

46271

KACPRZAK y Dr. BOGUSLAW KOZUSZNIK



LA PROTECCION
de la SALUD

en
La Polonia
Popular

EDICIONES · POLONIA ·



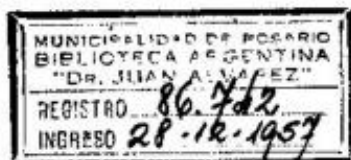
DR. MARCIN KACPRZAK

Prof. de la Academia de Medicina de Varsovia

DR. BOGUSLAW KOZUSZNIK

Viceministro de Sanidad. Inspector Principal Sanitario

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA POLONIA POPULAR



EDICIONES "POLONIA"
VARSOVIA, 1957

SUMARIO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| LA REALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES | 8 |
| LOS CUADROS | 11 |
| LA ORGANIZACIÓN DE LA MEDICINA COMO CIENCIA | 18 |
| LA RED DE DEPENDENCIAS DEL SERVICIO DE SANIDAD EN LA PO- LONIA POPULAR | 24 |
| LA ASISTENCIA MÉDICA EN EL CAMPO | 31 |
| LA ESTOMATOLOGÍA | 34 |
| EL SERVICIO DE SOCORRO URGENTE | 36 |
| LA DONACIÓN DE SANGRE | 37 |
| LA CURA EN BALNEARIOS | 39 |
| LA FARMACOLOGÍA | 41 |
| EL ESTADO SANITARIO | 47 |
| EL INSTITUTO ESTATAL DE HIGIENE | 51 |
| LA ALIMENTACIÓN | 55 |
| LA ASISTENCIA A LA MADRE Y AL NIÑO | 58 |
| LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS | 69 |
| LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES VENÉREAS | 76 |
| EL TRACOMA | 78 |
| LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER | 79 |
| LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS MENTALES | 82 |
| LA LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO | 84 |
| LA CULTURA FÍSICA | 86 |
| LA INSTRUCCIÓN SANITARIA | 87 |
| OBSERVACIONES FINALES | 89 |
| LISTA DE ASOCIACIONES CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS | 93 |
| LISTA DE ILUSTRACIONES | 93 |

LISTA DE LOS AUTORES DE LAS FOTOGRAFÍAS

C A F. Edward Palkowski. F. Adam Kaczkowski. Bolesław Malmurowicz. Andrzej Milek. Stanisław Mucha. Franciszek Myszkowski. Janina Schabenbeck-Mokrzycka. Janusz Smogrzewski. Jan Styczynski. W A F. Jerzy Wendolowski

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Sanidad en Polonia entró inmediatamente después de la liberación en la vía de la realización práctica y extensa de las tareas dimanantes de las disposiciones de la Constitución, cuyo capítulo 7, artículo 60, relativo a las obligaciones y los derechos fundamentales de los ciudadanos, establece: "Los ciudadanos de la República Popular Polaca tienen derecho a la protección de la salud y a la asistencia en caso de enfermedad o de incapacidad de trabajo".

El año 1945 puede ser considerado como crucial para el Servicio de Sanidad polaco. Los cambios introducidos en los primeros años de post-guerra fueron de tal magnitud, que se puede hablar abiertamente de un cambio radical realizado en la protección de la salud de la población polaca. Las reformas introducidas estaban relacionadas con el cambio del régimen social, con la transformación de toda nuestra vida estatal, de acuerdo con los principios del socialismo. En el período que medió entre las dos guerras mundiales, la gran mayoría de la población no podía seguir un tratamiento, pues se carecía de hospitales, sanatorios y médicos, y la asistencia médica existente entonces era inaccesible para muchos, por demasiado distante y costosa. Este desfavorable estado de cosas exigía una transformación, no en la teoría sino en la práctica.

Es conveniente subrayar que el mejoramiento de las condiciones sanitarias que se observa en la actualidad no es el mérito exclusivo del Servicio de Sanidad. Merced al cambio de régimen se elevó el nivel de vida de una parte considerable de la población de la ciudad y del campo. Las condiciones de vida y de trabajo de las más amplias capas de la población obrera

y campesina fueron mejoradas después de la guerra. La industria empezó a desarrollarse a un ritmo impetuoso. El paro forzoso dejó de ser un problema estatal. El campesino aumentó sus ingresos; en la ciudad se elevaron los salarios de las capas de la población que hasta entonces vivían en la miseria. Una mejor alimentación en la ciudad y en el campo, una mayor protección del trabajo en la industria, un cuidado acrecido de la madre y el niño, y la mejora en muchos casos de las condiciones de vivienda, contribuyeron al cambio radical de esta base principal, sin el que no se puede hablar ni de una acción terapéutica ni de una acción profiláctica basadas en principios científicos. Se produjeron también cambios gigantescos en el dominio de la enseñanza. La introducción de la enseñanza general obligatoria, la liquidación del analfabetismo, la difusión de libros y periódicos, la educación constante de la población por medio de la radio, conferencias y otros métodos accesibles a ella, cambiaron la actitud de la población y aumentaron las necesidades medias del ciudadano. Sin tener en cuenta estos cambios es difícil comprender el desarrollo de la protección de la salud de la población de nuestro país en el período de postguerra.

LA REALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES

La realización del derecho a la protección de la salud en la Polonia Popular inmediatamente después de la firma de la paz no fué ni sencilla ni fácil, como se desprende de la estimación crítica de la actividad de nuestro servicio de sanidad. Tampoco lo es ahora.

Después de la guerra estábamos libres, pero en condiciones particularmente difíciles. La población arruinada físicamente y extenuada moralmente por los años de ocupación, mal alimentada, sin posibilidad de observar los principios elementales de la higiene, y careciendo de los establecimientos e instalaciones de sanidad indispensables, podía ser víctima fácil de las epidemias más peligrosas. En los años 1939—1944 surgieron en Po-

lonia focos bastantes grandes de tifus exantemático, cuartana, disentería y fiebre tifoidea; cada una de estas enfermedades podía alcanzar las proporciones de un verdadero azote. En un país de bajo nivel de vida, donde fueron destruidas 295.400 casas de vecindad y 466.900 isbas campesinas, en el que más de la mitad de los establecimientos industriales fueron reducidos a escombros, las condiciones de vida de la población tenían que ser excepcionalmente difíciles, tanto más cuanto que ya antes de la guerra eran apenas soportables. La situación se veía agravada aún más por la destrucción de los hospitales, de sus instalaciones interiores, de los aparatos y de toda clase de accesorios técnicos, así como por la falta de médicos.

Los ocupantes hitlerianos se llevaron o destruyeron en su retirada cientos de aparatos de radiografía y microscopios, decenas de miles de camas, centenas de miles de equipos completos de ropa de hospital. La mitad de los médicos perecieron o desaparecieron. No había ni locales indispensables, ni instalaciones y aparatos para el trabajo, ni manos especializadas.

En los primeros y más duros años nos aportaron una noble y desinteresada ayuda diversas instituciones internacionales, sobre todo la UNRRA, así como las organizaciones nacionales de la Cruz Roja, principalmente las de Dinamarca, Suiza y Suecia.

Para estar en condiciones de cumplir dichas tareas, el Consejo Nacional del País creó por decreto del 11 de abril de 1945 el Ministerio de Sanidad, que se encargó de velar por la salud de toda la población. Paralelamente a la lucha contra el peligro de epidemias y al mejoramiento de las condiciones higiénicas, había que dedicar una especial atención a la protección de la madre y el niño y a la ayuda en casos urgentes a toda la población; había que asegurar a continuación una asistencia gratuita a las más amplias masas¹. El círculo de éstas últimas aumentaba de año en año. En el período de preguerra el 14 % escasamente

¹) Disfrutaban de asistencia medica gratuita los trabajadores y sus familias aunque no trabajen, los inválidos, pensionistas y todos los que reciben una renta del Estado.

de la población disfrutaba de asistencia médica a título de seguros sociales, conquistados por la clase obrera; en la actualidad el tanto por ciento pasa del 65. Antes de la guerra el disfrute de asistencia médica estaba limitado a 26 semanas para los asegurados y a 13 semanas para sus familias; estas restricciones fueron suprimidas en la República Popular Polaca.

Los gastos para la protección de la salud representan sumas cada vez mayores en el presupuesto del Estado. Ellos ascendieron en 1953 a 5.282 millones de zlotys.

En enero de 1951, después de la entrada en vigor de la ley sobre los Consejos Populares, todas las dependencias territoriales del Servicio de Sanidad fueron subordinadas a los Consejos Populares correspondientes. Los Consejos Populares se convirtieron en administradores efectivos de estos establecimientos, en responsables del conjunto de su trabajo. El Gobierno de la Polonia Popular encomendó a los Consejos la vigilancia directa de la protección de la salud de la población en su territorio.

El Ministerio de Sanidad se limita a fijar la política fundamental del servicio de sanidad, a dirigir e inspeccionar la actividad técnica de sus dependencias, preocupándose de asegurar los cuadros necesarios, las inversiones para la construcción de edificios y el abastecimiento de material.

En 1952 fué publicada una instrucción que establecía las directivas para la organización de la asistencia sanitaria en las ciudades y en el campo, basándose en el principio de la división territorial. Esta división es uno de los principios del buen funcionamiento de la asistencia médica. Todo el país fué dividido en sectores, distritos y circunscripciones.

La instrucción establecía también la competencia y la responsabilidad de los puestos del servicio de sanidad. El personal de los dispensarios locales y establecimientos sanitarios fué estrechamente vinculado con el territorio que tenía que atender. Esto ofrece la posibilidad al médico de conocer el medio en que vive el enfermo, y sus condiciones de trabajo, con lo que puede prevenir la aparición y difusión de las enfermedades, luchar contra

las ausencias injustificadas en el trabajo y ayudar a propagar ampliamente la instrucción sanitaria. De esta manera, el trabajo del médico fué estrechamente vinculado con la actividad sanitario-epidemiológica.

A fin de posibilitar la realización de las tareas planeadas para largos años, era preciso colocar en primer plano la preparación de cuadros médicos y auxiliares, y la reconstrucción de los establecimientos sanitarios.

LOS CUADROS

En este dominio hemos alcanzado éxitos muy importantes. Así lo atestiguan los datos siguientes.

El número de médicos por 10.000 personas era:

| | |
|---------|-------|
| en 1938 | — 3,7 |
| „ 1947 | — 3,2 |
| „ 1955 | — 6,6 |

Un año antes de estallar la guerra había en Polonia apenas 12.000 médicos. A este respecto eramos uno de los últimos países de Europa. Entre las diversas causas que contribuían a un estado de cosas tan lastimoso, la principal era la tendencia a limitar el número de médicos, a fin de impedir el “empobrecimiento” del cuerpo médico. La necesidad de adaptar el número de médicos al de ciudadanos que podían solicitar una consulta y pagar los honorarios, sostenía las organizaciones médicas, que, defendiendo los intereses de la práctica privada, no veían la posibilidad de obtener de otras fuentes los costos de atención médica, y miraban con malos ojos el desarrollo de los seguros sociales.

Inmediatamente después de su creación el Ministerio de Sanidad adoptó una posición cabalmente diferente. Sin escatimar ni el dinero ni los esfuerzos, sin detenerse ante la carencia de locales, instalaciones técnicas y personal científico, resolvió desarrollar la enseñanza médica superior y secundaria hasta el límite de lo posible. En el transcurso del plan sexenal (1950—1955) 22.892 estudiantes salieron de las escuelas superiores de medi-

cina, de los cuales 12.975 médicos, 6.134 dentistas y 3.783 farmacéuticos.

A estos resultados pudo llegarse gracias a la ampliación intensiva de las escuelas superiores de medicina. Antes de la guerra había cinco facultades de medicina, cinco de farmacia y una escuela superior de estomatología. Al terminar la guerra empezaron a crearse nuevas facultades de medicina. En 1950 las facultades de medicina y de farmacia fueron independizadas de las universidades y se crearon 10 academias de medicina, dependientes del Ministerio de Sanidad, con facultades de medicina y de farmacia y secciones de estomatología, pediatría y sanitario-higiénicas, como muestra el cuadro siguiente:

División de las Academias de Medicina en Facultades y Secciones (año 1956)

| | Facultad de medicina | | | | Facultad de farmacia |
|------------------|----------------------|-----------|---------------|-------------|----------------------|
| | Medicina general | Pediatría | Estomatología | Sanit. hig. | |
| Varsovia | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Cracovia | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Lodz | 1 | 1 | 1 | — | 1 |
| Poznan | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Zabrze-Rokitnica | 1 | — | 1 | — | — |
| Szczecin | 1 | — | 1 | — | — |
| Wroclaw | 1 | 1 | 1 | — | 1 |
| Gdansk | 1 | 1 | 1 | — | 1 |
| Bialystok | 1 | — | — | — | — |
| Lublin | 1 | — | — | — | 1 |

El número de cátedras en las facultades de medicina ascendía en 1938 a 121, y en 1955 a 479. El plan quinquenal (1956—1960) preve el incremento de este número hasta 520. Estas cifras hablan no sólo del aumento de las escuelas superiores, sino también de su desarrollo.

Durante los últimos 11 años se aceptaba en las facultades de medicina a un gran número de estudiantes (400—600 en el pri-

mer año), lo que a veces sobrepasaba las posibilidades de trabajo normal, a causa de la insuficiencia de los locales, la carencia de aparatos y de personal pedagógico. Pero la demanda era tan grande, que hacía falta vencer todas las dificultades para atender a las necesidades elementales de la población. El número de estudiantes de medicina se elevaba en las facultades:

| | 1938 | 1955 |
|------------------|-------|--------|
| de medicina | 3.872 | 16.600 |
| de estomatología | 481 | 4.372 |
| de farmacia | 1.182 | 2.741 |

En el año escolar 1955/56 se admitieron:

| | |
|---------------------------------------|-------|
| en la facultad de medicina general | 3.002 |
| en las secciones de pediatría | 343 |
| en las secciones sanitario-higiénicas | 151 |
| en las secciones de estomatología | 1.154 |
| en la facultad de farmacia | 861 |

La red muy extendida de escuelas superiores nos permite en la actualidad recibir cada año más de 3.200 estudiantes en las 10 facultades de medicina, 900 en las de farmacia y 1.000 en las de estomatología.

Durante el plan sexenal salieron cada año, por término medio, de las academias de medicina:

| |
|--------------------------------|
| 2.025 graduados en medicina |
| 965 " " estomatología |
| 590 " " farmacia |

Durante el plan quinquenal saldrán cada año, por término medio:

| |
|--------------------------------|
| 2.650 graduados en medicina |
| 875 " " estomatología |
| 645 " " farmacia |

En las cifras citadas, concernientes a la juventud estudiantil, puede verse cuales eran nuestras necesidades especiales, y como se adaptó a ellas la formación del personal. Nuestro Servicio de Sanidad concentró primeramente su atención en la necesidad de la asistencia a la madre y el niño, que hasta entonces estaba muy descuidada, esto es, a la formación de médicos pediatras.

Paralelamente, y a la vista del gran atraso en el dominio sanitario y del desarrollo insuficiente de la acción preventiva, se decidió formar lo más pronto posible médicos-higienistas. De aquí que en los estudios se perfilaran tres secciones: medicina general, pediatría y sanitario-higiénica. En la Facultad de Medicina de Varsovia se creó en 1950 una sección de pediatría. Una segunda sección de pediatría fué creada en 1954 en Wroclaw, y en el año escolar 1955—56 se empezaron a organizar la tercera en Gdansk y la cuarta en Lodz. Hasta ahora, la sección sanitario-higiénica funciona sólo en Varsovia (a partir de 1950), y prepara médicos para trabajar en la industria, la epidemiología, la higiene escolar y otras ramas de esta ciencia que hasta la fecha atraían poco a los médicos.

En el dominio de la formación de personal médico se operaron cambios importantes en la selección de los estudiantes. El Ministerio hace grandes esfuerzos para que figure entre los estudiantes el mayor número posible de jóvenes obreros y campesinos, a los que se ha posibilitado el estudio con la creación de condiciones favorables. El 29% de los estudiantes de todas las academias habita en Casas de Estudiantes, y más de la mitad disfruta de becas.

Difícil era también la situación en el sector del personal médico secundario, quizá más difícil aún que en el del personal superior. Ante todo hacía falta desarrollar, o, mejor dicho, crear, una red de escuelas para el personal secundario. Nos dábamos perfecta cuenta de que la escasez del personal secundario era una de las causas principales del bajo nivel de nuestro servicio de sanidad.

En el período de anteguerra había muy pocas escuelas secundarias para los trabajadores del servicio de sanidad, y eran exclusivamente escuelas de enfermeras y parteras. En 1938 había 8 de enfermeras y 5 de parteras. Después de la guerra se puso el acento principal en el aumento del número de enfermeras y parteras. En los años 1935—39 salían cada año de las escuelas alrededor de 200 jóvenes mujeres. Con un tal ritmo de capacitación,

en 1937 trabajaban en los establecimientos del servicio de sanidad 1502 enfermeras con título. El resto del personal de enfermeras no tenía título profesional. Esta mala situación en el dominio del personal secundario, y en particular de enfermeras, fué agudizada aún más por la guerra. Casi la mitad de las enfermeras pereció durante aquella o abandonó la profesión.

