



POLIOMIELITIS: LA “HERENCIA MALDITA”¹ Y LA ESPERANZA DE LA REHABILITACIÓN. LA EPIDEMIA DE 1956 EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Daniela Testa

Universidad de Buenos Aires

Introducción

La poliomielitis es una enfermedad cuyos brotes epidémicos afectaron a millones de personas en Europa y América hacia la primera mitad del siglo XX.

Esta enfermedad infecciosa aguda –ocasionada por tres tipos de virus– puede atacar el sistema nervioso y causar parálisis. Sin embargo, la mayoría de las personas infectadas con polio no tienen síntomas, y algunas sólo tienen síntomas leves. De todas las personas que padecen la infección, el 2% o menos pueden desarrollar una enfermedad paralítica; aunque, en casos severos, ésta puede conducir a la muerte.

Tal como estaban dadas las condiciones del conocimiento científico a comienzos de siglo, poco era lo que se sabía sobre la etiología y las vías de contagio de esta enfermedad que no hacía diferencias entre los diversos sectores sociales. Ello evidenciaba que su existencia y diseminación no estaban vinculadas a las condiciones más precarias de vida y a la falta de higiene, como era el caso de otras enfermedades infectocontagiosas.

El hecho de que afectara principalmente a los niños, y que parte de ellos pertenecieran a sectores sociales acomodados, asociado con el estigma que representaba la deficiencia física, fueron factores que influyeron en que la poliomielitis se convirtiera en un tema prioritario para los Estados, y que motivaron, además, la preocupación de las élites políticas, la movilización de sectores de la sociedad civil y de los medios de comunicación.

A partir de la aparición de las vacunas Salk (1955) y Sabin (1957), comenzó el ciclo de control de la enfermedad que ha sido erradicada en América (1994), Oeste del Pacífico (2000) y Europa (2002). En Argentina, no

¹ La expresión “herencia maldita” corresponde a un titular de una nota del periódico *Crítica* del 14 de marzo de 1956

se registran casos de poliomielitis por transmisión de poliovirus salvaje desde 1984. Lamentablemente, aún no se ha logrado su erradicación mundial, debido a que subsiste en algunas regiones de Egipto, India, Níger, Nigeria, Pakistán, y en territorios afectados por conflictos bélicos.

Durante la epidemia de poliomielitis de principios de 1956, se registraron a nivel nacional, aproximadamente 6.500 casos. Tal magnitud puso en evidencia la insuficiencia de recursos y de infraestructura sanitaria, y la inexistencia de planificación y previsión por parte del Estado frente a los cíclicos brotes de una enfermedad presente en Argentina desde hacía varias décadas. Al brote de 1956 le habían antecedido tres: el de 1936 (fecha en la cual, además, se había reconocido el carácter epidémico de la enfermedad), y los de 1942 y 1953. Así las cosas, un sector de la corporación médica estaba preocupado por la complejidad y el alcance de las secuelas permanentes que esta enfermedad provocaba entre sus víctimas, y canalizaba esfuerzos – cada vez más sistematizados y frecuentes– en espacios académicos y legislativos para lograr una ubicación prioritaria, dentro de las agendas políticas, del tema de la “invalidez”.

La decisión de convertir a la epidemia en una oportunidad de ganar apoyo y legitimación por parte de la opinión pública fue una de las estrategias utilizadas por el gobierno de facto de Pedro Aramburu (1955-1958). En efecto, la epidemia no sólo fue utilizada políticamente como instrumento para detractar al gobierno anterior – al cual se culpaba del flagelo–, sino que impulsó diversas medidas que representaron la oportunidad de extender distancias y posiciones entre los actores de la sociedad civil y el Estado interesados en el tema. De este modo, el antiguo y soslayado problema de la rehabilitación de los “lisiados” ganó un grado de visibilidad pública hasta el momento nunca alcanzado y pasó a ser tema de la agenda política del momento.

La creación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado en 1956 fue una de las innovaciones burocráticas del momento. Uno de los objetivos de la entidad fue la planificación e implementación de un plan nacional de rehabilitación física, psíquica y económico-social de las personas con sus capacidades laborativas (actuales o potenciales) disminuidas como consecuencia de enfermedades congénitas o adquiridas; asimismo, se proponía centralizar las acciones llevadas a cabo fundamentalmente por organizaciones privadas filantrópicas o confesionales diseminadas en diferentes partes del país.

Las preguntas que guiaron nuestro trabajo son: ¿hasta dónde se extendía el interés por ampliar los horizontes del Estado con respecto al tema? ¿O se trataba de ensanchar el espacio de responsabilidades compartidas con la sociedad civil? ¿Cuán novedosas resultaron las políticas y acciones implementadas en relación con las formas ya conocidas? ¿Cómo se entendía la pretendida integración social de las personas afectadas que sufrían secuelas físicas permanentes?

También aspiramos a contribuir al debate sobre los procesos de construcción de las ideas de rehabilitación desde una perspectiva local y específica delimitada por la epidemia de poliomielitis de 1956, situación a partir de la cual se realizaron varias concreciones tendientes a dar una respuesta a la emergencia sanitaria, pero fundamentalmente destinadas a favorecer que la rehabilitación, como conjunto de ideas, valoraciones e intervenciones, se plasmara en efectivas capacidades profesionales y científicas que fueran más allá de las promesas y de la urgencia epidemiológica de ese momento en particular.

Desde el bienestar hasta la rehabilitación. Definiendo alcances y oportunidades

Nuestro país contaba con un grupo de médicos interesados en la profilaxis y el tratamiento de la “invalidez” desde fines del siglo XIX². Se trataba de profesionales que canalizaban sus intereses por medio de la partici-

² José Jorge. *Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido*, 1943, pp. 36-48.

pación activa en organizaciones filantrópicas, en cátedras universitarias y en los hospitales. Cabe señalar que, si se pretendía un desarrollo profesional destacado, era necesario transitar estos tres escenarios.

