosa Ballester Añón. *España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional (1948-1975)* 7
Agradecimientos 9

1 La internacionalización de las actividades sanitarias y el papel de los expertos 15

2 Conflictos, diplomacia, colaboración. La entrada de España en la Organización Mundial de la Salud 22
Los prolegómenos, el proceso y los protagonistas 22

3 Programas de trabajo, misiones de expertos, ayudas y becas de estudio para España (1951-1975) ... 27

3.1 Panorama global de las actividades de colaboración 28

3.2 Los programas de 1952-54 desde los informes trimestrales de la Región Europea de la OMS 29

4 Salud materno-infantil 34

4.1 La salud infantil en la agenda de la OMS 34

4.2 El *Plan de operaciones para el establecimiento de Centros Piloto para prematuros en España (ESPAÑA-10)* 36

4.2.1 La situación de partida: la organización de los servicios de salud materno-infantil en España 36

4.2.2 El desarrollo del Plan de Operaciones 39

4.2.3 La visita de Marcel Lelong a España 43

5 Las discapacidades físicas 47

5.1 La presencia de los problemas de discapacidad y rehabilitación médica en la Organización Mundial de la Salud 47

5.2 Los viajes a España de consultores y expertos de la OMS 49

5.3 El plan de operaciones ESPAÑA-23 51

6 Conclusiones	69
7 Bibliografía	71
Discurso de contestación del académico numerario Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Bautista Martí Lloret	79

**España y la Organización Mundial de la Salud
en el contexto de la historia de la salud pública
internacional (1948-1975)**

DISCURSO DE RECEPCIÓN DE LA ACADÉMICA ELECTA

ILMA. SRA. DRA.

D^a. Rosa Ballester Añón

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA,
EXCMOS. E ILMOS SRS. ACADÉMICOS,
SEÑORAS Y SEÑORES:

EL TÉRMINO GRATITUD, de raíz latina, es el sentimiento que experimenta una persona al estimar un favor o beneficio que alguien le ha concedido. El sentimiento de gratitud está vinculado al agradecimiento que es la acción y el efecto de agradecer. En el más genuino sentido del vocablo quiero expresar, con mis primeras palabras, mi profundo agradecimiento a la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana que, tan generosamente me ha abierto sus puertas. Es un honor y es una gran responsabilidad el coger el testigo de los académicos que me precedieron en el sillón que, con anterioridad, ocuparon historiadores de la talla de José María López Piñero y Emilio Balaguer Perigüell y solo espero corresponder con mi voluntad de estar al servicio de la institución desde mi condición de historiadora de la medicina.

En el perfil humano de Emilio Balaguer es obligado destacar su profundo y doble compromiso: con sus raíces como ciudadano nacido en una ciudad tan emblemática y con tantas connotaciones históricas como Xàtiva y, en segundo lugar, con la historia de la medicina y de la ciencia, auténtica pasión que compartía con la música barroca y con el amor a la cultura clásica. Discípulo de López Piñero, cuya personalidad marcó el rumbo de su vocación profesional desde sus primeros encuentros en el Colegio Mayor Luis Vives y, a través de él, con el que fue maestro de todos, Pedro Laín Entralgo. Desde Valencia, López Piñero y junto a él, Luis García Ballester, iniciaron la explotación del programa propuesto por Laín acerca del desarro-

llo de la historia de las ideas médicas y la historia intelectual. En aquel activo grupo se generó, asimismo, un acercamiento histórico-social al mundo científico a partir del estudio de los procesos de recepción de las ideas científicas y su difusión en contextos sociales, políticos y económicos concretos, que, en primer término, fueron locales: el mundo valenciano. El interés de la historia local era doble: por un lado, proporcionar datos nuevos a la historia general de la medicina y, en segundo término, insertar el presente en la propia tradición médica. La fecundidad del núcleo valenciano inicial de historiadores de la medicina y de la ciencia y su realidad actual como grupo de investigación de referencia, la extensión a otras universidades, en otros grupos de prestigio y su internacionalización, dan buena cuenta de la riqueza y valor del proyecto nacido en el entorno valenciano.

Quisiera brevemente detenerme un poco en lo que fueron sus aportaciones a la historiografía valenciana sin olvidar otro tipo de trabajos, reconocidos como de gran calidad, en otros ámbitos como los relativos a la introducción del modelo físico-matemático en la medicina moderna de los siglos XVII y XVIII a través del análisis de la obra de G. B. Borelli.

Cuando hablamos de “medicina valenciana” nos estamos refiriendo –tal y como Emilio la entendía–, a la posición valenciana en la historia de la medicina española y europea considerando, desde una perspectiva general, las repercusiones que allí tuvieron las grandes corrientes médicas internacionales y las aportaciones que a ellas ha hecho la valenciana. Los primeros estudios los desarrolló en el marco del III Congreso Nacional de Historia de la Medicina celebrado en Valencia en 1969. El entusiasmo y carisma de su presidente, López Piñero y de su secretario, Luis García Ballester, hicieron posible la colaboración de los mejores investigadores. Véase si no, la nómina de historiadores: Joan Reglá, Mariano y José Luis Peset, Antonio Mestre, Emili Giralt, Thomas Glick, Sebastián García Martínez o Ricardo García Cárcel. Junto a ellos, médicos que hacían sus muy dignas aportaciones en el campo de la historia y que se sumaron a esta iniciativa. El trabajo presentado por Balaguer y García Ballester

sacaba a la luz un documento inédito de 1837 en el cual la Diputación y los profesores de la Facultad de Medicina de Valencia protestaron por la supresión de la cátedra de Anatomía propuesta por la Comisión de Instrucción Pública en el marco de las reformas marcadas por el doble criterio de la uniformidad y la centralización. En el documento, un auténtico manifiesto liberal, hay una dramática apelación a la rica tradición médica y anatómica valenciana y una declaración de fe en la necesidad del liberalismo para el progreso de la ciencia.

El concepto de neurosis en la Valencia decimonónica, otro de los ejemplos de los estudios realizados, estaba encuadrado en el marco de la línea de investigación que partía de la excelente obra de López Piñero y José María Morales Meseguer, *Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico* (1970). Allí exploró, por primera vez, la influencia en figuras valencianas destacadas como Félix Miquel o Juan Bautista Peset, de la evolución del concepto de neurosis desde las formulaciones dieciochescas del escocés William Cullen, a las doctrinas hipnóticas y automáticas de la escuela de Nancy o las procedentes del neurólogo alemán Wilhem Griesinger.

El acercamiento biográfico fue otro de sus intereses historiográficos. El setabense Lluís Alcanys, el médico y cirujano alicantino, Francisco Xavier Balmis i Berenguer y pequeñas incursiones sobre el humanismo y la familia Borja, sobre todo, Alejandro VI y Alfonso de Borja, son algunos ejemplos significativos. Pero, sin duda, a la figura que dedicó más estudios fue a Faustino Barberá i Martí, médico, historiador y político, introductor de la psicoterapia en Valencia y bien conocido por ser también el introductor en España del “método oral puro” para la enseñanza de los sordomudos. Con una detenida heurística de las fuentes documentales existentes en el Archivo Rodrigo Pertegás, la riqueza de las mismas le permitió ir más allá de la pura reconstrucción biográfica de los datos de dicha figura, para analizar en profundidad los problemas que afectaron a la sociedad valenciana entre 1874 y 1914, en especial, la incorporación de nuevas ideas científicas y técnicas, la inserción social de la ciencia médica y el perfil y características de los profesionales médicos de la Valencia de la Restauración. Sobre la base de las tres etapas señaladas por López

Piñero para la medicina española decimonónica, Balaguer recrea el ambiente en torno a las décadas centrales del siglo XIX en las que se formó Faustino Barberá, quien tuvo como maestros a Enrique Ferrer Viñerta y Peregrín Casanova. Las lecciones de anatomía comparada y filogenética de éste último, alumno de Haeckel y uno de los introductores de las doctrinas evolucionistas en España, impregnaron profundamente el pensamiento de Barberá no solo a nivel morfológico sino, incluso, en aspectos epistemológicos como su concepción del método científico y su actitud desesperanzada, típicamente regeneracionista, sobre los males de la universidad, de la propia sociedad y de las instituciones científicas de su tiempo, actitud que luego se repetiría con mayor eco por su amplio prestigio, en palabras de Ramón y Cajal.

Esta faceta, que hemos comentado brevemente, de la obra de Emilio Balaguer, está impregnada de un compromiso y de un sistema de valores al que nunca renunció: dignidad, antidogmatismo, sentido crítico, fina ironía. Y que aquí, si cabe con mayor énfasis, intentó hacer una historia que ayudara a la comprensión de problemas actuales de la medicina. En las primeras palabras de su discurso de entrada como académico numerario titulado “Enfermo y persona en la medicina actual. La introducción del sujeto en la patología y la clínica”, reproducía unas palabras de Marañón sobre el hecho de que la desubicación de los médicos en el espacio y en el tiempo, conduce a una pérdida de conciencia histórica, a un “patriotismo de los tiempos”, una mirada centrada solo y exclusivamente en los hechos y valores del periodo histórico en el que uno vive y desarrolla su trayectoria biográfica. El tema del discurso de Emilio Balaguer, también el mío propio hoy y aquí, no es una elección coyuntural sino un deseo explícito de manifestar que la historia *en* la medicina no es, no puede serlo, una mirada al pasado correctamente reconstruido sino, sobre todo, una reflexión de futuro.

Tras estas reflexiones es de obligado y grato cumplimiento singularizar mi gratitud a los dos académicos que han tenido la generosidad de ser mis padrinos, D^a. María Luz Terrada Ferrandis y D. Juan Bautista Martí Lloret. En el caso de la primera, los vínculos

que nos unen, personales y profesionales, son muchos y muy importantes. Su papel pionero en la introducción de conceptos, métodos, prácticas y la institucionalización en España de la Documentación científica y el hecho de haber participado activamente en la consolidación de un grupo de trabajo con una actividad creciente y valorada muy positivamente en los círculos científicos y profesionales del área de conocimiento, son otros tantos valores a destacar.

Hay que atribuir a la amistad que nos une y al respeto y afecto mutuos, la generosidad del profesor y académico Martí Lloret por su disponibilidad inmediata al encargo de responder a este discurso. Su vinculación con la historia y los historiadores de la medicina viene de lejos y su trayectoria académica y profesional le sitúan como una persona íntegra y respetada. Su discurso de entrada en esta Real Academia sobre el consentimiento informado, es un excelente ejemplo de su valía.

El capítulo de agradecimientos debe extenderse a los académicos y de modo especial, a la Junta de Gobierno, encabezada por su presidente, el profesor Antonio Llombart Bosch, por su especial sensibilidad hacia la historia. El vicepresidente, Justo Medrano Heredia, la secretaria, Carmen Leal Cercós y el tesorero, Amando Peydró Olaya son todas ellas personas que siempre han apoyado y valorado el trabajo de los historiadores. La Real Academia de Medicina posee una muy estimable tradición en este terreno. Si nos remontamos a los pioneros, Juan Bautista Peset y Vidal y José Rodrigo Pertegás fueron cultivadores de la historiografía médica, la presencia de temas históricos en discursos y sesiones no ha sido inusual y proyectos para el estudio de la propia institución y sus protagonistas, avalan este interés.

En otro ámbito donde extender la gratitud es el de los compañeros, en especial los que trabajan en las universidades valencianas en nuestra área y en otras, que son un estímulo constante para seguir adelante. Y finalmente, mi familia, los mayores y los más jóvenes, que dan sentido a mi vida personal con su presencia y su apoyo incondicional. Muchas gracias.

España y la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la historia de la salud pública internacional (1948-1975)

1. La internacionalización de las actividades sanitarias y el papel de los expertos

El tema a tratar se inscribe en un doble eje de referencia: por un lado, en la historia de la salud internacional y, en segundo lugar, en la reconstrucción de las políticas científicas y sanitarias llevadas a cabo en España entre 1939, final de la Guerra Civil e instauración de un nuevo régimen político y 1975 con el fallecimiento de Franco. A lo largo de ese espacio temporal se produjeron una serie de cambios en todos los terrenos, también en el sanitario, que culminaron en 1986, fecha en la que se aprobó la Ley General de Sanidad que supuso un paso decisivo en la consolidación de un Sistema Nacional de Salud (1).

El abordaje de las relaciones internacionales de España en el periodo contemporáneo, cuenta ya con una estimable tradición que arranca de la década de los años 60 de siglo pasado cuando se ampliaron los horizontes pasándose de una historia diplomática enaltecida, a los enfoques de un internacionalismo historiográfico con un horizonte intelectual más abierto al exterior (2). Precisamente uno de los periodos que han concitado un mayor grado de interés es el de 1940-1975, examinando todo tipo de cuestiones que afectaron a España, desde el entorno internacional, durante esos años (3, 4, 5). Un reciente trabajo sobre el proceso de entrada del país en la Organización de las Naciones Unidas, con el uso de una gran variedad de fuentes diplomáticas, archivísticas y bibliográficas, constituye una aportación de gran interés para la comprensión de los condicionan-

tes del proceso de reinserción de España en las instancias internacionales tras años de aislamiento (6).

El análisis de las agencias sanitarias internacionales está siendo en los últimos años uno de los focos de mayor fecundidad desde el punto de vista historiográfico. Junto a trabajos que han estudiado dichos organismos, sus relaciones, su influencia en las políticas regionales y locales y su significado histórico (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14), se encuentran también otro tipo de abordajes monográficos sobre problemas de salud y proyectos específicos como los de la nutrición (15), la infancia (16), o la lucha frente a enfermedades de comportamiento epidémico (17, 18).

En la evolución experimentada por la historiografía consagrada a la colaboración sanitaria internacional, se han distinguido dos etapas: una, surgida en el periodo de entreguerras, coetánea a la aparición de las primeras agencias internacionales, con unas narrativas de progreso y optimismo debido a la constatación de la mejora de la salud de las comunidades impulsada por el desarrollo científico, sus buenos resultados en términos de mejores estándares sanitarios de las poblaciones y las nuevas estructuras organizativas que racionalizaban y daban consistencia a las acciones emprendidas. Una segunda etapa, más rigurosa y crítica y cercana a la realidad de los hechos, valora los éxitos pero también a los fracasos o las dilaciones en la resolución de los problemas e intenta desentrañar sus causas. Junto a ello, reflexiones metodológicas y propuestas concretas para abordar la colaboración sanitaria internacional desde la historia, son de gran interés no solo para la propia historiografía y los historiadores, sino para la mejor comprensión de la situación actual (19).

La historia de la OMS y de sus políticas, fue, desde sus inicios, un foco de interés prioritario para la propia institución que ha ido publicando con prólogos muy interesantes de los propios directores/as, que, partiendo de las actividades desarrolladas, de forma retrospectiva, han reflexionado sobre los principios programáticos futuros (20, 21, 22, 23). Las etapas en la historia de la Organización se sepa-

ran por decenios. Este criterio cronológico responde a orientaciones, contenidos y programas del organismo internacional por lo que se ha mantenido también en los estudios posteriores realizados por los historiadores (7, 24).

La creación de redes de organismos internacionales que sirvieran para evitar conflictos armados y aseguraran la hegemonía de los vencedores de la Segunda Guerra Mundial, dio lugar, como núcleo principal, a la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1945. Parte esencial de esas redes, formadas por agencias especializadas –conocidas como multilaterales para diferenciarlas de las instituciones bilaterales o filantrópicas–, fue la Organización Mundial de la Salud (OMS) de orientación racional, composición plural y multilateral creada con el objetivo de alcanzar un mayor grado de equidad y justicia en temas de salud en el mundo. No era la primera vez que se planteaba algo con metas parecidas en cuanto a la mejora de las condiciones de vida y salud de las comunidades. Ahí están para atestiguarlo, la Oficina Panamericana de Salud (1902), y el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones (1920), pero la OMS representó el avanzar un paso más, con un mayor grado de autonomía de los estados de la que habían tenido organizaciones anteriores y bajo la influencia de los dictados de la medicina social, tal y como figuraba en su documento fundacional.

El esfuerzo por establecer unas bases sólidas para las actuaciones sanitarias internacionales hay que entenderlo, además, en el contexto más amplio del creciente papel de la ciencia y de los científicos en los sistemas sociales contemporáneos. El universalismo de la ciencia tenía una particular afinidad, como es bien sabido, con los ideales internacionalistas del periodo de entreguerras. Ernst y Peter Haas (25) han desarrollado el concepto de “comunidades epistémicas transnacionales” discutiendo el papel que juegan los científicos expertos en determinados temas y su influencia en los sistemas sociales. Este concepto ha sido aplicado al análisis histórico de la Sociedad de Naciones como promotora de redes internacionales sobre distinta cuestiones, entre ellas, las concernientes a los problemas de salud a través de las agencias especializadas de este

organismo (7). En el fondo, este acercamiento trataba de intentar responder a la pregunta de si realmente podía el conocimiento en temas de salud ser transnacional y en ese caso, cómo debía serlo para que su utilidad y su vigencia fueran universales. Y, por otro lado, se planteaba la forma que tenía o debía tener esa comunidad de expertos: si ésta transnacionalidad venía definida por la diversidad geográfica de sus miembros o más bien por el tipo de recomendaciones que daban, quien o quienes decidían lo que era ser experto o no y si realmente la multinacionalidad garantizaba el internacionalismo de los comités (26).

Probablemente, la aparición de los comités de expertos, así definidos explícitamente, procede del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones arriba señalado y de organismos como la Comisión de Epidemias del mismo considerada en el tiempo de su creación como el “primer ensayo en cooperación internacional” (7; p. 81-108). De hecho, uno de los puntales de su acción sobre la salud internacional fue promover la labor de los expertos, reunidos en comisiones, encargados de establecer criterios y directrices que pudieran ser aplicados posteriormente a las políticas sanitarias nacionales. La personalidad colectiva de dichas comisiones excluyó, en general, el protagonismo de expertos individuales que formaban parte de las mismas con lo que el papel legitimador que tenían para los responsables de políticas nacionales de salud las recomendaciones emanadas, aumentaba sustancialmente (14). Un conjunto de expertos, en forma de comités o estructuras organizativas similares, suponía un nivel superior al individual al aumentar el grado de confianza en sus resoluciones por el enriquecimiento que conferían las discusiones científicas y la búsqueda de consensos para la resolución de problemas prácticos tal y como se planteó en las diferentes reuniones que tuvieron lugar en los prolegómenos de la creación de la OMS y que se plasmó en un primer borrador del Consejo Ejecutivo en 1950 (WHO Official Records, EB6.R25).

