



La poliomielitis y el «surgimiento» de la rehabilitación en Argentina. Un análisis sociohistórico¹

DANIELA EDELVIS TESTA

Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín, Argentina
danitestu@yahoo.com.ar

Resumen. El propósito de este artículo es analizar ideas, definiciones y prácticas vinculadas al «surgimiento» de la rehabilitación en la Argentina a mediados del siglo XX. A partir de fuentes primarias, se analizan las concepciones sobre el problema médico y social de la rehabilitación del «lisiado» y su presencia en la agenda pública entre 1940 y 1960. Los resultados muestran que las epidemias de poliomielitis fueron un factor significativo que tensionó los alcances y contenidos de la protección social de las personas con discapacidad y de los proyectos de modernización de la rehabilitación, al tiempo que conformó las bases de posteriores desarrollos en dicho campo.

Palabras clave: personas con discapacidad; rehabilitación; poliomielitis; seguridad social; política de salud; centros de rehabilitación; Argentina.

Poliomyelitis and the “emergence” of rehabilitation in Argentina. A socio-historical analysis

Abstract. The purpose of this article is to analyze ideas, definitions and practices linked to the “emergence” of rehabilitation in Argentina in the mid-20th century. Drawing on primary sources, we analyze conceptions about the medical and social problem of rehabilitating the “cripple,” and the presence of this problem on the public agenda between 1940 and 1960. Our results show that poliomyelitis epidemics contributed significantly to placing strain on the scope and contents of both social protection for people with disabilities and modernization projects related to rehabilitation, while forming the basis for subsequent developments in this field.

1 Este trabajo está enmarcado en el Proyecto NA00317 de la Universidad Nacional José C. Paz (Argentina), resolución 200, del 31 de mayo de 2017, con sede en el Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades.

Keywords: persons with disabilities; rehabilitation; poliomyelitis; social security; health policy; rehabilitation centers; Argentina.

Siglas usadas

ACIR	Asociación Cooperadora Instituto de Rehabilitación
ALPI	Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil
Arenil	Asociación de Rehabilitación para Niños Lisiados
Cepril	Centro Privado de Rehabilitación del Lisiado
Cerenil	Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados
CNRL	Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado
Comra	Confederación Médica de la República Argentina
Conet	Consejo Nacional de Educación Técnica
Corpi	Centro Olavariense de Rehabilitación de la Parálisis Infantil
DEE	Dirección de Epidemiología y Endemias
DNSP	Dirección Nacional de Salud Pública
IREL	Instituto de Rehabilitación del Lisiado
UTA	Unión de Obreros y Empleados del Transporte

1. Introducción

Durante la primera mitad del siglo XX, las ideas de responsabilidad y deuda social en relación con los «inválidos» del trabajo, los «mutilados» de guerra y los «lisiados» por las epidemias de poliomielitis estuvieron presentes a nivel mundial y fueron primordiales para el desarrollo de un abanico de respuestas sociales, científicas e institucionales de diversa índole. En contextos de creciente urbanización y globalización, las ideas de autosuficiencia y de normalidad del «cuerpo capaz», ancladas en la explicación biomédica de la deficiencia, estuvieron presentes en diversas latitudes (Oliver, 1996). Posteriormente a la Primera Guerra Mundial, el objetivo de la recuperación de la capacidad productiva fue uno de los aspectos centrales en la concepción médico-social de la época. El desarrollo de la traumatología, la ortopedia, las cirugías restauradoras y los programas de reeducación profesional y vocacional fueron destinados a lograr posibles formas de inserción social y laboral por distintas vías (Stike, 1997; Porras Gallo, 2006; Martínez Pérez, 2006; Ramacciotti & Testa, 2016). Más tarde, entre las décadas de 1950 y 1960, el proceso de modernización de la rehabilitación desarrollado desde los países anglosajones y nórdicos obtuvo una creciente legitimidad y expansión internacional. Dicho modelo se caracterizó por la adopción de una legalidad liberal en el sector del empleo, el rechazo a la aplicación del cupo laboral obligatorio para «inválidos» en las empresas privadas, el desarrollo y legitimación de nuevas profesiones y especialidades médicas acompañadas de la adopción de tecnologías consideradas de punta y la conformación de redes institucionales locales e internacionales (Bregain, 2014). En un clima de ideas que, desde décadas pasadas, reconocía a la niñez como una etapa vital cualitativamente diferenciada, merecedora de cuidados especiales, e identificaba las influencias modernizadoras del modelo de rehabilitación anglosajón y nórdico, fueron los niños poliomielíticos los destinatarios prioritarios a través de los cuales se visibilizó en Argentina el «surgimiento» de la rehabilitación, impulsada desde el Estado (Sotelano, 2012).

En ese sentido, un conjunto de aportes historiográficos demuestran que la poliomielitis fue un significativo factor coadyuvante que tensionó los alcances y contenidos de la protección social de los «inválidos» y de los proyectos de modernización de la readaptación y rehabilitación que se venían desarrollando desde la Primera Guerra Mundial. En base a dichos aportes, se reflexiona sobre la vinculación entre las tecnologías médicas –especialmente la traumatología y la ortopedia– y el tipo de percepción social de las personas con deficiencias físicas a partir de su contribución a la consolidación de un modelo individual de discapacidad y a la construcción de ciertas imágenes acerca de lo que suponía para una persona ser portador de ella,

así como también en relación con algunas metas ideales de recuperación a ser alcanzadas por aquellos afectados por la polio (Porras Gallo, 2006; Martínez-Pérez, 2006, 2009a; Wilson, 2009; Ferrante, 2014; Álvarez, 2015; Rodríguez-Sánchez, 2015; Ramacciotti & Testa, 2016).

El propósito de este artículo es analizar ideas, prácticas y experiencias vinculadas al desarrollo de la rehabilitación en Argentina. Es decir, cómo se fue conformando un determinado conjunto de concepciones ligadas al tratamiento de las secuelas de poliomielitis en paralelo a las iniciativas que buscaban plasmarse en efectivas capacidades institucionales y profesionales que trascendieran las promesas y las urgencias de las epidemias. Se consideran, entonces, las concepciones sobre el problema médico, social y económico de la rehabilitación del «lisiado» y su presencia en la agenda pública entre 1940 y 1960. Para ello, se focalizan algunas estrategias y concreciones impulsadas por la Comisión Nacional de Rehabilitación (CNRL) y se crearía uno de los primeros centros de rehabilitación de gestión estatal: el Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL).