La primera entidad creada fue la Asociación Protectora de Inválidos (1867), cuyo objetivo fue brindar ayuda a los heridos en la Guerra del Paraguay (1865-1870). Federico Pinedo y José C. Paz (presidente y secretario de dicha entidad, respectivamente) agruparon a universitarios, quienes promovieron la fundación y sostenimiento del “Hospicio de Inválidos”, que en 1884 se transformó en hospital mixto. También, para apoyar esas iniciativas, ese mismo año apareció el periódico *El Inválido Argentino*, bajo la dirección de Juan Montes de Oca y Vicente Quesada. La publicación se mantuvo mientras duró la guerra.

El primer encuentro de carácter académico científico que se realizó en el país en relación con este tema fue la Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido, organizada en octubre de 1943 por la Asociación Ayuda y Orientación al Inválido (AOI). Dicha entidad había sido creada en 1937 por el Dr. José María Jorge, en la IV Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital Durand, como un “centro experimental de asistencia social y educación de niños y jóvenes lisiados considerados mentalmente normales”³. El tema de principal interés de esta Conferencia fue el alcance médico y social del problema. Entre las ponencias y debates no hubo análisis de casos o de técnicas especializadas para tratar los problemas de las “incapacidades”, sino que la mirada estuvo puesta en proyecciones económicas a futuro, reclamos de mediciones sociales por medio de censos y estadísticas apropiadas, requerimientos de sanción de leyes y normativas que tendieran a regular los comportamientos colectivos a través de medidas educativas masivas, etcétera.

El debate presentaba una gama amplia de tópicos, que iban desde las propuestas de creación de un Departamento de Salud Pública dependiente tanto de la Dirección Nacional de Higiene como del Consejo Nacional de Educación, que estableciera la obligatoriedad de asistir al “inválido” –basada en su derecho de ser asistido– hasta las voces que adherían a un sistema mixto con participación del Estado y colaboración de las entidades particulares.

Las demandas de centralización e integración nacional del sistema sanitario daban continuidad a los reclamos realizados en ese sentido desde principios del siglo XX⁴. Aunque no era en absoluto novedosa, la concepción que intentaba ligar aspectos sanitarios a la asistencia social resultaba un argumento válido en pos de obtener el reconocimiento de las prácticas e ideas que se venían ensayando con anterioridad.

El problema del “inválido”, según los juicios médicos del momento, en tanto su carácter “médico-social” por su origen y naturaleza, abarcaba aspectos sanitarios, educativos, jurídicos, financieros y espirituales, e implicaba, al menos desde una concepción ideal, la participación de representantes de diferentes instancias estatales y privadas.

La mayoría de los reclamos de formación de instituciones y recursos humanos especializados (hogares-escuela, talleres, centros de reeducación) giraban decididamente en torno a la dimensión “social” del problema; y de acuerdo con la concepción de la época, la profilaxis, la educación y el trabajo serían los medios fundamentales para enfrentarlo con relativo éxito.

Quedaba claro que el atributo que definía el estatus de “lisiado” no refería únicamente a una supuesta normalidad visible y aparente del cuerpo, sino que se ligaba también a la capacidad de lograr la inserción en el sistema productivo. Esta idea ampliaba el campo de intervenciones a la educación, que asumiría parte de las

³ José Jorge. *Segunda Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido*, 1946. Almuerzo en el Rotary Club, p. 373. Jorge Oliva. “El Hogar escuela de la AOI”. *Kinesiología*. Tomo VIII. N° 30. Año VII, segundo trimestre de 1946, p. 121.

⁴ Karina Ramacciotti (2009: 36-38).

repuestas a tal problemática con acciones efectivas, llevadas a cabo por especialistas en educación especial y psicopedagogía. Pero lo más importante es que complejizaba el carácter meramente biológico de la “invalidez” al incluir una dimensión social relativa a la esfera de la productividad económica.

Dentro de este conjunto de ideas, el hogar-escuela como “espacio educativo medicalizado” ocupó un lugar primordial. En Argentina, la creación de este tipo de instituciones destinadas a niños pobres estuvo presente a partir de 1938 como una forma de penetración del Estado ante la falta de escolarización de las provincias⁵. En el caso de los “lisiados”, en ellas se condensaría la atención médica, social y educativa (en nivel primario, manualidades y oficios) para el logro del propio sustento por parte de los afectados⁶.

El fin del hogar-escuela era brindarles abrigo, alimentación, cuidados médicos y educativos para rescatar en ellos el “valor moral y productivo”, que los convertiría, en un futuro, en personas “útiles para la sociedad”. Es así cómo, a partir de estas categorizaciones compartidas entre los expertos –y que también formaban parte del imaginario social– se fueron conformando los procesos que modelaron y transmitieron una cierta expectativa en cuanto a la forma legítima o aceptada de ser “inválido”. Al ser reconocidas estas características desde los espacios públicos y políticos a través de su declaración como objetivos de las políticas que se le reclamaban al Estado, quedaba planteado, por un lado, el reconocimiento del derecho a la asistencia y la educación de los “lisiados”, y por el otro, su contracara: convertirse en merecedor de estos derechos a partir de cumplir con determinados atributos y comportamientos valorados; en tanto, para recibir la atención por parte de estas instituciones, los niños y jóvenes debían aceptar las propuestas de formación profesional, y las normas y valores impuestos por ellas.⁷

En definitiva, más allá de los esfuerzos y debates realizados, el alcance de las responsabilidades que debían asumir el Estado o la sociedad civil se mantuvo impreciso en las discusiones de la época, en las que se combinaban en diferentes grados la caridad y la filantropía con la asistencia garantizada por el Estado. Sin embargo, la idea de la educación y el trabajo como medios para lograr una recuperación exitosa constituyó un tema consensuado y siempre presente en los distintos ámbitos que se involucraron con el problema.