Inmediatamente después de la guerra nuestro Servicio de Sanidad organizó una red de escuelas secundarias. En 1949, el número de estas escuelas era de 38, y el de alumnos alrededor de 10.000. Se crearon además 50 centros de formación de enfermeras ayudantes de la Cruz Roja Polaca, las que después de un curso teórico de un año, y de una práctica de dos, pasaban un examen, consiguiendo de esta manera la calificación profesional de enfermera. En 1955, el número de escuelas de enfermeras era de 51, y el de alumnas de 19.000. Más adelante surgieron escuelas de enfermeras, especializadas en la pediatría y la psiquiatría. Se organizaron también escuelas de tres años para enfermeras instructoras. En la actualidad empezamos a organizar escuelas de enfermeras, para ingresar en las cuales se exige el título de bachiller.

La cifra absoluta de parteras disminuyó en relación con el período de anteguerra, pero el índice por 10.000 habitantes aumentó ligeramente. Durante los últimos años se capacitó a un número importante de jóvenes cuadros de parteras, lo que permitió cubrir las necesidades de las casas de maternidad en el campo con personal calificado.

La enorme carencia de médicos nos obligó a organizar escuelas de practicantes de tres y dos años. Los practicantes constituyen el personal secundario, preparado en el período transitorio de las necesidades mayores, para desempeñar funciones auxiliares en el servicio de sanidad, y son capacitados ante todo para prestar los primeros auxilios y para trabajar en el servicio sanitario. En los establecimientos médicos cerrados y abiertos los practicantes desempeñan las funciones de enfermeros calificados. En los centros médicos que hay en localidades distantes,

y debido a la gran escasez de médicos existente todavía, los practicantes dispensan los primeros auxilios en casos de accidente o de gravedad, prestan cuidados menores que no exigen una calificación especial, y aseguran la consulta en los casos leves y sin complicación.

En un porvenir próximo, el aumento del personal médico permitirá la liquidación, tanto de los centros médicos asegurados por practicantes, como de la institución misma. Además existen escuelas de personal de laboratorios médicos, de técnicos dentistas y farmacéuticos, escuelas de especialistas de dietas, de masajistas y de fisioterapia (antes de la guerra el personal secundario de este tipo se capacitaba por la vía del aprendizaje). La enseñanza es gratuita. La mayoría de las escuelas secundarias, incluidas las de enfermeras, tienen internados; el internado, comprendida la alimentación, es también gratuito para las alumnas. La red de escuelas para el personal secundario se presentaba en 1954 de la manera siguiente:

| | | |
|---------------------------------------|------|---|
| Escuelas de enfermeras, de 2 años | — 29 | (de ellas 2 de pediatría y 4 psiquiatría) |
| „ de enfermeras de 3 años | — 22 | |
| „ de parteras de 3 años | — 16 | |
| „ de especialistas de dietas | — 2 | |
| „ de personal de laboratorios médicos | — 6 | |
| Líceos de técnicos dentistas | — 5 | |
| „ „ „ farmacéuticos | — 5 | |
| „ „ practicantes | — 15 | |

En la Polonia Popular hay en la actualidad más de 100 escuelas médicas secundarias, en las que cursan estudios 26.000 alumnos. Además existen cursos de la Cruz Roja Polaca. Alrededor del 90% de los jóvenes de estas escuelas disfruta de becas. Hay organizados también una serie de cursos que posibilitan la instrucción complementaria del personal secundario de todas las categorías; para este personal se publican varias revistas y un gran número de manuales y libros, que ayudan al estudio autodidacto y al trabajo profesional.

A pesar de los grandes resultados alcanzados consideramos que el actual estado de cosas no es satisfactorio, y por ello el nuevo plan quinquenal preve la construcción de una serie de nuevas escuelas para el personal médico secundario.

Calculamos que el número de enfermeras aumentará en el curso del plan quinquenal hasta cerca de 72.000, cifra que no satisfará todavía todas las necesidades. En cuanto al número de parteras (en la actualidad alrededor de 7.000), el plan quinquenal preve un aumento de alrededor de 5.000, cifra ésta que cubrirá completamente las necesidades del país.

Simultáneamente a la lucha por un número suficiente, el Ministerio de Sanidad tuvo la preocupación constante de elevar la calificación del conjunto de los trabajadores del servicio de sanidad en todos los escalones.

En 1947 se creó el puesto de especialista de voivodía y nacional. La tarea del especialista de voivodía es la inspección y la elevación del nivel del trabajo de los médicos de una voivodía determinada. El médico-consultante de la voivodía visita las dependencias del servicio de sanidad en las localidades y facilita a los trabajadores consejos y ayuda. Los consultantes especialistas son: internistas, cirujanos, pediatras, parteros, ginecólogos, epidemiólogos, etc. Los especialistas nacionales tienen las mismas tareas que los de voivodía, pero en escala de todo el país.

En 1953 se fundó el Instituto de Perfeccionamiento y Especialización de Cuadros Médicos, cuya tarea consiste, como su nombre indica, en cuidar de la especialización de los médicos y de su constante capacitación y perfeccionamiento. La Central de este Instituto tiene su sede en Varsovia; cuenta con una gran filial en Bydgoszcz y otras menores en Wroclaw, Lodz y Zakopane. La capacitación tiene principalmente un carácter práctico. Los círculos médicos acogieron con gran simpatía la creación del Instituto y la afluencia de candidatos a los estudios es grande.

Se elaboró la metodología y se introdujo una especialización, por lo común de dos grados, en una serie de disciplinas médicas. El médico que tiene una especialización del primer grado recibe

un suplemento de 10% sobre sus honorarios, y el del segundo grado, 20%. El acceso a ciertos puestos depende de que el candidato posea el grado de especialización correspondiente.

La especialización y la capacitación corren a cargo del Estado. El médico que se especializa directamente después de doctorarse recibe una beca de especialización. En 1955 se concedieron 600. La especialización puede adquirirse también en el transcurso del trabajo normal; sin embargo, no todos los establecimientos sanitarios tienen el derecho a especializar médicos; ello depende del nivel científico de la sección dada.

El médico que se capacita bajo los auspicios del Instituto de Perfeccionamiento recibe durante todo el curso el sueldo íntegro que percibía en el lugar de trabajo; además disfruta de alojamiento y manutención en el lugar donde se capacita.

La elevación de la calificación profesional seguirá mejorando durante el plan quinquenal, iniciado en 1956. Se preve que cada médico tendrá el derecho, garantizado por la ley, a disfrutar cada 5 años de una interrupción en el trabajo, a fin de poder capacitarse y completar sus conocimientos, a base de los estudios organizados por el Instituto de Perfeccionamiento y Especialización de Cuadros Médicos.

LA ORGANIZACIÓN DE LA MEDICINA COMO CIENCIA

En el dominio de la organización de la medicina como ciencia merece parar la atención en la creación del Consejo Científico, dependiente del Ministerio de Sanidad. Un párrafo de su estatuto, adoptado el 8 de Marzo de 1951, dice así:

"El Consejo se cuidará del desarrollo de la medicina y de los cuadros científicos, de las sociedades científicas, de los congresos y publicaciones. El Consejo emitirá su opinión sobre las cantidades presupuestarias destinadas a la ciencia, concederá subvenciones para efectuar investigaciones (instalaciones y aparatos) y distribuirá las becas científicas".

Los resultados del trabajo del Consejo han evidenciado que es un factor positivo para la coordinación de la actividad de las instituciones y sociedades científicas; un órgano que registra to-

das las manifestaciones dignas de atención del pensamiento investigador en el dominio de la medicina y de su aplicación práctica. Se perfila cada día más su papel de factor que estimula el trabajo creador, y que sostiene la actividad de los institutos de investigación.

El Servicio de Sanidad se fijó la tarea de asegurar que los nuevos descubrimientos científicos y perfeccionamientos técnicos tuvieran aplicación entre nosotros; que cada ciudadano de la Polonia Popular recibiera durante su enfermedad un auxilio en correspondencia al estado de la ciencia contemporánea. Todavía no hemos alcanzado plenamente este fin, porque lo impiden factores de naturaleza material, técnica o personal.

Hemos logrado ciertos éxitos en la cardiología teórica y práctica, así como en el dominio de los antibióticos y de la microbiología, especialmente en la preparación de vacunas propias (viruela, B.C.G., vacuna endotífica). Podemos enorgullecernos de éxitos más o menos grandes en la cirugía y en la hematología, y de contar en casi todos los dominios con institutos, laboratorios en las academias de medicina y clínicas bien organizadas, que ligan la teoría con la práctica. En el Consejo científico del Ministerio de Sanidad tenemos una sección especial que se ocupa de la aplicación práctica de los adelantos de la ciencia, pues entre los deberes del Consejo está el de "la elaboración de los principios de aplicación práctica de los resultados de las investigaciones científicas, para la realización de las áreas del Servicio de Sanidad".

Además del trabajo didáctico de formación de médicos y farmacéuticos, las Academias de Medicina desarrollan un vivo trabajo de investigación científica. El aumento hasta 10 del número de facultades de medicina acarreó un incremento del número de cátedras, de laboratorios teóricos y de clínicas, al tiempo que del número de trabajadores científicos. Aunque no tenemos bastantes trabajadores científicos experimentados — la mayoría son trabajadores jóvenes que no pasaron por la escuela del trabajo científico — y aunque la dotación técnica de nuestros

laboratorios teóricos y clínicas es en general modesta, mejora de año en año la calidad de la dotación y el nivel de los trabajos.

Paralelamente a las academias de medicina se ocupan también del trabajo científico los institutos de investigación científica. En la Polonia de anteguerra había sólo dos: el Instituto Estatal de Higiene y el Instituto del Radio "Maria Curie Sklodowska" (en la actualidad Instituto de Oncología "Maria Curie Sklodowska"), ambos en Varsovia. Después de la guerra estos institutos fueron ampliados y relativamente bien equipados, y el Instituto del Radio organizó dos filiales: en Cracovia y Gliwice. Además se crearon 13 nuevos institutos de investigación científica, a saber: el Instituto de Protección de la Salud de la Madre y el Niño, el Instituto de la Tuberculosis, el Instituto Reumatológico, el Instituto de Hematología, el Instituto de Dermatología y Enfermedades Venéreas (todos ellos en Varsovia), el Instituto de Psiconeurología en Tworki (afueras de Varsovia), el Instituto de Medicina del Trabajo en las Industrias Minera y Siderúrgica, en Rokitnica (Silesia). En Lodz se fundó el Instituto de Medicina del Trabajo en las Industrias Textil y Química, que lleva a cabo investigaciones para la protección de la salud en dichas industrias. El Instituto de Medicina del Trabajo e Higiene en el Campo, de Lublin, se ocupa de la protección de la salud de las personas que trabajan en el campo. El Instituto de Medicina Marítima en Gdansk se ocupa de las cuestiones de la salud relacionadas con el trabajo en el mar, en el transporte marítimo y fluvial y en los puertos, y el Instituto Balneo-climático de Poznan se ocupa de las cuestiones relativas a los balnearios. Además existe en Varsovia el Instituto de Medicamentos, y en Poznan el Instituto Científico de las Materias Primas Vegetales Medicinales.

Todos estos Institutos desarrollan trabajos de investigación y tienen grandes posibilidades de desarrollo; todos ellos atraen a especialistas, por lo que influyen en el nivel de la ciencia y en su dirección. Los Institutos pueden desarrollarse científicamente, pues no tienen obligaciones didácticas, si bien carecen a menudo

de aparatos modernos y de un número suficiente de trabajadores científicos calificados.

El problema del personal científico en los Institutos y Academias constituye una de las mayores preocupaciones de nuestro Servicio de Sanidad; los cuadros científicos aumentan rápidamente en todas las ramas de la medicina, y en comparación con el período de anteguerra se ha logrado mucho. El número de trabajadores científicos era en 1938 de 709, mientras que en 1955 ascendía ya a 5.826 (3.866 en las academias de medicina y el resto en los institutos). En lo que respecta al nivel científico todavía queda mucho que hacer.

Los libros y revistas médicas desempeñan un papel importante en la elevación de la calificación profesional del personal del servicio de sanidad. La Editorial Médica del Estado, creada al efecto de satisfacer esta necesidad, amplía de año en año su actividad. En la actualidad es una de las mayores editoriales médicas de Europa. La Editorial Médica del Estado publica manuales y obras originales de autores polacos en todas las ramas de la medicina clínica y teórica, atlas, trabajos individuales y colectivos en muchos tomos. El desarrollo de las publicaciones médicas en Polonia alcanzó un ritmo muy rápido, en comparación con el período de anteguerra. Sirvan de ilustración las cifras siguientes:

| | | |
|--------|-----------|------------|
| 1938 — | 168.000 | ejemplares |
| 1950 — | 750.000 | „ |
| 1952 — | 1.682.000 | „ |
| 1955 — | 2.616.700 | „ |

En 1955 hemos sobrepasado en muchas veces el número de ejemplares de las publicaciones médicas de anteguerra. El cuadro del desarrollo de la literatura médica aparece en la "Bibliografía Médica Polaca", publicada periódicamente bajo la dirección del prof. St. Konopka.

Las obras científicas originales están representadas por libros de carácter monográfico. Pueden citarse especialmente: "Introducción a la Psicología Normal" de Jan Mazurkiewicz, "Inmuno-

logía general" de Ludwik Hirszfeld, "Las enfermedades del sistema generador de la sangre" de Tadeusz Tempka. En 1955 se editaron 45 obras monográficas. En el mismo año fueron puestos a la venta 20 manuales para médicos, 15 para estudiantes, y 10 para el personal médico secundario. La tercera edición del manual del prof. W. Orłowski "Sobre las enfermedades interiores" alcanzó una tirada de 10.000 ejemplares. No obstante existen todavía lagunas en el dominio de los manuales para médicos y para los estudiantes. Ciertas especialidades están representadas por autores relativamente numerosos (por ejemplo: la cirugía, la hematología, la urología), mientras que en otras, el número de obras editadas es menor (por ejemplo: la gastrología, la psiquiatría).

La demanda de manuales para la enseñanza secundaria se cubre relativamente mejor. Una gran parte de estos manuales son traducciones de libros soviéticos.

Se edita una biblioteca especial del médico-práctico, destinada ante todo a los médicos rurales, fabriles y privados.

El número de títulos y de ejemplares de las revistas médicas crece de año en año. En 1950 se publicaban 30 revistas (en 1945 sólo 1), con una tirada que se aproximaba al millón de ejemplares (939.110). En 1956 se publicaban ya 34 revistas y periódicos, con una tirada de 6.545.800 ejemplares.

Estas cifras ilustran muy claramente el desarrollo del movimiento editorial médico, y reflejan el interés de los trabajadores del servicio de sanidad por los conocimientos profesionales.

Profundizar los conocimientos profesionales es también uno de los objetivos de la Asociación de Médicos Polacos, que agrupa en su seno a la mayoría de éstos. Esta Asociación celebra congresos nacionales, y sus secciones desarrollan en provincias una actividad permanente científico-didáctica, a través de conferencias y reuniones regulares. Además de esta Asociación existen aún otras especializadas. En 1955 actuaban en el país 21 asociaciones científicas especializadas. Ellas desempeñan un papel importante en la elevación de la calificación profesional de los

médicos en la Polonia Popular. Organizan de vez en cuando — cada dos o tres años por lo común —, congresos científicos, a los que asisten frecuentemente huéspedes extranjeros; celebran también conferencias de trabajo y jornadas especiales, con intervalos menos regulares¹.

En relación con la formación y la capacitación del personal del servicio de sanidad hay que mencionar también las bibliotecas médicas, que existen no sólo en las academias médicas y en los institutos científicos, sino además en todos los centros del Servicio de Sanidad.

La Biblioteca Médica Principal de Varsovia, fundada en 1945, cuida de la red de bibliotecas médicas. Este cuidado tiene carácter de consulta y de cuestiones de organización. Ella coordina y presta ayuda técnica a las otras bibliotecas. Ha conseguido reunir, ordenar y hacer accesibles a los trabajadores del servicio de sanidad, más de 450.000 libros y revistas. Reunió también grandes colecciones de documentación científica y de museología médica; posee una colección de películas científicas y didácticas, y produce films propios.

La Biblioteca Médica Principal está efectuando desde 1951 un intercambio vivo y sistemático de las revistas médicas polacas con las de otras sociedades científicas del extranjero y con las bibliotecas y redacciones de casi todos los países. Esta es una de las formas de facilitar lectura extranjera a nuestros médicos y hombres de ciencia, al tiempo que sirve para informar al extranjero de nuestra actividad científica y de nuestro servicio de sanidad. Durante los 4 últimos años se enviaron al extranjero 74.662 ejemplares de revistas y 33.967 libros, recibiendo, en cambio, 39.405 ejemplares de revistas y más de 10.000 libros.

El contacto con la ciencia mundial no se mantiene solamente por intermedio de libros y revistas. El Servicio de Sanidad facilita la asistencia de nuestros hombres de ciencia a las conferencias y congresos internacionales, y organiza viajes de estudios más o menos largos, para que puedan conocer directamente los

¹ La lista de estas Asociaciones con sus direcciones podrá encontrarse en las páginas finales.]]

adelantos de las ciencias médicas en diversos países. Los gastos de estos viajes corren a cargo del Estado. En el curso de los últimos años nuestros sabios estuvieron en Francia, Suecia, Suiza, Dinamarca, Gran Bretaña, Unión Soviética, China Popular, Checoslovaquia, Hungría, Noruega, Bulgaria, Rumania, República Democrática Alemana, República Federal Alemana y otros países. En 1955 salieron al extranjero 365 médicos, para asistir a congresos científicos o en misión de estudios.