Comprenderemos la rehabilitación a partir del concepto de dispositivo –en el sentido de una red de relaciones situada históricamente– porque permite analizar la configuración de elementos heterogéneos que establecieron modificaciones en un campo previo de relaciones (García Fanlo, 2011). La idea que guía este trabajo es que, en tanto dispositivo, la rehabilitación combinó procesos graduales y subterráneos con otros más críticos y puntuales entrecruzando lógicas y temporalidades que no fueron solo epidémicas, sino también políticas, legislativas y/o coyunturales. Ello puso en juego un conjunto preexistente de prácticas, significados y materialidades a través de la validación de algunos de ellos y el ocultamiento o postergación de otros, con efectos entramados de legitimidad, nulidad y reconocimiento que categorizaron y otorgaron centralidad a determinadas y cambiantes aristas relativas al problema que la «niñez inválida» representaba.

2. Recuperar, reeducar, rehabilitar

En nuestro país, las primeras medidas adoptadas ante la presencia de los «lisiados» de la Guerra del Paraguay (1864-1870) habían interpelado la responsabilidad estatal en términos de deuda social y reconocimiento hacia los veteranos. Dicho compromiso fue saldado a través del otorgamiento de pensiones y de la manutención en asilos a quienes no podían subsistir por sus propios medios (*El Inválido Argentino*, 1881; Cámara de Diputados de la Nación, 1866). Este suceso fue señalado por Juan Suriano como uno de los primeros indicadores de la cuestión social a partir de «la irrupción del pauperismo como un hecho social masivo que ponía en duda los fundamen-

tos sobre los que se asentaba la organización social poniendo en peligro el equilibrio entre el derecho de propiedad y el derecho a la asistencia» (2000, p. 8). A su vez, desde principios del siglo XX diferentes voces políticas y médicas pusieron sobre el tapete la necesidad de estimular una ley que protegiera a los trabajadores de las enfermedades profesionales y de los accidentes que se produjeran en los espacios fabriles. A partir de la sanción de la Ley de Accidentes y Enfermedades de Trabajo, Ley 9688 (1915), se dispusieron indemnizaciones acompañadas de cobertura de asistencia médica para los accidentados, la adopción de medidas de prevención y algunas acciones de reeducación funcional y profesional (Ramacciotti & Testa, 2016). Los procedimientos terapéuticos para favorecer la recuperación enlazaban temas relativos a la salud, la educación y el trabajo y consistían en ejercitación física, diversas técnicas kinesiológicas y laborterapia, así como también contemplaban la alfabetización básica para aquellos que no la habían obtenido.

A modo de ejemplo, en 1925, se creó una escuela en el Sanatorio Marítimo-Solarium de la ciudad de Mar del Plata –destinado a la atención de niñas tuberculosas– que funcionaba dentro de la institución y respetaba la currícula educativa provincial, otorgando a las pequeñas la «doble condición de pacientes y alumnas» (Álvarez & Reynoso, 2011). Otro ejemplo viene de algunos años más tarde, en 1937, cuando por la iniciativa de la «señorita» Emilie Fikh, reeducadora fonética de origen suizo, fue creada la Escuela Taller de Cura por el Trabajo para Inválidos en el Hospital Carlos Durand (Ciudad de Buenos Aires) –dirigido por el médico José María Jorge–. La reeducadora y un grupo de maestras voluntarias dictaban talleres a los pacientes con el fin de alfabetizarlos y enseñarles manualidades para su readaptación laboral y reeducación funcional. Ese proyecto constituyó uno de los antecedentes directos de la creación, en 1947, de las escuelas de hospitales desarrolladas bajo la égida del Consejo Nacional de Educación (Requena, 2017). Según interpretan Adriana Álvarez y Daniel Reynoso (2011), a partir de los años 1920, el cruce entre las ideas de renovación pedagógica –especialmente del escolanovismo–, la psiquiatría infantil, el movimiento eugenésico y la paidología dieron marco a transformaciones en algunas instituciones, que pasaron a concebir la internación hospitalaria no solo como ámbito dedicado a la recuperación y la cura, sino que implementaron espacios de escolarización que fortalecieron el derecho a la educación de aquellos que de otra manera no podían acceder a él.

Para esos tiempos, y con la misma idea de reducir y evitar la «invalidez», la kinesiología médica era una de las especialidades que había logrado un relativo desarrollo en el medio local. En 1934 se había creado la Asociación Médica de Kinesiología, que establecería en el año 1937 la Escuela Argen-

tina de Kinesiología, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. En 1949, esta asociación pasaría a constituirse como Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación. La utilización del vocablo «rehabilitación» en el título societario denota el grado de aceptación relativo a ese conjunto de ideas y prácticas manifestado en escenarios latinoamericanos por parte de la comunidad médica luego de la Segunda Guerra Mundial (Bregain, 2012; Sotelano, 2012).

En dicho contexto, uno de los propósitos de los médicos precursores de la rehabilitación se refería a un giro en la concepción del «lisiado improductivo» hacia la de su «utilidad social» mediante una inserción social que resultara en alguna medida provechosa. De esta manera, la medicina preventiva y la rehabilitación concentrarían parte de las expectativas y promesas de los avances de la ciencia y de la «nueva medicina» de postguerra. También en Argentina se proyectaron dichos intereses en un contexto caracterizado por la creciente centralización administrativa y la ampliación del alcance de las políticas sociosanitarias en el territorio nacional. Los debates sobre la importancia de contar con fuerza de trabajo, fuera por el aumento de los índices de natalidad o por las políticas migratorias, habían sido prioritarios en la agenda nacional. Los planes de desarrollo económicos del primer peronismo requerían de trabajadores (vía crecimiento de la natalidad o inmigración) para la profundización del proceso de industrialización por sustitución de importaciones. Dichas preocupaciones se dirigían a atender la cantidad y calidad de recursos humanos y se vieron reflejadas en muchas de las acciones implementadas desde las agencias estatales sanitarias en tal periodo (Biernat, 2007).