Una década más tarde, en el Symposium Internacional sobre Poliomiéltis de 1956⁸, el ministro Francisco Ramírez concluyó con esos dilemas y definió que el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y los individuos serían socios en la responsabilidad de enfrentar la epidemia y asumir el problema de las secuelas de la enfermedad en los individuos.

“El largo y penoso camino de la rehabilitación no puede ni debe ser la responsabilidad ni la obra de un gobierno. Cada ciudadano tiene una responsabilidad y una oportunidad en la lucha frente a la epidemia y sus

⁵ Karina Ramacciotti (2010).

⁶ José M. Jorge, *Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación del Inválido*, 1943. En la misma Conferencia, el Dr. Germinal Rodríguez enfatizó sobre la necesidad de uniformar la tabulación de las causas de la “invalidez” en las estadísticas biométricas, haciendo notar que la importancia demográfica de una enfermedad no podría medirse por la sola cifra de los inválidos, sino que eran factores a tener en cuenta la morbilidad, mortalidad e “invalidez” en relación con el concepto médico y jurídico que se aplicara para definir dicho estado de “invalidez”. *Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación del Inválido*, 1943 pp. 77-90.

⁷ En relación con la construcción de los “modos de ser discapacitado”, véase Carolina Ferrante (2011). “Lo importante es no ser “rengo” de la cabeza: Condiciones sociales e históricas de emergencia e institucionalización del campo del deporte adaptado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. En Pantano, Liliana., (comp). Producción 2010 del Seminario de Investigadores sobre Discapacidad, CIS/UCA, Educa. (en prensa).

⁸ El Symposium se realizó en el marco de las VII Jornadas de Pediatría, en Embalse de Río Tercero (Córdoba), el 16 de abril de 1956.

consecuencias. El pueblo que apoya generosamente con su dinero y su cooperación es un factor incuestionable del éxito. Ningún gobierno por más recursos que posea resulta eficiente”⁹.

Así, el Estado se haría cargo de llevar a cabo la profilaxis de la enfermedad con el recurso de la vacunación, y homologaría las acciones de las iniciativas privadas por medio de leyes protectoras destinadas a estimular el desempeño de dichas entidades. Esta delimitación contemplaba una amplia y borrosa franja de responsabilidades de las que no se ocuparía ninguno de ellos, y que recaerían, por decantación, sobre los individuos afectados y sus familias.

La Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, creada ad hoc en plena epidemia de poliomielitis, en mayo de 1956, daba cuenta en los hechos de la posición asumida por el ministro Ramírez y retomaba algunos de los históricos reclamos y debates en torno a las personas “inválidas”. Daría entrada a una nueva manera de entender el problema que, a partir de ese momento, sería interpretado a partir de un nuevo modelo de la medicina, ya en boga en Estados Unidos y Europa, el enfoque de la rehabilitación.

Entendida como la tercera fase de la medicina, la rehabilitación era definida como un método sistemático y organizado por el cual las capacidades mentales, físicas y vocacionales de un individuo eran desarrolladas al máximo posible, con el fin de que pudieran ser útiles y productivos a la sociedad.

Desde entonces, perdió vigencia la denominación “bienestar del lisiado” utilizada en los eventos científicos de la década del cuarenta. El concepto de “rehabilitación del lisiado” fue de uso extensivo para denominar un conjunto de prácticas, acontecimientos sociales y científicos. Los términos y categorías adquirieron gradualmente mayor especificidad técnica y científica, y reflejaron el avance del proceso de medicalización que asumía incumbencias en el asunto, legitimado por criterios científicos y por el Estado.

“La rehabilitación de paralíticos opera milagros...”

“... ex lisiados se transforman en ases de natación, tenis y levantamiento de pesas, a condición de empezar enseguida la práctica deportiva”¹⁰.

Con este titular se anunciaba en el periódico *La Razón*, el 20 de marzo de 1956, la puesta en marcha del plan de rehabilitación para los enfermos afectados por poliomielitis, con la iniciativa de la designación de una comisión honoraria de médicos que lo conduciría y la asignación de 40 millones de pesos para tal fin. En el mismo artículo periodístico, 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”¹¹. 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), a cargo del Dr. Raúl Parodi, y la Dirección de Epidemiología y Endemias (DEE), bajo el mando de Julio César Blaksley, fueron las entidades responsables de adoptar las primeras medidas frente al azote de la epidemia de 1956. Como medida urgente, designaron una Comisión Especial para la Lucha contra la Poliomielitis, integrada por hombres de confianza del ministerio y presidida

⁹ Francisco Martínez. Discurso Inaugural. *VII Jornadas de Pediatría y Symposium Internacional sobre Poliomielitis*, 1956, p. 769.

¹⁰ *La Razón*, el 20 de marzo de 1956.

¹¹ *La Razón*, 20 de marzo de 1956.

en sus inicios por el mismo titular de la DNSP. Esta Comisión se encargó de organizar los recursos para hacer frente a la emergencia. Posteriormente, el ministerio creó la Dirección de Lucha contra la Poliomiélitis, con acción permanente y bajo la titularidad de Humberto Ruggiero¹².

En forma paralela, el gobierno de facto creaba la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) como una herramienta para atender a la recuperación de las personas afectadas con secuelas irreversibles. Se constituyó como un ente autárquico y descentralizado, por medio del Decreto Ley N° 9276 dictado 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 las organizaciones privadas filantrópicas más importantes (es decir, aquellas que tuvieran personería jurídica y contaran con recursos económicos propios). La gestión financiera era llevada a cabo por un Departamento de Administración propio (de acuerdo con la Ley n° 12.961), y debía responder en forma directa ante la Contaduría General de la Nación.