Las comisiones de expertos estaban dedicadas a diversas tareas como estudios documentales y bibliográficos, coordinación del trabajo de laboratorio emprendido por diversos institutos, pero, sobre todo, su

finalidad era realizar encuestas epidemiológicas o médico-sociales por medio de viajes o misiones. El abordaje de los problemas de salud tanto de tipo científico como socio-médico, se llevaba a cabo a través de dichas comisiones de expertos que trazaban un plan de trabajo en el que intervenían personas procedentes de instituciones científicas cualificadas. También se comprometían a atender las demandas técnicas o de ayuda y asesoramiento que planteaban los gobiernos. El valor científico de los informes de los expertos del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones no es fácil de evaluar (10, 27) dado el número y la variedad de los asuntos y las personas que en él intervinieron a lo largo de los años. Su principal labor fue, sin duda, la de coordinar e integrar los trabajos que ya se estaban haciendo en diversas partes del mundo, por ejemplo, trabajos experimentales. Por otro lado, es importante señalar el tipo de atmósfera reinante en estas reuniones de expertos, lejos de los intereses de los *lobbies* domésticos, lejos de las presiones nacionales, podían considerar una variedad de soluciones y llegar a consensos.

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

La creación formal de los comités de expertos, hay que contemplarla en el marco más amplio de los Programas Generales puestos en marcha por la OMS desde 1951. Entre esa fecha y 1978, hasta cinco programas fueron implementados, con orientaciones cambiantes, dependiendo de circunstancias externas e internas. Como indicaba el segundo de sus directores generales, Marcolino Gomes Candau, con ocasión del xxv aniversario de la creación de la OMS, uno de los grandes logros de la misma había sido su capacidad de elaborar nuevos objetivos, buscar acercamientos novedosos y adaptarse a las condiciones cambiantes del mundo en cada país (20). La implementación efectiva de los programas solo podía llevarse a cabo desde unas sólidas bases científicas que los expertos debían proporcionar, evaluar y adaptar (21).

Los miembros individuales eran escogidos por sus propios méritos, no como representantes de gobiernos, instituciones o asociaciones, aunque se procuraba asegurar algún tipo de distribución geográfica. Los informes emanados de las reuniones de los comités de expertos no expresaban necesariamente el punto de vista de la propia Organización, pero constituían una herramienta fundamental para establecer políticas y preparar programas de envergadura en diferentes campos. En el organigrama general, los miembros de los comités de expertos eran escogidos de una lista presentada por el Director general. El hecho de que estas personas fueran nombradas por ser especialistas en tal o cual cuestión, independientemente de su condición de funcionarios de la OMS o de tipo externo, confería autoridad y legitimidad a los informes que producían. Es decir, la OMS no realizaba investigaciones sino que dependía de los estudios externos, revisados por el Consejo ejecutivo y publicados como informes técnicos. Se ha insistido en el hecho de que, desde la perspectiva que ofrece la historia, la OMS ha debido gran parte de su efectividad y éxitos importantes, como la erradicación de la viruela en el mundo en 1980, a su reputación como fuente de conocimiento sólido, asumiendo su característica de organización tecnocrática que usa dicho conocimiento experto para definir normativas, establecer

estándares y promover acciones y políticas aplicables de forma universal. Este punto de vista ha sido sometido a análisis crítico en algunos estudios que han abordado programas específicos como el de la salud mental de la región europea entre 1970 y 2008, por considerar que el tema es más complejo y que es necesario contemplar la importancia que en el desarrollo y éxito de los programas han tenido las comunidades locales y su propia generación de conocimiento (28).

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

Un género muy interesante y muy escasamente estudiado es el de las *misiones* a uno u otro país realizadas, por mandato de la OMS, por consultores a nivel individual, que aunaban su condición de expertos en una u otra materia, con un grado importante de disponibilidad puesto que, en ocasiones, como algunas que tuvieron como objeto nuestro propio país, la duración de la misión excedía los dos años, aunque no fue lo habitual. A diferencia de las Comisiones de Expertos, aquí el trabajo de campo era fundamental y, por otro lado, no se limitaba solo a describir una situación y a elaborar un informe y recomendaciones, sino que el experto se implicaba en las propias actividades e incidía en el desarrollo de las mismas. Las características que identifican a estas misiones eran un mejor conocimiento del terreno y un tipo de informes que se enviaban a la OMS pero que, en su mayor parte, no se publicaban, con contenidos críticos mostrando la independencia de los consultores, lo que no siempre resultaba fácil en determinados países con regímenes políticos no democráticos.

2. Conflictos, diplomacia, colaboración. La entrada de España en la Organización Mundial de la Salud

Los prolegómenos, el proceso, los protagonistas

La difícil relación internacional de España debida a las circunstancias políticas hizo que el país fuera excluido de las Naciones Unidas y de sus organismos como la propia Organización Mundial de la Salud. Los estudios que han abordado, en un marco más amplio, las relaciones entre la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y España hasta su ingreso en dicha institución, esto es, entre 1945 y 1955 (6), han permitido desvelar la complejidad del proceso de incorporación. Un ingreso que permitió introducir, de nuevo, al país, en el concierto de las naciones, gracias, en gran medida a la inexistencia de una alternativa viable a Franco, el declive de una oposición dividida en el exilio y su privilegiada situación geoestratégica. Las cosas comenzaron a cambiar a partir de 1950, coincidiendo con el auge de la Guerra Fría y el interés, por parte de Estados Unidos, de contar con España como aliado y país donde implantar bases militares en virtud del Pacto de Madrid (1953). Dicho apoyo norteamericano no fue, sin embargo, el único ya que el desarrollo, por parte del gobierno español, de una política diplomática de sustitución, sobre todo con Argentina dentro del marco de la llamada Hispanidad, posibilitó que siempre votaran a favor de España, en el marco de la ONU, países como El Salvador, Perú, República Dominicana y Argentina. La derogación, en 1950, de las sanciones impuestas a España, fue la antesala del ingreso español en la ONU y el inicio de la progresiva normalización internacional del régimen con las sucesivas incorporaciones a agencias como el Fondo Monetario Internacional (1958) o a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (1961). En la votación de ingreso en la ONU, España no obtuvo ningún voto en contra, pero sí dos abstenciones, las de Bélgica y México.

La idea de la creación de una organización de la salud de alcance universal, partió, como es bien sabido, de la Conferencia de San Francisco (1945) a la que asistieron la cincuentena de países que

habían suscrito la Declaración de las Naciones Unidas y en la que se planteó la necesidad de que se convocara una conferencia específica a tal efecto. Del 18 de marzo al 5 de abril de 1946, en el transcurso de una primera reunión en París, una comisión técnica de 16 expertos elaboró un primer borrador con proposiciones de carácter general relativas a la Constitución de la OMS. La Conferencia Internacional de la Salud, reunida en Nueva York del 19 de junio al 23 de julio de 1946, con la recomendación a todos los estados de las Naciones Unidas de adherirse al proceso, fue ya el punto de partida inmediato para la creación efectiva de la OMS, cuya Constitución entró en vigor el 7 de abril de 1948. Los directores generales coetáneos del periodo que estudiamos fueron, sucesivamente el canadiense George Brock Chisholm (1948-1953), el brasileño Marcolino Gomes Candau (1953-1973) y el danés Halfdan T. Mahler (1973-1983).

La incorporación de España a la OMS fue un proceso que no ha sido todavía estudiado. Las primeras noticias son muy tempranas, de 1947, antes, incluso de la celebración de la primera Asamblea General de la Salud en la que se aprobó la Constitución de la OMS. En una carta (privada y confidencial como se dice explícitamente en el documento) dirigida al que en esos momentos era el secretario ejecutivo de la Comisión y más tarde su primer director general, Brock Chisholm, el delegado australiano en la ONU preguntaba sobre las consecuencias que iban a tener, para los servicios que se estaban prestando en España, que el país no fuera aceptado para formar parte de la OMS lo mismo que había sucedido en la ONU. En la contestación, Chisholm alude a que, desde el punto de vista del organismo sanitario en fase de construcción, el asunto se había discutido largamente en la Comisión de Negociación y el punto de vista que allí se había comentado: “Las Naciones Unidas no tienen autoridad para decirnos si deberíamos incluir o no a España” y consideraba que, desde la perspectiva estrictamente sanitaria, de la epidemiología y de la salud pública internacionales, era deseable que todos los países del mundo fueran miembros de la OMS (WHO. Various suggestions concerning activities and organization of WHO. Letter to Chisholm, 1-1-2, WHO Archive, 12 November 1947).

El 4 de noviembre de 1950, la Asamblea General de la OMS en su 304ª reunión plenaria, aprobó el informe emanado por el Comité político (A/1473), dando lugar a la siguiente Resolución (UN General Assembly A/1487) que fué notificada por parte del secretario general, Trygve Lie, al Director general, Chisholm, el 10 de noviembre:

Resolución de los estados miembros y agencias especializadas con España

“La Asamblea General,

Considerando que:

La Asamblea General durante la segunda parte de su sesión primera celebrada en 1946, adoptó varias recomendaciones relativas a España, una de las cuales prohibía a España ser miembro de las agencias internacionales establecidas por las Naciones Unidas; otras recomendaciones fueron que los países retiraran los embajadores de Madrid,

El establecimiento de relaciones diplomáticas y el intercambio de embajadores y ministros con un gobierno, no implica ningún tipo de juicio sobre la política interior de dicho gobierno,

Las agencias especializadas de las Naciones Unidas son de carácter técnico y no-político y han sido creadas para beneficiar a los pueblos de todas las naciones y, por ello, deberían ser libres (dichas agencias) para decidir por ellas mismas si la participación de España en sus actividades es deseable para los intereses de su trabajo,

Resuelve:

- 1.- Revocar las recomendaciones relativas a la retirada de embajadores y ministros de Madrid, contenidas en la resolución 39(I) de la Asamblea General de 12 de diciembre de 1946;
- 2.- Revocar la recomendación de rechazar la inclusión de España como miembro de las agencias internacionales de las Naciones Unidas”.

En el transcurso de la IV Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó el acuerdo de admitir a España como miembro de la OMS sujeto al depósito del instrumento de aceptación de la Constitución de acuerdo con el artículo 79 (WHO Official Records, nº 35). A dicha

Asamblea se invitó, como delegados, a José Antonio Palanca y Martínez Fortuny (1888-1973), Director General de Sanidad, Gerardo Clavero del Campo (1895-1972), Director de la Escuela Nacional de Sanidad y como ministro plenipotenciario en Suiza, Alberto de Aguilar y Gómez Acebo, conde de Acebo (1885-1953). Otros dos países, Japón y la República Federal Alemana, compartieron con España el mismo proceso de admisión en la misma Asamblea. La votación para España fue de 53 países a favor, uno en contra (México) y la abstención de Yugoslavia. Finalmente, España ratificó la Constitución de la OMS el 28 de mayo de 1951.

Es interesante seguir las intervenciones de los diferentes delegados de diferentes países en las reuniones plenarias, en esta fase inicial. Por ejemplo, en la celebrada el 16 de mayo de 1951, el delegado de Filipinas tomó la palabra para celebrar el proceso de entrada de España en la OMS. El discurso está lleno de alabanzas sobre la cultura y civilización del país, su pasado histórico y sobre las relaciones fraternales existentes entre ambos países. Estas son algunas de sus palabras:

“La historia contemporánea de España es digna de su glorioso pasado. ¿Puedo invitarles a mirar atrás a otros siglos? Vemos españoles navegando en grandes mares en busca de nuevos horizontes, nuevas tierras [...] vemos a España en las escuelas, en las universidades, dispensando cultura, civilización y religión y la vemos más adelante dejando esas tierras con la satisfacción del deber cumplido. España ha hecho una muy valiosa contribución a la cultura y a la civilización y gracias a sus famosos hombres. Sus eminentes políticos y hombres de ciencia, ha hecho también contribuciones a la ciencia y a la política” (WHO Official Records. Seventh Plenary Meeting, 1951, p. 119).

En esa misma sesión Palanca, en nombre de España, además de agradecer la anterior intervención, señalaba que el país deseaba “ardientemente” llegar a ser miembro de la Organización, señalando que, aún sin pertenecer a ella, había estado en espíritu dentro y, de algún modo, intentando adaptar sus estructuras organizativas

sanitarias a las directrices emanadas de la OMS, contestado sus encuestas y ofreciendo información cuando se le había pedido:

“Hoy hemos sido admitidos oficialmente. ¿Es demasiado tarde? No, hay tiempo, sin embargo, El retraso no debe ser atribuído a mi país. No era España quien obscurecía la cuestión de nuestras obligaciones internacionales en temas de salud y bienestar, por consideraciones de diferencias políticas. Pero nosotros somos un viejo pueblo con 2000 años de historia detrás [...] Puedo asegurar, junto a mis colegas de delegación, que España cumplirá leal y escrupulosamente sus obligaciones” (WHO Official Records, Seventh plenary meeting, 1951, p. 123-124).

El 14 de junio de 1951, el ministro español de Asuntos Exteriores, Alberto Martín Artajo agradecía al director general de la OMS, Brock Chisholm, la aceptación del país como miembro de la Organización. La prensa médica profesional recogió puntualmente la noticia bajo el titular de *España en la Organización Mundial de la Salud*:

“El nobel y tenaz empeño en devolver a la Patria el prestigio que le corresponde, con los honores debidos –y que durante tanto tiempo le fueron estúpidamente regateados a beneficio de conjuras y consignas– va cosechando sus rápidos y ahora maduros frutos. Y precisamente, a los médicos que ni podemos ni queremos desentendernos de los problemas que tanto afectan a nuestra tierra, nos toca señalar un triunfo reciente, como un escalón más en ese ascenso que nos era debido y que se está pagando a España [...] Ha correspondido ahora a la Organización Mundial de la Salud, una de las filiales de la ONU, durante las recientes reuniones en Ginebra, discutir el problema de la admisión de España, con plenitud de derechos y de deberes en la citada organización a cuya asamblea habían asistido como espectadores oficialmente invitados los doctores Palanca, director general de Sanidad (que pronunció un brillante discurso) y Clavero del Campo [...]. La trascendencia del acuerdo es innegable. De nuevo nuestra Patria queda incorporada al mundial esfuerzo por defender la salud de los hombres y lealmente decidida a prestar la colabora-

ción que se le solicite, tanto como aporta su esfuerzo a la tarea civilizadora de mejorar el nivel sanitario de los humanos” (29).

A partir de ese momento, el 24 de julio de 1952, se nombró a José Sebastián de Erice y O’Shea (1906-1996), como ministro plenipotenciario y delegado permanente de España en las organizaciones internacionales y al cónsul general de España en Ginebra, Luis de Villegas y Urzaiz, como secretario de dicha delegación permanente con lo que quedaban establecidas definitivamente las relaciones oficiales y paulatinamente, la incorporación a las comisiones de expertos (Bosch Marín formó parte de la relativa a salud materno-infantil) y a órganos como el Consejo Ejecutivo de la OMS. Los suplentes de Villegas fueron Juan Iturralde y de Pedro, Marqués de Robledo de Chavela, delegado permanente de España en las organizaciones internacionales con sede en Ginebra; Vicente Díez del Corral, secretario general de la Dirección general de Sanidad y Gerardo Clavero del Campo, director de la Escuela Nacional de Sanidad y como asesor, Florencio Pérez Gallardo, jefe de servicio de dicha Escuela. Dos años más tarde, Iturralde fue sustituido por Luis Arroyo Aznar, como delegado y por tanto, también en el Consejo Ejecutivo, tal y como consta en el documento correspondiente enviado por el ministro plenipotenciario José Manuel Aniel-Quiroga (WHO Archive, E11/57/7(32), 27 mayo 1963).

Ciertamente, el interés de España por la vinculación en temas científico-sanitarios con las instancias internacionales como había sido la tradición sobre todo a través de la Junta de Ampliación de Estudios (JAE), fue importante en la posguerra como estudios recientes atestiguan (30) y de hecho, la cooperación científico-tecnológica formó parte de los acuerdos con Estados Unidos (31).

3. Programas de trabajo, misiones de expertos, ayudas y becas de estudio para España (1951-1975)

Los programas de ayuda en su conjunto, y, en general, la relación del país con las organizaciones internacionales no pueden desligarse de

las distintas etapas del franquismo y de los cambios políticos, sociales y económicos que experimentó en el periodo que estudiamos y que, en los aspectos sanitarios ha sido abordados y actualizados recientemente (32).

El aislamiento internacional forzó, en gran medida los primeros cambios en los años cincuenta debido a que la autarquía económica de los primeros años del régimen había generado una situación económica insostenible. A partir de 1957 y con el nuevo gobierno tecnocrático se abrió un periodo nuevo fortaleciéndose la línea liberal de la economía a través del Plan de estabilización (1959) y los Planes de Desarrollo Económico y Social (1964-1975), con fuerte crecimiento económico y rápida industrialización. La inclusión de la sanidad en el II Plan de Desarrollo constituyó un impulso importante. Si Martín Artajo había sido el artífice de la superación del aislamiento internacional del régimen, Fernando Castiella y Maiz en sus años de gestión (1957-1969), encabezó la diplomacia española en los años del desarrollismo. La reforma de la administración pública (1957) mantuvo en sus aspectos generales, la misma organización sanitaria con la separación entre Dirección General de Sanidad e Instituto Nacional de Previsión, que se planteó subsanar en el Proyecto de Reforma Sanitaria de 1974, pero que no se llevaría a cabo hasta la nueva Ley General de Sanidad de 1986 (1, 33). El abordaje de temas específicos como la lucha antituberculosa (34) o el problema del tifus exantemático (35) en el periodo analizado, nos ofrecen un material de sumo interés para el conocimiento de la realidad de la sanidad española en dicho espacio temporal.

3.1 Panorama global de las actividades de colaboración

Tras la incorporación de España a la OMS en 1951 como miembro de pleno derecho se pusieron en marcha, de forma inmediata, las actividades de ayuda y todo tipo de acciones que, desde su momento fundacional, dedicaba el organismo internacional a los diferentes países. La tipología de dichas ayudas, fue variada. Desde el punto de vista geográfico una parte de las mismas se destinaba a un país

concreto mientras que otras fueron inter-países; la gran mayoría eran ayudas ordinarias pero en algunas ocasiones se concedieron partidas de forma extraordinaria aunque no hubieran estado previstas en la programación anual. Los Programas de Asistencia técnica y de colaboración fueron, hasta los años setenta, independientes de los de Becas de Formación en sus diversos formatos.