Durante los dos primeros Gobiernos peronistas (1946-1955), la medicina preventiva y la rehabilitación fueron piedras fundamentales en las aspiraciones por establecer un sistema de seguridad social universal ligado al Estado. Las ideas sobre la «nueva medicina», la asistencia recuperativa o reconstructiva y «la ortopedia social» fueron ejes principales en la planificación sanitaria de ese periodo. Los servicios de medicina preventiva y curativa estaban destinados a vigilar y tratar en forma preferente las enfermedades crónicas y a examinar los grandes grupos de afecciones que descapitalizaban el potencial humano de los trabajadores. Este planteo de la medicina desplazaría el foco de atención de la lucha contra las enfermedades infecciosas hacia el problema de las enfermedades crónicas que incapacitan e invalidan a individuos aún «útiles» a su familia y a la sociedad. De este modo, la salud de los varones jóvenes se constituiría en parte de un proyecto nacional y sería adoptada como uno de los elementos centrales en los objetivos de las políticas sanitarias (Ramacciotti & Testa, 2016; Ramacciotti, 2009; Decreto

Ley 30656. Servicio de Medicina Preventiva y Curativa del Instituto Nacional de Previsión, 1944).

3. La polio en la agenda

El reconocimiento de la poliomiélitis como una enfermedad que afectaba en su mayoría a niños y el desafío de educarlos y obtener su posterior inclusión en el mercado laboral impulsaron gradualmente el desarrollo de técnicas asistenciales cada vez más especializadas y la creación de nuevos espacios destinados a la recuperación de los infantes. De ese modo, al promediar el siglo y en la medida en que los brotes de la enfermedad golpeaban, la «niñez lisiada» fue ganando visibilidad y protagonismo al delimitarse como población destinataria de protección social que se sumaba a la de los adultos «inválidos» y «rehabilitados» para el trabajo, quienes, como hemos señalado, contaban con ciertas definiciones en la agenda política, legislativa y sanitaria local.

La aparición de esta dolencia obligaría, en cierto modo, a volver una página atrás para prestar nuevamente atención a una enfermedad infecciosa que ponía en jaque los supuestos avances progresivos de la ciencia médica. Pero, por otro lado, la presencia sostenida de la enfermedad y las limitaciones físicas que dejaba en sus víctimas serían un motor igualmente constante para el desarrollo de la rehabilitación. La posibilidad imaginada de una generación cercenada en sus capacidades productivas en el presente y a futuro, desde etapas tempranas de la vida, probablemente haya sido un factor de sensibilización favorable a que viejas demandas y preocupaciones ganaran gradualmente su materialización.

«¡Que tragedia se adivina en la mirada resignada de un niño paralítico, que ve correr a otros niños, que fueron sus compañeros de juegos, unos meses antes» (Cámara de Diputados de la Nación, 1936, p. 5). Con esas palabras, el diputado radical Miguel Critto proponía en un proyecto de ley en 1936 que se garantizara la gratuidad de tratamientos de rehabilitación y que alcanzaran a todos los niños del país; Critto señalaba, además, «un aspecto social nuevo» de la enfermedad: «la incapacidad de miles de niños curados pero definitivamente convertidos en inválidos» (Cámara de Diputados de la Nación, 1936, p. 5). Así pues, como era señalado con frecuencia en esos tiempos, «la tragedia» de esta enfermedad, que «aunque no siempre mataba invalidaba de por vida» (Cámara de Diputados de la Nación, 1936, p. 4), no era necesariamente el temor a la muerte biológica sino el rechazo a la muerte social, representada en el aislamiento y la improductividad. Condensado en la idea de pequeños con «miradas resignadas», que habían sido separados del juego (y de la vida social productiva), un posible e inefable

futuro de reclusión y desolación se anunciaba. De acuerdo a esa perspectiva, ellos quedarían restringidos a la pasividad forzada y a depender de otros para llevar adelante su vida y, de cara a los ideales del promisorio porvenir, conformaban imágenes negativas y corporizaban expectativas figuradas como una carga social y económica que requería de acciones estatales y esfuerzos mancomunados para morigerarla (Ramacciotti & Testa, 2016).

En concreto, más allá de los anhelos y proyectos frustrados, hacia 1940 la infraestructura disponible para responder a la poliomielitis tenía una capacidad de respuesta que puede estimarse en aproximadamente 693 camas, repartidas entre el Hospital de Niños, la Casa de Expósitos y los hospitales Muñiz, Álvarez e Italiano. Más del 60% de dicha capacidad estaba concentrada en los establecimientos administrados por la Sociedad de Beneficencia. Los servicios de ortopedia y rehabilitación, que se complementaban con los de cirugía correctiva, consistían en programas que estaban aún en etapas experimentales o en sus inicios. Generalmente, contaban con una exigua financiación estatal, por lo que se solventaban en parte con dinero gestionado por cooperadoras y donaciones. En las provincias, los recursos hospitalarios eran aun más pobres, o inexistentes. Se ha relevado la existencia de solo un servicio de traumatología y ortopedia en la provincia de San Juan, en el hospital Guillermo Rawson, a cargo del médico Ramón Peñafort, que funcionaba desde el año 1938 y realizaba tratamientos de reeducación a los niños afectados por poliomielitis (Argentina, Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, CNRL, 1963a). A pesar de que existían conocimientos y preocupaciones compartidas en los ámbitos científico y legislativo y en los medios de prensa con respecto a la necesidad de contar con más y mejores recursos para responder a las posibles olas epidémicas y atender sus temidas consecuencias, ninguna de sus iniciativas fue concretada. La fragmentada red sanitaria quedaba en riesgo de colapsar cada vez que la enfermedad azotaba con mayor crudeza que la esperada.

4. La Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado

Entre los cíclicos brotes de la enfermedad, la epidemia de mayor gravedad fue la de 1956, ocasión en la que alcanzó aproximadamente a 6.500 personas. Tal magnitud puso en jaque una vez más la infraestructura sanitaria y evidenció la insuficiente previsión y planificación por parte del Estado frente a una patología recurrente desde hacía varias décadas. En un contexto de dictadura, persecución ideológica y emergencia sanitaria, se conformaron las condiciones que dieron marco a un conjunto de intervenciones estatales tendientes a la consolidación de la rehabilitación en Argentina, entendida

como una práctica de asistencia médica integral e interdisciplinaria (Cibeira, 2006).

El 20 de marzo de 1956, el periódico *La Razón* anunciaba bajo el siguiente titular la puesta en marcha del plan de rehabilitación: «La rehabilitación de parálíticos opera milagros. Ex lisiados se transforman en ases de natación, tenis y levantamiento de pesas, a condición de empezar enseguida la práctica deportiva». En este artículo, luego de enumerar ejemplos de atletas norteamericanos que habían sido afectados por poliomielitis, se exaltaban los resultados beneficiosos de la rehabilitación: «Hasta un efecto imprevisto suele tener la Parálisis Infantil, tal es el de resultar generadora de campeones» (*La Razón*, 1956b). Con este tipo de notas y alocuciones, frecuentes durante la época, se intentaba instalar en la opinión pública un marco de ideas favorables hacia uno de los componentes clave de las intervenciones sanitarias implementadas: la rehabilitación.