La creación de la Comisión reflejó, por primera vez, la aspiración de lograr un programa nacional de rehabilitación que aunara las iniciativas existentes que se hallaban diseminadas en el país, y fue la primera estructura estatal de carácter mixto constituida para dar respuesta a este problema, que hasta ese momento estaba enteramente en manos de las organizaciones privadas. La conformación de un espacio de gestión política compartido “en íntima colaboración con las entidades privadas”¹³ expresaba la intención de conllevar la responsabilidad de la carga social de los “inválidos”, viejo problema puesto en evidencia por el brote de poliomiélitis de 1956. Los autores visibles de la iniciativa: el Dr. Francisco Martínez, ministro de Salud Pública y Asistencia Social, y Francisco de Elizalde, subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social.

La primera Comisión¹⁴ fue integrada por un grupo constituido en su mayoría por médicos que gozaban de reconocimiento profesional en temas de rehabilitación: Alejandro Ceballos y Juan Tesone, como presidente y vicepresidente; y Luis Alberto González, Raúl Carrea, César Sallares Dillon, Pedro Catoggio, Alberto Mejía, Enrique Forn y Sigfrido Maza. Entre sus objetivos estaban la formulación y aplicación de un programa de rehabilitación a nivel nacional, que “comprendiera la atención de la poliomiélitis, 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 estadísticos¹⁵.

La creación de un instituto médico especializado en rehabilitación fue una de las principales concreciones de la Comisión. El 14 de marzo de 1956, el general Pedro Aramburu había anunciado en una nota de prensa el lugar que le sería destinado, al que luego se denominaría Instituto de Rehabilitación¹⁶: las dependencias de

¹² *La Nación*, 11 de marzo de 1956, Alocución radiofónica del Ministro Francisco Martínez. “Expúsose la acción sanitaria ante la Parálisis Infantil”.

¹³ Dr. Luis Alberto González, Reunión Inaugural del 3° Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado, Buenos Aires, 8 de diciembre de 1959.

¹⁴ *Boletín Dirección Nacional de Rehabilitación*. Biblioteca Técnica Especializada, Buenos Aires, agosto de 1977.

¹⁵ Algunos médicos destacados que integraron en diferentes momentos esta Comisión fueron Carlos Ottolenghi, Oscar Marottoli, Nicanor Costa Méndez, Jorge Alcorta, Heriberto Dietl. Véase José Cibeira. “Aspectos históricos del Instituto de Rehabilitación del Lisiado. Visión de su primer director”. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación del Lisiado*. N° Aniversario 1956-2006. Vol. 10, N° 2, octubre 2006, pp. 3-19.

¹⁶ El Dr. Ottolenghi, jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, y su equipo se declararon autores de la propuesta realizada ante la Intervención del Instituto Nacional de Acción Social de utilizar esas instalaciones “que solo habían servido de propaganda” para un Instituto de Rehabilitación. *El Día Médico*, 21 de mayo de 1956, p. 859.

las ex Ciudad Infantil y Ciudad Estudiantil de la Fundación Eva Perón, ubicadas entre las calles Echeverría, Ramsay, Húsares y Olazábal, fueron puestas a disposición de la CNRL para facilitar la celeridad de las concreciones institucionales más urgentes.

La Ciudad Infantil se construyó en 1949 y estaba dirigida a niños pobres y/o huérfanos en edad preescolar, que allí recibían educación, alimentación, cuidados médicos y recreación. Constaba de un sector principal que agrupaba el hogar-escuela, las dependencias administrativas, el comedor y los consultorios; y de otro sector que constituía una ciudad liliputiense donde los niños aprenderían a transformarse en ciudadanos simulando la vida en sociedad en una ciudad 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 ciudadanas¹⁷.

Según Ballent, la Ciudad Infantil y la Estudiantil pueden ser consideradas como exponentes de la acción social de la Fundación Eva Perón, y es conocido que Eva las mostraba con especial orgullo en oportunidad de recibir visitas oficiales extranjeras¹⁸. El moderno complejo arquitectónico tenía una fuerte carga simbólica y política dentro de las estructuras edilicias creadas por la Fundación Eva Perón. El presidente de facto sostenía que ellas “[...] serán reacondicionadas para las importantes tareas que allí se cumplirán”¹⁹. Con estas palabras se intentaba mostrar un distanciamiento de la construcción realizada por el peronismo y, por otro lado, borrar cualquier huella que vinculara esta institución con aquellos tiempos.

Luego de la autodenominada Revolución Libertadora (1955), la urgencia y ferocidad de la epidemia no dio tiempo al desmantelamiento y/o reacondicionamiento de esas instalaciones. La Ciudad Infantil se destinó enteramente al Instituto de Rehabilitación; y en la Ciudad Estudiantil se distribuyeron los “chalets” entre los dos Hogares para Becados, la sede administrativa de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, la Escuela de Terapia Ocupacional, la Escuela de Ortesis y Prótesis, los Talleres de Ortesis y otras dependencias de la Comisión.

Allí, el Club Marcelo Fitte - pro Superación del Lisiado desarrolló las acciones fundacionales que constituyeron el punto de partida para el deporte adaptado en el país; para ello utilizaban las piletas de natación, las canchas de básquet, el gimnasio y la cancha de fútbol del predio. Fue una delegación del Club Fitte 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 1944²⁰.

Este club había sido fundado el 14 de octubre de 1950 por un grupo de personas afectadas por poliomielitis 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 (que, para formar parte de él, debían ser discapacitados). Una de las motivaciones principales del Club era expresar su reacción ante las concepciones miserabilistas y caritativas de la época, “para que la sociedad comprenda que el lisiado no es un ser pasivo que sólo podía recibir, sepa que también puede dar y crear, como cualquier ciudadano”²¹.

¹⁷ Anahí Ballent (2009: 161-170).

¹⁸ Anahí Ballent (2009: 170)

¹⁹ *Crítica*, 14 de marzo de 1956. Nota: “Sugiere la Doctora Wright que los Aportes se Destinen a Rehabilitar Enfermos”. Sección Notas Varias, p. 3.