La pertenencia de España a la Región Europea de la OMS, desde el momento de la puesta en marcha de dicho organismo regional, en 1952, hizo que la gestión sobre modalidad de ayuda, apoyo técnico para su elaboración y seguimiento se hiciera desde dicho ámbito regional, aunque no en todos los casos. La consulta de los fondos históricos de dicha Región, en especial, los cuatro informes que cada año se elaboraban por parte del director de la Oficina Regional y que eran remitidos a la sede central de Ginebra; los informes del Director General de la OMS a la Asamblea General, las publicaciones periódicas oficiales y otros documentos adicionales son fuentes indispensables para reconstruir dichos programas. Para el caso de España y refiriéndonos únicamente a los específicos programa-país, nos encontramos con un número total de 21 entre 1952 y 1975. Sin embargo, como tendremos ocasión de ver en los tres primeros años a modo de ejemplo, a ello hay que añadir la presencia de España en programas inter-país y las becas de formación.

3.2 Los programas de 1952-1954, desde los informes trimestrales de la Región Europea de la OMS

La consulta de los informes trimestrales de la Región Europea (Quarterly Reports, CC-7- EURO, WHO Archive, 1952, 1953, 1954) y la correspondencia cruzada entre el Director General de la OMS y el Director Regional de la Oficina Europea, permiten analizar las vicisitudes de los programas de ayuda en estas primeras etapas del recorrido de España dentro de la Organización. En 1952-53, todavía la Oficina Regional estaba ubicada en Ginebra en el Palais des Nations, comenzaba a desarrollar programas para países concretos y otros, inter-país. Los programas, en su conjunto, estuvieron mar-

cados por dificultades de índole burocrática para su correcto funcionamiento, porque no estaba aún completo el personal administrativo y se había podido desarrollar totalmente el programa de becas. Sin embargo y como prioridad, sí habían podido implementar los programas de asistencia ordinaria y los de ayuda técnica. Funcionarios de la OMS visitaron los diferentes países para poder elaborar proyectos sobre el terreno que ayudaran a mejorar el trabajo de la Oficina.

De los 22 países que en 1953 y 1954 contaron con programas, se encontraba España. En 1953, continuó el de enfermedades endemoepidémicas (SPA-1), que ya había sido iniciado el año anterior que estuvo centrado, por un lado, en la leptospirosis, para lo que se envió un consultor con objeto de visitar los campos de arroz del sur de España. En esta misma área, otro se destinó al problema de la rabia.

En el capítulo de becas, éstas se concedieron para asistir a una serie de cursos impartidos en centros especializados, sobre diversas cuestiones: tracoma (Egipto), salud materno-infantil (Alemania y Dinamarca), tuberculosis (Francia) y una ayuda para una estancia de dos meses en el Instituto Nacional Serológico de Copenhague para aprender a adquirir destrezas en el trabajo experimental. Por su trascendencia posterior, hay que destacar la importancia que luego tendría la concesión de otra ayuda al que más tarde sería una figura trascendental en la institucionalización de la virología y la salud pública españolas, Florencio Pérez Gallardo (1917-2006) quien tuvo la oportunidad de visitar y conocer de primera mano, a lo largo de seis meses, instituciones prestigiosas ubicadas en Suecia, Dinamarca, Suiza, Francia e Italia para el estudio de enfermedades víricas y rickettiosis.

Entre los proyectos intra-país, fue España invitada, junto a Portugal, Yugoslavia, Argelia, Marruecos, Túnez y Turquía a participar en un curso sobre enfermedades transmitidas por vectores (EURO 46). En un seminario sobre alcoholismo celebrado en La Haya (EURO 67), España fue invitada también a participar en las sesiones y también hubo representantes españoles en la Conferencia sobre Educación

para la Salud, celebrada en Londres en abril de 1953 a partir de la cual se impulsaron actividades concretas en algunos de los países que a ella acudieron, entre ellos, España. (EURO 25.2). Salud mental (EURO 14.8) y Pediatría social (EURO 55.3) fueron otros tantos. En el caso de otro curso sobre rehabilitación de niños con discapacidades físicas (EURO 55.2) se ofrecían becas para realizar, en España actividades prácticas de trabajadores sociales cuya función era la de establecer las relaciones y coordinación oportunas entre la familia y los centros de rehabilitación. Un curso en Francia para formar profesionales en rehabilitación de niños con discapacidades físicas (EURO 74.1) contó con presencia española: un médico y un fisioterapeuta.

También en 1953 se planteó por parte de UNICEF y del director de la oficina europea, la necesidad de desarrollar programas de salud materno-infantil en España y Portugal, un tema que ya había sido iniciado desde el ingreso de ambas naciones en las organizaciones internacionales. Se decidió que se enviaba una delegación encabezada por Federico Eggers (1900-1971), un prestigioso pediatra chileno para estudiar la situación.

La mayor parte de las ayudas de 1953 se destinaron a estancias de formación científica y técnica para algunos becarios españoles, entre ellos, Pérez Gallardo; el resto de ayudas fueron para trabajar en temas de control de insectos vectores, fisiología y fisiopatología experimental y brucelosis. Otro tipo de ayudas tenían como objetivo el estudiar los servicios de higiene mental, estadística y administración sanitarias. Francia Dinamarca y Reino Unido fueron los países de destino.

En 1954, se desarrollaron en España varias actividades en colaboración con el Ministerio de Educación y la Dirección General de Sanidad. Entre el 24 y el 27 de enero se impartió un curso de higiene y sanidad en 60 escuelas técnicas y una clase adicional, cada semana se impartía como una extensión del curso de 21 lecciones. Los funcionarios de sanidad fueron los encargados de impartir dichos cursos.

El papel de los becarios se consideraba fundamental y el punto de partida indispensable para poder realizar con eficacia los programas destinados al país de origen de dichas personas. España fue uno de los países (junto a Austria, Grecia y otros) a los que se concedieron fondos adicionales para programas de asistencia técnica, en particular, becas para estancias en el extranjero. Junto a ello, desde el gobierno español se realizaron varias peticiones a OMS y UNICEF destinadas a problemas como el tracoma, la sífilis y la salud materno-infantil.

Por otro lado, en 1954, continuaron los programas de ayuda para leptospirosis, brucelosis, malaria (en este caso la persona becada fue Lozano Morales del Instituto Nacional para el Paludismo para ir a Italia y Grecia y conocer los programas antipalúdicos), control de insectos vectores, entomología, tuberculosis, enfermedades venéreas, salud mental y administración sanitaria. Una novedad con respecto a los anteriores, fueron los cursos de salud ocupacional, cáncer y geriatría.

Visto en su conjunto, el programa de becas y ayudas para estancias fueron fundamentales para la formación en centros extranjeros de algunos profesionales que tuvieron, poco después, un importante protagonismo en la universidad, el laboratorio y la investigación científica y epidemiológica, pero también, en la gestión sanitaria y la política (Florencio Pérez Gallardo (1917-2006), Gonzalo Piédrola Gil (1907-1996) José Gay Prieto (1905-1979), Gerardo Clavero del Campo (1895-1972) o Álvaro Lozano Morales (1910-1960).

Entre 1960 y 1975, algunos programas de la década de los cincuenta no tuvieron continuidad (como los de la sífilis congénita, enfermedades venéreas o rabia); otros, por el contrario, siguieron renovándose y ampliándose como los de salud materno-infantil en todas sus vertientes, rehabilitación de discapacitados infantiles, los estudios epidemiológicos y la lucha frente a enfermedades víricas, la brucelosis, la enseñanza y formación en enfermería o la educación para la salud. Como novedades, los relativos a estadísticas sanitarias, reorganización de las administraciones sanitarias, gestión y admi-

nistración hospitalaria, contaminación medioambiental y enseñanza médica y de otras profesiones sanitarias. El programa sobre “Estudio epidemiológico de la enfermedades producidas por virus de interés sanitario” (ESPAÑA 0030; SPA/68/2), tenía como objeto desarrollar los servicios de diagnóstico de laboratorio y hacer del Centro Nacional de Virología y Ecología sanitarias un centro nacional de referencia (36).

Los vigentes en 1975 fueron sobre polución atmosférica en áreas urbanas industrializadas (sobre todo en la zona de Bilbao) (SPA/73/003). Como puede verse, reflejo de las preocupaciones de la sanidad española en esos años. En ocasiones los programas contaban con el patrocinio de otras agencias de las Naciones Unidas. Fue el caso de UNICEF y también, en algunos programas de ayuda técnica, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), como fue el caso del de “Asistencia Social” (WHO Archive, UNDP/TA; SPA/70/4).

Un ejemplo significativo de cómo el tipo de programa solicitado y las diferentes etapas en el desarrollo de las políticas sanitarias del país iban acompasados es el ejemplo del proyecto “Zona de demostración y formación sanitaria” (WHO Archive, ESPAÑA 0030; SPA/68/4) para el bienio 1969-1971. El objetivo general del proyecto así lo indica explícitamente:” En el cuadro general del desarrollo económico y social del país, el Gobierno prevé la creación de una zona de demostración, de formación y de investigación”. Se trataba, en suma, “de experimentar los métodos, técnicos y administrativos, realizar encuestas y formar diversas categorías de personal en colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad”. La idea era que en un futuro próximo englobara la reorganización de los servicios de sanidad del país y la creación de nuevas categorías de personal de sanidad bajo los auspicios de un Instituto Nacional de Sanidad de nueva factura. La ayuda solicitada incluía, por un lado, estancias en España de un mes de dos expertos: uno, para la formación de agentes sanitarios y un segundo, para la formación de técnicos de laboratorio (laborantes, según la terminología usualmente utilizada en España). En segundo término tres becas para el extranjero: una, de un año, para una

enfermera-jefe; otra de 3 meses para un educador/a sanitario/a y una beca de dos meses, a determinar. Los expertos ayudarían al personal español a organizar y desarrollar los servicios de sanidad y evaluarían los progresos del programa. Las becas, por su parte se otorgarían para formar diversas categorías de personal sanitario, principalmente con fines de organización de la zona de demostraciones y, en su conjunto, el proyecto pretendía “ayudar al Gobierno a elaborar planes de reorganización de los servicios de sanidad del país”.

4. Salud materno-infantil

4.1 La salud infantil en la agenda de la OMS

Dada la vulnerabilidad de la población afectada y la importancia social que la figura del niño había ido adquiriendo desde el siglo XVIII y sobre todo en los siglos XIX y XX, rotulado este último por la pedagoga sueca Elley Key como “el siglo de los niños” (37), éste fue uno de los programas estrella de la OMS en sus primeras etapas.

En el marco de las iniciativas de reconstrucción internacional inmediatamente posteriores a la II Guerra Mundial se crearon, a nivel nacional y transnacional, servicios permanentes destinados a proteger la salud y la vida infantiles. Algunos de ellos provenían de una tradición anterior como la organización británica *Save the children Fund*, pero otros eran de nuevo cuño y nacieron al amparo, como organismos autónomos, de las Naciones Unidas. Aunque otro tipo de entidades, como la también recién creada Food and Agricultural Organization (FAO, 1945), participaron en el proceso, sin duda, la más específica de las instituciones para el tema que nos ocupa, fue el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 1946). Sus objetivos programáticos fueron, en una primera fase, tratar de paliar los desastrosos efectos que para la población europea de estos segmentos de edad, había causado la contienda. Junto a ello, se trataba de trabajar por la infancia sin distinción de raza, nacionalidad o religión, y situar la protección de los derechos del niño por encima de cualquier interés. La colaboración con la OMS en los proyectos que

incumbían a estas etapas de la vida, fue muy estrecha y, aunque en estas primeras fases, no dejaron de sucederse algunos roces por motivos de delimitación de competencias, lo cierto es que, una vez superados estos, la coparticipación fue la regla (16).

Recogiendo y actualizando la propuesta que había hecho la Liga de Naciones, en 1924, con la Declaración de Ginebra, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño el 20 de noviembre de 1949. Ese mismo año, se puso en marcha un Comité de Expertos en Salud Materno-infantil con la idea de ir estableciendo planes de largo alcance y de la máxima universalidad posible. Encabezó dicho Comité Martha May Elliot (1891-1978), pediatra y salubrista norteamericana vinculada a UNICEF y a la OMS, una figura indispensable para entender los mecanismos y las orientaciones de ayuda a la población infantil durante la Posguerra (38).

La descentralización en regiones de la OMS, hizo que las actividades se multiplicaran y se diversificaran considerablemente. Un punto fundamental fueron las relaciones OMS/UNICEF que posibilitaron que, solo en el bienio 1959-1950, estuvieran activos más de un centenar de proyectos conjuntos de ambas agencias en todo el mundo. La importancia y el impulso dado por la OMS, en sus primeras etapas, a estos temas, es indudable y tuvo una doble dimensión: por un lado, las acciones de ayuda para situaciones de crisis aunque, de mayor calado en el medio y largo plazo, fue la modernización y puesta al día de campos como la puericultura o la pediatría social que hundían sus raíces en el siglo XIX y primer tercio del XX pero que necesitaban ser actualizadas. Junto a ello, la Organización jugó también un papel decisivo en el desarrollo e implementación, en la práctica, de nuevos retos científico-técnicos y profesionales escasamente abordados con anterioridad o no abordados, como los relativos a la medicina perinatal y la prematuridad. De hecho, en octubre de 1950, se publicó el primer informe del recientemente creado Comité de Expertos sobre Prematuridad. (39). El lema de la OMS el día 7 de abril de 1951 (Día Mundial de la Salud) fue “Health for your Child and the World’s Children”, “Votre enfant –et tous les enfants du Monde– on droit a la santé” (40).

En la década de 1960-70, otros informes sobre salud pública y recién nacidos de bajo peso (41) y administración y organización de servicios de salud materno-infantil (42). Los trabajos científicos publicados sobre el tema en revistas prestigiosas como *Journal of Pediatrics* o *New England Journal of Medicine* estuvieron, en gran medida, vinculados a las actividades de la OMS en este terreno (43, 44).

La creación, en 1953, desde la Oficina Europea, de un grupo de estudio para el análisis de los problemas relacionados con el periodo neonatal (EURO 39), fue un hito importante. El grupo de trabajo integrado por 19 personas entre los cuales figuraban pediatras, obstetras, enfermeras y matronas, junto a dos consultores de la OMS, procedían de los ocho países europeos que mostraban las tasas más bajas de mortalidad infantil. La celebración en Bélgica de un congreso en el que se presentaron resultados de dicho grupo de trabajo, fue el acicate para la puesta en marcha de programas para la asistencia especializada a neonatos en varios países. Temas como los determinantes sociales y económicos, la organización de servicios de cuidados prenatales y de neonatología, las relaciones entre obstetras y pediatras para llevar a cabo la mejor asistencia para madre e hijo, fueron algunos de los temas abordados. Los sucesivos cursos de formación para profesionales desarrollados en todo el periodo estudiado, dan buena fe de la importancia concedida a la salud materno-infantil en la agenda de la OMS. Por otro lado, las visitas de expertos a países europeos para evaluar la situación de partida y preparar la agenda de ayudas OMS/UNICEF, se inició en 1951, en Austria, Finlandia, Grecia, Italia, Yugoslavia y Portugal.

4.2 El *Plan de Operaciones para el establecimiento de Centros Piloto para prematuros en España* (ESPAÑA-10)

4.2.1 La situación de partida: la organización de los servicios de salud materno-infantil en España

El gobierno español y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia firmaron el 7 de mayo de 1954 un Convenio, una de cuyas con-

secuencias fue la creación de la Comisión Interministerial de Auxilio Internacional a la Infancia [RD de 11 de junio (BOE núm. 162) y 18 de diciembre (BOE núm. 352) de 1954], a partir del cual se pusieron en marcha otras iniciativas legislativas como la que tuvo lugar con la creación de una Comisión Mixta de Productos Lácteos pro bienestar infantil y social (BOE núm 255, 24 de octubre de 1959).

En relación con el Convenio citado, y casi inmediatamente después de su ratificación legal, el mismo año de 1954, el gobierno español solicitó la colaboración de OMS y UNICEF para poner en marcha dos actividades. Por un lado, la creación de ocho nuevas Escuelas de Puericultura, especialmente diseñadas para la formación posgraduada de enfermeras, matronas y auxiliares de clínica. De mayor envergadura fue un ambicioso proyecto de creación de centros específicos para niños prematuros en Madrid, Barcelona, Valencia y Bilbao, siguiendo modelos foráneos. La respuesta fue positiva pero a expensas de la visita de un consultor de la OMS para establecer sobre el terreno la oportuna planificación. Ese mismo año se dotaron ocho becas para la formación especializada en este campo. El resultado final fue la elaboración de un proyecto de mayor alcance: el programa ESPAÑA-10.

Con objeto de poder entender adecuadamente en qué marco se desarrollaron los programas para España, se hace necesario hacer referencia a la situación previa a los mismos. Un excelente estudio (45) sobre el particular nos permite un conocimiento preciso de los aspectos estructurales y la función de los organismos creados. La estructura organizativa creada tras la Guerra Civil para hacer frente a este tipo de cuestiones se coordinó a través de la Dirección General de Sanidad de Ministerio de Gobernación del que dependían los Servicios Centrales de Higiene Infantil, derivados, en gran medida, de los preexistentes en la Segunda República. Dichos Servicios, seguían un modelo dispensarial, y, junto a ellos, se suministraba asistencia hospitalaria a través de los centros de urgencias materno-infantiles que fueron apareciendo a partir de 1941. Por otro lado, la multiplicidad de organismos estatales, paraestatales y no oficiales, en algunos casos, procedentes de cuerpos recién creados como el

Auxilio Social o la Sección Femenina, en la dispensación de uno u otro tipo de servicio, fue la norma. También existía una gran variabilidad en lo tocante a la formación de los profesionales sanitarios en esta área.

Las políticas natalistas se consideraban uno de los rasgos fundamentales y la lucha contra la mortalidad infantil era el caballo de batalla principal. Una figura que tendrá, como veremos más tarde, un papel primordial en las relaciones de España con la OMS, Juan Bosch Marín (1902-1995), lideraba en gran medida todas las actuaciones. La *Obra Maternal e Infantil*, derivada de los sistemas de previsión que se habían ido implantando desde los inicios del siglo a través del Instituto Nacional de Previsión (INP, 1908), impulsó la creación de una red de maternidades y de centros de salud infantil, que acabaron incluidos en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE, 1942). Esta modalidad de seguro cubría a los trabajadores por cuenta ajena y ofrecía prestación sanitaria en caso de enfermedad y maternidad. Transcribimos, por su pertinencia para la valoración que los expertos externos realizaron en sus visitas, los contenidos de un folleto oficial del Instituto Nacional de Previsión, publicado en 1952 (46), que tiene el interés de pertenecer a un periodo inmediatamente anterior a los programas específicos de la OMS para España:

“Las mujeres aseguradas que den a luz, percibirán como indemnización por pérdida de retribución originada por el descanso obligatorio y voluntario, el 60 por cien del salario o sueldo. En caso de parto múltiple, recibirán un premio especial, consistente en una cantidad por hijo, igual a la indemnización que le corresponde por descanso obligatorio.