Por otro lado, invitamos a sabios extranjeros a que asistan a nuestros congresos, conferencias y exhibiciones de la técnica y de los adelantos más recientes. Así, en 1956 hemos acogido a 197 sabios, prácticos y organizadores del servicio de sanidad, procedentes en su mayoría de los países de democracia popular. A comienzos del citado año visitaron Polonia eminentes hombres de ciencia suecos, soviéticos, franceses y checoslovacos. En febrero de 1956 organizamos en nuestro país una exposición del libro médico francés, y en octubre del mismo año, otra del libro médico inglés.

Ambas exposiciones alcanzaron un gran éxito. Entre Polonia y Checoslovaquia existe un acuerdo especial de colaboración en la esfera del servicio de sanidad. En el marco de esta colaboración se efectúa un intercambio de experiencias en los terrenos siguientes: organización, adelantos de las ciencias médicas, progresos en el dominio de las investigaciones teóricas y la protección de la salud, de especialistas, libros, revistas, etc. Un acuerdo semejante existe entre Polonia y la República Democrática Alemana.

LA RED DE DEPENDENCIAS DEL SERVICIO DE SANIDAD EN LA POLONIA POPULAR

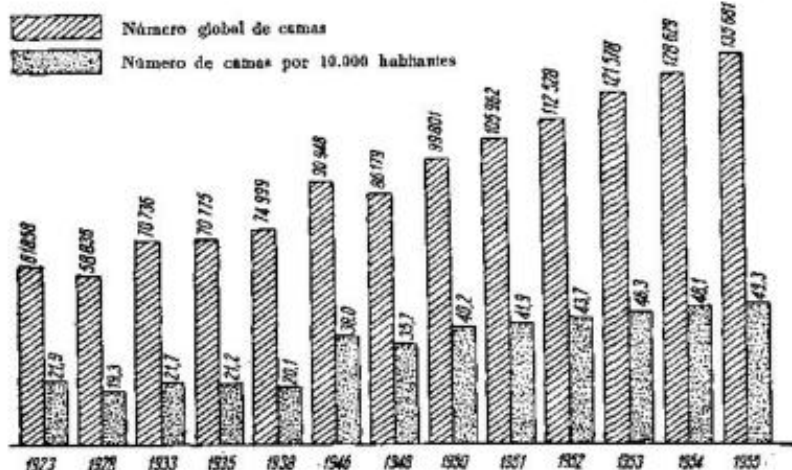
Las fallas en el dominio de los hospitales eran muy agudas en los primeros días de actividad de nuestro Servicio de Sanidad; por ello fué preciso ocuparse inmediatamente de la preparación de edificios adecuados, de completar sus instalaciones, aparatos, equipos, ropas, etc.

Para asegurar una asistencia calificada a los enfermos que llegaban en número muy superior a las posibilidades de los establecimientos médicos, era preciso crear a ritmo acelerado las condiciones necesarias, aunque fueran provisionales. Se reconstruyeron los hospitales destruidos y en un plazo relativamente corto surgieron otros nuevos, a menudo en edificios poco apropiados a este fin, adaptados sólo a las necesidades. En el curso de unos pocos años la mayoría de los hospitales fueron dotados de las instalaciones necesarias y de un equipo en muchos casos mejor que antes de la guerra. Ni que decir tiene que las fallas en este terreno continúan siendo muy grandes. Gracias a esta acción enérgica aumentó en más de dos veces el número de camas: si en 1938 había en Polonia escasamente 20,1 camas por 10.000 habitantes, en 1954 la proporción pasó a 48,1; a pesar de ello la escasez de camas se hace sentir aún con gran fuerza, pues la afluencia de enfermos es mayor, a consecuencia de que también son muchas más que antes de la guerra las personas que pueden disfrutar de asistencia gratuita en los hospitales. Durante el plan sexenal el número de camas aumentó en 40.000, sobrepasando en 13.000 las previsiones hechas al establecer aquél.

Se dió un gran paso adelante en el dominio de los hospitales en el campo. Se reforzaron los hospitales de distrito, que atienden sobre todo al campo. Los hospitales de nueva construcción surgieron casi exclusivamente en las cabezas de distrito y en los pueblos. Los hospitales rurales tienen fundamentalmente las secciones siguientes: enfermedades interiores, pediatría, cirugía, obstetricia, ginecología y enfermedades contagiosas. Además están dotados de los laboratorios indispensables, aparatos de radioscopia y otros aparatos necesarios para la diagnosis y el tratamiento.

El nuevo plan quinquenal preve el aumento de camas en los hospitales, cuya gran escasez continúa sintiéndose. El número de camas en los hospitales, que ascendía a 135.681 en 1955, deberá elevarse a 161.178 en 1960. Desaparecerán totalmente los

pequeños hospitales antieconómicos, mal equipados y dirigidos. Los hospitales rurales serán construidos con una capacidad de 270 y 150 camas; los de las ciudades, con 450 y más camas. Las regiones hasta la fecha más descuidadas a este respecto serán convenientemente dotadas en los años venideros. (Cuadro 1).



Camas¹ en los Hospitales en los años 1923—1955

| Año | Número de camas | por cada 10.000 habitantes |
|------|-----------------|----------------------------|
| 1923 | 61.858 | 21,9 |
| 1928 | 58.836 | 19,3 |
| 1933 | 70.763 | 21,7 |
| 1935 | 70.775 | 21,2 |
| 1938 | 74.999 | 20,1 |
| 1946 | 90.948 | 38,0 |
| 1948 | 86.179 | 35,7 |
| 1950 | 99.801 | 40,2 |
| 1951 | 105.962 | 41,9 |
| 1952 | 112.528 | 43,7 |
| 1953 | 121.578 | 46,3 |
| 1954 | 128.629 | 48,1 |
| 1955 | 135.681 | 49,3 |

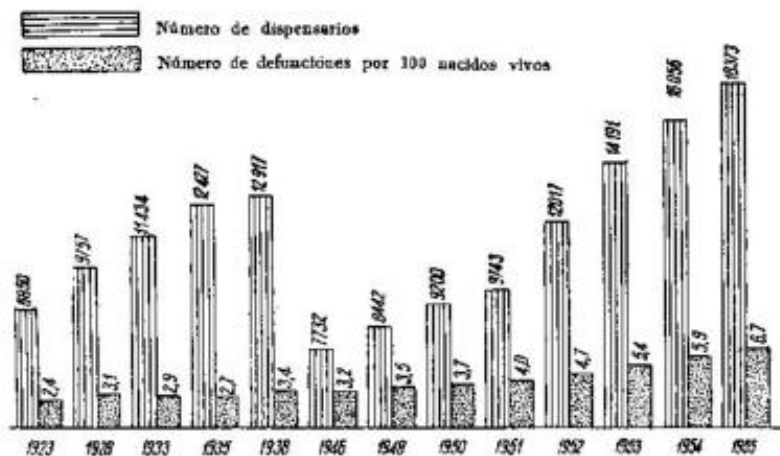
¹ junto con los de psiquiatría

Paralelamente a los hospitales existe una red de establecimientos médicos de asistencia abierta, como dispensarios, consultorios y puestos de sanidad, en los que se presta asistencia y se dan consejos a los enfermos que acuden a ellos.

La dificultad mayor en la asistencia médica cerrada la constituían los impedimentos de naturaleza material. En la asistencia abierta fué preciso colocar el acento principal en el personal, numéricamente muy insuficiente, preparado y capacitado técnicamente de manera insatisfactoria, y que se adaptaba con dificultad a las condiciones radicalmente distintas de la sanidad organizada. Esto concernía ante todo al personal médico, que desempeñaba a este respecto el papel principal.

Ante la gran falta de médicos fué menester recurrir a métodos radicales en su distribución y en la fijación de las horas de trabajo. Antes de la guerra teníamos muy pocos médicos, y su distribución no respondía a las necesidades de la población. Los médicos se concentraban en las grandes ciudades, dejando por lo general sin la más primitiva asistencia a las pequeñas villas y aldeas.

Después de la guerra, y a consecuencia del enorme incremento



Número de dispensarios para madres y niños y mortalidad de los lactantes

| Año | Número de dispensarios | Defunciones de lactantes por 100 nacidos vivos |
|------|------------------------|--|
| 1927 | 143 | 15,1 |
| 1928 | 179 | 14,5 |
| 1930 | 287 | 14,3 |
| 1932 | 396 | 14,3 |
| 1934 | 387 | 14,1 |
| 1936 | 488 | 14,1 |
| 1937 | 570 | 13,6 |
| 1946 | — | — |
| 1948 | — | — |
| 1949 | 2698 | 10,8 |
| 1950 | 2011 | 11,1 |
| 1951 | 2655 | 11,8 |
| 1952 | 2817 | 9,6 |
| 1953 | 2941 | 8,8 |
| 1954 | 3201 | 8,3 |
| 1955 | 3188 | 8,2 |

de las necesidades en este dominio y de la escasez de los cuadros, fué necesario proceder a una distribución planeada. Los antiguos médicos continuaban por regla general donde estaban; en cambio, los nuevos doctorados eran destinados a los establecimientos más necesitados de cuadros médicos. De esta manera se iba asegurando al campo, en la medida de lo posible, no sólo la asistencia médica en general, sino también las especialidades. Y no pudiendo remediar de otra manera la falta de asistencia médica se estableció la obligación de siete horas de trabajo diarias en el servicio de sanidad. En realidad los médicos trabajaron al principio durante diez horas, en la mayoría de los casos (Cuadro 2).

Los establecimientos de asistencia abierta constituyen una red que debe asegurar la asistencia médica a toda la población en el propio establecimiento o a domicilio. En la ciudad estos establecimientos se llaman dispensarios. Existen dispensarios de

barrio que prestan una asistencia general, y de distrito, cuya asistencia es especializada. El dispensario de barrio, que atiende a la población urbana, de la misma manera que el centro de sanidad atiende a la población campesina, tiene por lo general un gabinete de consulta general para adultos, otro para madres, dos para niños (sanos y enfermos) y una sección sanitario-epidemiológica. Los dispensarios de distrito especializados tienen, en la mayoría de los casos, gabinetes de consulta antituberculosa, dermato-venérea, reumatológica, deportiva, dental, un gabinete de radioscopia y un laboratorio de análisis. En 1955 había 584 dispensarios de barrio y 343 de distrito.

Los laboratorios analíticos son organizados por el servicio de sanidad en los hospitales, puestos de sanidad y consultorios. Los análisis más complicados de tipo bacterio-serológico son efectuados en los centros sanitario-epidemiológicos.

Por otra parte existen dispensarios independientes: en 1955 había 261 dispensarios independientes para la madre y el niño y 19 antituberculosos. En las voivodías hay organizados dispensarios de alta especialización, llamados dispensarios de voivodía: en 1955 funcionaban 75. Existen también dispensarios en las clínicas de las ciudades donde hay academias de medicina o grandes hospitales. El enfermo es enviado de costumbre al dispensario especializado por el médico de barrio; en casos excepcionales, el enfermo puede dirigirse directamente al especialista correspondiente.

Una atención especial es dedicada a la salud del obrero, y nuestro servicio de sanidad puede vanagloriarse de grandes éxitos en la medicina industrial. Es digno de subrayar el desarrollo de las dependencias del servicio de sanidad en las empresas. En la actualidad cada empresa con más de 200 obreros tiene un puesto médico con 1 practicante, y las de más de 500 obreros, un puesto del Servicio de Sanidad y un dispensario general, con un médico a la cabeza (a menudo disponen también de un dispensario especializado e incluso de una enfermería con 5--10 camas). El servicio de sanidad en las pequeñas empresas está vinculado

al servicio local general. Las grandes empresas poseen gabinetes de dentista, de diagnósticos, aparatos de radioscopia y laboratorios analíticos. Se ha prestado una especial atención al cuidado médico en las industrias carbonífera, química, siderúrgica y textil.

Hasta 1950 existían varias administraciones en el terreno del cuidado de la salud del trabajador, lo que repercutía de manera negativa en la organización del servicio de sanidad en las empresas de trabajo. De conformidad con la ley sobre los establecimientos de asistencia médica para obreros, de fecha 26 de julio de 1950, el Ministerio de Sanidad se hizo cargo de todos los puestos médicos fabriles y empezó a reorganizar y dar uniformidad al servicio de sanidad en los centros de trabajo. En 1951 fueron creados 1.898 dispensarios. Esta cifra fué en auge constante y a fines de 1955 había ya 2.565. En 1955 se reconoció en estos dispensarios alrededor de 1 millón de obreros y se efectuaron aproximadamente 50 mil inspecciones sanitarias. En las ciudades sedes de academias de medicina y en los grandes centros industriales funcionan dispensarios especiales para las enfermedades profesionales. Para los enfermos que no precisan de un tratamiento permanente en un establecimiento médico, se han creado, aunque pocos numerosos hasta la fecha, semisanatorios destinados a aquellos que padecen enfermedades de larga duración, como tuberculosis, reumatismo, úlceras (del estómago y del duodeno), semisanatorios que permiten un mejor cuidado médico sin interrumpir el trabajo profesional. A título de ensayo se crean también sanatorios nocturnos; pero hasta la fecha son muy escasos.

Las mujeres embarazadas y los jóvenes obreros son rodeados de un cuidado especial; su estado de salud es registrado en ficheros especiales.

Las dependencias médicas nuevamente organizadas en los establecimientos de producción tienen la obligación no sólo de prestar asistencia en caso de enfermedad o de accidente, sino que deben ocuparse a la vez de la acción preventiva y de sanea-

miento del medio donde transcurre el trabajo, e, incluso, de las condiciones de vivienda, de la alimentación y de la vida del obrero fuera del establecimiento industrial.

Se presta una gran atención a que el obrero conozca las condiciones de la seguridad e higiene del trabajo. La colaboración de las dependencias fabriles del servicio de sanidad con la dirección técnica y económica de los establecimientos industriales por una parte, y con los institutos de medicina del trabajo por otra, se desenvuelve favorablemente.

Las empresas industriales destinan sumas importantes a la higiene y seguridad en el trabajo. Durante los cuatro últimos años se invirtieron en estos fines más de 4.145 millones de zlotys. Gracias a ello aumentó la seguridad en el trabajo y el índice de accidentes disminuyó en un 37%.

Se hacen grandes esfuerzos para facilitar la ayuda médica y ponerla al alcance del enfermo sin formalidades superfluas.

Los médicos de barrio y fabriles tienen el derecho de eximir al enfermo del trabajo durante 3 veces consecutivas, a razón de 3 días cada una (9 días). Cuando el enfermo necesita un período largo para su curación, la decisión compete a una comisión, que la adopta después de reconocer al enfermo o simplemente a base del certificado médico, si su estado de salud le impide presentarse personalmente. El enfermo recibe el salario completo durante 3 meses, plazo que puede ser prolongado hasta 6 meses en caso de necesidad. La persona que no tiene plena capacidad de trabajo puede recibir el permiso temporal de reducir su jornada de trabajo, percibiendo el salario íntegro.

LA ASISTENCIA MÉDICA EN EL CAMPO

En la protección de la salud de la población rural (problema particular y más difícil de resolver que en las ciudades) se alcanzaron resultados mucho más modestos; pero también en este terreno el progreso es muy sensible. Antes de la guerra el campesino carecía prácticamente de asistencia racional durante la en-

fermedad. Después de la guerra se puso al alcance de toda la población rural la asistencia gratuita en los hospitales, por lo menos en las enfermedades contagiosas, la tuberculosis, las enfermedades mentales y venéreas, enfermedades frente a las que la persona o la familia eran impotentes a menudo, sin la ayuda social, en tiempos no muy lejanos.

Antes de la guerra había en el campo 78 centros de sanidad; en 1955 había 1.099. Pero además funcionan en el campo 1.213 puestos médicos atendidos por practicantes y enfermeras, que completan el trabajo de los centros de sanidad, son sus avanzadas en los pueblos y trabajan bajo su dirección inmediata. Si el hospital está demasiado lejos, se organizan enfermerías en las aldeas, con algunas camas para enfermos que no pueden ser transportados al hospital, camas que permiten, al menos temporalmente, un grado de hospitalización en los casos graves. Y para que el enfermo pueda comprar los medicamentos inmediatamente después de la visita, existen, independientemente de la red en constante desarrollo de boticas en el campo, unos despachos farmacéuticos en los centros de sanidad, despachos que suministran medicamentos ya preparados, principalmente específicos. En los casos que lo requieren el campo disfruta del servicio de socorro urgente, que abarca a todo el territorio nacional.

Muy importante es para el campo la asistencia al parto. Después de la guerra empezamos a organizar casas de maternidad en las aldeas, casas antes completamente desconocidas. Están bajo el cuidado permanente de una comadrona calificada, y en la mayoría de los casos de un médico, que aunque resida fuera, asegura la visita. Estas casas de maternidad están destinadas a los partos normales; los casos patológicos se envían a los hospitales. Las casas de maternidad se abren por lo común en lugares bastante alejados del hospital. El número de casas de maternidad pasó de 86 con 504 plazas en 1949, a 716 con 4.879 plazas en el primer semestre de 1955.

Antes de la guerra, y a consecuencia de la escasez de camas,

de la gran distancia que separaba a muchas aldeas de la ciudad, y de la falta de comadronas, una gran parte de los partos eran asistidos por viejas comadres, lo mismo en el campo que en la ciudad. En la actualidad esta práctica ha desaparecido casi por completo. Gracias a la institución de las casas de maternidad y al gran número de comadronas, el 80% de los partos es asistido por personal calificado del Servicio de Sanidad, y apenas el 20% por comadronas privadas, por vecinas o viejas comadres.