²⁰ Carolina Ferrante (2011), op. cit.

²¹ *Revista del Club Marcelo J. Fitte*. Año I, N°1, Abril 1967. *Revista En Marcha*, N° 19, 1958, p. 75.

Finalmente, al igual que mientras habían formado parte de la Ciudad Infantil, las mismas instalaciones serían uno de los lugares preferidos para mostrar la concreción de logros por parte de la Comisión Nacional.

La metáfora política

El gobierno de Aramburu reconoció la epidemia como una cuestión política y, en consecuencia, instrumentó rápidamente medidas para enfrentar la emergencia sanitaria. En el marco de una estrategia discursiva que buscaba diferenciarse de la anterior gestión de gobierno, dispuso erogaciones de dinero y destinó recursos para demostrar una pretendida efectividad que el gobierno depuesto no había logrado. Para cumplir con estos objetivos, no sólo reacondicionó la infraestructura, sino que también capitalizó recursos humanos, técnicos y científicos ya existentes²², tal el caso de las asistentes sociales, enfermeras y maestras de la Ciudad Infantil, que fueron absorbidas como personal del Instituto de Rehabilitación²³.

La actuación de la prensa escrita reflejaba la ofensiva contra el peronismo, al que culpabilizaba de la epidemia a causa de la desidia, la falta de higiene y la administración ineficiente y corrupta, argumentos mediante los cuales golpeaba dos de los ámbitos de actuación más caros a la política social peronista: el sistema sanitario y las medidas de protección a la niñez.

“La política totalitaria del régimen depuesto jugó cobardemente con la salud del pueblo. Jugó, también, con la vida de los niños, esos a quienes se concedían en la propaganda unos privilegios que jamás disfrutaron. Faltaban pulmotores, faltaban camas, faltaba higiene y hasta los mejores médicos habían sido separados de sus puestos por razones políticas”²⁴.

Las siguientes ilustraciones, publicadas en el periódico *Crítica* en un momento acuciante de la epidemia, sintetizan los principales argumentos que se exponían públicamente para explicarla:



Fuente: *Crítica*. 14 de marzo de 1956. Nota: “Millones de pesos tiró la dictadura. No compró vacunas ni un pulmoter”.

²² Para los procesos de conocimiento, sus continuidades y rupturas relacionados con la epidemia de poliomieltis de 1956 véase Juan Pablo Zabala y José Buschini (2008).

²³ Anecdótico. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación del Lisiado*. N° Aniversario 1956-2006. Vol. 10, N° 2, octubre 2006, pp. 97-110.

²⁴ “El tirano dejó vencer 50.000 vacunas antipolio”, *Crítica*, 14 de marzo de 1956, p. 3.

Las imágenes y el contenido de la tira gráfica están dirigidos fundamentalmente a movilizar y conmover a los lectores y enfatizan el contenido de los elementos dramáticos por sobre los informativos. El título resulta explicativo y atribuye la enfermedad a comportamientos políticos asumidos anteriormente.

No obstante que hacia 1956 ya eran conocidas la etiología y el modo de transmisión de la enfermedad, “el despilfarro” y “la ignorancia” se imponen como causas de una específica y particular “herencia maldita”, la epidemia de 1956. El significado atribuido a la poliomielitis, adjetivada como una maldición, está revestido de un indudable carácter punitivo; parafraseando a Sontag, “la enfermedad ya no es un castigo sino señal del mal, de algo que merece un castigo”²⁵.

En cuanto a la estética de la tira, es posible observar que ésta presenta imágenes negativas y sombrías, que apelan a sentimientos de temor, angustia y horror ante la situación de emergencia sanitaria. La suciedad, las moscas, las camas vacías y el pulmotor, señaladas en un primer plano por una flecha iluminada que viene desde arriba, aparecen como elementos creadores de sentido asociados a las iconografías relativas a los castigos bíblicos. Los títulos que delimitan la cronología de la acción entre 1953 y 1956 refieren claramente la causa de la condena a los errores cometidos en el pasado cercano.

Los rasgos característicos que diferenciaron a esta epidemia de las anteriores estaban dados por la creciente cantidad de personas afectadas, el hecho de que afligía a niños de más corta edad, y que provocaba en muchos de ellos graves dificultades respiratorias. Ello tenía una explicación científica relacionada con los diferentes tipos de virus circulantes y con la evolución que la poliomielitis presentaba en otros lugares del mundo. Sin embargo, el conocimiento médico disponible no invalidó el uso, por parte de las autoridades, de la metáfora del castigo para explicar la epidemia. Por el contrario, ambos discursos coexistieron en los medios de difusión.

Según la hipótesis de Sontag, la poliomielitis ha sido una epidemia tratada a través de una reacción “relativamente correcta, no metafórica”. Sus argumentos señalan que ello se debe a varios factores; el primero es que los efectos de la parálisis “marchitan” el cuerpo, pero no producen procesos de putrefacción y deterioro de la carne, cualidades que finalmente se homologan a la muerte y a lo repulsivo. Por el contrario, la parálisis (al igual que las marcas de la viruela) puede ser interpretada como la señal del sobreviviente y de la resistencia. Otro de los factores que señala está asociado con el hecho de que la poliomielitis rara vez paraliza el rostro, cuya apariencia suele ser determinante en la evaluación del deterioro físico y la belleza. Además, el proceso contemporáneo de desplazamiento del foco moralizador hacia las enfermedades que pueden ser interpretadas como juicios a los individuos sería otra de las causas que haría “casi imposible moralizar sobre las epidemias en el siglo XX, salvo las de transmisión sexual”²⁶.