La beneficiaria que lacte a su hijo, y la que no deba hacerlo por prescripción facultativa, tendrá derecho a un subsidio de lactancia de siete pesetas por semana e hijo.

Las condiciones exigidas para tener derecho a las prestaciones son:

1^a.- Que la asegurada haya sido inscrita en el seguro, por lo menos, nueve meses antes de dar a luz.

2^a.- Que durante el año inmediatamente anterior al parto, haya cotizado seis meses como mínimo.

3^a.- Que se abstenga de todo trabajo remunerado durante el periodo de descanso”.

La aprobación de la ley de Seguridad Social de 1963 (Ley 193/1963) integró el SOE en los seguros gestionados directamente por el INP y se implantó, de ese modo, un modelo unitario e integrado de protección social con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del estado en la financiación, a la vez que se ampliaba su campo de actuación y cobertura. Se incorporaron allí los seguros de maternidad, vejez, accidentes, paro y médico. Un año antes, en 1962, se había aprobado la Ley de Hospitales con la idea de modernizar la estructura de estas instituciones denominadas eufemísticamente “Residencias” y “Ciudades sanitarias” para no usar el nombre de hospitales, desprestigiado por la deficiente calidad, en general, y por las personas allí atendidas en los establecimientos de beneficencia pública (47, 48).

4.2.2 El desarrollo del Plan de Operaciones

Siguiendo las directrices emanadas de los principios programáticos generales de la OMS para el cuidado y vigilancia de la salud materno-infantil en todos los países, el punto de partida del programa para España fue, por un lado, la concesión paulatina de becas de formación en la Escuela de Puericultura de París, institución pionera en Neonatología, dirigida por Marcel Lelong (1892-1973) con el objeto de ir preparando el terreno e ir contando con un plantel de especialistas. Uno de los beneficiarios más conocidos en estas primeras etapas fue el pediatra Ángel Ballabriga Aguado (1920-2008). En segundo lugar, se realizó, entre el 22 de noviembre y el 3 de diciembre de 1954, una visita del director regional para estos temas de la Oficina Europea, el pediatra sueco L. Hesselvik, a España (49).

El objetivo de la visita era el estudiar sobre el terreno la situación real de los servicios de salud materno-infantil españoles con la finalidad de preparar los planes futuros de un programa-país de las agencias OMS y UNICEF. El anfitrión en todo el viaje fue Juan Bosch Marín, director en España de UNICEF y jefe de los Servicios de salud materno infantil de la Dirección General de Sanidad. Los lugares visitados fueron instituciones ubicadas en Madrid, Guadalajara y Toledo, Valencia, Castellón, Vinaroz, Reus, Tarragona y Barcelona. Previamente, aunque con una duración menor y pocos meses antes, ya se contaba con la información suministrada en otras visitas anteriores de otros comisionados y también con un informe posterior (50). En su relato de la visita, Hesselvick subraya explícitamente la disponibilidad, por parte de las autoridades, para ofrecer la información solicitada y la excelente acogida. Se hace referencia a los servicios prenatales, a los servicios de maternidad y a los de salud infantil ofrecidos por el Seguro Obligatorio de Enfermedad, por la Dirección General de Sanidad y por los municipios que, considera Hesselvik, estaban haciendo un considerable esfuerzo en estos terrenos. El pediatra sueco valora positivamente la rápida expansión de los servicios de medicina preventiva para niños a los que atribuye, en alguna medida, la disminución de las tasas de mortalidad infantil en España en las últimas décadas (el pasar, se indica en el informe, de tasas de 170 por mil nacidos vivos en 1900, a 110 en 1930 y 50 en 1954). Los aspectos negativos se refieren a la multiplicidad de organismos de los que dependían dichos servicios y la falta de coordinación como el hecho de que un mismo profesional trabajara, en horas diferentes, para “Sanidad” y para el “Seguro”; que la cobertura solo afectara, en el conjunto de España, a un porcentaje que rondaba el 50% de los niños; la escasa formación específica, los bajos salarios y el bajo número de enfermeras de salud pública y de enfermería en general, que consideraba el experto era uno de los mayores obstáculos para desarrollar programas que dieran buenos resultados si fallaba una de las piezas fundamentales del engranaje de los mismos. La tasa de prematuridad en España se estimaba alcanzaba la cifra de 7 por cada 100 recién nacidos.

Las Escuelas de Puericultura, en número de 14 en todo el territorio, son diseccionadas cuidadosamente en el informe. La duración de los cursos –un año de duración pero no a tiempo completo, sino impartidos unas pocas horas al día– se considera insuficiente y su notable éxito en cuanto al número de alumnos que los solicitaba se explicaba, en parte, porque daban la posibilidad de poder trabajar en centros oficiales al obtener el diploma de puericultura. Una vez más, se subraya la disparidad en la formación dependiendo de la entidad que los impartiera en las distintas ciudades y de la diferente y desigual preparación y procedencia de los profesores: algunos, especialistas en pediatría, otros provenientes del área de sanidad. En el año de las visitas, 1954, se recoge en el informe aunque no se había podido constatar, que se estaba elaborando un plan nacional destinado a incrementar el número de escuelas de puericultura y favorecer la formación en ellas no solo de los médicos, sino de profesionales de enfermería y personal auxiliar.

El tercer gran aspecto contemplado fue el de la prematuridad. Los informes recogen el interés por crear hasta cuatro centros pilotos de prematuros en algunas de las principales ciudades del país: Madrid, Barcelona, Valencia y Bilbao. En el caso de Valencia se indica ya existía una pequeña, pero bien equipada, sección de prematuros en Servicio de Pediatría y Puericultura del Hospital General, encabezada por Jorge Comín Vilar (1890-1956), director de la Escuela Departamental de Puericultura de Valencia. Este pediatra, discípulo de Ramón Gómez Ferrer (1862-1924), estuvo implicado en las campañas de lucha contra la mortalidad infantil a través de un Servicio de Coordinación de los medios de lucha contra la mortalidad infantil, que puso en marcha Bosch Marín, fue presidente de la sección de pediatría del Instituto Médico Valenciano y académico numerario de la Real Academia de Medicina de Valencia. También se cita en el informe la vinculación de Comín a la unidad de prematuros en la Clínica de Maternidad derivada de la transformación, en 1951, del Centro de Protección Materno-Infantil de la Virgen de Desamparados creado por la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Valencia y que también fue visitada por el comisionado de la OMS.

Pese a los detallados informes, se consideró, que la decisión final para que España entrara como beneficiaria del programa europeo de salud materno-infantil, debía todavía esperar un poco, aunque se consideraba factible. La última palabra vendría de la persona que, en aquellos momentos, era considerado la más reputada autoridad europea sobre prematuridad, Marcel Lelong, profesor de la Facultad de Medicina de París, colaborador de Robert Debré (1882-1978) y titular de la primera cátedra de Puericultura en 1946.

El acuerdo tripartito entre el Ministro de Asuntos Exteriores del gobierno español, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia fue firmado respectivamente, el 28 de junio, 18 de julio y 19 de septiembre de 1956.

El Plan de Operaciones (51) tenía el objetivo general el reducir las tasas de morbilidad y mortalidad resultantes de los problemas causados por la prematuridad. Para lograr dicho objetivo se planteaba un ambicioso programa de creación de Centros Piloto, bien dotados de recursos humanos, materiales y tecnológicos de todo tipo, que sirvieran como instituciones de referencia, de modelo y de aprendizaje en su radio de acción. Cada centro piloto, con una circunscripción que abarcaba entre 500.000 y un millón de habitantes, sería el responsable de los cuidados para los prematuros que le correspondían. Además, se preveía montar un servicio que coordinara la información sobre la existencia de recién nacidos de bajo peso en la zona de referencia para que, en el tiempo más corto posible, pudieran ser valorados clínicamente y llevados, en el caso de que fuera necesario, en vehículos adaptados con incubadoras portátiles y otro tipo de equipamiento necesario, a los centros de prematuros. En una fase posterior, se deberían dotar los medios para suministrar atención domiciliaria para el seguimiento y control de aquellos niños de bajo peso que se consideraba no necesitaban ingreso hospitalario.

Junto a esta faceta asistencial, la vertiente formativa era fundamental. Cada uno de los centros piloto sería el encargado de llevar a cabo los programas destinados a suministrar, en pocos años, especialistas en este campo. Dichos Centros de Formación servirían en

primer lugar, para los profesionales que en ellos trabajaban, pero, con posterioridad, el objetivo era el extender dicho aprendizaje a médicos y enfermeras que fueran a especializarse en el campo de la asistencia a los niños prematuros en el resto del territorio español.

Por otro lado, el programa de acción tendría dos etapas. La primera fase se desarrollaría, en 1955 y 1956, en cuatro lugares: Madrid, Barcelona, Valencia y Bilbao, coincidentes con los que los comisionados de la OMS que habían visitado España dos años antes, habían señalado como idóneos. El de Madrid se ubicaría en la Maternidad municipal, el de Barcelona en la Maternidad de la Caja de Ahorros; en el caso del de Valencia, en la Maternidad de la Caja de Ahorros arriba citada y lo mismo, en una entidad similar a la valenciana, en el caso de Bilbao.

La responsabilidad de la ejecución del proyecto correría a cargo del gobierno español y se adjudicaba su gestión directa a la Dirección General de Sanidad. La OMS proveería la ayuda técnica a través de sus expertos, dotaría un sistema de becas de formación de profesionales sanitarios (4 médicos y 4 enfermeras) en la Escuela de Puericultura de París y supervisaría todo el proceso, subrayándose que para que pudiera funcionar el proyecto era necesaria la coordinación de todas las instituciones que en España se ocupaban de la maternidad y de la infancia. En este reparto de responsabilidades, las dotaciones de material serían suministradas por UNICEF. En dicho material figuraban 20 incubadoras tipo “isolette”, incubadoras españolas tipo Armstrong, resucitadores, broncoscopios, catéteres, microscopios monoculares, incubadoras portátiles, calorímetros, analizadores de oxígeno y vehículos equipados para el transporte de los niños. Los espacios físicos, su habilitación y los sueldos de los profesionales correrían a cargo del gobierno.

4.2.3 La visita de Marcel Lelong a España

Una vez establecidos los acuerdos formales, la visita de Lelong a la que se dio máxima importancia y publicidad en medios periodísticos,

en noviembre de 1957, fue decisiva para el arranque real del programa (52). Con Bosch Marín –en aquel momento ya era oficialmente experto de la OMS– como persona clave para los contactos internos, el pediatra francés se entrevistó con autoridades políticas y sanitarias de los centros escogidos, impartió conferencias, elaboró un informe y emitió una serie de recomendaciones muy precisas. Vamos a detenernos, por ser un modelo de las actuaciones llevadas a cabo en la visita, en el caso de la Barcelona, el primero de los lugares visitados.

En la ciudad condal, el Instituto Provincial de Puericultura y la Maternidad provincial fueron el objeto de su análisis. En este último se encontró que el material suministrado por UNICEF estaba almacenado y no se había comenzado a utilizar por no existir una ubicación adecuada para el centro de prematuros ya que solo había una pequeña sala con cuatro incubadoras que no consideraba Lelong pudiera ser vista como un auténtico servicio de prematuros que reuniera las condiciones adecuadas. Sin embargo, en la visita, en la que coincidió con Ballabriga, que había sido alumno suyo en París como beneficiario de una de las becas OMS y al que apreciaba mucho, aconsejó habilitar un pabellón independiente, destinado hasta ese momento a niños con tuberculosis, como idóneo para ubicar el Centro de Prematuros. De forma inmediata, sugería también el trasladar los equipos almacenados en los locales de la Escuela de Puericultura para darle utilidad. En el informe se recoge la visita a la Residencia Sanitaria Francisco Franco, un hospital grande y moderno, que disponía de un nuevo servicio de neonatos con un pequeño sector destinado a prematuros, pero que, pese a la modernidad de su construcción, no cumplía con los requisitos exigidos para este tipo de pacientes. Con los médicos del hospital, Lelong estudió la posibilidad de individualizar, en un edificio cercano a la Maternidad, un centro autónomo de prematuros.

Los otros tres centros de Madrid, Valencia y Bilbao considera funcionaban “bajo la dirección de médicos competentes, que conocen bien los cuidados a los prematuros; los locales, nuevos o readaptados, permiten el funcionamiento de los centros como unidades inde-

pendientes, aisladas. La barrera antiinfecciosa es correcta. El personal está bien entrenado. Las enfermeras son conscientes de la importancia de su función y están también bien instruidas: las que trabajan en el Centro de Prematuros de Valencia, han probado bien su profesionalidad con ocasión de la reciente catástrofe que ha padecido la ciudad" [se refiere a la inundación que unos días antes de la llegada de Lelong a España, en octubre de 1957, había sufrido Valencia] (52, p. 9). Aunque no aparece explícitamente citado en el informe, es muy interesante contrastar la visión del pediatra francés con la "Memoria del Centro de Prematuros de Valencia. Labor realizada en su primer año de funcionamiento (1957-1958)", de José Selfa Martínez (1910-1996). En 1958, era Director de la Escuela de Puericultura de Valencia y se le considera como uno de los principales impulsores en España de la atención a los niños prematuros. Su discurso de ingreso en esta Real Academia de Medicina, el 15 de noviembre de 1968, fue contestado por Juan Bosch Marín y bajo el título de "La hospitalización pediátrica en España", es un relato en primera persona de esta experiencia valenciana tan interesante que había sido valorada, veinte años antes, por el pediatra francés. Selfa refiere cómo fue becado por la OMS en 1947 para viajar a Estados Unidos y estudiar allí el centro de prematuros del hospital para niños de Boston.

Las conclusiones y recomendaciones emitidas por Lelong no solo se circunscribieron a los centros visitados en las cuatro ciudades, sino que pretendieron tener un alcance más global, de futuro y de país. Pueden sintetizarse en tres puntos las recomendaciones que se indicaban: 1) el estudio y seguimiento de los centros de prematuros ya existentes en las cuatro ciudades, ampliando sus funciones de atención domiciliaria a los niños una vez fueran dados de alta en el Centro y también, a los prematuros que no precisaban hospitalización pero que su condición física y estado ponderal requería un seguimiento; 2) analizar los programas de formación y crear una red de centros de prematuros añadiendo, a los ya existentes, los de Granada, León, San Sebastián, Sevilla, Tenerife, Valladolid y un segundo centro en Madrid, para poder subvenir a las necesidades de la población española y, sobre todo, para poder contribuir al descenso de la mortali-

dad perinatal. La unidad básica debería estar integrada por un médico puericultor, especialista en prematuros, y un equipo de enfermeras puericultoras igualmente entrenadas en este subcampo de la neonatología, y 3) la necesidad de desarrollar en toda su amplitud y desde los estándares más avanzados, servicios de pediatría en España. A este respecto señala Lelong, como elemento negativo, una vez más, la compartimentación de los servicios existentes procedentes de diversos organismos:

“Los centros dependen tanto de la Seguridad Social como de la Salud Pública y también de organizaciones como las Cajas de Ahorros. La Seguridad Social tiende a crear instituciones asistenciales independientes de la Salud Pública [...] organizaciones muy modernas, es verdad, pero reservadas solo a los beneficiarios de la Seguridad Social. Esta política fomenta el doble empleo de los profesionales. Si, además, la enfermedad es la misma y las técnicas médicas también son las mismas para todos, no se pueden crear instituciones según categorías sociales y personas que tengan derecho o no, a ser atendidas. Por otro lado, no es posible ignorar la importancia (para estos temas) de la enseñanza y de la investigación científica” (52, p. 11).

La modernización de los hospitales universitarios consideraba esta-
ba retrasada con respecto a la de otros países y, en lo concerniente a los cuidados a los prematuros, todavía más. Era necesario, al menos en lo que concernía a los prematuros, lograr una mejor coordinación de las acciones desarrolladas por los diferentes organismos, fueran cuales fueran las fuentes de financiación y las administraciones. Y rotundamente señalaba que “esta coordinación debería ser realizada a nivel de la Dirección General de Sanidad” (52, p. 11), del mismo modo, considera que los Centros Piloto, como núcleos de formación, era importante que estuvieran en el cuadro de las enseñanzas universitarias.

Junto a ese análisis crítico, no deja de señalar que se estaban produciendo cambios importantes:

“Sin duda, España está haciendo un gran esfuerzo para mejorar su equipamiento sanitario y social; los poderes públicos han comprendido la importancia de la lucha contra la mortalidad perinatal. Por encima de todo, tengo la impresión de que España tiene a hacer visible su voluntad de colaboración activa con los organismos internacionales” (52, p. 12).

Tras finalizar esta primera etapa, un nuevo Plan de Operaciones (1959-1962), como continuación del anterior, volvió a ser aprobado para los años siguientes (53) y en él, además de la creación de los nuevos centros, aparecen recogidas algunas de las recomendaciones arriba señaladas como, por ejemplo, que no sería rechazado el ingreso en alguno de estos Centros de Prematuros de ningún niño por razones económicas o sociales con independencia de su pertenencia o no, como beneficiario, al Instituto Nacional de Previsión. También era nueva, en este Plan renovado, la dotación de personal prevista para los centros: dos médicos y una enfermera a tiempo completo y por primera vez, en aquellos centros que fueran universitarios, dos médicos internos jóvenes para formarse como especialistas en niños prematuros y un número de enfermeras idéntico al número de pacientes posibles, según las cunas e incubadoras disponibles.

5. Las discapacidades físicas

5.1 La presencia de los problemas de discapacidad y rehabilitación médica en la Organización Mundial de la Salud

Entre 1958 y 1981, tuvieron lugar tres reuniones de comités de expertos de la OMS para tratar el tema bajo el rótulo inicial de “Rehabilitación médica” (54, 55), título idéntico al que apareció en los dos primeros informes técnicos, resultantes de dichas reuniones y publicados en 1958 (56) y 1969 (57), respectivamente. El tercero de los informes recogía el encuentro de la comisión en Ginebra, entre los días 17 a 23 de febrero de 1981. Dicha comisión adoptaba el nombre de: “Prevención de la discapacidad y rehabilitación”, reflejo de los importantes cambios producidos en la concepción del problema de la discapacidad en el entorno sanitario internacional y de la nueva

terminología relativa a los conceptos de discapacidad y de rehabilitación (58). La filosofía inspirada en las ideas del norteamericano Howard Rusk, director del Institute for Rehabilitation, del World Rehabilitation Fund y figura vinculada a la OMS, se considera estuvo en la base de estas nuevas orientaciones en todo el mundo (55).

Sin embargo, ya antes del primer informe, encontramos documentación sobre estos temas en el Archivo Histórico de la OMS, reflejo de un interés internacional creciente sobre estas cuestiones (59, 60), plasmado también en otras iniciativas como la creación de la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) en 1951, en Dinamarca.