En el campo siguen actuando puestos sanitarios de la Cruz Roja Polaca, en número de más de 600, que además de dispensar los primeros auxilios en caso de accidente, desempeñan un gran papel en el dominio de la instrucción sanitaria.

Una decisión especial del Gobierno da la posibilidad de disfrutar de la institución del Servicio de Sanidad a toda la población rural. El campesino que labra individualmente su tierra tiene el derecho, según sea su situación material, a gozar de la asistencia médica gratuita o a tarifa reducida. Alrededor del 60% de la población rural disfruta de la asistencia médica gratuita. Toda la población rural, al igual que la urbana, es asistida gratuitamente en caso de enfermedad contagiosa, venérea o tuberculosa.

La población rural puede también seguir un tratamiento en un balneario gratuitamente o abonando sólo una parte del coste.

A pesar de los grandes éxitos alcanzados por nuestro servicio de sanidad en comparación con el período de entre las dos guerras mundiales, consideramos que la asistencia médica en el campo sigue siendo insuficiente, y que el estado sanitario de la población rural es actualmente peor que el de la urbana, aunque los índices de mejoramiento en el período pasado son mucho mayores en el campo que en la ciudad. Como hemos dicho ya, se preve continuar la construcción de hospitales destinados principalmente a la población rural. El número de centros de sanidad en el campo aumentará en 200 durante los cinco próximos años. El rasgo característico de estos centros, a diferencia del período de anteguerra, consiste en que prestarán no sólo un cuidado

preventivo, sino, lo que es más importante, asegurarán además la asistencia médica en la zona que tienen asignada. Independientemente de ellos se organizan las llamadas cooperativas de sanidad, que transformarán los puestos de practicantes en centros de sanidad, y colaborarán con las autoridades locales en el establecimiento de los médicos en el campo. Según los proyectos del plan quinquenal cada centro de sanidad dispondrá de un médico, un dentista, 2 enfermeras, una comadrona y un practicante encargado de las cuestiones sanitario-higiénicas.

El número de médicos rurales aumentará considerablemente. Se proyecta destinar 1.500 médicos al campo durante el plan quinquenal. Cada zona abarcando 7.500 habitantes rurales tendrá un médico. Se otorgará al médico rural una serie de privilegios, tales como el derecho a disfrutar automáticamente cada 2 años de un trimestre de permiso pagado, para su perfeccionamiento profesional; sus hijos tendrán prioridad para habitar en las casas de estudiantes durante sus estudios; les será garantizada también la posibilidad de comprar a plazos un automóvil económico, y la prioridad para tomar parte en la construcción de viviendas individuales.

El plan quinquenal no preve la limitación por la vía administrativa de la práctica privada que existe en la actualidad. El proceso de reducción y desaparición de esta práctica transcurrirá muy despacio en nuestro país, y progresará a medida que se vaya facilitando a la población, cada vez más ampliamente, la asistencia en caso de enfermedad, y elevando el nivel de los cuidados del naciente servicio de sanidad socialista.

LA ESTOMATOLOGIA

Antes de la guerra, el tratamiento estomatológico se basaba principalmente en la práctica privada. La actividad del Seguro Social en este dominio era insuficiente, y no sólo por el bajo tanto por ciento de pacientes atendidos (en relación con las necesidades), sino también por el género de asistencia prestada.

De ello testimonian las cifras: la proporción entre los dientes extraídos y los pacientes asistidos era de 6 : 1, y el número general de prótesis dentales hechas a los asegurados alcanzaba apenas 3.000. Después de la guerra la situación cambió de una manera radical; baste decir que en el solo año de 1954 ejecutamos más de un cuarto de millón de prótesis.

En el período de postguerra la red de gabinetes odontológicos, vinculados principalmente con los dispensarios, se extendió considerablemente. Se abarcó a todos los asegurados en la curación estomatológica. La juventud estudiantil y los niños en edad pre-escolar y escolar gozan de asistencia en 400 dispensarios médico-odontológicos interescolares y en gabinetes escolares; pero esta cifra no cubre todavía todas las necesidades, que crecieron considerablemente. Los mineros, fundidores y otros obreros de las más importantes ramas de la industria fueron incluidos al 100% en la asistencia médico-odontológica a prestar en gabinetes organizados en los establecimientos industriales, fundiciones, minas y fábricas en general.

Para los habitantes del campo se organizó una asistencia especial. Más de 250 ambulancias dentarias llegan a los rincones apartados del país, para asistir a los habitantes, principalmente a los niños. Independientemente de las ambulancias se crearon gabinetes permanentes de odontología en las aglomeraciones rurales, granjas del Estado y cooperativas agrícolas. En la actualidad existen alrededor de 800 estaciones rurales de estomatología.

La creación de dichos gabinetes requería un personal, cuya falta se hacía sentir agudamente en los primeros años de nuestra independencia.

En 1938 el número de cirujanos dentistas era de 3.676, de los que el 70% perecieron durante la guerra y la ocupación. En 1954 había ya 5.307, y dentro de unos pocos años alcanzaremos nuestro objetivo inmediato en correspondencia con nuestras posibilidades: cinco cirujanos dentistas por 10.000 habitantes. El número de éstos aumenta cada año en 900 aproximadamente.

Se ha dedicado una gran atención al nivel de la formación y al desarrollo de la estomatología como ciencia. En cada sección estomatológica se crearon 4 cátedras para las principales especialidades estomatológicas: cirugía dentaria, estomatología preservativa, prótesis y ortodoncia. El número de cátedras estomatológicas en las academias de medicina asciende a 33.

EL SERVICIO DE SOCORRO URGENTE

El servicio de socorro urgente desempeña un gran papel en el salvamento de las vidas amenazadas.

En el período de anteguerra (1939) había sólo 11 casas de socorro. En 1949 esta cifra se había casi septuplicado. Y en los años sucesivos siguió aumentando de manera constante. En 1954 la cifra era más del doble en relación con 1949.

Puede afirmarse que en la actualidad son pocos los rincones del país a donde no llega el servicio de socorro. Todo el que necesita asistencia en caso de accidente, de parto, de gravedad, puede ser transportado a un establecimiento médico. Hay que subrayar que antes de la guerra los puestos de socorro sociales eran muy escasos, y que sólo las personas de situación acomodada podían recurrir a los servicios privados; en cambio hoy las masas trabajadoras¹ gozan de la asistencia gratuita del servicio de socorro, y, en caso de accidente, éste presta asistencia gratuita sin excepción. Las tarifas para el escaso grupo de ciudadanos que deben pagar están establecidas a un nivel que permite a todos beneficiarse del servicio de socorro.

El servicio de socorro constituye una verdadera y excepcional ayuda para la población rural. En el período de anteguerra los habitantes del campo no disfrutaban, casi por completo, del servicio de socorro. Las casas estaban radicadas sólo en ciertas cabezas de voivodías y las tarifas de transporte eran muy elevadas. En la actualidad los servicios prestados por el socorro ur-

¹ Bajo esta denominación se comprende a las personas que se mantienen con un trabajo manual o intelectual.

gente a la población rural constituyen casi el 30% del total. El antiguo y agudo mal — el transporte —, que imponía horas y horas en los carros campesinos, muy difíciles de soportar por los enfermos graves y las víctimas de accidentes, fué atenuado. Hoy, gracias a las casas de socorro, como regla general dos o tres horas después de la llamada telefónica, el enfermo de la aldea más distante de la ciudad, puede estar atendido por manos expertas.

En ciertas casas del socorro urgente se han creado equipos de pediatras que atienden únicamente las llamadas concernientes a los niños, partiendo del principio de que el socorro urgente es para los niños de hasta 3 años.

Se han creado también equipos de socorro obstétrico-ginecológico, muy importantes en los partos patológicos (en particular en el campo).

Las estaciones del socorro de voivodía disponen de 11 aviones sanitarios. El avión puede transportar al enfermo, al médico (enfermero) y al piloto. Cada avión está dotado de aparatos de oxígeno y de los medicamentos indispensables.

Estos aviones sirven para transportar al hospital a los enfermos que necesitan una ayuda inmediata y a los médicos especialistas que deben efectuar operaciones importantes; sirven también para transportar medicamentos, para evacuar hospitales en caso de incendio, inundaciones, etc.

En cada distrito han sido delimitados terrenos de aterrizaje accidental.

LA DONACIÓN DE SANGRE

En la terapia moderna desempeña un gran papel el tratamiento con la sangre; como es un tratamiento costoso, sólo su organización en escala nacional puede permitir que sea accesible a todos.

En la Polonia Popular fué creada una organización para las donaciones de sangre, organización que desde el punto de vista científico depende del Instituto de Hematología de Varsovia,

fundado en 1951. Dicho Instituto coordina los trabajos científicos en este dominio, ejerce una vigilancia sobre el tratamiento por medio de la sangre en todos los establecimientos sanitarios del país, y comprueba la administración de este remedio.

De la envergadura de esta acción testimonia el hecho de que en 1955 teníamos 22 estaciones de donación de sangre y alrededor de 150 puestos con misión semejante. Y ella se desarrolló en el transcurso de unos pocos años. Mientras que el número de donadores de sangre era en 1949 de alrededor de 11.000, en 1955 se aproximaba ya a 70.000. En 1949 las estaciones y puestos de donación de sangre recogieron alrededor de 5.000 l. de sangre; en 1955 recogieron ya cerca de 68.000 l.

La comprobación de la donación de sangre es muy rigurosa.

Todo el que se ofrece como donador de sangre pasa por un examen preliminar, que determina su estado y su aptitud para serlo, a saber: un análisis de sangre, otro de orina y un examen clínico.

Además, el donador de sangre es examinado por un médico antes de cada donación. El día en que esta se efectúa los donadores son oficialmente eximidos del trabajo, pero perciben su salario normal, y la estación o puesto asegura la comida (desayuno, almuerzo), recibiendo por añadidura una retribución. Últimamente se introdujo la donación gratuita.

Muchos donadores de sangre fueron galardonados con diplomas de honor y una distinción de la Cruz Roja Polaca.

La transfusión de sangre o plasma es hecha gratuitamente a cada enfermo que la precise, hágase ésta en una gran clínica, o en un pequeño hospital de distrito.

La producción de plasma seco y la construcción del primer prototipo de aparato polaco para desecar el plasma — construcción que se debe a los empleados de la estación de donación de sangre de Lublin — deben ser contados entre los éxitos del Servicio de Sanidad Polaco. Constituye también un éxito la elaboración de la tecnología para la obtención de poliglucan (dextran) y aminol (aminoácidos), preparados que pueden substituir a la sangre.

El plan quinquenal preve un mayor desarrollo de la red de estaciones del servicio de donación de sangre.

LA CURA EN BALNEARIOS

Los balnearios, al igual que los otros establecimientos del servicio de sanidad, fueron completamente devastados durante la guerra y la ocupación. Eran necesarios muchos esfuerzos y grandes inversiones financieras para reconstruirles y ponerles al servicio de la nación.

En la Polonia Popular hay 77 balnearios, de los cuales 27 dependen del Ministerio de Sanidad. Los demás son regentados directamente por los sindicatos y las diversas instituciones estatales y sociales, como lugares de descanso y de tratamiento climático.

Los balnearios administrados por el Ministerio de Sanidad disponen de 10.328 camas y están abiertos durante todo el año (seis están destinados a niños). En ellos se sigue un tratamiento en las enfermedades del sistema circulatorio, del sistema muscular, de las enfermedades ginecológicas, del aparato digestivo, de las enfermedades del sistema respiratorio, de la piel, de las vías urinarias y de la neurosis. El tratamiento en los balnearios corre a cargo del Estado. El número de camas y de plazas aumenta de año en año. En 1949 los balnearios disponían de 7.874 camas, y en 1955 de 10.328.

Antes de la guerra era muy raro que un obrero o un campesino siguiera un tratamiento en un balneario. Este era inaccesible para ellos por razones pecuniarias. En el presente esa situación ha cambiado de un modo radical, en relación con los obreros industriales y agrícolas y los trabajadores intelectuales.

Los obreros gozan de prioridad para la admisión en sanatorios y balnearios, y algunas ramas de la industria tienen las suyos propios. En 1952 disfrutaron de un tratamiento gratuito en los balnearios 88.034 enfermos, de los cuales 5.613 eran campesinos.

Además del régimen de sanatorio existe en los balnearios el tratamiento de consultorio. En 1945 disfrutaron del primero 110.301 pacientes y 91.421 del segundo, lo que hace un total de 201.722 pacientes atendidos. En los balnearios administrados por el Ministerio de Sanidad trabajaban 99 médicos en 1949, mientras que en 1955 eran ya 289.

Se presta una gran atención a la elevación del nivel de la terapéutica en los balnearios. En algunos fueron creados centros científico-terapéuticos. En realidad son filiales de las clínicas de las academias de medicina y de los institutos de investigación científica. En ellos se efectúan trabajos de investigación y curas bajo la dirección y vigilancia de eminentes especialistas y profesores. En la actualidad funcionan en los balnearios 30 centros terapéuticos, vinculados con centros de investigación (de reumatología 3, de enfermedades internas 8, de ginecología 4, de ortopedia 4, de laringología 1, de urología 2, de enfermedades nerviosas 1, de enfermedades profesionales 3, de dermatología 1, de cardiología 1, de asma 1). Además existe en Poznan el Instituto Balneoclimático, mencionado anteriormente.

Los enfermos que precisen de seguir un régimen curativo en un balneario que no exista en Polonia, tienen la posibilidad de ir a un balneario extranjero a costa del Estado. Así, por ejemplo, en el marco de un acuerdo concertado entre los Servicios de Sanidad polaco y checoslovaco, alrededor de 1.000 pacientes cada año disfrutaban de un tratamiento gratuito en Karlowy Vary, Piestiany, Marianske Lazne, Trencavskie Teplice y otras estaciones balnearias de Checoslovaquia.

En el marco de acuerdos semejantes, pacientes polacos van también a la Unión Soviética (en 1956 más de 200 a base de reciprocidad) a Bulgaria, Hungría y Rumania. Hay casos también, aunque poco numerosos, de curas en Francia o Italia. El costo de los viajes es sufragado también por el Estado. El tratamiento gratuito y el disfrute de los balnearios es una de las grandes conquistas de las masas trabajadoras en la Polonia Popular.

Los sindicatos, basándose en el dictámen de médicos y especialistas, juegan un gran papel en la distribución de las plazas en los balnearios, enviando a los lugares más adecuados a las personas que necesitan un régimen curativo. Los sindicatos pueden asegurar también vacaciones curativas de tres semanas, de las que disfrutaban los obreros y trabajadores intelectuales muy fatigados, pero sin indicios claros de enfermedad. No obstante, y a pesar de la ampliación de la red de balnearios, es tan grande la afluencia de los que quieren seguir un tratamiento en sanatorios, casas de salud, etc., que el número de plazas de los balnearios sigue siendo insuficiente.

LA FARMACOLOGIA

Al igual que en otras ramas del Servicio de Sanidad, también la de farmacia sufrió grandes estragos durante la guerra, mientras que los cuadros de expertos, tanto científicos como profesionales, fueron diezmados por el ocupante.

Una de las primeras tareas del poder popular fué la reconstrucción de los centros científicos y de enseñanza. Ya en 1944, con sólo una parte de Polonia liberada, fué abierta en Lublin la primera universidad, y en ella fué creada, entre otras, la facultad de farmacia. En los años posteriores fueron creadas nuevas facultades de farmacia en otras universidades. En la actualidad existen siete facultades de farmacia en las academias de medicina de Lublin, Varsovia, Cracovia, Poznan, Wroclaw, Lodz y Gdansk. Si comparamos el estado actual de la enseñanza farmacéutica con el de antes de la guerra, el proceso de desarrollo en esta rama destaca con gran nitidez, pues entonces, de los cinco centros de enseñanza que existían, sólo uno era una facultad, y los otros cuatro, simples secciones de farmacia.

Este cuadro resultaría incompleto si no subrayáramos que, además de las escuelas superiores de Farmacia, contamos con una enseñanza secundaria farmacéutica desconocida antes de

la guerra, enseñanza que consta de cinco liceos de farmacia en Varsovia, Lodz, Wroclaw, Bydgosz y Katowice.

El número de graduados en farmacia es hoy tres veces mayor que antes de la guerra. En los últimos tiempos se está examinando la posibilidad de prolongar un año más la duración de los estudios farmacéuticos (5 años en vez de 4), y de introducir especializaciones en las facultades de farmacia en la dirección analítica y tecnológica (preparación de cuadros especializados para la industria farmacéutica). En las ciencias farmacéuticas hay que registrar la creación después de la guerra de 3 centros científicos modernos:

1. un Instituto de Medicamentos, en Varsovia,
2. un Instituto Farmacéutico, en Varsovia, y
3. un Instituto Científico de Materias Primas Vegetales Medicinales, en Poznan.

Estos Institutos tienen por misión la solución científica de los problemas farmacéuticos, y al propio tiempo son centros de formación de cuadros especializados.

La industria farmacéutica se vió obligada a emprender el trabajo después de la liberación en una situación económica muy desfavorable, pues entre sus tareas debía incluir no sólo la reconstrucción, sino también la ampliación de los establecimientos productivos, a fin de que nuestro país pudiera independizarse en el mayor grado posible de la importación de medicamentos.

La industria farmacéutica en la Polonia de anteguerra era más bien una industria de elaboración, es decir de transformación en medicamentos de las materias primas químicas importadas. Muy escasos eran los productos industriales que se basaban en nuestra propia síntesis; en la mayoría de los casos se aprovechaban licencias extranjeras.