De acuerdo con esta línea interpretativa, en el caso de la politización de la epidemia en la ciudad de Buenos Aires, es necesario separar el fenómeno epidémico de la enfermedad. En el presente análisis queda en evidencia que la intencionalidad de la metáfora politizada era justificar y legitimar un acérrimo antiperonismo, a la vez que se intentaba diluir el recuerdo o el registro social del peronismo, ligado a la democratización del bienestar y la salud, a partir de la contraposición de imágenes de alarma y de temor.

Desde el plano discursivo, se reforzaba la idea de la epidemia como un castigo colectivo; allí la enfermedad como entidad en sí misma ocupaba, en este caso, un lugar secundario. Podría haber sido cualquiera de las siete plagas; lo que en cambio no debía faltar en el discurso era el castigo. Si bien coincidimos con Sontag

²⁵ Susan Sontag (2005: 80).

²⁶ Susan Sontag (2005: 139).

respecto de que la poliomielitis no ha sido interpretada a través de juicios aplicados sobre los individuos –a la manera en que se pueden interpretar el cáncer o el sida– disentimos en cuanto a que la epidemia de poliomielitis de 1956 en la ciudad de Buenos Aires no haya tenido también una interpretación basada en juicios individuales, en tanto inauguró formalmente un conjunto de ideas que recayeron en los individuos afectados por dicha enfermedad y que luego se extendieron a otras afecciones locomotoras.

El concepto de “lisiado” fue definido, reconocido y difundido por el Estado, el saber médico y los medios públicos a partir de la poliomielitis. A diferencia de Estados Unidos y Europa, donde dicho estatus estaba referido a la imagen del veterano de guerra, en nuestro país, la imagen pública fundacional del “lisiado” está relacionada con las personas afectadas por la poliomielitis. Vale recordar que las secuelas de la enfermedad son variadas entre las personas afectadas e implican una gran gama de capacidades de acuerdo con cada caso, según la intensidad y extensión de aquellas. Además, casi nunca afectaban las esferas intelectuales, así como tampoco la capacidad de tener hijos.

Queremos señalar con esto que el aspecto de las personas con polio estaba representado tanto por una persona que se desplazaba en silla de ruedas como por otra que utilizaba bastones, o que simplemente se trasladaba o movía de una forma atípica. Dicho aspecto polimórfico, la ausencia de deterioro intelectual, el hecho de que hubiera involucrado también a los sectores sociales medio y alto de la sociedad, fueron elementos que contribuyeron a la construcción de una imagen tolerable de “lisiado”, capaz de responder a las exigencias educativas y laborativas esperadas. El presidente de Estados Unidos Franklin Roosevelt, que había sido afectado por la poliomielitis en 1921, era uno de los ejemplos a los que más frecuentemente se apelaba.

Por lo tanto, si la persona afectada por poliomielitis representaba la imagen ideal del “lisiado”, ello definía a un particular individuo sobre el que se ejercían juicios morales ligados a la idea de recuperación y rehabilitación. En ese sentido, se construía una reacción metaforizada que atribuía que gran parte del éxito de la integración social del “lisiado” estaba basada en el esfuerzo voluntarista personal. Conformada sobre la teoría que entiende la discapacidad como una tragedia médica individual escindida del contexto social, demandaría a aquellos “lisiados” el logro triunfante de su plena integración.

Es así cómo el carácter esencialmente colectivo y público de la epidemia pasó a ser entendido principalmente desde una perspectiva biomédica individual. Por supuesto que esas ideas formaban parte de las tendencias globales occidentales en torno al problema de las personas que padecían discapacidades físicas, y se venían acuñando en nuestro país desde hacía tiempo entre los involucrados en el tema. Pero la inscripción institucional a nivel del Estado y el cabal reconocimiento y registro social del problema a nivel local se lograron a partir de la epidemia de 1956.

La investigación cualitativa de Carolina Ferrante rescata la voz de algunas personas afectadas por poliomielitis para estudiar cómo se constituyó el campo de los deportes adaptados en Buenos Aires. El grupo iniciador de las actividades deportivas estuvo constituido por personas con secuelas de polio (afectados durante la epidemia de 1942), pertenecientes en su mayoría a sectores sociales acomodados. Autodenominados como los “rengos dinosaurios”, cumplieron un importante papel en la definición de los modos de “ser rengo” y establecieron jerarquías entre las personas que portaban discapacidades motoras adquiridas, en las cuales el primer lugar era ocupado por los “polio”. Su estudio brinda evidencias empíricas sobre la implicancia que este grupo de personas tuvo en el proceso de definición de la discapacidad y el campo de la rehabilitación en los años cincuenta, y pone en juego las percepciones y experiencias de los destinatarios de las innovadoras políticas sanitarias.²⁷

²⁷ Carolina Ferrante (2011), op. cit.

En contraposición con el gobierno anterior, que habría intentado invisibilizar los casos de polio²⁸, el manejo de comunicación adoptado a partir de finales de 1955 mantuvo la presencia del tema en los medios, a través de la difusión continua de las acciones de gobierno y de la evolución día a día de fallecimientos y nuevos casos denunciados (a la manera de las bajas de guerra). Para ello, habitualmente eran evocadas imágenes en clave de cruzada solidaria castrense en contra del flagelo.

Por medio de un discurso radiofónico, el Ministro de Salud informaba del siguiente modo el estado del brote y las medidas adoptadas para combatirlo:

“[...] hay algo que se destaca con emoción especial. Es la reacción del pueblo. Después de tantas inquietudes sufridas no hace mucho tiempo, en que parecíamos estar alejados los unos de los otros, se ha producido el *reencuentro* de los más puros sentimientos argentinos consigo mismo. Porque este brote epidémico ha servido para cortar cierto adormecimiento, estimulado anteriormente con propósitos que no deseo calificar”²⁹ (destacado en el original).