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

El nacimiento de la especialidad médica en rehabilitación tras la II Guerra Mundial (55) y la aparición de la profesión de fisioterapeuta hay que entenderla en el marco del incremento de problemas de invalideces, procedentes tanto de las secuelas de la guerra como de los accidentes causados por la actividad industrial y sin duda por la aparición de brotes epidémicos de poliomielitis, especialmente virulentos en las décadas centrales del siglo XX (61).

Los informes de los expertos insisten en la necesidad de que esta especialidad médica se consolidara y tuviera un campo de actuación propio, independiente, aunque directamente en conexión con los orto-

pedas, los traumatólogos, pediatras o neurólogos. Paralelamente, se estableció un completo programa de formación de estos nuevos especialistas y también de los fisioterapeutas así como de las características de la estructura y el funcionamiento de los servicios de rehabilitación. La investigación se consideraba un capítulo importante y se subrayaron tanto aspectos puramente médico-sanitarios como otros de tipo psicosocial y económico. Junto a ello, la OMS financiaba becas para estudiar en diferentes centros especializados (62). Un lugar preferente entre las áreas de especialización, ocupó la readaptación de niños con discapacidades físicas cuyo referente fueron importantes centros italianos que contaban con una larga tradición en este campo.

El tercero de los informes, coincidente con la celebración del año de las personas discapacitadas (1981), contemplaba, de forma casi monográfica, el tema de la prevención de la discapacidad y, entre otros, señalaba la importancia de las vacunaciones masivas contra la poliomielitis en todos los países. De hecho, los informes de los comités de expertos sobre la poliomielitis incluyeron también algunas indicaciones sobre la rehabilitación de las secuelas paralíticas de la enfermedad, aunque el tema nuclear de dichos informes era, sobre todo, la discusión sobre los tipos de vacunas y la forma de prepararlas y administrarlas (63, 64, 65). Y este fue, también, un tema preferente en los Simposia de la *European Association Against Poliomyelitis* y en las conferencias internacionales sobre el mismo tema (66 p. 91-118; 67).

Finalmente, no solo la OMS sino otros potentes organismos, especialmente el US Department of Health, Education and Welfare, elaboraron informes sobre la situación de la rehabilitación en diversos países (68).

5.2 Los viajes a España de consultores y expertos de la OMS

Las epidemias de poliomielitis hicieron incrementar de forma muy acusada la demanda social de rehabilitación en todos los países afectados y también en España (54, 55, 69). Aunque se produjeron bro-

tes aislados en la España anterior a la Guerra Civil, puede decirse que las epidemias de polio más importantes fueron contemporáneas del periodo franquista (67). De hecho, entre 1890 y finales de la década de 1930, la polio se presentó en España en forma de brotes epidémicos esporádicos. Apenas hay datos de los declarados en Valls (Tarragona) en 1896, o en Manzanares (Ciudad Real), Fraga (Huesca) y Barcelona en 1917. La epidemia de 1929 en Madrid, con 318 casos, fue la primera de la que se realizó un informe, elaborado por el Servicio Epidemiológico Central de la Dirección General de Sanidad, que seguía las pautas de la nueva epidemiología, con una valoración de todos los factores que podían haber contribuido a la difusión de la enfermedad (70, p. 963-987). La notificación obligatoria de la poliomiелitis en 1930 y la consolidación, ese mismo año, del Servicio de Estadísticas Sanitarias hizo que brotes como el de Santander (1930) o Mallorca (1932) fueran mejor estudiados. Tras la Guerra Civil, durante las décadas de 1940 y 1950, la polio adquirió carácter epidémico, destacando 1942 con 741 casos y 1950 con 1.597 casos. La morbilidad y la mortalidad por poliomiелitis mantuvieron una tendencia alcista durante toda la década de 1950 hasta que se produjo la primera campaña masiva de vacunación en el otoño de 1963 y primavera de 1964 con vacuna oral Sabin, y descendieron ambas tasas de manera llamativa (67, 71).

Un aspecto a tener en cuenta es que no hubo unanimidad entre los diferentes grupos (usualmente denominados “familias”) del régimen sobre cómo afrontar un problema de salud tan importante como las epidemias de polio y cómo transmitir la información a la población. Pero sí que, en cualquier caso, las autoridades estaban interesadas en ofrecer la mejor imagen al exterior como modo de legitimación política. Por ello se consideraba importante asistir a los congresos y reuniones científicas internacionales sobre diversas materias, por ejemplo en el caso de la polio como hemos tenido ocasión de estudiar en otro lugar, aunque no siempre los datos presentados sobre la situación real en España eran los más precisos (72, 73).

En este contexto, la llegada de consultores de la OMS a España tenía las características de una prueba de examen que se debía pasar. En

la primavera de 1956, a petición del estado español, comenzaron las visitas de estos expertos con vistas a la puesta en marcha de un programa nacional de rehabilitación (74, 75, 76). Entre 1956 y 1973 se elaboraron seis informes específicamente consagrados a las personas con discapacidades, especialmente los niños. Con la información disponible no podemos asegurar que las visitas fueran siempre a demanda sino que muchas veces eran sugeridas desde la OMS. La mayoría de ellas se realizaron en el contexto del plan ESPAÑA-23, como ahora comentaremos. Como alguno de los visitantes constataron (77, p. 14-19) poco antes de su llegada, sobre todo entre 1957 y 1959, se crearon *ex novo*, de forma apresurada, y, a veces, improvisada, nuevos servicios de rehabilitación y otros que estaban ya en fase muy avanzada para su apertura. No es difícil entender que este apresuramiento guarda relación con la necesidad del gobierno de ofrecer la mejor imagen del país a estos expertos foráneos. La celebración en Madrid, en 1958, del V Simposio de la Asociación Europea contra la Poliomielitis, tenía también este propósito (78).

5.3 El plan de operaciones ESPAÑA-23

La primera de las visitas señaladas corrió a cargo de Frank. J. Safford y Kurt Janson, expertos de la OMS en materia de rehabilitación de niños disminuídos (según la terminología al uso). Tenían la misión de describir la situación española con respecto a este tipo de servicios y determinar si había personal preparado para la rehabilitación física de niños. Dicho informe fue publicado en España por la Dirección General de Sanidad (77). Estos expertos señalaron la necesidad de crear en Madrid, de forma inmediata, en la Clínica de la Concepción (inaugurada por Carlos Jiménez Díaz en 1955), una escuela de fisioterapia que sirviera para formar a estos profesionales que, en aquel momento, no existían como tales y por tanto, era del todo necesario que la OMS enviase, al menos, un profesor de fisioterapia.

El servicio de rehabilitación de este centro integraba instalaciones de electroterapia, hidroterapia y radioterapia, así como salas de edu-

cación física y un nuevo gimnasio. El volumen de pacientes tratados de forma diaria era de, aproximadamente, 50 pacientes: 10 de ellos ingresados, y unos 40 pacientes de forma ambulatoria, de los cuales, casi la mitad, entre 15 y 20 casos, correspondían a parálisis cerebral. Los niños eran asistidos por dos ayudantes, un médico y un estudiante de medicina. También contaba con la asistencia de otro grupo de profesionales: cinco fisioterapeutas, enfermeras especializadas formadas en el centro, otro fisioterapeuta que realizaba funciones propias de terapeuta ocupacional, trabajadores sociales y un foniatra, recientemente contratado.

Este servicio de rehabilitación, destacado en el informe, a diferencia del resto de servicios visitados en Madrid, contaba con equipamiento novedoso, recientemente instalado, que permitía un tratamiento más completo de rehabilitación, especialmente para personas con trastornos neurológicos o con parálisis cerebral.

El análisis de los centros de demostraciones y de enseñanza mostraba un total de tres escuelas oficiales de Fisioterapia, emplazadas en Madrid, Barcelona y Valencia. La primera, ubicada en el Hospital Universitario, había sido creada por Francisco Martín Lagos (1897-1972) y por Vicente Sanchis Olmos (1911-1963). El informe también señalaba la creación inminente de otra escuela en el Hospital Provincial. En el caso de Barcelona, el Hospital de la Cruz Roja y en el de Valencia, en la Escuela de Fisioterapia dirigida por Carlos Caballé Lancry (1916-1981), catedrático de la Facultad de Medicina, académico numerario de la Real Academia de Medicina de Valencia y una personalidad clave en el desarrollo de la especialidad de medicina física y rehabilitación en España. La escuela valenciana fue la mejor valorada por el consultor (79).

Independientemente del informe de Safford, tenemos constancia de la existencia de otra escuela de fisioterapia en Madrid. Desde el año 1958, la capital de España también contó con otro centro de formación, la conocida como escuela para la enseñanza de Fisioterapia de la Hermandad "Salus Infirmorum". Por Orden de 28 de diciembre de 1957, el Ministerio de Educación Nacional resolvió autorizar a dicha

Hermandad la creación de una escuela para la enseñanza de la Fisioterapia a los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos. Sin embargo, tal y como le sucedería a Pierquin en 1964, en el informe se indica que no se permitió al consultor visitar estas instalaciones.

Tras el análisis del estudio realizado sobre servicios de rehabilitación en las instituciones visitadas, el informe de situación destacaba tanto el esfuerzo realizado por los profesionales médicos como el incremento producido en el número de servicios de rehabilitación en los últimos años. A pesar de esta mejora en infraestructuras, los profesionales entrevistados por el consultor coincidieron en dos necesidades fundamentales: la de incrementar el nivel de formación y la de favorecer el desarrollo de actividades con el fin de perfeccionar los programas de rehabilitación ya existentes.

Las recomendaciones de este experto se dirigieron a canalizar el esfuerzo hacia la consolidación de tres escuelas de fisioterapia con el fin de conseguir una mayor calidad en la formación de los especialistas y una mayor eficiencia de los recursos destinados. Las sugerencias iban dirigidas a tres niveles: 1) el organizativo: cada una de ellas debería contar con un director consultivo; con un director efectivo (médico especialista en rehabilitación); y con un fisioterapeuta como supervisor; 2) el formativo: deberían disponer de una selección de hospitales como centros de prácticas para los alumnos; 3) el de coordinación: esta formación profesional tendría que ser regulada por un órgano nacional, por un Consejo Nacional de Rehabilitación.

Finalmente, como conclusión general, a pesar de presagiar que el programa nacional de rehabilitación sería una tarea costosa y compleja, el informe de situación valoraba de forma positiva la disposición del país para emprender un plan de acción destinado a implantar un programa nacional de rehabilitación. Las recomendaciones concernientes a la ejecución de dicho programa nacional, fueron estructuradas en cinco puntos: recomendaciones al Gobierno; recomendaciones para la creación de tres escuelas de fisioterapia y una de terapia ocupacional; recomendaciones para el perfeccionamiento de algunos servicios de demostraciones y de formación; recomenda-

ciones para la organización de la rehabilitación profesional; recomendaciones para las regiones de Madrid, Barcelona, Valencia y Oviedo.

El resultado final derivado del informe de Safford favoreció, a tenor de la grave situación en relación a las carencias del modelo de asistencia rehabilitadora dirigido a niños discapacitados, la creación del conocido como *Plan de operaciones para la rehabilitación ESPAÑA-23*, mediante un acuerdo de colaboración firmado a finales de 1960 y principios de 1961 entre el Gobierno Español, la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. El Consejo Nacional de Rehabilitación se ocupó de elaborar, dirigir, coordinar y controlar los acuerdos suscritos, entre los que se incluía la formación profesional en el campo de la rehabilitación, especialmente de los fisioterapeutas. Durante estos primeros años la OMS facilitó la formación de especialistas gracias al envío de un monitor de fisioterapia durante los primeros cursos.

El inicio del PLAN ESPAÑA-23 coincidió con la llegada de la consultora danesa de la OMS, Birgit Brodsgaard (80). Su estancia en nuestro país se prolongó durante tres años, hasta diciembre de 1963. Los documentos redactados en cada una de las posteriores visitas, incluida la de Brodsgaard, evaluaron de manera específica la implantación de las medidas recomendadas en anteriores informes, con el fin de mejorar de forma progresiva las características del modelo de asistencia rehabilitadora en el contexto del Plan ESPAÑA-23. Esta experta, con el perfil profesional de fisioterapeuta, dedicó una parte de su informe final a la situación de las escuelas oficiales de fisioterapia, aprobadas por el Ministerio de Educación, que en 1960 llegaban a seis: cuatro en Madrid –Hospital Clínico Universitario, Hospital de San Rafael, Salus Infirmorum, Hospital de la Cruz Roja–; una en Barcelona, de la Sección femenina de la Falange; y una, en Valencia en el Hospital Clínico Universitario. Al igual que las conclusiones derivadas de las anteriores visitas de expertos, la calidad docente de las escuelas de fisioterapia continuaba siendo deficitaria debido, entre otros motivos, a la ausencia de docentes con formación cualificada en técnicas específicas. Este hecho provocaba que la cali-

dad de la enseñanza y los contenidos impartidos fueran muy diferentes en las escuelas evaluadas. Su informe recomendaba la presencia de monitores extranjeros, expertos fisioterapeutas, con experiencia en la práctica y con presencia durante el periodo de años que se considerara adecuado para poder formar a toda una generación de fisioterapeutas españoles que actuara como monitor de promociones posteriores.

Por otro lado, una recomendación de este Plan hacía referencia a la necesidad de creación o mejora, en el caso de los emplazamientos ya existentes, de servicios de formación en áreas propias de la rehabilitación. Estas primeras sugerencias iban dirigidas a instituciones sanitarias que ya contaban con una unidad de rehabilitación, como la Clínica de la Concepción, el Hospital Provincial o el Hospital del Niño Jesús –todas ellas situadas en Madrid– y el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa, emplazado en Valencia. Para la supervisión de estas acciones, dos expertas de la OMS, Malan (81) y Abella (82), fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, respectivamente, fueron enviadas, de forma expresa, para la puesta en marcha de las acciones oportunas. En 1963, la Dirección General de Sanidad se hacía eco de los problemas detectados por los comisionados extranjeros (83).

Una nueva visión de la situación del país, posterior a la estancia de la fisioterapeuta danesa, la obtenemos gracias al informe realizado en el año 1965 por Louis Pierquin (84), experto consultor de la OMS para la rehabilitación de niños con discapacidades físicas. Este profesor de la Facultad de Medicina de París, puede ser considerado el profesional de mayor prestigio de todos los que visitaron España en el contexto del Plan de operaciones ESPAÑA-23 (74, 75). Los objetivos de su misión eran evaluar el trabajo realizado, entre 1960 y 1963, en las áreas de rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional; revisar el grado de implementación de las medidas propuestas por los expertos que visitaron España con anterioridad a su llegada; y finalmente, entrevistarse con las autoridades españolas para identificar aspectos clave en el desarrollo del programa en los próximos años.

El análisis de la situación realizado en su informe es, con diferencia, el más completo de los revisados. Consta de cinco grandes apartados en los que se distinguen: los problemas de fisioterapia; los problemas de terapia ocupacional; otros problemas de la formación y de rehabilitación; observaciones y conclusiones generales de los servicios hospitalarios de rehabilitación; y un último punto dedicado al Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. Finalmente presenta tres anexos en los que analiza los principales servicios de rehabilitación de Madrid, Barcelona y Valencia, y un último anexo en el que refleja, en forma de listado, los directores médicos, responsables de los principales servicios de rehabilitación.

Los resultados fueron bastante desalentadores. Las conclusiones generales recogidas en los principales capítulos en los que se estructura el informe de Pierquin, teniendo en cuenta las observaciones realizadas en los anteriores informes redactados por consultores tras sus respectivas visitas a España y recogidas por él se dividen en los siguientes apartados:

I. Problemas de la Fisioterapia: la formación de los fisioterapeutas y la instalación de las unidades hospitalarias de fisioterapia.

El informe pone de manifiesto que a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar la formación de Fisioterapia, tanto de los consultores implicados como de los jefes de servicio de los principales hospitales, los resultados eran claramente insuficientes. Como principales causas, se identificaron los siguientes aspectos:

A. Número excesivo de escuelas: La citada ley de 1957 provocó de inmediato la inauguración de varias escuelas de fisioterapia en las Facultades de Medicina. Desde la promulgación del Decreto de 26 de julio de 1957 por el que se establecía la especialización de Fisioterapia para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, hasta 1964, hasta once órdenes ministeriales autorizaron la creación de sendas Escuelas de Fisioterapia en todo el país. Este hecho es reflejado como un grave perjuicio, dada la baja calidad de la docencia y los escasos recursos disponibles en la mayoría de ellas. En este sentido, se aconsejaba reunificar recursos, centralizarlos en

Madrid, Valencia y Barcelona para aumentar la cualificación de los titulados. Pierquin recomendaba a Ricardo Hernández, Carlos Caballé Lancry y Ramón Salas Vázquez como las personas idóneas para dirigir dichas escuelas. El resto de centros deberían desaparecer y su personal debía ser integrado en las citadas escuelas oficiales. Esta reunificación, considerada esencial, debía ser ejecutada por el Patronato Nacional de Rehabilitación como órgano encargado de llevarla a cabo.

B. Insuficiencia y diversidad en la formación: Los cursos teóricos, en lo que se refiere a las materias fundamentales, eran impartidos por médicos muy cualificados pero que no adaptaban su conocimiento al contexto de la fisioterapia ni al nivel adecuado para su formación. Los contenidos de las asignaturas sobre cinesiología, kinesiterapia y fisioterapia tenían un nivel muy dispar, según las escuelas en las que se impartían, debido a la baja capacitación de los médicos y monitores que se encargaban de esta formación. Las demostraciones y la calidad de la formación de prácticas clínicas recibida por los alumnos era deficitaria en todos los niveles: falta de personal con formación adecuada, de material y limitaciones muy graves en el espacio destinado a la docencia. Según el modelo rehabilitador, en su formulación más avanzada, el alumno de fisioterapia debía ser formado en un amplio abanico de especialidades médicas. Esto implicaba frecuentar múltiples servicios médicos que incluyeran niños, mujeres y ancianos, además de visitar las casas de convalecencia, los servicios de enfermedades agudas o, incluso, los hospitales psiquiátricos, ente otros, algo que no se contemplaba en los programas prácticos clínicos del momento.

C. Carencias del programa oficial: Los planes de estudio habían sido revisados en muchos países y se consideraba indispensable la renovación de los programas oficiales de enseñanza impartidos en España.