La Dirección Nacional de Salud Pública (DNSP) y la Dirección de Epidemiología y Endemias (DEE) fueron las reparticiones responsables de adoptar las primeras definiciones frente a la epidemia. Como medida urgente, designaron una Comisión Especial para la Lucha contra la Poliomielitis, integrada por hombres de confianza del ministerio y presidida en sus inicios por el mismo titular de la DNSP. Posteriormente, el ministerio creó la Dirección de Lucha contra la Poliomielitis (*La Razón*, 1956a). En forma paralela, el Gobierno de facto creaba la CNRL como una herramienta para atender específicamente a la recuperación de las personas afectadas con secuelas irreversibles. La CNRL se constituyó como un ente autárquico y descentralizado por medio del Decreto 5433/56 (Creación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado) y del Decreto Ley 9276 (Conformación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado), dictados el 23 de marzo de 1956. Estaba compuesta por nueve integrantes honorarios designados por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ministerio de Acción Social y Salud Pública, de los cuales cuatro eran representantes de asociaciones civiles especializadas en rehabilitación; su gestión financiera era llevada a cabo por un departamento de administración propio (de acuerdo con la Ley 12961 [Ley de Contabilidad y Organización del Tribunal de Cuentas de la Nación y Contaduría General. 1956], 1957) y debía responder en forma directa ante la Contaduría General de la Nación. La creación de la CNRL reflejó la aspiración de lograr un programa nacional de rehabilitación y aunar las iniciativas existentes que se hallaban diseminadas en el país; fue así la primera estructura estatal de carácter mixto constituida para dar respuesta a este problema. La conformación de un espacio de gestión política compartido con las «entidades privadas» (según denominación de

la época) expresaba la intención de conllevar la responsabilidad de la carga social de los «inválidos», viejo problema puesto ahora en evidencia por la poliomielitis. Los autores visibles de la iniciativa fueron Francisco Martínez, ministro de Salud Pública y Asistencia Social (1955-1958), y Francisco de Elizalde, subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social.

Los primeros integrantes de la CNRL fueron un grupo constituido en su mayoría por médicos que gozaban de reconocimiento profesional en temas de rehabilitación (Dirección Nacional de Rehabilitación, 1977)². Entre los objetivos de esta comisión estaban la formulación y aplicación de un programa de rehabilitación a nivel nacional que «comprendiera la atención de la poliomielitis, espásticos, accidentados y otro tipo de invalideces». También se proponía la organización, puesta en marcha y sostenimiento de establecimientos y servicios asistenciales de rehabilitación; la constitución de comités provinciales; la capacitación de personal; el asesoramiento técnico y administrativo; y la producción de datos estadísticos (Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, 1956; Dirección Nacional de Rehabilitación, 1977). La creación de centros de rehabilitación fue una de las principales concreciones de la CNRL. El 14 de marzo de 1956, el presidente de facto general Pedro Aramburu había anunciado el lugar que sería destinado al desarrollo de esta actividad: las dependencias de las que habían sido la Ciudad Infantil y la Ciudad Estudiantil de la Fundación Eva Perón. Ubicadas entre las calles Echeverría, Ramsay, Húsares y Olazábal, ellas fueron puestas a disposición de la CNRL para facilitar la celeridad de las concreciones institucionales más urgentes (*El Día Médico*, 1956).

La Ciudad Infantil había sido construida en 1949 y estaba dirigida a niños pobres y/o huérfanos en edad preescolar para que recibieran educación, alimentación, cuidados médicos y recreación. Constaba de un sector principal que agrupaba el hogar-escuela, las dependencias administrativas, el comedor y los consultorios. El otro sector constituía una urbanización liliputiense donde los niños aprenderían a transformarse en ciudadanos simulando la vida en sociedad a pequeña escala (había una iglesia, un banco, una escuela, la municipalidad, la plaza). Con la misma lógica, la Ciudad Estudiantil, inaugurada en 1951, reproducía ambientes de la casa gubernamental para favorecer el sentimiento y las responsabilidades ciudadanas. Según Anahi Ballent (2009), la Ciudad Infantil y la Ciudad Estudiantil pueden ser consideradas como exponentes de la acción social de la Fundación Eva Perón y

2 Entre ellos se encontraban: Alejandro Ceballos y Juan Tesone, como presidente y vicepresidente, Luis Alberto González, Raúl Carrea, César Sallares Dillon, Pedro Catoggio, Alberto Mejía, Enrique Forn (abogado) y Sigfrido Maza.

es conocido que Eva las mostraba con especial orgullo en las oportunidades en que recibía visitas oficiales extranjeras: este moderno complejo arquitectónico tenía una fuerte carga simbólica y política dentro de las estructuras edilicias creadas por su fundación. Luego de la autodenominada Revolución Libertadora (1955), la urgencia e intensidad de la epidemia no dio tiempo al desmantelamiento y/o reacondicionamiento de esas instalaciones. La Ciudad Infantil se destinó enteramente al IREL, mientras que en la Ciudad Estudiantil se distribuyeron los chalets entre los dos Hogares para Becados, la sede administrativa de la CNRL, la Escuela de Terapia Ocupacional, la Escuela de Ortesis y Prótesis y otras dependencias de la comisión.