Como nos dice Susan Sontag³⁰, las metáforas militares aparecieron en 1880 con el descubrimiento de las bacterias y su papel en los procesos infecciosos, y cobraron “nueva credibilidad y precisión sólo cuando se consideró que el invasor no era la enfermedad sino el microorganismo que la produce”. Efectivamente, la utilización de la epidemia de 1956 en el lenguaje político justificaba medidas autoritarias, designaba culpas, nominaba víctimas y aunaba voluntades necesarias para “librar una lucha” de la sociedad en su conjunto. La epidemia era considerada como una invasión, y se designaba como el “azote”, el “flagelo” el “terrible mal”. Las acciones para disminuir su incidencia, transmisión y mortalidad se denominaban “combate”, “lucha”, “cruzada o campaña contra”. Los niños afectados eran referidos como “legión de lisiados”, “víctimas inocentes”, “niños inválidos”.

La naturaleza punitiva de la metáfora militar de la epidemia y la identificación del castigo en las “víctimas inocentes” contribuyeron, sin duda, a la estigmatización de aquellos que sufrieron las secuelas de la enfermedad. Uno de los modos de comprender la epidemia era explicado, por el régimen de facto, a partir de hechos políticos y sociales que justificaron el llamado a una nueva “organización política”.

La eficacia comprobada de la vacuna Salk³¹ y el reconocimiento de los progresos de la rehabilitación como especialidad médica en ámbitos científicos y sociales internacionales aumentaron el grado de certidumbre con respecto a las posibilidades de controlar y erradicar la enfermedad en un mediano plazo. Sin duda, ambos factores fueron importantes al momento de inscribir el problema en la agenda de gobierno e instrumentar recursos en las esferas técnica y burocrática.

A modo de cierre

Como hemos visto, la preocupación por la rehabilitación de las personas con discapacidad fue un tema instalado en la agenda médica desde tiempos anteriores a la epidemia de poliomielitis de 1956, ocasión en que

²⁸ Sobre la epidemia de polio durante el gobierno peronista véase Karina Ramacciotti (2009: 143-147) y Juan Pablo Zabala y José Buschini (2008).

²⁹ *La Prensa*, 11 de marzo de 1956.

³⁰ Susan Sontag (2005: 96).

³¹ El 12 de abril de 1955 se anunció públicamente la eficacia de la vacuna Salk. La primera prueba de campo en nuestro país se realizó en junio de 1956.

logró reconocimiento político y que marcó el comienzo de algunas intervenciones tendientes a la legitimización de los beneficios y las prácticas de rehabilitación.

En el marco de una tradición histórica que dejaba el problema en manos de la caridad y la filantropía, la necesidad de una intervención planificadora estaba ya establecida. Desde la Primera Conferencia de 1943 se reclamaba con diferentes matices la intervención del Estado. Podría decirse que el territorio de frontera compartido entre las organizaciones sociales y las reparticiones estatales era ambiguo, contradictorio y hasta superpuesto. En efecto, era común la multifuncionalidad de algunas personalidades que ocupaban cargos en ámbitos privados y estatales, y representaban a uno u otro en distintas oportunidades.

La Comisión Nacional fue el resultado de una reacción ad hoc producida a partir de intervenciones del Poder Ejecutivo (decreto ley). Sus acciones implicaron el avance en la formación de un modelo asistencial de rehabilitación, en la capacitación de recursos humanos y en la centralización normativa.

Tal como señala Siknik³², las capacidades del Estado se encuentran reflejadas en los atributos concretos de las estructuras, instituciones y procedimientos que determinan las políticas resultantes. Aunque la Comisión Nacional extendió sus funciones a las de regulación y supervisión, su carácter ad-hoc y mixto refleja en su estructura organizativa una pobre preocupación por favorecer el desarrollo de mayor capacidad y autonomía estatal en la materia. La condición ad honórem y la designación discrecional de sus miembros no favorecieron la formación de una burocracia especializada y reconocida, sino que, por el contrario, el prestigio necesario para “pertenecer” a ella era obtenido en otros ámbitos, y no estaba relacionado con mecanismos dados por el Estado para formar y retener especialistas en el tema. El indudable mérito de las personas que integraron las comisiones era fruto de sus trayectorias y esfuerzos personales.

Aunque la existencia de la Comisión Nacional significó la conquista de un lugar dentro del Estado, sus alcances quedaron encapsulados en el “enclave” construido en torno a las primeras concreciones, y no logró extender su influencia más allá de ellas. En definitiva, el Estado continuó apostando a la histórica modalidad de las políticas de incentivo y fortalecimiento de los sectores civiles por medio del otorgamiento de subsidios y la creación de marcos normativos en resguardo de los intereses de privados, y dejó a un costado la preocupación por garantizar la equidad y el acceso a los derechos sociales, culturales y económicos de las personas con discapacidad, que quedaron a merced de las capacidades e intereses desarrollados desde la sociedad civil.

En 1969, la Comisión pasó a denominarse Servicio Nacional de Rehabilitación (bajo la cartera del Ministerio de Salud de Nación), y conserva su naturaleza descentralizada hasta la actualidad.

La epidemia de 1956 constituyó la oportunidad de delimitar y afianzar el campo profesional de la rehabilitación, lo cual permitió el desarrollo de especialidades profesionales y técnicas que pugnaban por obtener un reconocimiento dentro del campo académico.

La politización de la epidemia para legitimar acciones por parte del régimen de facto no constituye un hecho que pueda considerarse novedoso en sí mismo. En ese sentido, las investigaciones realizadas por estudiosos españoles describen fenómenos similares en relación con la epidemia de poliomielitis durante el régimen franquista³³. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, la particularidad reconocida fue la utilización de la epidemia para detractar al gobierno anterior y al mismo tiempo alimentar las actitudes antiperonistas.

³² Kathryn Sikink (1993).