Las cifras siguientes testimonian con claridad cómo hemos cumplido esta tarea: si en 1949 nuestra propia síntesis cubría apenas el 12% de las necesidades, en 1956 las cubría ya en un 70%. Y si tomamos como índice 100 para designar la produc-

ción de la industria farmacéutica en 1949, en 1954 el índice era ya 760.

El servicio de sanidad cubre en grado cada vez mayor las necesidades de medicamentos para todo el país, procedentes de nuestra propia síntesis. En estos resultados influye sin duda el hecho de que la industria química ocupa el segundo lugar en la Polonia Popular, inmediatamente después de la industria carbonífera. Paralelamente al desarrollo de la industria química, y aprovechando su producción de base, se desenvuelve la industria farmacéutica.

Entre los más importantes medicamentos producidos en el país figuran: los preparados salicílicos, barbitúricos, de sulfamidas, de vitaminas, hormonales, antialérgicos, de bismuto, y de plata, alcaloides del grupo de las papaveráceas, medios como el P.A.S. y el hidrácido del ácido isonicótico, un extracto de hígado que contiene la vitamina B12, dextran y muchos otros. Hemos emprendido la producción de penicilina y desde hace dos años producimos penicilina de procaina. Empezamos también la producción de nuestro propio aceite de hígado de bacalao, que no es inferior, en cuanto a la cantidad de vitaminas A y D, a las mejores clases importadas. Se desarrolla también la producción de productos terapéuticos, a base de sangre y de substitutivos de la sangre.

La farmacia práctica — las boticas — no experimentó un desarrollo importante en el primer quinquenio de la Polonia liberada, permaneciendo al margen del servicio social de sanidad. Pero a partir de 1951, año de nacionalización de las boticas, esta rama del servicio de sanidad acusa un gran progreso en su aspiración a abastecer de medicamentos a la población. Cierto que la red de boticas no presenta un aumento numérico importante, pero está operándose un cambio considerable en sus posibilidades de servicio. Se han creado grandes boticas modernas, que poseen su organización propia, tanto en el despacho como en la preparación, dotadas del equipo y de los aparatos necesarios para el mejor cumplimiento de su misión. Muchas boticas pro-

venientes de propietarios privados fueron ampliadas y equipadas adecuadamente. Las sumas destinadas a este fin alcanzan hasta la fecha 100 millones de zlotys en números redondos.

La antigua insuficiencia en el abastecimiento de medicamentos a la población rural es liquidada gradualmente con la creación en las aldeas de los llamados puestos farmacéuticos. El dinamismo del desarrollo en este terreno es ilustrado por las cifras siguientes: a fines de 1952 había 244 puestos farmacéuticos, y el 1.XI.1955 eran ya 1.823.

Hay que subrayar que, a consecuencia del aumento en varias veces del número de asegurados, creció en medida muy importante la demanda de medicamentos. Después de algunos años de suministrar estos gratuitamente a los asegurados, se introdujo el pago de un 30% de su precio.

A fin de garantizar medicamentos de buena calidad a la población, se han creado en las cabezas de voivodia unos laboratorios de comprobación de los medicamentos que llegan a los almacenes farmacéuticos y a las boticas, y también de los preparados en estas últimas. El tanto por ciento de análisis negativos, desde el momento de la creación de estos laboratorios, acusa una constante regresión.

Las dificultades que encontramos para el buen trabajo de las boticas consisten en la escasez de cuadros especializados. Por ello se presta mucha atención a la superación de estas dificultades, y a garantizar a las boticas un personal no sólo suficiente en número, sino también convenientemente preparado.

También existen dificultades y deficiencias en la distribución de medicamentos, y a causa de una producción todavía insuficiente de medicamentos listos, aun se suministran en grado importante los preparados en las boticas.

El aparato estatal de vigilancia farmacéutica experimentó un gran desarrollo en comparación con el período de anteguerra. Después de la liberación fué creado en el Ministerio de Sanidad el Departamento de Farmacia y Aprovisionamiento, que vigila y organiza el aprovisionamiento de medicamentos. Más adelante

se creó la Dirección Central de Boticas, también dependiente del Ministerio de Sanidad, la que se ocupa de la distribución de los medicamentos y de la organización de las boticas.

El desarrollo de la vigilancia y comprobación estatal de los medicamentos es visible también en los órganos correspondientes de las voivodías, y, en comparación con el período de antes de la guerra, ha sido considerablemente ampliado.

El progreso real de la industria farmacéutica se produjo durante el plan sexenal. Los establecimientos de la industria farmacéutica, reconstruidos en parte durante los primeros años de posguerra, crearon la base necesaria para emprender la producción de medicamentos en gran escala. En dicho período, la producción cambió totalmente de carácter, pasando de los métodos artesanales a la producción industrial organizada.

Durante el plan sexenal fué llevada a cabo la reconstrucción y ampliación de los establecimientos de Tarchomin, Varsovia, Grodzisk y Starogard, y está terminándose la reconstrucción de los establecimientos de Jelenia Góra y de Poznan.

Los especialistas emplean la expresión "farmacia pesada" para designar la producción de los medicamentos de base. Esta farmacia pesada surgió precisamente durante el plan sexenal. La producción de nuestra industria farmacéutica es hoy ocho veces mayor que la de 1949. En el decurso del plan sexenal no sólo conseguimos satisfacer las necesidades del mercado nacional en ciertos productos, sino que nos convertimos en un país exportador. Los medicamentos polacos son adquiridos por numerosos países de Europa y de Asia, entre ellos algunos con una industria farmacéutica tan desarrollada y de tan ricas tradiciones como Suecia, Suiza, Dinamarca y Alemania (las dos partes).

El plan quinquenal preve un considerable desarrollo de la industria farmacéutica. Se proyecta un fuerte aumento de la producción de penicilina, vitaminas y hormonas sintéticas, y se ampliará la producción de medicamentos hasta ahora muy escasos (sulfamidas, salicilatos, etc). Además se inicia la produc-

ción de alcaloides de purina, como la cafeína, la teobromina, la atropina, glucósidos de digital (remedios cordiales).

Aparte de la industria farmacéutica química existen en Varsovia, Cracovia y Lublin establecimientos que producen sueros y vacunas.

La lucha por una buena calidad de los medicamentos se orienta en varias direcciones. El productor (la institución), que quiere producir un medicamento, debe obtener previamente el permiso del Ministerio de Sanidad. El Ministerio concede este permiso únicamente en los casos en que el proceso de producción presentado garantice la calidad y la duración del preparado, si los análisis hechos por un instituto científico demuestran que el preparado responde exactamente a la declaración hecha, y si la opinión de los especialistas clínicos reconoce la utilidad de aplicar el preparado en el tratamiento médico.

Durante la producción del preparado en la fábrica deben efectuarse análisis de comprobación.

La ley del 8 de enero de 1951, relativa a los remedios farmacéuticos, estupefacientes y artículos sanitarios (Diario Oficial de la República Popular Polaca, N^o 1, art. 4) impone a las fábricas de productos farmacéuticos la obligación de disponer de un laboratorio, que permita la comprobación de la exactitud y calidad de los preparados producidos. La vigilancia de la producción, calidad, almacenamiento y venta de los productos farmacéuticos es ejercida en representación del Ministro de Sanidad, por el Inspector-jefe de la Inspección Farmacéutica de la Sección de Sanidad del Presidium del Consejo Popular de Voivodía.

La mayoría de los preparados farmacéuticos son puestos a la venta sobre la base de los resultados positivos del análisis efectuado en el laboratorio de la fábrica. Hay, sin embargo, un grupo de preparados, a saber: los sueros y vacunas, los preparados organoterapéuticos, de vitaminas, arsenobencénicos, antibióticos y éter para la narcosis, que no pueden ser puestos a la venta sin ser sometidos antes a una comprobación estatal, es decir, a una comprobación serial, que consiste en un análisis de cada

serie de los preparados mencionados, por un instituto de investigación científica: el Instituto de Medicamentos y el Instituto Estatal de Higiene. Los análisis de los preparados farmacéuticos se hacen siguiendo los métodos establecidos en la Farmacopea Polaca III.

Con el fin de comprobar la calidad de los medicamentos destinados a la venta, el Ministerio de Sanidad ha organizado un sistema de comprobación planeada de los medicamentos. Este sistema consiste en que, durante un cierto período, se examinan todos los medicamentos que se hallan en el mercado. El examen le hacen los centros de investigación científica:

- a) el Instituto de Medicamentos,
- b) el Instituto Estatal de Higiene,
- c) los laboratorios analíticos de las Secciones de Sanidad en los Presidios de los Consejos Populares de Voivodía.

En el caso de que se encuentre un medicamento de mala calidad, el Inspector de la Vigilancia Farmacéutica tiene la obligación de suspender inmediatamente su venta.

EL ESTADO SANITARIO

El estado sanitario de nuestro país presenta aún huellas del abandono no sólo en el período de la guerra y la ocupación, sino también en el de entre las dos guerras. Baste decir que una ciudad como Lodz, que cuenta alrededor de 500.000 habitantes, no tenía alcantarillado, y se abastecía de agua extraída de pozos normales. Lo mismo puede decirse de muchas otras ciudades menores. Por doquier se siente una gran falta de parques y verdor. Incluso barrios enteros de Varsovia estaban desprovistos de red eléctrica, conducciones de agua y alcantarillado.

Aunque nos queda mucho que hacer aún para elevar el nivel sanitario, puede afirmarse que también en este dominio se produjo un cambio radical durante el plan sexenal. Se construyeron millares de kilómetros de alcantarillado y de conducciones de agua. Se liquida el abandono y el retraso en este terreno a un

ritmo bastante rápido. En calidad de ejemplo puede citarse que, en 1956, las casas de los antiguos barrios de Varsovia serán dotadas de 28 km de conducciones de agua y de 15 km de alcantarillado. Muchas ciudades pequeñas que no tenían ni alcantarillado ni conducciones de agua antes de la guerra, fueron dotadas durante el pasado plan sexenal. Con la construcción de nuevas conducciones de agua y el ensanche de las existentes durante el plan sexenal, se ha conseguido un aumento de 10%, en comparación con 1949, en el abastecimiento en agua de la población. La comparación con la anteguerra ofrece también resultados positivos; sin embargo, hay que hacer constar que las tierras occidentales recuperadas después de la guerra estaban mejor dotadas a este respecto que las tierras orientales. En 1955, las redes de conducciones de agua abastecían ya al 66% de la población urbana. Entre las mayores inversiones destinadas a la conducción de agua deben destacarse la construcción de una presa en Goczałkowice, para atender las necesidades de la Región Industrial de Alta Silesia; otra en el Pilica, para el abastecimiento de la Región de Lodz, y una tercera en el Rudawa, para el abastecimiento de Cracovia. Las siguientes ciudades disponen de alcantarillados nuevos, construídos durante el plan sexenal: Otwock, Skarzysko, Sandomierz, Nowa Huta, Pyskowice, Strumien, Sanok, Skoczów, Skawina y Mielec. En el mismo período, las redes de alcantarillado urbano aumentaron en un 7%, alcanzando 51% en 1955.

Se construyen parques de cultura y reposo en Silesia, Nowa Huta, Cracovia y Varsovia. Aumentan los terrenos verdes urbanos, con la plantación de árboles en las calles y de céspedes en todos los terrenos no habilitados para la construcción o escombros de las ruinas de la guerra. Tiene gran importancia el desarrollo de los huertecillos familiares.

La vivienda es también un elemento importante en la lucha por la salud. Durante el plan sexenal se entregaron al uso de la población de las ciudades y colonias urbanas más de 800.000 habitaciones. La nueva construcción de viviendas asegura a sus

moradores un alto nivel sanitario, gracias al planeamiento adecuado de las barriadas, la buena situación y orientación de los edificios, la dotación a los departamentos de conducción de agua y alcantarillado, gas, calefacción, central, y, en muchos casos, servicio central de agua caliente. Las centrales termo-eléctricas proyectadas y construídas en nuestro país influyen de manera positiva en el estado sanitario de las grandes ciudades, al suministrar a barrios enteros fluido eléctrico, calefacción central y agua caliente. A pesar de estos cambios favorables, el problema de la vivienda dista aún mucho de estar resuelto, y las faltas en este dominio continúan siendo muy acuciantes.

La inspección sanitaria vigila el conjunto de las cuestiones relacionadas con la higiene del medio ambiente, y aumenta constantemente su conocimiento de las necesidades de nuestro país, por medio de comprobaciones periódicas territoriales y de su descripción sanitaria precisa, del inventario sanitario-técnico de las instalaciones para el abastecimiento en agua, y de campañas anuales primaverales de higiene.

De conformidad con los principios más arriba enunciados se promulgó en 1954 un decreto sobre la Inspección Sanitaria Estatal. Con este acto legislativo de gran importancia fué creado un aparato especial cuya tarea es tomar una parte activa en la formación de las condiciones de vida material y cultural de la sociedad, siguiendo las prescripciones de la higiene.

Para cumplir las tareas fijadas en el Decreto se estableció una red de estaciones sanitario-epidemiológicas, que se extiende rápidamente por todo el país. Cada *voivodía* tiene su estación sanitario-epidemiológica, que emplea de 90 a 140 trabajadores, de los cuales un número considerable son especialistas. La estructura de la estación tiene en cuenta todas las formas de actividad higiénico-sanitaria y antiepidemiológica. La estación tiene las siguientes secciones de higiene: comunal y de la vivienda, de la alimentación, del trabajo, escolar, una sección de lucha contra las enfermedades contagiosas, etc. y una base muy desarrollada de laboratorios.

Alrededor de 1/3 de los distritos y ciudades de nuestro país disponen ya de las estaciones sanitario-epidemiológicas correspondientes, cuya estructura y número de trabajadores depende del carácter del territorio encomendado; sin embargo, todas están preparadas para actuar tanto en el dominio de la higiene, como en el de la bacteriología.

En los distritos y ciudades que no disponen aún de estaciones completas, actúan equipos sanitario-epidemiológicos, que ejercen una inspección sanitaria preventiva y corriente. Los trabajos de laboratorio para estos equipos son efectuados en la estación sanitario-epidemiológica más próxima. En el porvenir, todos los equipos sanitarios de distrito serán convertidos en estaciones sanitario-epidemiológicas completas.

El desarrollo de estas estaciones territoriales fué muy rápido, pues en 1951 no había ninguna estación de distrito o municipal, e inclusive no todas las voivodias contaban con ella. A tenor del decreto sobre la Inspección Sanitaria, el director de una estación sanitario-epidemiológica de voivodia, de distrito o de un equipo sanitario es, al mismo tiempo, inspector sanitario del Estado en todo el territorio de su jurisdicción y tiene atribuciones muy amplias para intervenir en todos los dominios de la vida social y económica que considere necesario.

El decreto relativo a la Inspección Sanitaria Estatal introdujo un aspecto completamente nuevo en las obligaciones del servicio de sanidad, a saber; la inspección preventiva. Las misiones de la inspección fueron precisadas en el art. 3 del decreto. De conformidad con este artículo, las tareas de la Inspección Sanitaria Estatal consisten en:

- 1) Elaborar directivas higiénico-sanitarias para preservar el aire, la tierra y el agua de las poluciones dañinas para la salud humana.
- 2) Emitir su opinión desde el punto de vista higiénico-sanitario, sobre los planes de distribución de las obras, la selección del lugar para construir y también sobre los proyectos de construcción, reconstrucción y transformación.
- 3) Elaborar directivas acerca de las condiciones sanitarias a que deben responder los planes de construcción y transformación de barcos, y de

construcción de instalaciones en el terreno de los puertos y embarcaderos, así como la apreciación de estos planes desde el punto de vista sanitario.

4) Comprobar la observancia de las prescripciones y directivas sanitarias y las exigencias de la higiene en la realización de los proyectos de que se habla en los § 2 y 3, así como la apreciación desde el punto de vista higiénico-sanitario de los edificios, y desde el punto de vista sanitario de los barcos entregados a la explotación.

5) Emitir su opinión sobre si la empresa productiva puesta en explotación responde a las exigencias sanitario-higiénicas.

6) Cooperar en la elaboración de normas de proyectar en la construcción, de normas para los artículos alimenticios y también para los productos industriales que ejercen influencia en la salud del hombre, y que están comprendidos en una lista establecida por el Ministro de Sanidad, de acuerdo con el Presidente de la Comisión Estatal de Planificación Económica.

7) Elaborar los proyectos concernientes a las condiciones que debe reunir el almacenamiento y la venta de los artículos y productos de que se trata en el párrafo 6.

8) Comprobar el estado sanitario de las ciudades, pueblos, puertos, embarcaderos, de las aguas fluviales interiores y territoriales y de los barcos.

9) Comprobar la observancia de las prescripciones higiénico-sanitarias y de las directivas dimanantes de aquellas.

Además de la inspección preventiva, corresponde igualmente a la Inspección Sanitaria la comprobación corriente, que tiene por objeto vigilar la observancia de las prescripciones sobre la protección de la salud y de la disciplina sanitario-higiénica y sanitario-antiepídémica.

La base científica para la actividad de la Inspección Sanitaria Estatal la constituyen numerosos institutos de investigación científica y sobre todo el Instituto Estatal de Higiene, que, conforme a la disposición del Ministro de Sanidad, cuida de la actividad médica de las estaciones sanitario-epidemiológicas.

EL INSTITUTO ESTATAL DE HIGIENE

El Instituto Estatal de Higiene (que existía desde el año 1919) fué destruído, y su personal dispersado, durante la ocupación

y la insurrección de Varsovia. La reconstrucción y reanudación de su actividad dieron comienzo en febrero de 1945.