Allí, el Club Marcelo Fitte Pro Superación del Lisiado desarrolló las acciones fundacionales que constituyeron el campo del deporte adaptado en el país, donde los deportistas utilizaban las piletas de natación, las canchas de básquet, el gimnasio y la cancha de fútbol del predio. La delegación del Club Fitte fue la primera en participar, en 1957, de los Juegos Anuales que se desarrollaban en el Centro Nacional de Lesiones Medulares del Hospital Stoke Mendeville (Inglaterra), centro precursor de los deportes en silla de ruedas desde 1944 (Ferrante, 2014). El histórico primer viaje a Inglaterra para competir en estos juegos, según señala Ferrante, constituyó una experiencia de rehabilitación fundamental en la consolidación del campo del deporte para las personas con discapacidad, el cual se convertiría en un espacio donde «las personas con discapacidad motriz, signadas por trayectorias sociales manchadas por la descalificación social, encontrarán reparación, a través del honor de ser representantes de la Nación». Al mismo tiempo, sería una vía para «demostrar que el lisiado podía ser útil» (Ferrante, 2014, p. 42). El Club Fitte había sido fundado el 14 de octubre de 1950 por un grupo de personas afectadas con polio durante la epidemia de 1942 con el fin de facilitar el «acercamiento y la comunicación entre el lisiado y la comunidad» y favorecer las metas de superación física, mental y espiritual entre los asociados, los cuales para formar parte del club debían ser «discapacitados» (Ferrante, 2014, p. 28). Una de las motivaciones principales del club era expresar la reacción de sus integrantes ante las concepciones miserabilistas y caritativas de la época: «que la sociedad comprenda que el lisiado no es un ser pasivo que solo podía recibir, sepa que también puede dar y crear, como cualquier ciudadano» (*En Marcha*, 1958). Durante esos años, estas instalaciones deportivas adquirirían gran dinamismo y visibilidad pública y serían uno de los lugares preferidos para mostrar la concreción de logros por parte de la CNLR, al igual que lo fueron cuando ellas formaban parte de la Ciudad Infantil durante la gestión peronista.

La CNRL implementó un abanico de acciones que abarcaban la evaluación y financiación de planes de rehabilitación, el otorgamiento de becas para la formación de auxiliares y técnicos en rehabilitación en sus centros y escuelas, la organización de espacios de intercambio científico y académico especializado y el apoyo a las iniciativas privadas pertinentes a la causa. La creación del IREL y la formación de recursos humanos especializados destinados a cubrir las necesidades sanitarias de las provincias y de otros países latinoamericanos fueron sus objetivos primordiales (Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, 1956); sus atribuciones y facultades se extendían al territorio nacional y todas las provincias fueron incentivadas a formar sus propias comisiones mixtas para participar en los espacios de discusión y trabajo de la CNRL.

Las primeras concreciones, en 1956, fueron el IREL y el Centro de Rehabilitación Respiratoria. En 1959, se creó la Escuela de Terapia Ocupacional y el Hogar de Becarias para recibir a estudiantes del interior y del extranjero. Dos años más tarde, se estableció la Escuela de Ortesis y Prótesis, con el correspondiente alojamiento para los varones becados que estudiarían esa carrera. En 1961, se organizó el Departamento de Deportes y Recreación (Ferrante, 2014). Finalmente, en 1963, la CNRL incluyó entre sus dependencias al Centro de Rehabilitación Profesional ACIR (Asociación Cooperadora del Instituto de Rehabilitación), donde se enseñaban oficios con salida laboral (zapatería, sastrería, encuadernación); además incorporó entre sus estructuras administrativas y presupuestarias al Centro de Rehabilitación Respiratorio María Ferrer y al hogar del mismo nombre, destinados a atender a los pacientes con severas dificultades para respirar. Este centro había iniciado sus actividades en la primavera de 1956 a partir de la iniciativa de un grupo de médicos liderado por Gwendolyn Shepherd y Aquiles Roncoroni. Unos años más tarde, en 1960, el Hogar María Ferrer se fundó para albergar y asistir a personas que habían sobrevivido a la polio pero necesitaban de pulmotores (u otras formas de asistencia) para subsistir. Al comienzo, se contó con el aval del Programa Nacional contra la Poliomielitis, pero no se había dispuesto de fondos suficientes para sostener sus onerosas estructuras en el tiempo. Dada la gravedad de los pacientes, estos centros requerían personal altamente capacitado y en forma permanente y debían contar con sofisticados instrumentos y aparatología. No obstante su posición marginal en las políticas sanitarias, estas experiencias constituyeron los antecedentes de la terapia intensiva pediátrica en nuestro país.

Durante este periodo, también surgieron en la provincia de Buenos Aires: la Asociación de Rehabilitación para Niños Lisiados (Arenil), en Morón en 1956; el Centro Privado de Rehabilitación del Lisiado (Cepril), en Nueve

de Julio en 1957; el Centro Olavarricense de Rehabilitación de la Parálisis Infantil (Corpi), en Olavarría en 1957; el Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (Cerenil), en Mar del Plata, creado como asociación civil en 1952 y que inauguró sus instalaciones en 1958; además, se crearon las doce nuevas filiales de la Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), que se inauguraron entre 1956 y 1961 en distintas provincias del país. El IREL, creado en 1956 en la ciudad de Buenos Aires, fue el primer centro de alta complejidad especializado en la rehabilitación de la polio y en otras afecciones del aparato locomotor. Su puesta en marcha constituiría un modelo de organización a seguir y sería, junto con las organizaciones privadas ALPI (1943) y Cerenil (1958), uno de los centros de referencia en lo relativo a rehabilitación motriz y formación de recursos humanos (Álvarez, 2013, 2015).

Hasta aquí es posible apreciar que, en un juego de oportunidades y demandas dado en la situación de emergencia sanitaria, la CNRL supo capitalizar una serie de recursos institucionales y simbólicos generados con anterioridad por grupos profesionales y particulares, algunos de ellos integrantes del Gobierno peronista (ver la tabla 1). Dicha estrategia resultó clave para legitimar su existencia como un «nuevo» instrumento –de acuerdo a definiciones de voces de la época– de la estructura burocrática estatal. Por otra parte, la relativa autonomía en su carácter de ente autárquico representó la posibilidad de implementar acciones rápidas y, para algunos, la oportunidad de concretar intereses corporativos y/o personales y ocupar puestos de prestigio.

5. El Instituto de Rehabilitación del Lisiado

Como hemos visto, el clima de ideas en torno a la rehabilitación no estaba exento de tensiones y controversias en cuanto a su significado, alcance, contenidos y delimitaciones en el campo de las prácticas profesionales. Los primeros años de la CNRL transcurrieron en un contexto de emergencia sanitaria y de autoritarismo político, seguido por una gran inestabilidad durante el periodo de restablecimiento democrático con Arturo Frondizi como presidente (1958-1962). Sin embargo, entre 1956 y 1959, la CNRL impulsó centros y programas de rehabilitación considerados «innovadores» y «progresistas» para la época y para la situación sanitaria local. Entre ellos, estuvo el IREL, generalmente denominado como el «Instituto».