D. Dificultades para la entrada en las escuelas: La necesidad de cursar los estudios de ATS como requisito previo para acceder a

los estudios de fisioterapia se consideraba una medida inútil para los futuros fisioterapeutas. El nuevo sistema de acceso a estos estudios estaba aún por concretar pero era preciso implantar un sistema de acceso directo. A pesar de que esta medida fue considerada como transitoria, y como respuesta a las demandas de consultores OMS, dada la necesidad de formación especializada ante la inexistencia de un proceso formativo similar, esta situación, lejos de solucionarse en un breve plazo de tiempo, se mantuvo hasta 1983, influyendo de forma negativa en el proceso formativo de los fisioterapeutas españoles. La Universidad de Valencia fue la primera que comenzó a impartir la enseñanza de la Fisioterapia con rango universitario, como centro piloto a nivel nacional en el curso académico 1983-1984. Por un Real Decreto (2702/1983, de 28 de septiembre) del Ministerio de Educación y Ciencia se creó la primera Escuela de Fisioterapia en Valencia, transformando así la antigua Escuela de Especialización de Fisioterapia de la Facultad de Medicina.

E. Dirección y coordinación en la escala superior: Correspondería al Patronato Nacional de Rehabilitación la coordinación de la enseñanza de la fisioterapia. Cada escuela debería tener un director “efectivo” y otro “consultivo”, asistido cada uno de ellos por un secretario. El Ministerio de Educación sería responsable de la formación de los asistentes médicos y permitiría a los Decanos de las Facultades de Medicina de Madrid, Barcelona y Valencia escoger a los directores de enseñanza. Éstos tendrían capacidad para ejercer el control sobre el funcionamiento de las escuelas de fisioterapia en lo que se refiere a la admisión, los programas docentes y periodo de exámenes, entre otros aspectos.

F. Ayuda futura de la OMS en materia de formación en fisioterapia: Respecto a la ayuda prestada por la OMS para la asistencia de formadores internacionales experimentados, Pierquin, en su informe, consideraba que las bases técnicas eran suficientes para que los españoles pudieran dar continuidad al trabajo iniciado. Subrayó la existencia de médicos muy cualificados y jóvenes fisioterapeutas, capacitados para convertirse en buenos monitores de ense-

ñanza si se les proporcionaban los medios adecuados. Por otro lado, una contribución extranjera permanente tampoco se consideraba positiva por la necesidad de que el personal autóctono fuera tomando, paulatinamente, la responsabilidad en la enseñanza de las futuras generaciones.

Con el fin de mantener un nivel de formación adecuado y actualizado al desarrollo de esta disciplina, el perfeccionamiento en el extranjero de los médicos y fisioterapeutas se consideraba prioritario. Se aconsejaba la llegada de monitores extranjeros que vinieran a España para realizar estancias cortas de formación especializada, intercambio de profesionales y el envío de materiales educativos a los directores de las escuelas.

II. Problemas de la terapia ocupacional: la formación de los terapeutas ocupacionales y la instalación de las unidades hospitalarias de terapia ocupacional

Cuando se pensó en desarrollar un programa nacional de rehabilitación en España, la ergoterapia era considerada una de las partes fundamentales de la reeducación de la función psicomotriz y del entrenamiento dirigido hacia el desarrollo de actividades profesionales y sociales. El informe redactado en 1956 por Safford y Jansson recomendaba la creación de una sección de terapia ocupacional integrada en los servicios de rehabilitación de cada uno de los tres hospitales de referencia de Madrid (Clínica de la Concepción, Hospital Provincial, Clínica del Trabajo). Este proyecto, al igual que en el apartado correspondiente a la fisioterapia, también contemplaba la asistencia de un instructor cualificado de la OMS con función formadora de un reducido grupo de alumnos. Éstos, una vez especializados en el extranjero, se convertirían en instructores de promociones posteriores. En 1959 Safford reiteró las mismas recomendaciones en su informe, mostrándose partidario de iniciar dicha formación en Barcelona y Valencia.

A partir de los informes anteriores, entre 1960 y 1961 el plan de operaciones ESPAÑA-23 también fue desarrollado en el contexto de la Terapia Ocupacional, con la adopción de medidas similares al caso de la fisioterapia, enfocadas al desarrollo de esta nueva disciplina: la realización de un curso de formación de ergoterapeutas, bajo la dirección de la Escuela Nacional de Salud Pública; la instalación de un departamento de ergoterapia en determinados servicios de rehabilitación (Clínica de la Concepción, Hospital Provincial, Hospital del Niño Jesús de Madrid y el Hospital de la Malvarrosa de Valencia); el envío a España, por parte de la OMS, de un instructor y la disposición de un número de becas destinadas a la formación de profesionales en el extranjero; la cesión, por parte de organismos internacionales, de material adecuado para la equipación de los servicios de rehabilitación seleccionados.

El inicio de la realización del proyecto se produjo en abril de 1961, con la llegada de Mercedes Abella, terapeuta ocupacional de origen cubano, enviada por la OMS, que visitó España entre 1961 y 1963. Antes de esta fecha la ergoterapia no era conocida en España, salvo por algunos médicos que sí disponían de algún tipo de instalación especializada en sus centros de trabajo. Un claro ejemplo era el dispensario antituberculoso de la calle Maudes, en Madrid, con una sección de ergoterapia integrada en el servicio de readaptación, creada y mantenida por el empeño de su Director de Servicio, Cecilio González, y uno de sus colaboradores, Ruiz García.

La estancia de Abella en España contribuyó de forma decisiva al desarrollo de la ergoterapia. Uno de sus principales cometidos era la incorporación progresiva de material adecuado y el desarrollo del funcionamiento de los servicios de ergoterapia integrados en los servicios de rehabilitación ya existentes. Las conclusiones de esta experta consultora internacional, perfectamente cualificada y muy trabajadora, fueron redactadas en un informe final realizado para la OMS en 1964.

Uno de los principales problemas encontrados fue el de la ausencia de profesionales formados y, por tanto, se hizo imprescindible la

necesidad de establecer un proceso formativo en forma de curso acelerado. Esta primera iniciativa tuvo una duración de 8 meses, con un solo mes de estancias clínicas. El programa de estudios fue diseñado de forma conjunta por el doctor Ruiz García y M. Abella, a partir de un programa de la asociación internacional de ergoterapeutas, teniendo en cuenta las posibilidades reales de su ejecución.

El siguiente problema de entidad al que tuvieron que hacer frente fue el del reclutamiento de alumnos. Los jóvenes no estaban suficientemente informados de las características de la especialidad dada la situación de incertidumbre sobre el futuro desarrollo laboral de estas figuras profesionales en España. Bajo esta justificación, la gran mayoría de alumnos potenciales dudaban entre iniciar los estudios de kinesiterapia, una especialidad más consolidada, que aseguraba un futuro más estable que con el de la ergoterapia, un campo de trabajo cuyas competencias y funciones aún estaban por definir en España. No obstante, en el primer curso se inscribieron un total de 14 alumnos. Estos estudiantes, de igual modo que lo sucedido en el contexto de la fisioterapia, sufrieron tanto la falta de profesores formados en la especialidad como la ausencia de emplazamientos adecuados para la realización de prácticas clínicas.

La enseñanza práctica se llevaba a cabo, al principio, en un pequeño local del Hospital de la Beneficencia del Estado, con muy poco material y muy pocos enfermos, aunque posteriormente era realizado en la sección de ergoterapia del Dispensario Central de Rehabilitación de la Calle Maudes, el único lugar de la ciudad con capacidad para la realización de demostraciones prácticas. El papel de Abella y dotación de material derivado de la ayuda internacional permitió una mayor organización de esta sección y, por tanto, una mejora de las condiciones para la formación práctica.

Los resultados posteriores sobre la actividad profesional de los primeros especialistas, evaluados en el informe de Pierquin, realizado en 1964, fueron muy desalentadores. De los 13 alumnos que finalmente obtuvieron su diploma de especialización, únicamente 3 ergoterapeutas continuaban con la labor desarrollada en el Dispensario

de la Calle Maudes y el resto había abandonado la práctica de la especialidad. Este hecho justificaba la necesidad de creación de plazas hospitalarias para dar continuidad a los estudios iniciados de la especialidad.

El segundo curso, que el experto considera estaba bien organizado, no se veía reflejado en cuanto a sus frutos. El programa docente fue mejorado, revisado y aumentado con una mayor participación médica y con mayores posibilidades de realización de prácticas clínicas. El Dispensario de la Calle Maudes, de Madrid, se convirtió en un excelente escenario para la realización de prácticas, caracterizado por un equipamiento material y profesional de gran nivel. Un total de cuatro profesionales trabajaban bajo condiciones de trabajo excelentes, asesorados por Abella. La formación de ese segundo curso duró dos años, desde noviembre de 1962 hasta julio de 1964, incluía seis meses de formación clínica, lo que supuso una mejora importante respecto al primer curso. Se inscribieron un total de 20 alumnos, aunque sufrirían el mismo problema que sus antecesores, la falta de puestos de trabajo destinados para esta especialidad.

En cuanto a las conclusiones finales y recomendaciones futuras realizadas en el informe de 1964 desarrollado por L. Pierquin, dada la falta de cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos, se considera que las bases técnicas son suficientes para que la disciplina continúe avanzando hacia la consolidación definitiva, aunque ésta se encontrara aún a una distancia lejana. La realización del tercer curso formativo, programado para finales de 1964, de dos años de duración y con mejoras en la calidad y cantidad de centros de demostraciones prácticas, era tomado como el despegue definitivo de la especialidad en el ámbito nacional.

Todos los esfuerzos docentes deberían ser centralizados en la Escuela de Madrid, en un intento de aunar esfuerzos y recursos materiales. Por otro lado, la OMS debería facilitar y asegurar, durante un periodo prolongado de años, el contacto con centros extranjeros mediante intercambios formativos incentivados con becas de estudios a jóvenes ergoterapeutas. De igual modo, la OMS enviar monitores cuali-

ficados para impartir cursos de perfeccionamiento a los especialistas españoles. Este conjunto de acciones deberían ser complementadas con el envío de material docente y de investigación por parte de la Asociación Nacional Francesa de ET y de la Federación Mundial de ET, que no escatimaran esfuerzos en la dotación y facilitación de material.

El problema más difícil y complejo de resolver era el de la dotación de puestos de trabajo adecuados al nivel de cualificación de los profesionales especializados. Se consideraba urgente mejorar las instalaciones existentes y crear nuevas para asegurar plazas a estos profesionales, así como asignar un salario adecuado y ajustado que permita la dedicación laboral a tiempo completo en un único servicio.

Este tipo de respuestas dependían de la política económica del país y de la situación de las estructuras sanitarias. En principio, el Gobierno había mostrado su interés en el desarrollo de la ergoterapia y las recomendaciones realizadas por Abella tras su visita a España fueron recogidas y aceptadas por Manuel Onorbe, Secretario General del Patronato de Rehabilitación. Entre éstas se encontraba la futura inauguración de una Escuela Oficial que sustituyera la función docente de los cursos formativos acelerados. El reconocimiento oficial de la formación de la especialidad se produjo en septiembre de 1964, con la creación de una Escuela de Terapia Ocupacional dependiente de la Escuela Nacional de Salud y vinculada a la Facultad de Medicina. Para los próximos años se esperaba la constitución de un Grupo Nacional de Ergoterapeutas, la adhesión de España a la Federación Mundial y, en consecuencia, su participación en el contexto internacional.

III. La formación de los especialistas médicos y la instalación de las unidades hospitalarias de Rehabilitación

La especialización médica en rehabilitación se había realizado, fundamentalmente, por medio de tres vías: por medio de estudio y trabajo de campo personal; por medio de viajes y estancias en el extran-

jero; y gracias a la formación organizada y apoyada por el Gobierno. En cuanto a la segunda vía, en forma de estancias en el extranjero para el perfeccionamiento, un gran número de doctores se beneficiaron del sistema de becas implantado por la OMS. Los informes técnicos destacan la labor desarrollada por Pastrana, Caballé Lancry, Concepción Santa Pau, Mariano González, Ricardo Hernández y Ruiz García. En el caso de Caballé se indica que dirigía el Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico de Valencia de manera muy competente, destacando del resto por su infraestructura y nivel de organización.

Por otro lado, esta especialización, en algunos casos, también había sido obtenida gracias a la realización de cursos. El plan ESPAÑA-23 recomendaba que los médicos ya especializados realizaran un esfuerzo formativo dirigido a los nuevos médicos interesados en iniciar su formación en este sentido. Ricardo Hernández, Sales Vázquez, Caballé Lancry y Bataller Sallee, ayudados por profesores y jefes de servicio hospitalarios, asumieron esa labor formadora en Madrid, Barcelona y Valencia, respectivamente. En Madrid, Ricardo Hernández y varios médicos formados desde 1960 iniciaron un programa formativo establecido inicialmente en un año de duración, aunque se esperaba que fuera ampliado a dos años a partir de noviembre de 1964. En Barcelona, Sales Vázquez organizaba desde 1961 periodos formativos de seis meses de duración. Contaba con un número aproximado de entre 10 y 20 médicos como alumnos y el programa docente no era el mismo que en Madrid. En Valencia, la formación era responsabilidad de Caballé Lancry y Bataller y tenía una duración de seis meses. Las clases teóricas y las prácticas eran impartidas en el Hospital de la Malvarrosa.

La principal conclusión y acción de mejora derivada de estos primeros intentos, calificados como muy interesantes, fue la necesidad de que los estudios de rehabilitación quedaran integrados al igual que los de fisioterapia, dentro de las Facultades de Medicina, y que presentaran un programa uniforme elaborado por el Ministerio de Educación. Este organismo sería quien otorgara un reconocimiento oficial de la especialización.

La principal dificultad encontrada para implementar esta medida se centró, al igual que en el caso de la fisioterapia, en la inexistencia de docentes formados en materia de rehabilitación. La mayoría de catedráticos actuales de medicina física eran radiólogos y radio-terapeutas, ignoraban los aspectos más básicos de la rehabilitación y no estaban formados para impartir esta docencia. El resto de profesores existentes, –cirujanos ortopédicos, neurólogos, reumatólogos, pediatras, etc.– presentaban un perfil más cercano pero aun así carecían de formación en rehabilitación.

La persona encargada de coordinar la formación de rehabilitación en la Facultad de Medicina se debería ocupar de que los estudiantes recibieran una formación complementaria de unas 20 a 30 conferencias clínicas por curso. Se consideraba fundamental que médicos de todas las ciudades conocieran la importancia y las posibilidades de la rehabilitación con el fin de que tuvieran la capacidad de derivar de forma adecuada a sus enfermos hacia los servicios especializados. La organización de la formación postgrado en forma de seminarios, coloquios y congresos, debería ser competencia de la Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación de España. Por otro lado, el Plan de Operaciones ESPAÑA-23 preveía la organización de otras enseñanzas como foniatría y logopedia, asistencia social, orientación profesional, formación profesional y fisioterapia respiratoria.

Respecto al equipo protésico y ortopédico, y la formación de los técnicos ortopedistas, las visitas a hospitales identificaron algunos pequeños talleres en los que un técnico ortopédico confeccionaba algunos aparatos ortopédicos. No obstante, la mayor parte de las ocasiones se recurría a la colaboración de un ortopeda privado. El volumen de ortopedistas actuales en España se establecía en un número aproximado de 250, y carecían de formación profesional organizada. Los médicos especializados en rehabilitación realizaban varios cursos de formación de equipo ortopédico pero no se incluía ninguna materia relacionada en el programa docente de los estudiantes de medicina. En respuesta a esta situación, la OMS debería aportar su experiencia para formar a jóvenes médicos en el extranjero, así como

en la organización de cursos de formación práctica y de perfeccionamiento de los técnicos ortopedistas por monitores extranjeros.

Como resultado de las visitas realizadas al conjunto de servicios de rehabilitación de los principales hospitales de Madrid (14 centros), Barcelona (7 centros) y Valencia (2 centros), y basándose en las recomendaciones realizadas en anteriores informes técnicos, Pierquin expuso las graves carencias tanto en el número de servicios de rehabilitación como en los recursos materiales y humanos disponibles para éstos. En general, predominaba un número insuficiente de servicios, algo que ocurría también en otros países europeos. Lo deseable era que existieran unidades de rehabilitación en todos los hospitales. Por este motivo, se aconsejaba que, al menos, los nuevos hospitales comprendieran una sección destinada a rehabilitación con un espacio mínimo para desarrollar esta labor en condiciones ya que en hospitales antiguos los espacios eran deplorables, por su exigüidad, y situados en los sótanos, oscuros, húmedos y sin ventilación. Por el contrario, en algunos hospitales de factura más moderna, la situación era diferente. Se consideraba conveniente la redacción de un texto legal que regulara las condiciones de estos espacios, dictando reglas precisas sobre localización, disposición y reparto de espacios, así como material necesario y personal. Los centros escogidos fueron: la Clínica de la Concepción, Hospital Provincial, Hospital del Niño Jesús, en Madrid, y el Sanatorio de la Malvarrosa, en Valencia. Estos centros deberían tener instalaciones preparadas para fisioterapia y ergoterapia, salas de consultas y de conferencias, bajo la dirección de un médico especializado. Además de esta misión formativa, los consultores de la OMS tendrían la misión de hacer funcionar estos servicios.

Al igual que los espacios, la carencia de material destinado a rehabilitación era evidente en prácticamente todos los centros visitados. Los informes destacaron la existencia de aparatos mecánicos utilizados en fisioterapia obsoletos que habría que desechar de forma urgente. Según los expertos, la parte de material que correspondía a ejercicios gimnásticos era fácilmente reemplazable sin un coste demasiado elevado (tablas, mesas de madera, cojines, espalderas,

palos, cuerdas, poleas, pesos, pelotas, mancuernas, etc.). Igualmente sucedía con las máquinas de remo, las bicicletas estáticas y las jaulas de suspensión, podrían ser fabricadas a bajo coste por artesanos locales. La otra parte de material, correspondiente al empleo de los agentes físicos era más difícil de conseguir debido a su elevado precio. Las piscinas, tanques, aparatos de electroterapia, de ultrasonidos, de diatermia y de onda corta, entre otros, podían ser adquiridos e instalados de forma progresiva puesto que no eran absolutamente indispensables.

La falta de personal, aspecto identificado como la principal carencia de los servicios hospitalarios, se justificaba debido a un doble déficit, el de la formación y el del empleo. No obstante, el informe final de Pierquin destacaba que España estaba haciendo verdaderos esfuerzos de formación y educación para disponer de personal médico y auxiliar de calidad. Todos los médicos especialistas entrevistados en las diferentes visitas de expertos eran conocedores de los problemas teóricos y prácticos derivados de la formación a especialistas y reconocían que algunos de ellos se podrían solucionar con apoyo internacional. Respecto a la formación de especialistas en rehabilitación, en espera de la consolidación oficial de una nueva especialidad, se pensaba que la formación post-universitaria aumentaría rápidamente el personal disponible. Esta misma observación podía ser aplicada a los fisioterapeutas y a los terapeutas ocupacionales.