Mientras que se reconstruía, el Instituto ligó su trabajo con las necesidades apremiantes del Servicio de Sanidad, consiguiendo en el curso de unos pocos años no sólo organizar una Central en Varsovia, con filiales en provincia, y reunir cuadros científicos, sino engrandecer en medida considerable su activo del período de antes de la guerra. Se crearon nuevas secciones, al tiempo que se reforzaban y ampliaban las antiguas. Las filiales del Instituto Estatal de Higiene fueron transformadas en 1952 en estaciones sanitario-epidemiológicas de voivodía. La actividad científica de estas estaciones sigue desarrollándose bajo la dirección del Instituto.

Las fábricas hoy existentes de sueros y vacunas (Varsovia, Cracovia, Lublin) surgieron en 1945 como secciones del Instituto. Más adelante (1953) la producción fué separada del Instituto y sometida a la Dirección de las Fábricas de Sueros y Vacunas, dependiente directamente del Ministerio de Sanidad. De esta Dirección dependen las mencionadas fábricas de Cracovia, Lublin, y Varsovia, y el Laboratorio Tecnológico de las Fábricas de Sueros y Vacunas.

De conformidad con el estatuto del año 1955, el Instituto Estatal cuenta hoy con 14 secciones. Estas secciones forman dos grandes grupos: 1) microbiología y epidemiología y 2) higiene. El personal científico del Instituto consta de más de 300 trabajadores, de los cuales alrededor de 25 son profesores titulares y auxiliares.

En la actividad del primer grupo hay que destacar la creación de las nuevas secciones de virología y antibióticos. El centro de investigaciones virológicas fué organizado en el Instituto en 1949. En primer término se emprendieron trabajos sobre la gripe, desde el punto de vista de la etiología y la epidemiología. Se iniciaron también investigaciones sobre los problemas de la inmunidad contra la gripe. En colaboración con las fábricas fué preparada una vacuna, que fué inoculada a cerca de 200.000 per-

sonas. El número de enfermos entre los vacunados fué, según el medio ambiente, de 3 a 4 veces menor que entre los no vacunados. Se realizaron también investigaciones sobre los inhibidores de virus.

En relación con la epidemia de la enfermedad de Heine-Medin, que se declaró en 1951, se hicieron pruebas para aislar injertos de cría en los monos y determinar sus tipos. Se efectuó también un análisis de la predisposición a la enfermedad de Heine-Medin en Polonia. Fueron iniciadas investigaciones sobre los virus neutrópicos, ante todo sobre la encefalitis y la inflamación de las meninges (choriomeningitis). Unas expediciones científicas especiales efectuaron investigaciones territoriales, gracias a las cuales fueron descubiertos focos naturales, desconocidos hasta entonces, de probable gran importancia epidemiológica.

Fueron emprendidas investigaciones sobre el virus de la ictericia. Estas investigaciones tienden al aislamiento del virus y a la elaboración de los métodos de diagnóstico.

La sección de Antibióticos cuenta grandes éxitos en su haber. Creada en 1947, constituye hoy un importante centro de investigación, que elabora también problemas de producción. La sección dispone de buenos medios técnicos, que le permiten trasladar a la escala industrial los resultados de las investigaciones hechas en el laboratorio, lo que permitió la creación de una base científica para el primer establecimiento polaco de producción de penicilina en Tarchomin. Además la Sección creó en escala de laboratorio y semitécnica la documentación de la estreptomicina, la aureomicina y el preparado B-12. Al haber de la Sección hay que anotar también la preparación de nuevos especialistas. La Sección desarrolla trabajos en búsqueda de nuevos antibióticos.

En el marco del Instituto Estatal de Higiene surgió un centro de salmonelosis, que produce sucros para fines de investigación, no obtenidos hasta la fecha en el país. Se han llevado a cabo trabajos sobre la standardización de los reactivos diagnósticos en

el tifus exantemático, por medio de la aplicación de antígenos de rickettsia para fijar el complemento.

Se llevan a cabo investigaciones sobre la etiología del tifus exantemático crónico. La creación de un centro de investigación, que se ocupa de los estreptococos, permitió la producción con métodos modernos de sueros diagnósticos para fijar los grupos y tipos de estreptococos, lo que constituye un importante progreso en este dominio. Los trabajos concernientes a la fisiología de la formación de las esporas explicaron una serie de condiciones fisiológicas necesarias para que se produzca este proceso. El conocimiento de estos datos es importante para la industria alimenticia (en particular la de las conservas) y para la patología.

La Sección de parasitología elaboró un plan de largo alcance para la lucha contra las lombrices del tubo digestivo y contra las lambliasis, muy comunes en Polonia. La realización de este plan depende de la red de estaciones sanitario-epidemiológicas de voivodía. La Sección efectúa también investigaciones sobre los reactivos serológicos para la oxiuriasis de los niños, y sobre los métodos de obtención de un antígeno de la triquinosis. Otro grupo de trabajos concierne a las investigaciones sobre los mosquitos, vehículos de la malaria.

En cuanto al departamento de higiene, del Instituto Estatal de Higiene, el acervo científico del decenio pasado se concentra principalmente en torno a la higiene de la alimentación y municipal. Está en período de organización la Sección de Higiene Escolar, o, dicho en otros términos, de edad pre-escolar y escolar.

La Sección de Higiene de la Alimentación, única institución de este tipo que experimentó un desarrollo intenso en el país, abarca el conjunto de problemas de la higiene de la alimentación. Las investigaciones sobre la alimentación de diversos grupos de la población, en particular de los niños y de la juventud de la ciudad y del campo, atrajeron la atención sobre las principales insuficiencias en la alimentación, sus causas y los medios de mejorarlas. Estas investigaciones se basaron en una nueva metodología, con la aplicación de estrictas investigaciones bio-

químicas. Las investigaciones sobre el valor nutritivo de muchos productos alimenticios nacionales, y sobre el enriquecimiento de los productos más extendidos con los componentes de que carecen, tienen una gran importancia.

Basándose en el servicio y en la actividad de comprobación e inspección de las estaciones sanitario-epidemiológicas, la Sección de Comprobación de los Alimentos organizó investigaciones tocantes a la composición, la toxicología y las falsificaciones de los productos alimenticios. Desarrolló también una nueva sección de bacteriología de los productos alimenticios. En su actividad práctica tiende a substituir las antiguas formas de inspección policiaca en la comprobación de los alimentos, por exámenes que den por resultado la elevación del nivel de la higiene en las fábricas de productos alimenticios.

La Sección de Higiene Municipal abarcaba principalmente las cuestiones del suministro de agua y la limpieza de las poblaciones, consideradas desde el punto de vista técnico-sanitario. En este terreno se consiguieron grandes resultados. Teniendo presente las necesidades locales, se llevaron a cabo numerosas investigaciones de los depósitos de agua y alcantarillados. Estas investigaciones tienen una gran importancia teórica, sobre todo metodológica. Se desarrollan asimismo trabajos sobre los problemas de la higiene de las poblaciones y de la construcción industrial y de viviendas, problemas estos de extraordinaria importancia en el período de transformación del sistema económico de nuestro país.

LA ALIMENTACIÓN

La insuficiencia alimenticia, resultante de las condiciones de la guerra, disminuyó el valor biológico de nuestro pueblo. Esto se puso de manifiesto con particular nitidez en los lactantes y niños de corta edad. Pero los síntomas de subalimentación aparecían también extensamente entre los adultos.

En estas condiciones el problema de la alimentación se con-

virtió en una de las cuestiones principales de nuestro país. Su solución fué encomendada a seis organismos económicos, cuya actividad era coordinada por la Comisión Estatal de Planificación Económica. Para resolver las cuestiones relacionadas con la producción de materias alimenticias, su almacenamiento, transformación y conservación, fueron creados varios institutos científicos: el de Cría y Aclimatación de las Plantas, de Cultivo y Abono del Suelo, de Zootecnia, de la Industria Azucarera, de Materias Grasas, de la Leche, Farmacéutico, etc.

Dichos Institutos tienen por objeto no sólo trabajos de investigación científica, sino, ante todo, determinar el papel de las diversas ramas de la economía relacionadas con el abastecimiento de productos alimenticios al país, y colocar a estas ramas en el más alto nivel posible. También fué creado el Instituto de Comercio Interior, que tiene una sección especial, cuya tarea consiste en organizar los establecimientos de alimentación colectiva.

En la actualidad tenemos ya varios miles de establecimientos de este género, que desempeñan un papel cada vez más importante, no sólo porque facilitan la alimentación de grandes masas de trabajadores, sino porque al propio tiempo favorecen la elevación del nivel de salubridad de la población. Nos referimos en particular a los comedores obreros. Gracias a ellos, la mayoría de los trabajadores tienen la posibilidad de hacer una comida durante la jornada de trabajo de 7 a 8 horas. Estas comidas tienen entre 900 y 1.400 calorías, según la institución o el género de trabajo efectuado. No obstante, hay que reconocer que la calidad y dotación de las comidas deja mucho que desear.

Se creó la Sección de Higiene de la Alimentación, que se ocupa principalmente de las normas de alimentación, y de la racionalización e higiene de la alimentación de las masas. Una de las realizaciones de esta Sección más importante para la práctica son los cuadros del valor nutritivo de los alimentos.

Las estaciones sanitario-epidemiológicas de voivodía y de distrito hacen una comprobación permanente de los productos ali-

menticios y de los objetos de uso corriente, bajo la dirección científica de la Sección de Investigación de Productos Alimenticios y de Objetos de Uso Corriente, que forma parte del Instituto Estatal de Higiene. A fin de dar uniformidad a los métodos de comprobación de los productos alimenticios se elaboraron y agruparon materiales para un código alimenticio, materiales que son completados y actualizados constantemente.

El Instituto de la Madre y el Niño se ocupa de la alimentación de los niños y de las mujeres embarazadas y que crían a pecho. Por su parte, el Instituto de Medicina del Trabajo y de la Higiene en el Campo se ocupa de la alimentación de la población rural.

A base de los trabajos de estos centros científicos fueron establecidas las normas de alimentación de los diversos grupos de población, tanto para las personas sanas como para los enfermos. Estas normas son cumplidas plenamente en la medida de lo posible.

Se presta también una gran atención a la higiene de la alimentación. Los trabajos en este dominio corren a cargo de una institución científica, dependiente del Ministerio de Sanidad: la Sección de comprobación de los productos alimenticios del Instituto Estatal de Higiene. Para la coordinación del conjunto de los trabajos científicos en el dominio de la alimentación y de los productos alimenticios fué creada una comisión especial en el Consejo Científico del Ministerio de Sanidad, comisión que se ocupa de los problemas científicos de las normas de alimentación.

La formación de cuadros especializados es otra preocupación de las autoridades, quienes han desarrollado una red de escuelas superiores y secundarias para la formación de especialistas en el dominio de la producción, la transformación y la higiene de los productos alimenticios.

La formación de cuadros médicos en la esfera de la alimentación se efectúa en la Sección Sanitario-Higiénica de la Academia de Medicina de Varsovia. Además, en una de las Escuelas Económicas de la Facultad de Tecnología de la Alimentación se for-

man especialistas en la esfera de la organización y la tecnología de la alimentación colectiva. Se efectúa también una capacitación de nivel secundario en varias decenas de escuelas secundarias gastronómicas, y de nivel elemental en numerosos cursos.

Estas escuelas se consolidan incesantemente y rinden servicios cada vez mayores en la determinación y el mejoramiento constante de la alimentación del país. Para que toda la población pueda disfrutar de los progresos en la higiene de los alimentos, el Ministerio de Sanidad extendió la antigua red de centros de comprobación de productos alimenticios, organizando secciones de higiene de la alimentación en el marco de las estaciones sanitario-epidemiológicas. Centros de este género funcionan ya en todas las cabezas de voivodía, y para ampliar su actividad se han organizado 150 puestos menores en las cabezas de distrito.

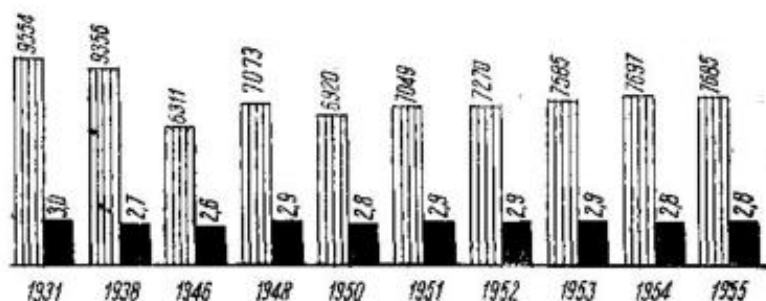
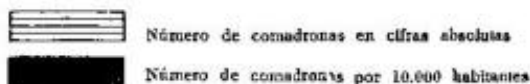
Se destinan sumas importantes a la edición de manuales, monografías y revistas que tratan de la alimentación y de las materias alimenticias. Algunas revistas gozan ya de renombre en el extranjero, por ejemplo: "La Industria Alimenticia" y "Anales del Instituto Estatal de Higiene". Se publica también una revista popular titulada "La Industria Gastronómica".

LA ASISTENCIA A LA MADRE Y AL NIÑO

El problema de la asistencia a la madre y al niño es uno de los más importantes en la Polonia Popular.

El número de camas ginecológicas en las diversas ciudades aumentó de 2 a 5 veces en comparación con 1938, y como ya dijimos más arriba el número de camas de las casas de maternidad en el campo se acerca a 5.000.

En la actualidad tenemos 2.244 comadronas en las comunas rurales, 794 en las casas de maternidad y 4.647 en las ciudades, de las cuales 3.222 en los hospitales y establecimientos abiertos. A pesar de estos éxitos, alrededor del 15% de los partos se efectúa todavía en nuestro país sin asistencia calificada (Cuadro 3).



Número de Comadronas en los años 1931—1955

| año | cifras absolutas | por 10.000 habitantes |
|------|------------------|-----------------------|
| 1931 | 9554 | 3,0 |
| 1938 | 9356 | 2,7 |
| 1946 | 6311 | 2,6 |
| 1948 | 7073 | 2,9 |
| 1950 | 6920 | 2,8 |
| 1951 | 7049 | 2,9 |
| 1952 | 7270 | 2,9 |
| 1953 | 7585 | 2,9 |
| 1954 | 7697 | 2,8 |
| 1955 | 7689 | 2,8 |

BIBLIOTECA ARGENTINA
 "DR. JUAN ALVAREZ"
 ROSARIO

Independientemente de la asistencia médica durante el parto y el puerperio se desarrolla ampliamente la asistencia en consultorios. En el período de anteguerra los consultorios para mujeres encintas eran muy escasos; en 1954 había ya 843. Pero a pesar de los grandes resultados alcanzados, la asistencia antes del parto, tan importante para la mujer como para el niño que va a nacer, es todavía insuficiente. Se tiende a que desde los primeros meses del embarazo la mujer esté bajo el cuidado del consultorio.

La asistencia al recién nacido era una de las atenciones más descuidadas en el período de anteguerra. El recién nacido era en los hospitales un "complemento" de la parturienta, y su cuna en muchos de aquellos era la cama de la madre.

No era mejor la situación en las casas donde veían la luz la mayoría de los niños. A consecuencia de la falta de asistencia médica, y de las malas condiciones y cuidados, la mortalidad entre los recién nacidos era muy grande, en particular hasta el 10^o día de vida.

Uno de los primeros pasos encaminados a asegurar a los recién nacidos un cuidado apropiado, consistió en organizar en todos los hospitales de voivodía, de ciudad, de distrito y en las casas de maternidad, unas salas especiales para los recién nacidos. La instalación adecuada de estas salas, con compartimentos aislados, creó en la medida que lo permitían los locales disponibles, las condiciones más higiénicas para los recién nacidos.

En todas las grandes ciudades y en la mayoría de las villas de distrito, las salas de recién nacidos tienen su propio personal de médicos pediatras y enfermeras.

Por primera vez en Polonia se organizó el cuidado de los niños nacidos antes de término. En la mayoría de los grandes hospitales se creó una sala especial en los departamentos de obstetricia, dotada del equipo más moderno. Se organizó un departamento modelo para los niños nacidos antes de término en el Instituto de la Madre y el Niño, que capacitó a un personal numeroso de médicos y enfermeras para trabajar en todo el país. Al mismo tiempo se organizaron consultorios para los niños nacidos antes de término que eran dados de alta en los hospitales. Estos consultorios cuidan durante un período bastante largo de estos niños y observan su desarrollo. Son frecuentes los casos en que se logra salvar a niños calificados al principio como no viables (menos de 1 kg. de peso al nacer).

En esta preocupación por las mujeres encintas y madres, fueron promulgadas varias leyes, al efecto de proteger su salud e intensificar la asistencia durante el período difícil del embarazo,

al tiempo que se creaban las correspondientes instituciones de asistencia a la madre y al niño.

Las leyes polacas permiten y facilitan el trabajo a la mujer durante el embarazo. Una disposición del Ministro de Sanidad prohíbe al médico que reconozca a una mujer en busca de trabajo, que haga constar su estado de preñez en el certificado correspondiente, a fin de no crearla dificultades para entrar al trabajo (miedo a las vacaciones de maternidad).

Las mujeres que efectúan trabajos penosos, tienen derecho a uno más fácil a partir del 4º mes de embarazo, pero su salario no puede ser inferior al medio percibido en los tres meses últimos. Además, la ley garantiza a la mujer encinta una vacación de doce semanas, de las cuales dos por lo menos deben ser disfrutadas antes del alumbramiento. En este período está prohibido dar empleo a una mujer, incluso con su consentimiento.