Tabla 1
Instituciones dependientes de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, 1956-1965

Centros sociosanitarios			Hogares		Escuelas nacionales	
IREL, 1956			Centro de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, 1956	Hogar de Beccarias, 1959	Hogar de Beccarios, 1962	Escuela de Terapia Ocupacional, 1959
Médicos especialistas	Técnicos	Central	Médicos especialistas	Técnicos	Central	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
- Amputados	- Coordinación	- Farmacia	- Anatomía patológica	- Asistencia social	- Alimentación	Escuela de Educación
- Anestesiología	- Hemoterapia	- Hemoterapia	- Escuela	- Electromecánica	- Electromecánica	Terapia Ocupacional,
- Angiología	- Enfermería	- Laboratorio	- Asistencia familiar	- Fonoaudiología	- Pulmotor	1959
- Cirugía	- Escuela	- Odontología	- Clínica médica	- Kinesiología	- Laboratorio de biomecánica	1965
- Ortopedia	- Fonoaudiología	- Radiología	- Fisiatría	- Terapia ocupacional	- Archivo y registro	Escuela de Ortesis y Prótesis,
- Urología	- Kinesiología	- Transporte	- Fisiopatología	- Laboratorio experimental	- Radiología	1965
	- Psicología		- Laboratorio experimental			Escuela de Ortesis y Prótesis,
	- Recreación y deportes					1965
	- Taller de ortesis y prótesis					Escuela de Ortesis y Prótesis,
	- Terapia ocupacional					1965
	- Archivo y registro					Escuela de Ortesis y Prótesis,
						1965

Centros sociosanitarios		Hogares		Escuelas nacionales	
Colocación y Alojamiento		Hogar de Beccarias, 1959	Hogar de Beccarios, 1962	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
Colocación y Alojamiento	empleo	Mujeres estudiantes ocupacionales	Varones estudiantes	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
- Empleo	- Evaluación profesional acelerada	- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Alojamiento a personas con secuelas respiratorias graves	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
- Formación profesional acelerada	- Laboratorio de biomecánica	- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Asistencia social	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
- Laboratorio de biomecánica	- Archivo y registro	- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Artes plásticas	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
- Archivo y registro	- Radiología	- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Capacitación vocacional	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
- Radiología		- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Escuela	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
		- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Musicoterapia	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
		- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Psicología	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965
		- Mujeres estudiantes ocupacionales	- Terapia ocupacional	Escuela de Educación	Escuela de Ortesis y Prótesis, 1965

Fuente: Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1958); CNRL (1963b); Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública-Dirección Nacional de Rehabilitación (1977); elaboración propia.

Durante los primeros tres años (1956-1959), el derrotero del IREL fue haciendo camino al andar en plena epidemia y en un contexto de gran volatilidad. Su primer director fue Humberto Ruggiero, los siguientes Alberto Mejía y Luis Alberto González. Este último pasó el mando de la institución, en 1958, al ortopedista cordobés Oscar Malvárez, «distinguido especialista y asesor de ALPI» (CNRL, 1958). Ante el cambio de Gobierno, cuando en el mes de mayo asumió la presidencia Frondizi, los miembros de la CNRL habían presentado su renuncia y el Instituto continuaba sus actividades sin «jefe». Fue así hasta el mes de agosto, cuando una nueva CNRL fue designada. El especialista evocaba su experiencia en las siguientes palabras:

En el '56 había caído Perón y los hospitales eran un desquicio. No había pulmotores y casi todos los médicos que atendían Parálisis Infantil y estaban en actividad fueron hechos volar por el nuevo gobierno, por la proscripción del peronismo. [...] Después del '56, '57 se empezaron a plantear los problemas. No tenían quién manejara todo eso [...] y pescaron un sonso que fui yo. Como era amigo de González que estaba de director del «Instituto» y él me conocía de ir al Hospital de Niños con ellos para estudiar la Parálisis Infantil, se les ocurrió que porque no iba yo a seguir. Yo no sabía, tenía una mujer y tres hijos, entonces me fui solo a probar, porque no solamente había que irse allá, sino que tampoco había mucha plata. Intentaron llevarme... un día me habla González [se refiere a Luis Alberto González, integrante de la CNRL y director de ALPI], estaban en huelga los médicos en Buenos Aires y no podían nombrar a nadie ni siquiera para que los ayudara, y me dice: «mirá Oscar, tenés que venirte porque no sabemos cómo solucionar el asunto, no tenemos un médico, esto es un desastre va a pasar cualquier cosa en cualquier momento», así que a la mañana siguiente agarré el auto y me fui. Casi dos años me costó volver (*Materia Prima. Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional*, 1997, p. 2).

A dos meses de haber asumido Frondizi, una huelga de médicos se prolongó durante setenta días, desde el 4 de julio hasta el 13 de septiembre de 1958, por un conflicto entre la Unión de Obreros y Empleados del Transporte (UTA) y la Confederación Médica de la República Argentina (Comra) motivado por la cesantía del director médico interventor que había sido designado por la UTA. Un escenario de pujas enfrentaba a organizaciones gremiales que abogaban por la reincorporación de los médicos cesanteados durante el peronismo con otras que intentaban lo mismo con los que habían sido dejados de lado a partir de 1955 a causa de su filiación

peronista. Por otro lado, el apoyo manifestado por Juan Domingo Perón a la candidatura de Arturo Frondizi y el rechazo de algunos actores ante un posible cambio favorable al Gobierno democrático anterior, sumado al proceso de normalización de los sindicatos, constituyeron un foco de conflictos para el gremio de los galenos y profundizaron tensiones entre médicos y mutualidades (Belmartino, Bloch, Camino & Persello, 1991). Malvárez recuerda el clima convulsionado y el intenso compromiso personal de aquel grupo de médicos que integraban la CNRL:

Ud. viera lo que era eso, estábamos trabajando con ellos [se refiere a la CNRL] hasta las 3 de la mañana y a las 8 tenías que estar de nuevo en el «Instituto» atendiendo y a las 12 operando. Todos eran muy amigos entre sí y estaban, no solo empeñados en hacer las cosas bien, sino en hacer cosas nuevas, que el país cambiara, todos eran gente de mucha influencia en Buenos Aires (*Materia Prima. Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional*, 1997, p. 4).