El problema del empleo era infinitamente más preocupante. Ni los médicos ni el personal asociado, dada la situación actual, podía conseguir un trabajo remunerado en los hospitales. Esto les obligaba, generalmente, a ejercer una actividad a tiempo parcial, muchas veces de forma altruista, y complementada en el ámbito privado. Un gran número de auxiliares, ante la dificultad de obtener un trabajo relacionado con su titulación, se veían obligados a ejercer cualquier otro tipo de actividad laboral, no siempre relacionada con sus estudios. A pesar del acuerdo pactado y de los esfuerzos realizados hacia la creación de servicios de formación y demostración a partir de algunos servicios ya existentes, los objetivos del Plan no se cumplieron más que en parte. En 1964, cuatro años después de la implanta-

ción del Plan ESPAÑA-23, las acciones estaban muy alejadas de lo que se pretendía. Los principales motivos fueron: el retraso de los hospitales en adecuar espacios, la escasa capacidad para formar personal y para implantar puestos de trabajo en el sistema sanitario, y los insuficientes recursos económicos destinados a la compra de material.

Los centros que contaron con un mayor nivel de desarrollo, a pesar de estar aún lejos de la situación deseada, fueron el Dispensario de la Calle Maudes, el servicio del Hospital Clínico y los recientes servicios del Hospital Puerta de Hierro, en Madrid, junto con el Hospital Clínico de Barcelona. Aunque estos servicios no se adaptaran a las funciones sugeridas, estos centros destacaron por la conjunción de médicos excepcionales, a pesar de la evidente carencia de directivos, de medios y de personal.

Esto provocó una situación de inmovilismo en la mejora del número y calidad de los servicios de rehabilitación. Y lo que es más importante, una oportunidad perdida de mejorar la clara situación de desventaja de nuestro país en cuanto a la actualización y formación de estos especialistas y en cuanto a la mejora del funcionamiento y distribución de los servicios relacionados.

Los dos programas que hemos analizado más detenidamente, ESPAÑA-21 y ESPAÑA-23 y las otras actividades de colaboración fueron, de algún modo, la antesala del más amplio y comprehensivo informe (1967) de Fraser Brockington (1903-2004), profesor de medicina preventiva y social en Manchester, historiador y consultor de la OMS y personalidad muy influyente en círculos sanitarios internacionales. Dicho informe sobre la organización de los servicios sanitarios en España (85), es una detallada radiografía de la situación global y un documento indispensable para la historia sanitaria de la España del periodo histórico al que nos hemos acercado en ese estudio. Un acercamiento que, debido a la magnitud del tema, es un punto de partida a completar con otro tipo de fuentes no exploradas aquí (como las de tipo diplomático, iconográfico o de la prensa general y científica), con el estudio sistemático de todos y cada uno de

los proyectos y colaboraciones que se llevaron a cabo y con las repercusiones científicas, profesionales y sociales inmediatas y a más largo plazo, de dichas actividades.

Conclusiones

La reconstrucción de las relaciones entre España y la OMS en sus inicios permite desvelar aspectos menos conocidos de esta parte de nuestra historia y posibilita la puesta en práctica de un modelo de análisis para la mejor comprensión de la complejidad de las relaciones entre un país determinado y las agencias internacionales creadas tras la Segunda Guerra Mundial, así como para poder establecer, en una segunda fase, estudios comparados. Algunas peculiaridades que ayudan a explicar que la entrada en la OMS se produjera con anterioridad a la de otros organismos internacionales fue que ésta se consideraba a sí misma como una agencia técnica, en la que no se debían interferir los aspectos políticos, puesto que su misión era de mayor alcance, el conseguir la mejora de la salud de las poblaciones y que para ello era necesario, desde el punto de vista epidemiológico y sanitario, que la mayor parte de países del mundo, se integraran allí.

La imagen proyectada a través de la observación, sobre el terreno, de expertos consultores de la Organización Mundial de la Salud sobre diversos aspectos de la sanidad española, nos permite un acercamiento complementario al ofrecido por otro tipo de fuentes de procedencia nacional y constituye una imagen en espejo donde se ven reflejados las diferentes, y no siempre coincidentes, miradas. Los dos programas analizados: salud infantil y discapacidades físicas en niños, son una buena prueba de ello.

La salud y enfermedad de los niños fue siempre una prioridad en las políticas de la OMS y también en los programas de colaboración. En el caso de España fue especialmente bien apoyado el relativo a la creación de Escuelas de Puericultura y Centros Piloto para prematuros. La llegada de consultores a España, en especial de Marcel

Lelong, fue decisiva para el arranque, no sin dificultades, de estos últimos.

El impacto de la problemática generada por la discapacidad en sectores profesionales médicos más consolidados y con mayor interacción internacional —especialistas en traumatología, ortopedia y rehabilitación—, permitió el desarrollo de conocimientos y técnicas y contribuyó no sólo a la consolidación de una imagen de la profesión, y de la especialidad, sino también a la progresiva sensibilización de la sociedad hacia los derechos de los discapacitados. Este hecho también se produjo en el caso de nuevos profesionales sanitarios como los fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales sólo que de una forma más tardía y lenta, condicionada por las dificultades inherentes a una organización sanitaria necesitada de mejora en su eficacia y su eficiencia.

El análisis de los informes técnicos llevados a cabo por consultores de la OMS sobre la situación del proceso de rehabilitación a través de las visitas realizadas a España entre los años 1960 y 1975 se dirigió fundamentalmente, a evaluar el conjunto de instituciones visitadas y al análisis de su situación, así como del grado de formación y especialización de los profesionales implicados: médicos especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Los informes emanados permitieron conocer, a través de observaciones de personas expertas e independientes, la realidad de los recursos humanos y materiales de todo tipo con los que se contaba para hacer frente a la creciente demanda de este tipo de servicios. Por otro lado, se posibilitó una formación profesional abierta a las nuevas corrientes de médicos especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales a través de la llegada de personal extranjero que impartía formación y a través de las bolsas de estudio que financiaban los viajes a centros extranjeros de prestigio.

En conjunto, las relaciones y las acciones colaborativas entre España y la OMS entre 1940 y 1975 tuvieron un balance positivo, no tanto a corto como a medio plazo porque contribuyeron al proceso de moder-

nización y racionalización de la organización sanitaria del país, a la apertura a las corrientes científicas internacionales, a los cambios de todo orden que, en su conjunto, la sociedad española estaba experimentando y cuyos resultados darían fruto en la etapa posterior.

Bibliografía

1. RODRÍGUEZ-OCAÑA E. The politics of Public Health in the state-managed scheme of healthcare in Spain (1940-1990). In: Löwy I, Krige J ,eds. *Images of disease. Science, public policy and health in Post-war Europe*. Luxembourg: European Communities; 2001. p. 187-210.
2. QUINTANA NAVARRO F. La historia de las relaciones internacionales en España: apuntes para un balance historiográfico. En: *La historia de las relaciones internacionales. Una visión desde España*. Madrid: Comisión Española de Historia de las Relaciones Internacionales; 1996. p. 1-65.
3. PEREIRA CASTAÑARES JC, CERVANTES CONEJO A. La política exterior del Franquismo: un reto para la historiografía española. *Cuadernos de Historia Contemporánea* 1990; 12: 175-182.
4. TUSELL J. *El régimen de Franco. Política y relaciones exteriores*. Madrid: UNED; 1993.
5. VVAA. *Del aislamiento a la apertura: la política exterior de España durante el Franquismo*. Madrid: Comisión Española de Historia de las Relaciones Internacionales; 2006.
6. SÁNCHEZ GONZÁLEZ I. *Diez años de soledad. España, la ONU y la dictadura franquista (1945-1955)*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015.
7. WEINDLING P. *International health organizations and movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.

8. IRIYE A. *Global community: the role of international organizations in the making of the contemporary world*. Berkeley: University of California Press; 2002.
9. BROWN TH, CUETO M, FEE, E. The WHO and the transition from “international” health to “global” health. In: Bashford A. ed. *Medicine at the border: disease, globalization and security, 1850 to the present*. New York: Palgrave MacMillan; 2007. p. 76-94.
10. BOROWY I. *Coming to terms with world health: the League of Nations Organization 1921-1946*. Frankfurt: Peter Lang GmbH; 2009.
11. BROWN TH, CUETO M. The World Health Organization and the World of Global Health. In: Parker, R, Somer, M, eds., *Routledge Handbook in Global Public Health*. London: Routledge; 2011.
12. CUETO M. *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: OPS; 2004.
13. BARONA VILAR, JL. *The Rockefeller Foundation. Public Health and International Diplomacy*. London: Pickering and Chatto; 2015.
14. BARONA VILAR, J., BERNABEU MESTRE J. *La salud y el Estado: el movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universitat de València; 2008.
15. BERNABEU MESTRE J., BARONA VILAR, JL. *Nutrición, salud y sociedad. España y Europa en los siglos XIX y XX*. Valencia: PUV/SEC; 2011.
16. GILLISPIE J. International organizations and the problem of child health, 1945-1960. *Dynamis* 2003; 23: 115-142.
17. CUETO M. *La salud internacional y la Guerra Fría: Erradicación de la malaria en México, 1956-1971*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
18. MOSQUERA GORDILLO M, BARÓN CANO N, BALLESTER AÑÓN R. El camino hacia la erradicación de la poliomielitis a través de la OPS. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2014; 36(3): 185-192.

19. MENÉNDEZ NAVARRO A. La colaboración sanitaria internacional: reflexiones y propuestas desde la historia. En: Campos R, Montiel L. Huertas R. *Medicina e ideología e Historia de España (siglos XVI-XX)*. Madrid: CSIC; 2007.p.51-75.
20. WHO. *The first ten years of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 1958.
21. WHO. *The second ten years of the World Health Organization 1958-1967*. Geneva: WHO; 1968.
22. WHO. *The third ten years of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 1978.
23. WHO. *The fourth ten years of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 1988.
24. ROEMER M. Internationalism in Medicine and Public Health. In: Bynum H, Porter R, eds. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge; 1993.
25. HAAS PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization* 1992; 46: 1-35.
26. SOLOMON S, MURARD L, ZYLBERMAN P. Introduction. In: Solomon S, Murard L, Zylberman P, eds. *Shifting boundaries of public health: Europe in the twentieth century*. New York: University of Rochester Press; 2008. p.1-22.
27. RODRÍGUEZ OCAÑA E. *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Akal. 1993.
28. STURDY S, FREEMAN R, SMITH-MERRY J. Making knowledge for international policy: WHO Europe and Mental Health Policy, 1970-2008. *Social History of Medicine* 2013; 26(3): 532-554.
29. EDITORIAL: España en la Organización Mundial de la Salud. Consejo General de Colegios Médicos de España. *Boletín Cultural e Informativo* 1951; XI (52).
30. RODRÍGUEZ OCAÑA E, IGNACIUK A, ORTIZ GÓMEZ T. Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre la píldora en

- España durante el franquismo y la transición democrática (1970-1979). *Dynamis* 2012; 32(2):46-494.
31. SANTESMASES MJ. Viajes y memorias de las ciencias en España antes y después de la Guerra Civil. *Asclepio* 2007; 59 (2): 213-230.
 32. MARTÍNEZ NAVARRO F. Transición democrática y fin de la higiene pública. En: Perdiguero-Gil E, ed. *Política, salud y enfermedad: entre el desarrollismo y la transición democrática*. E-pub. Universidad Miguel Hernández; 2015.
 33. HUERTAS GARCÍA-ALEJO R.,ed. Salud Pública en la España Contemporánea. *Dynamis* 1995; 15: 151-299.
 34. MOLERO MESA J. Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo. El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis* 1994; 14: 199-225.
 35. JIMÉNEZ LUCENA I. El tifus exantemático en la postguerra española (1939-1943). *Dynamis* 1994; 14: 185-198.
 36. BÁGUENA CERVELLERA MJ. La producción y difusión de las vacunas en España. La vacuna antivariólica (1899-1982). En: Barona JL, Guillem-Lobato X, eds. *Sanidad internacional y transferencia de conocimiento científico. Europa, 1900-1975*. Valencia: PUV; 2015.
 37. RODRÍGUEZ-OCAÑA E, ed. Dossier: The health of children in Modern History. Episodes for embeddig science, culture and politics. *Dynamis* 2003; 17-166.
 38. SCHMID WM. MARTHA MAY ELLIOT. Some kind of social doctor. *Pediatrics* 1979; 3:146-149.
 39. WHO. *Expert Group on Prematurity*. WHO Technical Report Series; 1950; n° 27.
 40. WHO. *Circular letters*. World Health Day. C.L.7.1951 CG-4-8.WHO Archive; 1951.
 41. WHO. *Public health aspects of low birth weight*. WHO Technical Report Series; 1961, n. 217.

42. WHO. *Expert Committee on the organization and administration of maternal and child services*. Agenda. WHO Archive MCH/WP/68.0; 1968.
43. BAIRD D. The epidemiology of prematurity. *Journal of Pediatrics* 1964; 65: 909-924.
44. ABRAMOWICZ M, KASS EH. Pathogenesis and prognosis of Prematurity. *New England Journal of Medicine* 1966; 275: 878-885: 938-943; 1001-1007; 1053-1059.
45. BERNABEU MESTRE J, PERDIGUERO Gil E. At the service of Spain and Spanish children: mother-and-child healthcare in Spain during the first two decades of Franco's regime (1939-1963). In: Löwy I, Krige J, eds. *Images of disease. Science, public policy and health in Post-war Europe*. Luxembourg: European Communities; 2001. p. 167-186.
46. MINISTERIO de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. *El Seguro Social español*. Madrid: INP; 1952. p. 30-31.
47. MARSET CAMPOS, P. Política y salud en la transición democrática. En: Perdiguero-Gil, E. (ed.). *Política, salud y enfermedad: entre el desarrollismo y la transición democrática*. E-pub. Universidad Miguel Hernández; 2015.
48. MARSET CAMPOS P, RODRÍGUEZ-OCAÑA E, SÁEZ GÓMEZ JM. La Salud Pública en España. En: Martínez-Navarro F. *et al. Salud pública*. Madrid: MacGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 25-47.
49. HESSELVIK L. *Report on a visit to Spain, 22 November-3 December 1954*. WHO Archive, SPAIN-10, LH/jf, 22 December 1954.
50. HAGEN,W. *Maternal and child health services in Spain*. 11 p. MH/AS/233.55.WHO Archive;1955.
51. PLAN d'operations pour l'établissement de centres-pilotes de soins aux prématures en Espagne. WHO Archive, SPAIN-10; 1956.
52. LELONG M. Mission en Espagne, 1er Novembre-17 Novembre 1957. WHO Archive, SPAIN-10; 1957.

53. PREMIER avenant au Plan des Operations pour l'établissement de Centres-pilotes de soins aux prématures en Espagne. EUR-ESPAGNE-10. E/ICEF/R.542. WHO Archive; 1960.
54. ÁGUILA MATORANA AM. *El debate médico en torno a la rehabilitación en España (1949-1969)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2000.
55. CLIMENT BARBERÁ JM. *Historia de la rehabilitación médica: de la medicina física a la atención a la discapacidad*. Barcelona: Edika Médica; 2009.
56. WHO. Technical Report Series; 1958 n.158.
57. WHO. Technical Report Series; 1969, n.419.
58. WHO. Technical Report Series; 1981, n.668.
59. WHO. Education and Training. Therapy, prophylaxis and medical rehabilitation. Catalogue of the material of the WHO. Second generation of files, 1950-1955. WHO Archive; 1950-1955.
60. WHO. Education and Training. Therapy, prophylaxis and medical rehabilitation. Catalogue of the material of the WHO. Third generation of files, 1955-1983. WHO Archive; 1955-1983.
61. SMALLMAN-RAYNOR M, CLIFF A, TREVELYAN, NETTLETON C, SNEDDON, S. *A world geography. Poliomyelitis. Emergence to eradication*. Oxford, Oxford UP; 2006.
62. OMS. *L'Organisation Mondiale de la Santé en Europe*. Genève: OMS; 1957. p. 1-17.
63. WHO. Expert Committee on Poliomyelitis, first report. Geneva: WHO; 1954.
64. WHO. Expert Committee on Poliomyelitis, second report. Geneva: WHO; 1958.
65. WHO. Expert Committee on Poliomyelitis, third report. Geneva: WHO; 1960.
66. PORRAS GALLO MI, BALLESTER AÑÓN R, BÁGUENA CERVELLERA MJ. Spain and the scientific conferences on polio, 1940s-1960s", *Dynamis* 2010; 30: 91-118.

67. PORRAS GALLO MI, AYARZAGÜENA M, DE LAS HERAS, J, BÁGUENA CERVELLERA MJ, coords. *El drama de la polio: un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: La Catarata; 2013.
68. FITZPATRICK Th. *Rehabilitation programs and facilities of Western Europe*. Washington: US. Department of Health, Education and Research/Vocational Rehabilitation Administration; 1963.
69. TOLEDO MARHUENDA JV. *La poliomielitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en Fisioterapia: un acercamiento a las discapacidades físicas y a su tratamiento*. Elche: e-libro. Universidad Miguel Hernández; 2013.
70. MARTÍNEZ NAVARRO F, LARROSA A, PÁEZ, A. Estudio de la epidemia de poliomielitis infantil presentada en Madrid durante el año 1929. En: Martínez Pérez J. *et al*, coords. *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Ed. de la UCLM; 2004. p. 963-987.
71. RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ JA. Del control a la erradicación: salud pública y atención primaria en la lucha contra la polio en España (1963-1988). En: Perdiguero-Gil E, ed. *Política, salud y enfermedad: entre el desarrollismo y la transición democrática*. E-pub. Universidad Miguel Hernández; 2015.
72. BOSCH MARÍN J, BRAVO E. Aportación de España a la lucha contra la poliomielitis. En: *Publicaciones "Al servicio del niño español"*. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1958. p. 45-51.
73. MARTÍNEZ PÉREZ J, coord. Dossier: La poliomielitis y sus contextos: experiencias colectivas e individuales ante la enfermedad en el siglo XX. *Asclepio* 2009; LXI (1): 7-192.
74. BALLESTER AÑÓN R. Los organismos sanitarios internacionales y la rehabilitación de los niños con discapacidades físicas. El caso español como modelo (1948-1975). *Estudios do Século XX. Histórias da saúde* 2012; 12: 89-101.
75. BALLESTER AÑÓN R, PORRAS GALLO, MI, BÁGUENA CERVELLERA MJ. Local health policies under the microscope. Consultants, experts, international missions and poliomyelitis in Spain, 1950-1975. *Història. Ciències. Saùde. Manghinos* 2015; 22 (3).