³³ Para profundizar acerca de esta información, véase José Martínez Pérez: “Consolidando el modelo médico de discapacidad: sobre la poliomielitis y la constitución de la traumatología y ortopedia como especialidad en España (1930-

La idea de “rehabilitación de lisiados” encerraba en sí múltiples significados, la utilidad hacia sí mismos y hacia los demás, el trabajo, la dignidad, la normalidad y la capacidad de hacer. En alteridad negativa, las ideas de inútil, improductivo, deforme, incapaz y anormal eran parte del ideario de la época y se combinaban en las descripciones y anhelos de los que ejercían la rehabilitación. Se estableció una circularidad de ideas que postulaba la “verdadera caridad” de dar trabajo, a la vez que se consideraba que la “capacidad de hacer” y de “ser útil” constituían el medio de obtener una dignidad perdida que era necesario recuperar. Bajo el supuesto de que la situación de discapacidad implicaba la pérdida de la dignidad inherente al ser humano, la propuesta imposible consistía en ganarse el “derecho” a la dignidad, supeditado al “don” de la caridad. Estas ambigüedades se planteaban en los primeros desafíos de la rehabilitación, que hacían base sobre un pantano de arenas movedizas.

Cuánto contribuyó el contexto social y político de la epidemia de poliomielitis a las acciones de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado y cuánto influenció sobre las formas y modalidades de pensar la rehabilitación conforman un tema muy complejo de elucidar en su totalidad; pero, sin duda, el acercamiento a algunos momentos fundacionales permite identificar contradicciones y paradojas que aún subsisten en las prácticas sanitarias.

Bibliografía

- Ballent, Anahí (2009). *Las huellas de la política. Vivienda, ciudad, peronismo en Buenos Aires, 1943-1955*, Buenos Aires, Universidad de Quilmes/Prometeo.
- Ballester, Rosa y Porras, María Isabel (2009). “El significado histórico de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de inmunización. El caso de la poliomielitis en España”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LXI, N° 1, pp. 55-80.
- Barton, Len (comp.) (1998). *Discapacidad y sociedad*, Madrid, Morata Fundación/Paideia.
- Ferrante, Carolina (2011). “Lo importante es no ser “rengo” de la cabeza: Condiciones sociales e históricas de emergencia e institucionalización del campo del deporte adaptado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. En Pantano, L., (comp). *Producción 2010 del Seminario de Investigadores sobre Discapacidad*, CIS/UCA, Educa. (en prensa).
- Martínez Pérez, José (2009). “Consolidando el modelo médico de discapacidad: sobre la poliomielitis y la constitución de la traumatología y ortopedia como especialidad en España (1930-1950)”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LXI, N° 1, pp. 117-142.
- Pantano, Liliana (1993). *La discapacidad como problema social. El enfoque sociológico. Reflexiones y propuestas*. Buenos Aires, Eudeba [Colección Temas].
- Ramacciotti, Karina (2009). *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos.

1950)”, pp. 117-142. Juan Antonio Rodríguez Sánchez y Jesús Seco Calvo: “Las campañas de vacunación contra la poliomielitis en España en 1963”, pp. 81-116. Rosa Ballester y María Isabel Porras: “El significado histórico de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de inmunización. El caso de la poliomielitis en España”, pp. 55-80. Todos en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 2009, vol. LXI, N° 1.

- _____ (2010). "De chico, el árbol, se puede enderezar. La salud infantil durante el peronismo", en Lucía Lionetti y Daniel Míguez, *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre prácticas discursos e instituciones (1880-1960)*, Rosario, Prohistoria.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2011). "Modernas Esculapios: acción política e inserción profesional, 1900-1950". Publicación N° 7 de AHILA, *Género y Ciencia: hombres, mujeres e investigación científica en América latina, Siglos XVIII-XX* (en prensa).
- _____ (2008). "Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista", en Carolina Barry, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra (eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires, Biblos.
- Rodríguez Sánchez, Juan Antonio y Seco Calvo, Jesús (2009). "Las campañas de vacunación contra la poliomielitis en España en 1963", en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LXI, N° 1, pp. 81-116.
- Sikkink, Kathryn (1993). "Las capacidades y la autonomía del Estado en Brasil y la Argentina. Un enfoque neoinstitucionalista", en *Desarrollo Económico*, 128, Vol. 32. P 543-574.
- Sontag, Susan (2003 segunda edición). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Buenos Aires, Taurus.
- Zabala, Juan Pablo y Buschini, José (2008). "Representaciones políticas, conocimientos científicos e intervención estatal en la epidemia de poliomielitis de 1955/56 en Argentina", en *III Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en Argentina y América*. Santa Rosa, La Pampa.

Referencias citadas

Diarios

- Crítica*, 14/03/1956.
La Nación, 11/03/1956.
La Prensa, 11/03/1956.
La Razón, 20/03/1956.

Publicaciones periódicas

- Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación del Lisiado. N° Aniversario 1956-2006. Vol. 10, N° 2, octubre 2006.
- Boletín Informativo Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, 1956, 1964, 1967, 1969.
- El Día Médico*, 1956.
- En Marcha*. Órgano oficial del Club Marcelo J. Fitte, N° 19, Agosto 1958, Buenos Aires.
- Kinesiología*. Revista Oficial de la Asociación Médica de Kinesiología, 1945.
- Memorias ALPI*, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960.
- Memorias de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado*, 1958, 1959.
- Revista Club Marcelo Fitte*, Año I N°1, abril 1967. Club Marcelo Fitte pro-Superación del Lisiado.

Extractos de congresos y conferencias

Anales del 3° Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado, 1° y 2° Parte. República Argentina, Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, 1959.

Primer Congreso Argentino de Ayuda y Rehabilitación del Inválido, Buenos Aires, Octubre de 1943.

Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación del Inválido, Buenos Aires, Octubre 1943.

Segunda Conferencia de Rehabilitación del Lisiado, Buenos Aires, Octubre de 1946.

VII Jornadas de Pediatría y Symposium Internacional sobre Poliomiélitis, Río Tercero, Córdoba, abril de 1956.