A Malvárez le siguió en el cargo Horacio Rosenwurcel hasta la llegada del joven médico José Benito Cibeira, quien, recién graduado como especialista en medicina física y rehabilitación en Estados Unidos, asumió la dirección de esta institución a partir de 1959 y se mantuvo en ella durante un periodo ininterrumpido de treinta años. La llegada de Cibeira como director resultó muy influyente para el arraigo de la medicina física y la rehabilitación como especialidad médica, para el desarrollo del deporte adaptado y para otras disposiciones que fortalecieron el campo de la rehabilitación, a partir de su larga continuidad en el mismo cargo directivo. Por otra parte, en 1955, con la llegada de la vacuna Salk y en la medida en que la curva de casos de polio descendía, otras patologías neuromusculares hasta el momento postergadas por la emergencia epidémica comenzaron a ser admitidas, respondiendo además, al espíritu de la CNRL, predispuesto en ese sentido.

Hacia 1958, el IREL contaba con una dotación de personal que combinaba distintas profesiones en varios departamentos: Clínica Médica, Ortopedia, Psicosocial y Enfermería. Se destaca la cantidad de cargos rentados destinados al Departamento Psicosocial, que tenía asignadas 25 maestras y 47 kinesiólogos. Este departamento realizaba actividades de enseñanza para niños internados y externados en niveles preescolar, primario y secundario. También se impartía cursos de idiomas, corte y confección, labores, mecanografía, teatro leído, cine-debate, etc., así como paseos y salidas al cine y teatro, y juegos y actividades deportivas, con la colaboración de un equipo de «voluntarias» (CNRL, 1958). Hasta nuestros días, a más de seis

décadas de su creación, el Instituto es un centro de atención especializado en rehabilitación de referencia en Argentina.

En el presente, su continuidad, y la del hospital de rehabilitación respiratoria María Ferrer, se encuentra amenazada por un proyecto del gobierno porteño que analiza la creación de un Complejo Hospitalario ubicado en el sur de la ciudad de Buenos Aires. Para su financiación se prevé el cierre y la venta de los terrenos donde están ubicados, y su posterior traslado a un predio, donde se ubicarían junto a otros tres hospitales (de oncología, de enfermedades infecciosas y de gastroenterología). Si bien el proyecto está en discusión y aún no se ha concretado, en el contexto actual de precarización y desfinanciamiento de la salud pública, el potencial cierre de estas instituciones significaría un lamentable retroceso y graves perjuicios a la salud de los ciudadanos.

6. Consideraciones finales

El reconocimiento del problema de la rehabilitación de los «lisiados» por parte del Estado a partir de la epidemia de 1956 fue, sin duda, un reclamo largamente sostenido que por fin pareció lograr su merecido lugar en la agenda sanitaria. Resulta evidente que el Gobierno dictatorial de Pedro Aramburu (1955-1958) se valió de ello como herramienta política para fortalecer su imagen ante la opinión pública y legitimar sus acciones, pero debe reconocerse que a partir de las numerosas y variadas acciones que se instrumentaron, entre ellas las de la CNRL, se echó a andar un conjunto de instituciones que prosiguieron sus trayectorias a través de los años y delimitaron los procesos de profesionalización del campo de la rehabilitación motriz en nuestro país (Cibeira, 2006).

Este periodo de expansión y legitimación institucional de la rehabilitación, 1956 a 1958, es necesario comprenderlo en un marco histórico signado por el autoritarismo, la violencia política y la exclusión del peronismo. Las políticas sanitarias peronistas eran criticadas y denostadas; las estructuras y servicios, desmantelados o abandonados. Frente a la demanda sanitaria que significó la epidemia de 1956, hemos señalado los intentos por reutilizar algunas instalaciones y saberes establecidos de manera silenciosa y solapada o inmersa en retóricas. La derogación en 1957 de la Constitución de 1949 y la adopción de la carta magna de 1853, conservando el artículo 14 bis que preservaba derechos sociales, demuestra la necesidad que había entonces de resguardar ciertas garantías y protecciones frente al temor a los avances comunistas y a la pérdida de gobernabilidad. Si bien —en cuanto a rehabilitación— el Estado avanzó en la provisión de cobertura sanitaria y social, lo hizo desde una posición liberal, intentando alivianar responsabilidades,

de acuerdo con los procesos de descentralización y con lineamientos de organizaciones internacionales que abogaban en dicho sentido.

La rehabilitación como conjunto de enunciados, prácticas y valores construyó, en el periodo analizado, un «mundo polio» particular que dio un marco existencial a aquellos niños afectados por la poliomielitis en una condición que implicaba el desafío de superar barreras de todo tipo y que, muchas veces, los convertiría en tributarios de una supuesta fortaleza adicional. La polio se porta **en** el cuerpo y **desde** el cuerpo, como experiencia históricamente singular que actúa performativamente en tanto establece racionalidades y regularidades que instauran «maneras de decir, hacer y conducirse», en tanto «sujeto de conocimiento, sujeto social, jurídico o ético» (García Fanlo, 2011, p. 8). Podríamos decir que, en gran parte, esos pequeños han sido atravesados por la hegemonía de la normalización y las diversas aristas del dolor social y sus mecanismos de regulación a través de un conjunto de procedimientos cuya tendencia se ha orientado a fortalecer la naturalización de la deficiencia y la discapacidad como problemas de índole individual. A través del complejo dispositivo de rehabilitación, se legitimaron un conjunto de intervenciones que contaron con un aval moral que excedía las esferas médica y científica e implicaba expectativas que serían socialmente demandadas a los pequeños pacientes (Martínez Pérez, 2009b; Porras Gallo, 2006). En definitiva, la presencia de esta enfermedad y este grupo de niños, destinatarios prioritarios de las nuevas metodologías terapéuticas, constituyeron la oportunidad para ensayar y desarrollar estos proyectos y demostrar su utilidad científica y social, al tiempo de justificar la emergencia de nuevas profesiones y especialidades en el campo sanitario y asistencial. Tales ideas, prácticas médicas e intervenciones sociales, a modo de un legado, sentaron las bases para desarrollos futuros y perduran hasta la actualidad.