76. TOLEDO MARHUENDA JV., BALLESTER AÑÓN R. Los intentos de rehabilitación del régimen y los consejos de expertos internacionales para la rehabilitación y tratamiento fisioterápico de los niños con discapacidades físicas (1960-1975). En: Perdiguero Gil, E, ed. *Política, salud y enfermedad: entre el desarrollismo y la transición democrática*. E-pub. Universidad Miguel Hernández; 2015.
77. SAFFORD F, JANSON K. *Programa nacional de rehabilitación de niños físicamente disminuidos: informe sobre una misión en España*. Madrid: Ministerio de la Gobernación/Dirección General de Sanidad; 1959.
78. BALLESTER AÑÓN R, PORRAS GALLO MI, BÁGUENA CERVELLERA MJ. La Asociación Europea contra la Poliomielitis y los programas europeos de vacunación. *Dynamis* 2012; 32 (2): 287-310.
79. SAFFORD F. Rapport sur une mission en Espagne par le... 20 mai-10 juin 1959. 32p. EUR-Espagne 23.WHO Archive; 1959.
80. BRODSGAARD B. Rapport sur une mission en Espagne du 10 octobre 1960 au 26 décembre 1963. 22p. EUR-Espagne-23, AT 12-59. WHO Archive; 1964.
81. MALAN RM. Rapport sur une mission en Espagne, 19-25 mars, 1962. 9 p. EUR-Espagne-23, TA n.12-59. WHO Archive; 1962.
82. ABELLA M. Rapport sur une mission en Espagne, 10 avril 1961-31 décembre 1963, 9p. EUR- Espagne-23.WHO Archive; 1964.
83. OÑORBE GARBAYO M. El problema de los disminuidos físicos y su rehabilitación. Madrid: Dirección General de Sanidad; 1963.
84. PIERQUIN L. Rapport sur une mission en Espagne du 28 septembre au 24 octobre 1964. 65p. EUR- Espagne-23; E/ICEF/L.982, p.4. WHO Archive; 1965.
85. BROCKINGTON F. Rapport sur l'organisation des services de santé en Espagne. Mission effectuée du 28 septembre au 17 décembre 1967. 43p. WHO Archive; 1967.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR.

D. Juan Bautista Martí Lloret

EXCMO, SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA,
ILUSTRÍSIMOS SRS. ACADÉMICOS,
SEÑORAS Y SEÑORES:

ES PARA MÍ UN HONOR, en nombre de esta RAMCV, contestar al discurso de ingreso en esta Institución de la nueva académica profesora D^a. Rosa Ballester Añón.

Aunque en el campo de la docencia e investigación hemos seguido caminos distintos, sí hay, aparte de la amistad desde mi llegada a la Universidad de Alicante, más de un aspecto que nos une; no olvidemos que la Historia de la Medicina, la Medicina Preventiva y la Medicina Legal y Forense entran dentro de lo que se ha denominado Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina. Por otra parte junto a mi dedicación a la Medicina Legal y Forense tanto en su aspecto docente e investigador como su práctica, en una primera etapa de inquietud científica y universitaria sentí atracción por esa otra ciencia que es la Historia de la Medicina, participando activamente en congresos y reuniones científicas, así como manteniendo amistad y contacto con destacadas figuras de ella como, los profesores López Piñero, Terrada Ferrándis, Corbella Corbella, Sánchez Granjel y sin olvidar al que fuese Director de mi Tesis Doctoral en el Estudio General de Navarra, profesor D. Juan Antonio Paniagua Arellano.

Conocí a Rosa Ballester a mi llegada a la Universidad de Alicante en el año 1982 tras mi traslado de Barcelona, contando desde el primer momento, tanto con ella como con Emilio, con su amistad y penetración, que fueron creciendo a través de los años que compartimos en el Claustro de las Universidades de Alicante y Miguel Hernández de Elche, hasta nuestros días.

Nació Rosa en Valencia, siendo la mayor de cuatro hermanos y, como ella señala con orgullo “en el seno de una familia con tradición de lo que ahora se llama restauración”.

Aun no habiendo tradición médica familiar, excepto un hermano de su padre, muy querido y admirado por ella, inicia en 1962 los estudios de Medicina en la Universidad de Valencia. Era ésta una época en que la presencia de mujeres en una Facultad de Medicina no era muy usual; hoy podemos decir que en la mayoría de las universidades superan al número de varones.

Planteando el futuro, reconoce que su dedicación a la Historia de la Medicina no había sido su primera opción; la Pediatría sería lo que despertó su interés en un principio atraída por el ambiente de dicho servicio en el Hospital Clínico y Universitario de Valencia y el apoyo que tuvo del profesor Joaquín Colomer (Académico de Número que fue de esta Academia).

Sin embargo la Historia de la Medicina irrumpió en su vida profesional, como ella misma señala, a través del magisterio de los profesores: López Piñero, García Ballester, Terrada Ferrandis, Emilio Balaguer (que más tarde sería su marido y padre de sus dos hijos, Emilio y Pablo); así como el contacto a través de López Piñero con los profesores Laín Entralgo, Agustín Albarracín, Juan Antonio Paniagua, e investigadores europeos, figuras centrales en este campo como Erwin Akerknecht y Heinrich Schipperges. La admiración por estos maestros y la pasión por la historia fue lo que, en definitiva, decidió su futuro profesional y al que se ha dedicado por entero en las Universidades de Valencia, Zaragoza, Alicante y Miguel Hernández.

Realiza su trabajo de investigación motivo de su tesis doctoral bajo la dirección del profesor José María López Piñero defendiéndola en Valencia en el año 1975 con la máxima calificación, concediéndosele ese año el Premio Hernández Morejón (Premio a la mejor tesis doctoral en Historia de la Medicina).

Inicia su trayectoria universitaria siendo profesora ayudante de clases prácticas en la Universidad de Valencia. En 1977, ya casada, se traslada a Zaragoza donde Emilio, su esposo, había obtenido por oposición la plaza de Profesor Agregado Numerario de Historia de la Medicina; en dicha Facultad, es nombrada Profesora Adjunta interina y en 1981 obtiene, por oposición, dicha plaza.

Tras cinco años en Zaragoza, donde el matrimonio Balaguer-Ballester dejan una profunda huella por sus dedicación y entrega al Universidad y donde ya comienzan a aparecer los primeros discípulos, se trasladan, en el curso 1981-82, a la recién creada Universidad de Alicante a la que afluyen profesores que ya lo habían sido en otras y que constituía un reto personal y colectivo al tener que poner en marcha no solo las asignaturas propias sino una naciente Facultad de Medicina. Nada más llegar, ya como Profesora Adjunta Numeraria (equivalente a Profesora Titular hoy en día), se implica en la nueva Universidad como Coordinadora de Curso, afrontando situaciones nuevas, lo que según relata ella, supuso “un excelente aprendizaje”.

En 1986, obtiene la segunda Cátedra de Historia de la Medicina en la Universidad de Alicante, pasando en 1996 a la Universidad Miguel Hernández de Elche por segregación de la Facultad de Medicina y adscripción a la de Elche, donde continúa hasta su jubilación el pasado año, siendo en la actualidad profesora emérita.

Durante su larga y fructífera trayectoria, ha dirigido desde 1995 a 2015 veinticinco tesis doctorales y/o proyectos fin de carrera. Ha asistido y participado en múltiples congresos y reuniones científicas nacionales e internacionales con 95 comunicaciones y/o ponencias; tiene en su haber 141 publicaciones de las que 64 son en revistas, 68 capítulos de libro y 9 libros o monografías; ha participado en 28 proyectos I+D+i financiados en convocatorias competitivas de administraciones o entidades públicas y privadas, de los que en 19 de ellos ha sido investigadora principal.

Ha formado parte en 6 comités científicos, técnicos y/o asesores; también en la evaluación y revisión de proyectos y publicaciones I+D+i;

así como en 11 estancias en centros de investigación y bibliotecas y archivos públicos o privados nacionales e internacionales: Heidelberg, Ginebra, París, Madrid, Linköping, Londres y en las Universidades de Exeter y Swansea del Reino Unido.

Es, desde 2008, coordinadora e investigadora principal del Grupo Gadea (Programa Prometeo para grupos de investigación de excelencia de la Generalitat Valenciana) y del grupo de Estudios Avanzados en Historia de la Salud y de Medicina de la Universidad Miguel Hernández. Miembro de varias sociedades científicas nacionales e internacionales; forma parte del “Disability History Group”, integrado por varias instituciones europeas y coordinado desde la Universidad de Exeter y del grupo promotor de la Red Iberoamericana sobre Historia de la Poliomielitis y el Síndrome Post Polio. Así mismo forma parte del equipo asesor/consejo de redacción de diversas revistas de la especialidad.

Ha participado en empresas científicas editoriales de envergadura como el *Tratado de Historia Universal de la Medicina* (dirigido por el Prof. Laín Entralgo), el *Diccionario histórico de la Ciencia moderna* (coordinado por López Piñero, Víctor Navarro, Eugenio Portela y Thomas Glick) y el *Dictionary of Medical Biography*.

Por su trayectoria científica se la han reconocido seis tramos de investigación (sexenios) por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, ANEP. En 2012 se le concedió el Premio del Consejo Social al mejor grupo de investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, encabezado por ella.

En 1995 fue nombrada por el Claustro de la Universidad de Alicante, Defensora Universitaria, siendo la primera persona que ocupó este cargo en la citada Universidad.

Ha ocupado cargos de responsabilidad y gestión académica en las Universidades de Alicante y Miguel Hernández como Secretaria de la Comisión de Doctorado, Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería, Subdirectora del Departamento de Salud Pública y

Directora del Departamento de Salud Pública. Ha impartido enseñanza, en las Facultades de las universidades de Valencia, Zaragoza, Alicante y Miguel Hernández en asignaturas de grado y en diversos Masters y programas de Doctorado, formando parte del grupo promotor y de la Comisión académica de dos programas de Doctorado oficiales, uno de ellos, el Programa de Historia de la Ciencia y Comunicación Científica, interuniversitario.

Pertenece a la Sociedad Española de Historia de la Medicina de la que fue su presidenta y a varias sociedades científicas a nivel internacional; ha sido Directora del Departamento de Investigación del Instituto de Cultura Juan Gil Albert.

Entre sus principales líneas de investigación señalaríamos: Salud y enfermedades en la infancia desde la historia; Discapacidad e historia de la poliomielitis; Historia de la Salud Pública; Vacunas y vacunaciones en la historia de Europa.

Las discapacidades físicas y la historia de la poliomielitis en España en el contexto europeo internacional, han sido una de sus líneas de investigación prioritarias, bajo el patrocinio de proyectos nacionales de investigación de tipo coordinado en los que ha sido investigadora principal y coordinadora y en los que han participado ocho universidades españolas, la Universidad de Coimbra y el ISMAI portugués. Entre sus resultados se cuenta con más de cincuenta trabajos presentados a congresos, simposia y reuniones científicas nacionales e internacionales; publicaciones en formato de dossier y números monográficos en revistas de la especialidad de calidad contrastada: *Asclepio* (2009); *Hygiea* (2015); *Historia. Saude. Ciencia. Manghinos* (2015). Uno de los más citados ha sido el dossier en la revista *Dynamis* (2012) que bajo el título de “Políticas y respuestas sociales frente a la polio en Europa” contó con la participación de historiadores de varios países europeos y constituye el primer estudio europeo de conjunto sobre las repercusiones científicas, profesionales y sociales de las epidemias de poliomielitis y un análisis comparado de las distintas estrategias y políticas sanitarias llevadas a cabo en diversos países y su significado.

Es ésta una ligera muestra de sus méritos docentes y investigadores, pero queda sin resaltar su aspecto humano. Siempre accesible a quien solicita su ayuda y consejo, afrontando con decisión y tras una reflexión previa, cuantas cuestiones se le plantean, afable, cariñosa, trabajadora, infatigable, entregada a su familia y ante la adversidad supo ser fuerte y seguir adelante. Allí donde estuvo, Valencia Zaragoza, Alicante, ha dejado su huella, siempre positiva de persona responsable en lo personal y como docente, colaborando en actividades universitarias y extra universitarias, como la participación en temas de cooperación al desarrollo o formando parte del coro universitario.

No quiero extenderme más hablando de su persona y, aunque sea brevemente, hacer algunas connotaciones a su magistral discurso que hemos escuchado, sobre un tema tan apasionante como el que nos ha ofrecido y que conecta con sus líneas de investigación de los últimos años.

Es sabido que la creación, tras la II Guerra Mundial, de organismos internacionales con el objetivo de evitar conflictos armados, dio lugar a que, desde la Organización de las Naciones Unidas, aparecieran una serie de agencias especializadas, entre ellas, la Organización Mundial de la Salud. Las relaciones de España con dicho organismo desde la aprobación de su Constitución el 7 de abril de 1948, hasta 1975, ha sido el centro del discurso. Parece oportuno destacar el carácter novedoso del estudio, tanto en lo tocante al propio tema —ya que no se había abordado con anterioridad de forma global y en ese espacio temporal—, así como por la utilización de fuentes, muchas de ellas inéditas, procedentes del Archivo y Biblioteca de la OMS en Ginebra. Junto a ello, habría que destacar la muy adecuada contextualización del mismo en el marco de los estudios realizados con anterioridad en la historiografía nacional e internacional y que permiten considerarlo como una aportación de interés a la historia de la propia OMS, por tratarse de un trabajo de campo que permite ahondar en las acciones de la Organización en un país concreto a modo de estudio de caso.

El proceso mediante el cual se produjo el establecimiento de las relaciones oficiales de la OMS con España, a partir de 1951 tras la ausencia del país en los inicios del organismo internacional, posibilitó que, desde ese mismo año, se iniciaran una serie de actividades de colaboración. Integradas tanto en los programas ordinarios como en los denominados de ayuda técnica, englobaron proyectos muy variados realizados, en la mayoría de los casos, como consecuencia de las demandas del propio país para hacer frente a los problemas de salud existentes. Estas acciones incluyeron visitas de expertos, misiones específicas para la formación de profesionales sanitarios y becas para estancias en centros extranjeros de diversa índole, desde laboratorios microbiológicos a centros de salud mental, entre otros. Es interesante recalcar como, a lo largo del periodo analizado, los programas y acciones fueron variando en concordia con los cambios sociales, económicos, políticos y culturales que la propia sociedad española experimentó desde la década de los años 50 a mediados de los 70 del pasado siglo. De ese modo, la brucelosis o la lucha anti-venérea fueron algunos de los focos de interés en los primeros años, estos problemas fueron dando paso a otros como la reorganización de las administraciones sanitarias, la salud medioambiental o las estadísticas sanitarias y también a la creación de instituciones españolas con el rango de centros colaboradores de la OMS. Por otro lado los programas de trabajo y las visitas de expertos al país, formaban parte de proyectos globales, bien de la región Europea, bien de países de distintas partes del mundo que compartían el mismo problema como, por ejemplo en el caso del paludismo o la brucelosis, si bien, dentro de este marco general, se contemplaron las singularidades propias de cada país con el objeto de adaptar las medidas generales a los entornos locales.

Del conjunto de actividades realizadas, dos de ellas han sido objeto de interés especial en el discurso, debido a su significación histórica. Por un lado, los programas de salud materno-infantil dentro de los cuales, aunque con un cierto grado de autonomía, se situaría el relativo a la organización práctica del Centro de Prematuros en España o el de Salud Mental Infantil. La importante visita de Marcel

Lelong, en 1957, para promover la creación de centros pilotos para niños prematuros en Madrid, Barcelona, Valencia y Bilbao, es de gran interés y remite al problema de la alta mortalidad existente entre los mismos, permitiendo, además, analizar los sistemas de coordinación de las entidades implicadas: por un lado, entre la OMS y UNICEF, puesto que ambas contribuyeron al desarrollo del programa y, por otra parte, entre estas organizaciones, las autoridades sanitarias españolas y los responsables locales.

Respecto al segundo de los proyectos abordados, el concerniente a las misiones enviadas a España para la rehabilitación de los niños con discapacidades físicas estuvo directamente influido por la presencia de las epidemias de poliomielitis de las décadas centrales del siglo. Un ejemplo significativo de la potencialidad de las fuentes y del interés del análisis histórico realizado, es la reconstrucción detallada de los resultados de las diferentes estancias en España de médicos especialistas en rehabilitación, de fisioterapeutas y de ergoterapeutas que proporcionaron una formación profesional abierta a las nuevas corrientes científicas y técnicas para el abordaje de la rehabilitación en niños con discapacidades físicas. Estas misiones contribuyeron no solo a la posibilidad de racionalizar y mejorar en eficiencia y eficacia los recursos existentes, sino también la creación de nuevas unidades y, a más largo plazo, a la consolidación tanto de la propia especialidad médica en Medicina Física y Rehabilitación como de nuevas profesiones sanitarias como la Fisioterapia y la Terapia ocupacional. El contenido de los informes de los consultores arrojan, además, muchas pistas sobre la situación real de estos campos en la España de los cincuenta e inicio de los sesenta como, por ejemplo, los espacios físicos, el utillaje y los recursos humanos de los que se disponía en los servicios hospitalarios de rehabilitación ubicados en Madrid, Barcelona o Valencia o las características y funcionalidad del Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos. En el caso de la ergoterapia, la descripción precisa de las secciones abiertas a tal efecto en la Clínica Puerta de Hierro, en la Clínica Nacional del Trabajo, en el Hospital “Salus Infirmorum”, en Madrid y en el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa en Valencia, nos

permite seguir con detalle el embrión de la nueva profesión y, en todos los casos, conocer el perfil de los protagonistas de esta historia.

En definitiva, el estudio de las estrategias y recomendaciones emanadas de la OMS para España en relación con diferentes temas científico-médicos y sanitarios, las respuestas nacionales y las implicaciones políticas, sociales, económicas y científicas, las visitas de expertos y las misiones específicas encomendadas a dichos comisionados que debían informar de la situación real del país sobre tal o cual cuestión, son piezas fundamentales para reconstruir esta parte de la relaciones internacionales y de la propia situación sanitaria del país observada desde una mirada externa. Una vez más, se ve aquí la fecundidad del acercamiento histórico que nos proporciona herramientas de reflexión aquí y ahora. La historia, no solo como acumulación de fechas y sucesos, sino como maestra de la vida y de los profesionales médicos que a ella se acercan.

Para finalizar quisiera destacar la gran personalidad científica, docente y humana de la profesora Ballester Añón, muy merecedora de ocupar en esta RAMCV el sillón que anteriormente ocuparon ilustres académicos como los profesores López Piñero y Balaguer Perigüell. Sin lugar a dudas la nueva académica aportará savia nueva a esta Institución, así pues felicitémonos todos y muy especialmente a ella.