Se han creado Casas de Niños para las mujeres que están solas durante el período de embarazo, o para aquéllas otras cuyas circunstancias no permiten dejarlas en su propio medio (tuberculosis, alcoholismo). La Casa de Niños asegura que puedan parir en el hospital en buenas condiciones y vivir después con el niño durante el período de lactancia. Si la mujer trabaja, reanuda su labor después de la vacación de maternidad, dejando a su niño en una casa-cuna; si no trabaja, el establecimiento la ayuda a obtener trabajo y vivienda. El niño puede quedar en el establecimiento, mientras no le sean creadas condiciones adecuadas, hasta los tres años de edad. Este tipo de asistencia a las mujeres embarazadas que viven solas es un real progreso, pues liquidó el abandono de niños, que antes de 1939 había alcanzado considerables proporciones, y era causa de una gran mortalidad infantil. En caso de orfandad, las Casas entregan los niños a familias deseosas de adoptarlos. Las Casas de Niños cuidan también de los niños abandonados y de aquéllos cuyos padres, por dificultades especiales de familia (tuberculosis, alcoholismo, enfermedad psíquica), no pueden asegurarles el debido cuidado en casa.

Factor muy importante para la educación de las madres son las "Escuelas de Madres", organizadas en los consultorios de mujeres y de niños y en las salas de recién nacidos. Gracias a estas escuelas, las futuras madres aprenden los métodos adecuados de puericultura. En 1955 funcionaban más de 650 escuelas de este género. Al mismo efecto se edita la revista mensual "Tu hijo", redactada por especialistas destacados.

En la Polonia Popular se concede una gran importancia a la asistencia a los niños de las mujeres que trabajan.

El primer eslabón en el sistema de asistencia al niño está constituido por las casas-cunas para niños de 3 meses a tres años. Las casas-cunas se dividen en fabriles y de barrio. Las primeras están organizadas en las fábricas que emplean a mujeres; las segundas, en los barrios de vecindad a fin de que la madre pueda, si ello le conviene más, dejar a su hijo cerca de la casa. Las casas-cuna, independientemente de que sean dirigidas por las empresas de producción o por los órganos locales del servicio de sanidad, corren enteramente a cargo del Erario. Los padres pagan sumas muy módicas por la atención a sus hijos, en proporción al salario que perciben.

Las casas-cunas son de tres clases:

a) Casas-cunas diarias, es decir, las que cuidan de los niños sólo durante la jornada de trabajo de sus madres.

b) Casas-cunas semanales, es decir las que cuidan de los niños toda la semana a excepción del domingo, que lo pasan en casa con su madre. Estas casas admiten sólo a niños de más de un año, a condición de que las madres, bien sea por causa de su trabajo, bien sea por causa de estudios a más del trabajo profesional, no puedan asegurar un cuidado adecuado al niño de otra manera.

c) Casas-cunas especiales para niños enfermizos, convalecientes, etc. En estas casas los niños permanecen durante un período de tres meses, bajo el cuidado especial de médicos y enfermeras. El cuidado de los niños en las casas-cunas está a cargo de enfermeras o de otras personas especialmente preparadas para este trabajo por otros medios. El cuidado médico de carácter profiláctico es asegurado generalmente por médicos pediatras.

En la actualidad, y conforme a las exigencias de la técnica, construimos edificios especiales para las casas-cunas, que respondan cabalmente a las necesidades de los niños, y faciliten el trabajo del personal. No obstante, el número de plazas continúa siendo insuficiente. Merece destacarse el hecho de que la madre que trabaja tiene el derecho, en caso de enfermedad de un niño menor de 2 años, a disfrutar de un subsidio igual al que percibiría en caso de enfermedad propia, durante 30 días al año.

En vista del gran desarrollo de la vacunación contra la tuberculosis (actualmente obligatoria), los niños que provienen de un ambiente tuberculoso son admitidos después de la vacunación B.C.G. en las Casas del Niño, donde permanecen en el llamado departamento aislante hasta que se forme la alergia postvacunal, en cuyo momento son devueltos a su casa. Gracias a los grandes esfuerzos realizados para la protección de la salud de la madre y del niño, hemos logrado una mejoría sensible en comparación con el año 1938 y todo el período de anteguerra, aunque estimamos que estos progresos son insuficientes. El número de establecimientos de asistencia al niño continúa siendo demasiado bajo, y la organización y dirección de algunos deja frecuentemente mucho que desear.

El porcentaje de defunciones de niños menores de un año descendió de 13,9% en los años 1936—1938 a 8,3% en 1954. Esto supone una disminución de alrededor de un 40%; a pesar de ello seguimos ocupando a este respecto uno de los últimos lugares en Europa. Por ello, la protección de la madre y del niño figura entre las tareas más importantes del nuevo plan quinquenal. Según éste, todos los niños menores de 3 años serán objeto del cuidado profiláctico de los consultorios para niños en las ciudades, y de las enfermeras en el campo. Serán generalizadas las vacunaciones B.C.G. y antidiftérica, obligatorias en la actualidad. El aumento de personal pediátrico — médicos y enfermeras — y de camas para niños contribuirá sin duda alguna a mejorar la protección de los niños. Al Instituto de la Madre y del Niño de Varsovia y a las facultades de pediatría de las

academias de medicina, les incumbe un papel de particular importancia a este respecto.

En la protección del niño domina la profilaxis. Independientemente de donde esté el niño — en su casa, en el hospital, sanatorio o un establecimiento sanitario-educativo — la profilaxis debe ocupar el primer plano. La profilaxis aparece como un trazo rojo en la actividad de todas las instituciones.

En las ciudades se ocupa de la protección de los niños una red bastante densa de consultorios que, por lo general, funcionan bien; en el campo esta protección corre a cargo de los centros de sanidad rurales, cuyo número es insuficiente, y que además carecen en muchos casos de pediatras calificados. Esta es probablemente una de las causas de que en 1954 la mortalidad de los lactantes se elevara a 6,6 por mil en las grandes ciudades, y a 8,3 en todo el país.

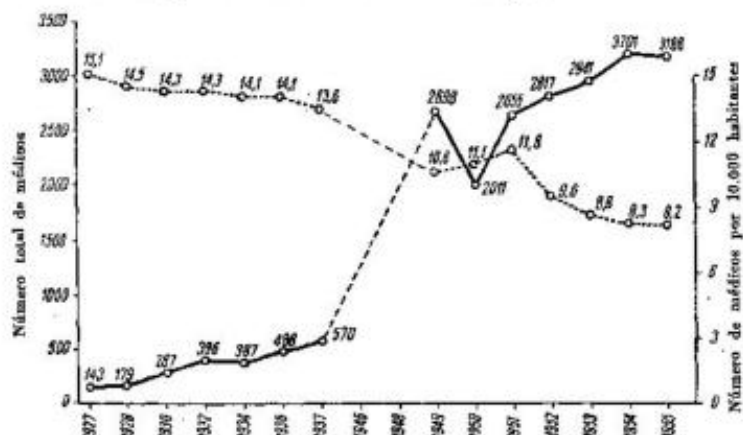
En las ciudades, además de los consultorios prestan asistencia en caso de enfermedad las clínicas, los hospitales infantiles o las salas infantiles de los hospitales.

En caso de gravedad también el niño que vive en el campo puede ser enviado al hospital de voivodía y a las clínicas de las grandes ciudades, incluidas las de la capital, que poseen en ciertas especialidades instituciones de carácter nacional (el Instituto de la Madre y el Niño).

Hay dos clases de consultorios infantiles; para los niños sanos ("D") y para los niños enfermos ("D1"). Estos consultorios se encuentran por lo general en el mismo edificio, aunque en lugares diferentes. En 1954, el número de consultorios "D" ascendía a 1.089, de los cuales 294 en el campo, y el de consultorios "D1" a 1.129, de los cuales 237 en el campo.

1) Los consultorios, al menos en las ciudades, son dirigidos por un pediatra, asistido de una enfermera. El consultorio persigue llegar a cada niño que resida en su radio de acción, a través de un contacto permanente con el consultorio de mujeres, con la sección de parto y la comadrona de distrito. El consultorio de distrito lleva un registro de todos los recién nacidos en su territorio, y tiende a asegurar al niño una asistencia ra-

cional mediante la educación de la madre. En los consultorios se presta una atención especial a la lucha contra la falta de peso, el anquilomosis y las infecciones intestinales. Los niños prematuros, los gemelos y los niños con distrofia, los niños también de familias que padecen enfermedades sociales, son sometidos a un cuidado especial.



Número de médicos en los años 1923—1955

| Año | cifra absoluta | por 10.000 habitantes |
|------|----------------|-----------------------|
| 1923 | 6850 | 2,4 |
| 1928 | 9757 | 3,1 |
| 1933 | 11434 | 2,9 |
| 1935 | 12427 | 2,7 |
| 1938 | 12917 | 3,4 |
| 1946 | 7732 | 3,2 |
| 1948 | 8442 | 3,5 |
| 1950 | 9200 | 3,7 |
| 1951 | 9743 | 4,0 |
| 1952 | 12017 | 4,7 |
| 1953 | 14191 | 5,4 |
| 1954 | 16056 | 5,9 |
| 1955 | 18373 | 6,7 |

El número de consultorios es hoy muchas veces mayor que en 1939. Los consultorios en el campo surgieron por primera vez en la Polonia

Popular. Los consultorios para niños pequeños tienen puestos auxiliares en forma de cocinas lácteas, y centros de recogida de leche de mujer. Funcionan 145 cocinas que distribuyen gratuitamente productos lácteos para los niños.

La leche de mujer es distribuida gratuitamente a los lactantes débiles y enfermos, pero las madres que dan su leche reciben una retribución de 42 zlotys por litro de leche. (cuadro 4).

2) En las cabezas de voivodía y en las otras grandes ciudades funcionan consultorios especiales para niños: cardiológicos, reumatológicos, laringológicos, quirúrgicos, dermatológicos, ortopédicos, neurológicos y endocrinólogos. En algunas grandes ciudades está organizado el servicio de socorro infantil.

3) Los niños que padecieron la enfermedad de Heine-Medin reciben asistencia, cuidado y tratamiento reeducativo en establecimientos terapéutico-educativos. El número de plazas en estas instituciones para los casos agudos es plenamente suficiente, lo que no puede decirse de las plazas para niños inválidos a consecuencia de la referida enfermedad. Además de los establecimientos para niños con secuelas de la enfermedad de Heine-Medin existen otros para niños inválidos por diferentes causas. Hay un establecimiento especial para los niños que padecen la enfermedad de Little.

Los establecimientos terapéutico-educativos están dotados de salas de gimnasia y fisioterapia e instalaciones para la hidroterapia. La terapéutica de ejercicios juega un papel importante. La educación y enseñanza corren a cargo del personal de los jardines de la infancia y de las escuelas organizadas en los establecimientos.

4) Los sanatorios, llamados hasta hace poco casas de salud, son un tipo más de establecimiento curativo creado en la Polonia Popular. En ellos se curan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, el reumatismo y el asma, los estados alérgicos, la anemia, las enfermedades de las glándulas de secreción interna. Los niños de 3 a 14 años reciben en ellos asistencia médica y cuidado educativo y tienen asegurada la enseñanza; el período de estancia -de 6 semanas a 3 meses- no perjudica los estudios. Los sanatorios están abiertos todo el año. Su número es de 26. Desde 1951 las plazas han aumentado en 70%. Los nuevos establecimientos no pueden atender a todos los niños que necesitan cuidados -en ocasiones sólo un pequeño tanto por ciento- pero abren el camino, aprenden ellos mismos y enseñan a los otros nuevos métodos de trabajo.

En el dominio de la higiene escolar debe hacerse constar que, hasta 1939, el cuidado médico de los niños y jóvenes que estu-

diaban, era privilegio de las escuelas secundarias, de escuelas privadas y de las escuelas elementales en las grandes ciudades. Las escuelas elementales de villas y aldeas carecían de atención médica, exceptuada la inspección del médico de distrito.

El Ministerio de Sanidad, a quien el Ministerio de Educación y otras instituciones transfirieron el cuidado médico-higiénico de los niños y jóvenes en los establecimientos de enseñanza, se planteó los objetivos siguientes:

- 1) dar un carácter profiláctico al trabajo del médico escolar,
- 2) dar un carácter uniforme al cuidado médico en todos los establecimientos de enseñanza,
- 3) abarcar en la acción profiláctica a todos los niños de edad pre-escolar y escolar,
- 4) vincular la asistencia médico-higiénica con el conjunto de la acción profiláctica del servicio de sanidad, y el trabajo del médico escolar con las instituciones médico-profilácticas.

La realización de estos objetivos tropieza con grandes dificultades, a causa de la carencia de médicos especialistas.

De acuerdo con los postulados del Ministerio de Sanidad, el personal médico-higiénico traba una relación muy estrecha con la dirección de las escuelas y establecimientos y con el personal docente, a fin de asegurar a los niños y jóvenes un desarrollo físico y psíquico normal.

En las grandes ciudades es más factible el cuidado de la salud de los hijos de las mujeres trabajadoras. El niño es reconocido regularmente por un médico en la guardería infantil, y en caso necesario es enviado a un especialista.

Todos los niños recién admitidos en la escuela deben ser sometidos a un reconocimiento médico. En las ciudades este reconocimiento es asegurado plenamente; no así en la aldea, donde la escasez de médicos crea grandes dificultades en este y en otros terrenos. Si se comprueba o se sospecha en ellos cualquier irregularidad en el desarrollo físico e intelectual, o defectos en la

vista, el oído y los órganos de la palabra, son enviados a los correspondientes especialistas.

Los niños disfrutan de los dispensarios especiales y de los consultorios interescolares en las cabezas de voivodía. La estrecha vinculación del médico de la escuela y de la guardería infantil con los consultorios antituberculoso, antitracomatoso, antireumático, facilita en gran medida el descubrir la tuberculosis, el reumatismo y el tracoma y su tratamiento adecuado.

El médico escolar dictamina el envío a casas de salud, y recomienda el consultorio antituberculoso a los niños que necesitan un tratamiento preventivo o sanatorial. El médico escolar colabora también en la vacunación antituberculosa y contra las enfermedades contagiosas graves. En el trabajo del personal médico-higiénico de las escuelas y guarderías infantiles y en la labor educativa de estas últimas se dedica una gran atención a la educación sanitaria, y a inculcar preceptos higiénicos a los niños.

Las colonias escolares infantiles y de jóvenes son también una conquista de la Polonia Popular. Estas colonias abarcan a los niños y jóvenes escolares de 7 a 18 años, y a los niños de las guarderías infantiles de 3 a 7 años.

Los organizadores de estas colonias son las escuelas y empresas de producción. Las colonias tienen diverso carácter: colonias y campos (de 20 días), donde los niños están bajo el cuidado absoluto de la dirección de la colonia; semi-colonias y vacaciones en la ciudad (de 25 días), donde los niños pasan una parte del día. Las colonias se extienden incessantemente. En 1953 abarcaron a 979.000 niños. De ellas disfrutaban en primer lugar los niños cuyos padres, o eventualmente las madres, trabajan. Todos los niños que disfrutaban de las colonias escolares pasan por un reconocimiento médico, a cargo de los médicos escolares o de equipos médicos especialmente organizados al efecto. Estos reconocimientos tienen por objeto eliminar a los niños cuya convivencia en grandes grupos puede ser perjudicial, y que necesitan ir a una casa de salud o a un preventorio.

Los niños que precisan de cuidados especiales disponen de casas de salud infantiles, abiertas todo el año.

En abril de 1956 fué adoptada una ley que autoriza la interrupción de la preñez a petición de la interesada, la cual no puede ser condenada por hacerse la operación ni puede ser obligada al aborto. El fundamento de una tal ley consiste, de un lado, en la aspiración a que venga al mundo el niño deseado, y, de otro lado, la prevención de numerosos abortos ilegales, verificados en condiciones antisaneitarias, que acarreaban a menudo fatales consecuencias para la salud. A tenor de la ley, la interrupción del embarazo es autorizada por:

- a) prescripción facultativa,
- b) las difíciles condiciones de vida de la mujer embarazada,
- c) la sospecha justificada de que el embarazo sea el resultado de un delito

El derecho a decidir la interrupción de la preñez es privativo de cada médico. Si este se niega a efectuar la operación, la mujer puede apelar a una comisión creada a este efecto. La interrupción del embarazo en una menor de edad puede efectuarse únicamente con el consentimiento de los padres o tutores.

En relación con esta ley, los consultorios de mujeres deben dar consejos profilácticos, y la producción de medios anticoncepcionales debe ser aumentada. El corto período de tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de esta ley no permite hacer todavía una estimación crítica completa; no obstante, puede adelantarse que su aplicación — como indican abundantes ecos — se enfrentará con ciertas dificultades.

LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

En el período de entre las dos guerras, la tuberculosis era una de las mayores plagas que destruían la salud humana en Polonia. En 1938 se registraron 18 defunciones por cada 10.000 habitantes. Este coeficiente muy elevado reflejaba las malas condiciones materiales y la acción poco enérgica contra esta enfermedad

La lucha contra la tuberculosis no estaba organizada. En la mayoría de los casos los sanatorios eran propiedad de diversas sociedades de caridad; los escasos sanatorios de los seguros sociales eran insuficientes para los obreros, y los campesinos no podían ni soñar en conseguir un tratamiento en un sanatorio. La guerra y la ocupación agravaron la situación, como resultado de la miseria, el paro forzoso, la subalimentación y el desprecio de la vida humana. Las cárceles y campos de trabajo forzado, el traslado de cientos de miles de jóvenes para trabajar en Alemania, contribuyeron a una mayor difusión de la tuberculosis.