Referencias

- Álvarez, A. (2013). El impacto de los brotes de poliomielitis en las formas de organización ciudadana. *Revista de Historia de la Medicina y Epistemología Médica*, 5(1), 1-24. Recuperado de <http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/histomedicina/index1024x768.htm>
- Álvarez, A. (2015). Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: la rehabilitación integral en la Argentina de mediados de siglo XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(3), 941-960. doi: <http://doi.org/cm4>
- Álvarez, A., & Reynoso, D. (2011). Entre el abandono y la debilidad. El cuidado de la salud en la primera infancia, entre 1920-1930. En I. Cosse, V. Llobet, C. Villalta, & M. Zapiola (Eds.). *Infancias: políticas, saberes e intervenciones. Argentina y Brasil (siglos XIX-XX)* (pp. 123-149). Buenos Aires: Teseo.
- Ballent, A. (2009). Las huellas de la política. *Vivienda, ciudad, peronismo en Buenos Aires, 1943-1955*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes y Prometeo.
- Belmartino, S., Bloch, C., Camino, M. I., & Persello, A. V. (1991). *Fundamentos históricos de la construcción de las relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Biernat, C. (2007). *¿Buenos o útiles? La política migratoria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Bregain, G. (2012). Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974). En L. Pantano (Comp.). *Discapacidad e investigación: aportes desde la práctica* (pp. 111-166). Buenos Aires: Educa.
- Bregain, G. (2014). *L'internationalisation imparfaite d'une modernité nord-atlantique. Essai d'histoire croisée des politiques publiques du handicap en Argentine, au Brésil et en Espagne (1956-1982)* (tesis de doctorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil y Université de Rennes II, Francia.
- Cámara de Diputados de la Nación. (1866). *Diario de Sesiones de 1866*. Sesión del 15 de junio sobre la Creación del Asilo para Inválidos, p. 41.
- Cámara de Diputados de la Nación. (mayo, 1936) Proyecto de Ley 108. Creación del Instituto Nacional de Parálisis Infantil. Extracto: Critto, folio 5. Buenos Aires: Cámara de Diputados.
- Cibeira, J. (2006). Aspectos históricos del IREP: visión de su primer director. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica*, 10(2), 3-19.
- Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, CNRL. (1958). *Memorias*. Buenos Aires: CNRL.
- Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, CNRL. (1963a). *Boletín. Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado*.
- Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, CNRL. (1963b). *Servicios y centros de rehabilitación de lisiados del aparato motor*. Buenos Aires: CNRL.
- Decreto 5433/56. Creación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado. (23 de marzo de 1956). Poder Ejecutivo Nacional.
- Decreto Ley 30656/44. Servicio de Medicina Preventiva y Curativa del Instituto Nacional de Previsión. (27 de noviembre de 1944). *Boletín Oficial*. Buenos Aires.

- Decreto Ley 9276. Conformación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado. (23 de marzo de 1956). Poder Ejecutivo Nacional.
- Dirección Nacional de Rehabilitación. (agosto, 1977). *Boletín*.
- El Día Médico*. (14 de mayo de 1956). Conclusiones. *El Día Médico*, 26(1-44), 859.
- El Inválido Argentino*. (25 de mayo de 1881), (número único), s. p.
- En Marcha. Órgano Oficial del Club Marcelo Fitte* (agosto, 1958). (10), 75.
- Ferrante, C. (2014). *Renguear el estigma. Cuerpo, discapacidad y deporte*. Buenos Aires: Biblos.
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei*, (74). Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/fanlo74.pdf>
- La Razón*. (11 de marzo de 1956a). Hasta un efecto imprevisto suele tener la parálisis infantil, tal es el de resultar generadora de campeones. *La Razón*, p. 4.
- La Razón*. (20 de marzo de 1956b). La rehabilitación opera milagros. *La Razón*, p. 3.
- Ley 9688. Ley de Accidentes y Enfermedades de Trabajo. (21 de octubre de 1915). *Boletín Oficial*.
- Ley 12961. Ley de Contabilidad y Organización del Tribunal de Cuentas de la Nación y Contaduría General. 1956. (1957). *Boletín Oficial*.
- Martínez-Pérez, J. (2006). El obrero recuperado: medicina del trabajo, ortopedia y tecnología médica en la imagen social de las personas con discapacidades (1922-1936). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(2), 349-373. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000200009
- Martínez-Pérez, J. (2009a). La poliomielitis como modelo para el estudio de la enfermedad en perspectiva histórica. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 61(1), 7-22. doi <http://doi.org/cm5>
- Martínez-Pérez, J. (2009b). Consolidando el modelo médico de discapacidad: sobre la poliomielitis y la consolidación de la traumatología y ortopedia como especialidad en España (1930-1950). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 61(1), 117-142. doi <http://doi.org/cm5>
- Materia Prima. Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional*. (1997). Estampas de un tiempo, 2(5), 2-4.
- Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. (28-29 de julio de 1956). *Reunión Nacional sobre Rehabilitación del Lisiado*. Carlos Paz, Córdoba, Argentina.
- Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. (1958). *Memoria de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado*. Buenos Aires: Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.
- Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública-Dirección Nacional de Rehabilitación. (1977). *Reseña de evolución*. Buenos Aires: Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública-Dirección Nacional de Rehabilitación.
- Oliver, M. (1996). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En B. Len (Comp.). *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Madrid: Morata.
- Porras Gallo, M. I. (2006). La medicina y los seguros en el abordaje del problema de los inválidos del trabajo en España en la primera mitad del siglo XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(2), 393-410. doi <http://doi.org/c9b2zw>
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.

- Ramacciotti, K., & Testa D. (2016). «Re-educar inválidos es un problema caro». La rehabilitación laboral y la reinserción social. Argentina, 1915-1960. *Revista de Ciencias Sociales*, 50(1), 171-202. Recuperado de <http://www.bibliotecavirtual.unl.edu.ar/ojs/index.php/EstudiosSociales/issue/view/569/showToc>
- Requena, M. L. (2017). *Una escuela hospitalaria. Etnografía sobre los cuidados de niños gravemente enfermos*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Rodríguez-Sánchez, J. A. (2015). Poliomyelitis after Poliomyelitis. Lights and Shadows of the Eradication. An Introduction. *Hygiea Internationalis*, 11(1), 7-31. doi <http://doi.org/cmx6>
- Sotelano, F. (2012). History of Rehabilitation in Latin America. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(4), 368-373. doi: <http://doi.org/d7zsqc>
- Stike, H. J. (1997). *A History of Disability*. Ann Harbor: The University of Michigan Press.
- Suriano, J. (2000). Una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina. En J. Suriano (Comp.). *La cuestión social en Argentina (1870-1943)* (pp. 1-30). Buenos Aires: La Colmena.
- Wilson, D. (2009). Y andarán: lo ideal versus la realidad en la rehabilitación de la polio en los Estados Unidos. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 16(1), 175-192. doi <http://doi.org/cmx5>