Carecemos de datos precisos sobre los estragos de la tuberculosis en este período; sin embargo, los datos de algunas grandes ciudades como Varsovia, Lodz, Poznan y Cracovia, indican que la mortalidad por esta causa casi se triplicó durante la guerra. Los establecimientos médicos destinados a la lucha contra la tuberculosis fueron destruidos. Como ilustración bastará decir que de las 5.638 camas de sanatorio que tenía la Polonia de antes de la guerra, apenas quedaban 500 en 1945, y que las 2.680 camas para tuberculosos en los hospitales se redujeron escasamente a 300. Antes de la guerra (1938) había 65 consultorios antituberculosos en Polonia, de los que sólo 16 funcionaban en 1945. El número de médicos especialistas no pasaba de 50.

A consecuencia de la guerra y de la ocupación muchas ciudades, villas y aldeas, muchos centros industriales resultaron incendiados o destruidos. La capital del país, Varsovia, estaba completamente despoblada y casi borrada de la faz de la tierra. Cientos de miles de personas regresaron de los campos de concentración del extranjero, y entre ellos había muchos enfermos de tuberculosis, totalmente descuidados. Las observaciones hechas en diferentes regiones del país revelaron que el porcentaje de tuberculosos en el campo aumentó tanto como en la ciudad, y, en ciertos casos, en regiones donde la tuberculosis era antes una enfermedad casi desconocida.

Ante el pueblo debilitado se planteó la tarea de reconstruir las destrucciones, de crear las condiciones elementales de vida

de un estado. En tales condiciones la lucha contra la tuberculosis no era cosa fácil.

La mortalidad a causa de la tuberculosis era muy alta en aquel período. Por ejemplo: en 1946 el coeficiente de mortalidad en algunas grandes ciudades era, por término medio, de 16/10.000. En el mismo año este coeficiente era de 3,2 en Dinamarca, 8,8 en Francia, 5,5 en Inglaterra, y 11,0 en Austria.

La lucha contra la tuberculosis se convirtió desde el principio en una de las principales tareas de nuestro servicio de sanidad. El gobierno destinó en los primeros y muy difíciles años sumas enormes para la lucha contra la tuberculosis. Ya a fines de 1946 se alcanzó, desde el punto de vista numérico, el nivel de la red antituberculosa del año 1938, y en 1955 disponíamos ya para el tratamiento de la tuberculosis de 20.238 camas en sanatorios y de 8.202 en hospitales.

Se crearon también una serie de instituciones antituberculosas, de investigación científica y de servicio, que no existían antes de la guerra, como, por ejemplo, el Instituto de la Tuberculosis, clínicas fisiológicas y consultorios antituberculosos en las voivodías.

El órgano que dirige en el Ministerio de Sanidad el conjunto de los problemas relacionados con la lucha contra la tuberculosis es la Dirección de Lucha contra la Tuberculosis, que basa su actividad en las directivas metodológicas y de organización elaboradas por el Instituto de la Tuberculosis (o sus filiales y equipos de investigación).

En cada voivodía existe un consultorio central antituberculoso, que ejerce una vigilancia pericial sobre la actividad de todas las dependencias antituberculosas radicadas en la voivodía, y que abarca el conjunto de los problemas de la lucha contra la tuberculosis.

La célula fundamental que dirige localmente la lucha contra la tuberculosis es el consultorio antituberculoso. Los consultorios antituberculosos envían a los enfermos a preventorios, sanatorios y secciones de los hospitales para el tratamiento de la tubercu-

lois. La labor de los consultorios antituberculosos abarca una serie de cuestiones relacionadas con la acción profiláctica: vacunación antituberculosa, exámenes radiológicos en masa, preventorios, educación sanitaria, etc.

La vacunación antituberculosa fué iniciada en Polonia en 1926 por vía bucal. Hasta 1939 fueron vacunados de esta manera alrededor de 70.000 habitantes. Durante la ocupación la vacunación no existía prácticamente. Después de la liberación la Cruz Roja danesa nos aportó una gran ayuda en la vacunación antituberculosa. En 1946 el Ministerio de Sanidad importó de Francia vacunas B.C.G. y después se construyeron fábricas que producen esta vacuna en cantidad suficiente. En los consultorios centrales de voivodía se organizó un servicio permanente y equipos móviles de vacunación; en cada distrito se organizó un servicio de vacunación. Se recomendó la vacunación en las salas de obstetricia de los hospitales y en las casas de maternidad. En 1955 una disposición del Ministro de Sanidad estableció la obligatoriedad de la vacunación antituberculosa para los recién nacidos, los niños y jóvenes hasta 18 años de edad, y los mayores de 18 años que quieren cursar estudios en las escuelas superiores, en los establecimientos de capacitación profesional o trabajar en los establecimientos antituberculosos (las revacunaciones se hacen en Polonia en los 2, 3, 7, 12, 15 y 18 años de edad). Entre 1946 y 1955 se efectuaron pruebas de tuberculina en más de 12.500.000 niños y jóvenes, y se vacunaron más de 6.000.000 de personas (de las cuales 2.000.000 de lactantes, por vía bucal).

La vasta acción desarrollada en un principio por equipos de la Cruz Roja danesa fué continuada por nuestro servicio de sanidad. En 1955 los lactantes vacunados constituían el 70% de los nacidos vivos (en algunas voivodías 90%). Hasta ahora se vacunaba a los lactantes por vía bucal, pero recientemente muchos centros han empezado a vacunar por vía hipodérmica, logrando de esta manera un porcentaje mayor de alergia postvacunal; los niños y jóvenes son vacunados por vía hipodérmica.

Del desarrollo en la Polonia Popular de los exámenes radio-

gráficos en masa (este método no era aplicado en nuestro país en el período de anteguerra) testimonian las cifras siguientes: de 1945 a 1954 fueron realizadas más de 6.500.000 radiografías de pequeño tamaño (en 1945, 7.010; en 1950, 663.279; en 1954, 1.401.386). En la actualidad los consultorios antituberculosos disponen de 32 aparatos fijos para ejecutar fotografías fluorográficas y de 14 aparatos móviles.

El análisis de las radiografías de pequeño tamaño, unido al examen en los consultorios antituberculosos de las personas sospechosas de haber sufrido cambios, da una imagen del grado de tuberculización de nuestro país; así, entre las 732.393 personas examinadas en el primer semestre de 1953 se comprobó que el 1,7% presentaba cambios tuberculosos que necesitaban una cura en el consultorio antituberculoso, con la particularidad de que el 0,90% eran casos de tuberculosis activa. Hay que agregar que aproximadamente en el 30% de los casos descubiertos de tuberculosis pulmonar, los enfermos no se daban cuenta de su estado.

En la acción antituberculosa desempeña un papel importante la red de preventorios para los niños que están en contacto con personas enfermas de tuberculosis, y para aquellos otros que acaban de pasar por una enfermedad tuberculosa y necesitan buenas condiciones climáticas y dietéticas.

El número de camas infantiles en los preventorios se eleva en la actualidad a 7.440, sobrepasando a muchos países en este aspecto.

El Fondo de Vacaciones para los Trabajadores creó las primeras casas antituberculosas para adultos, que cuentan hoy alrededor de 700 camas. Las vacaciones antituberculosas para los afectados de una tuberculosis curada no infecciosa son un potente medio profiláctico contra las recaídas. Con el vasto problema de la profilaxis antituberculosa están relacionados el cuidado de los enfermos de tuberculosis a domicilio y en el lugar de trabajo, la creación de semi-sanatorios industriales y semi-sanatorios universitarios (organizados ya en todos los grandes

centros universitarios de Polonia) y la acción educativa entre la población.

Las cuestiones de la readaptación de los enfermos de tuberculosis son elaboradas por el Instituto de Tuberculosis y por un sanatorio reeducativo especial en Otwock (afueras de Varsovia). Este sanatorio (270 camas) tiene organizado cursos especiales de capacitación profesional en las materias siguientes: dibujo, artículos de fantasía en cuero, encuadernación, relojería, contabilidad, estadística médica, etc. para los enfermos de tuberculosis que, a causa del carácter de su trabajo o para evitar el contagio, no pueden volver a su profesión anterior. En el sanatorio de Otwock se hacen también trabajos de investigación sobre el grado de esfuerzo permitido a los enfermos de tuberculosis, y la aptitud y posibilidad que tienen de ejercer diferentes oficios (problemas de la terapia por medio de ejercicios de gimnasia curativa en los establecimientos antituberculosos; de la creación de condiciones adecuadas de trabajo; de la reducción de la jornada de trabajo, etc.). A base de los resultados de estas investigaciones se abordó la organización de cooperativas especiales de inválidos, para los enfermos de tuberculosis crónica y los ya restablecidos, cooperativas donde existen condiciones adecuadas de trabajo y de asistencia médica (en Varsovia existen hoy tres cooperativas, que ocupan en total alrededor de 300 personas). Para el tratamiento de la tuberculosis se destinan en Polonia, según fué ya indicado, alrededor de 9.000 camas en los hospitales, y de 21.000 en los sanatorios (de ellas 7.500 para niños).

En la actualidad no existe la división de sanatorios en categorías; todos ellos son accesibles sin excepción alguna, porque todos son propiedad del servicio de sanidad estatal. Tampoco hay camas vacantes — antes de la guerra era un fenómeno frecuente —, porque en la actualidad el tratamiento es gratuito. El tiempo de estancia en los sanatorios fué considerablemente prolongado y el tratamiento es activo, como en el mundo entero. En los hospitales y sanatorios se aplican los métodos universalmente reconocidos de tratamiento de la tuberculosis, y el em-

pleo de medicamentos antibacilares es el más practicado. En los últimos años puede apreciarse una clara disminución del tratamiento por neumotórax artificial, muy practicado antes entre nosotros, y un marcado aumento del número de resecciones del tejido pulmonar. La actividad de los especialistas de tisiología en las voivodías, reclutados entre los más destacados, y en la mayoría de los casos directores de clínicas tisiológicas, contribuye a dar uniformidad y a hacer progresar los métodos de lucha contra la tuberculosis en las diferentes voivodías. El trabajo de estos especialistas es dirigido en escala nacional por uno de ellos, generalmente el Director del Instituto de Tuberculosis, en cooperación estrecha con el Ministerio de Sanidad.

De la capacitación de los estudiantes y médicos se ocupan principalmente las clínicas tisiológicas que, en número de 10, funcionan en las academias de medicina. La capacitación de los médicos se efectúa también en las 3 secciones de tisiología, existentes en el Instituto de Capacitación y Especialización del Personal Médico. En la actualidad disponemos de 700 tisiólogos. El número de camas antituberculosas (a excepción de las destinadas a los niños) sigue siendo insuficiente, particularmente en los últimos tiempos, a consecuencia de la necesidad de una considerable prolongación del tiempo de tratamiento. En consecuencia, se liga el tratamiento en hospitales y sanatorios con el tratamiento dispensarial, empleado ampliamente por nuestros consultorios antituberculosos, y completamente gratuito para todos. En ciertos casos tendemos también a aplicar el llamado tratamiento a domicilio.

La lucha contra la tuberculosis se ve trabada en Polonia por la escasez de personal médico calificado, y en particular de enfermeras. Este estado de cosas es la consecuencia, por un lado, de la última guerra, en la que perecieron muchos médicos, y, por el otro, del crecimiento muy rápido de los centros antituberculosos, crecimiento que no ha encontrado la necesaria correspondencia en la formación de cuadros especializados.

Al tratar de las cuestiones de la lucha contra la tuberculosis

en Polonia no es posible omitir nuestro cuadro epidemiológico. En la actualidad están registradas en los consultorios alrededor de 400.000 personas, lo que constituye casi 1,5% de toda la población. El número de nuevos casos descubiertos cada año alcanza, por término medio, 45 por 10.000 habitantes. Es oportuno subrayar que desde hace varios años, y especialmente en los últimos, venimos observando una disminución muy importante de la mortalidad por tuberculosis. En comparación con el período de anteguerra esta mortalidad disminuyó considerablemente, y en 1954 era de 5,5/10.000 en escala nacional. Pero al lado del descenso de la mortalidad por tuberculosis, la infección se sigue manteniendo a un nivel bastante alto, lo que puede ser la consecuencia del descubrimiento cada vez más certero de la enfermedad, de la prolongación de la duración de vida de los tuberculosos, etc. A pesar de los grandes éxitos obtenidos en la lucha contra este azote social, el problema de la tuberculosis sigue siendo muy serio en nuestro país. De aquí que nuestro servicio de sanidad conceda una gran importancia a la buena organización de la lucha contra la tuberculosis. Durante el plan quinquenal se dedicará una atención particular a la acción profiláctica, a la vacunación B.C.G. y a los exámenes en masa, al descubrimiento a tiempo de la tuberculosis y al desarrollo del tratamiento dispensarial y a domicilio. Y paralelamente será ampliada la red de sanatorios, lo que aportará unas 4.000 camas adicionales.

LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES VENÉREAS

Faltan datos sobre la intensidad de las enfermedades venéreas durante el período de entre las guerras; sin embargo, se sabe que estaban muy difundidas, y que existían en el territorio nacional varios focos endémicos de sífilis.

La guerra, las duras condiciones de la ocupación y el desorden inevitable de postguerra; unido todo ello al traslado de masas considerables de población, empeoraron mucho la situación.

Apareció el peligro de una epidemia de enfermedades venéreas, agudizado por la falta de establecimientos sanitarios, de personal, de medios farmacéuticos. De aquí que la lucha contra las enfermedades venéreas se iniciara en gran escala en la Polonia Popular, cuando el servicio de sanidad estuvo en condiciones de encargarse de esta gran tarea.

En 1948, el Gobierno de la República Popular Polaca destinó grandes sumas a este efecto. Después de una preparación fundamental de los consultorios antivenéreos, de la formación de especialistas, y del desarrollo de una amplia actividad educativa, se dictaron disposiciones administrativas especiales para facilitar la cura gratuita a todos los enfermos, con medios terapéuticos modernos. Una propaganda especial buscó el llegar a todos los enfermos, prometiéndoles la cura rápida y el secreto. Se puso en práctica un sistema de búsqueda de contactos y de fuentes de infección, al par que de comprobación obligatoria después de la curación. Y al efecto de descubrir la sífilis oculta se llevaron a cabo exámenes en masa en diversos medios, exámenes que permitieron el hallazgo de un gran número de casos de enfermedad.

Debe estimarse como muy importante el examen regular de todas las mujeres embarazadas, lo que condujo a la liquidación casi completa de la sífilis congénita. En escala nacional se efectúan exámenes complejos de infectados por la sífilis, a fin de descubrir los cambios que se han operado en el sistema circulatorio y en el sistema nervioso.

Los resultados de esta acción, conocida en Polonia con el nombre de acción "W", fueron satisfactorios, sobre todo en la sífilis. Entre 1947 y 1954 el número de nuevas infecciones disminuyó muy considerablemente. Los resultados fueron menores en la hemorragia; primeramente se notó una disminución, pues si en 1947 se registraron 28 casos por 10.000 habitantes, en 1949 bajaron a 13; pero en 1955 se comprobó un ligero aumento: subieron a 15. En los dos últimos años se observó un claro aumento de casos de sífilis en los grandes centros urbanos: Varsovia, Cra-

covia y la aglomeración Gdynia—Gdansk—Sopot. Las causas de este fenómeno se buscan en la reducción de la acción terapéutica de la penicilina; pero no hay pruebas convincentes.

El problema de las enfermedades venéreas que, al parecer, dejó de ser un problema social grave después de la realización con éxito de la acción "W", surge de nuevo en la actualidad. La esperanza de una superación completa de estas enfermedades por medio de una acción única carece de fundamento. Harán falta largos años de acción sistemática para lograr la superación completa de la sífilis y la blenorragia.

La lucha contra las enfermedades venéreas se lleva hoy en Polonia a través de una red de consultorios especiales, dirigidos por los consultorios dermato-venereológicos de voivodía.

Además de las 10 clínicas de dermatología, que funcionan en las academias de medicina, y que se ocupan de la labor didáctica, de la investigación científica y de la curación, existe en Varsovia el Instituto de Dermatología y Venereología. Este Instituto, paralelamente a sus investigaciones científicas, desempeña el papel de organizador de la lucha contra las enfermedades venéreas y la dermatosis.

Durante el plan quinquenal se colocará un acento especial sobre la lucha en escala nacional contra la sífilis y la blenorragia, enfermedades que, después de un período de calma, empiezan a cobrar de nuevo grandes proporciones. Al propio tiempo se vuelve la atención hacia las enfermedades purulentas y profesionales de la piel, que constituyen un problema importante en la higiene del trabajo. Se ha planteado asimismo la liquidación de la micosis en los medios infantiles (escuelas, jardines de la infancia, casas del niño, colonias escolares).

EL TRACOMA

El tracoma constituía antes de la guerra un problema médico-social importante. Durante los veinte años de entre las dos guerras el tanto por ciento de enfermos de tracoma entre los reclutas

era de 1,1. Sobre esta base se calculaba que el número de enfermos de tracoma en todo el país era aproximadamente de 400.000, de los que alrededor de 100.000 estaban bajo el cuidado de 700 dispensarios.

Durante la ocupación, el bien extendido sistema de acción antitracomatosa resultó arruinado.

Después de la guerra se emprendió de nuevo una lucha planeada contra el tracoma, desarrollándola en cuatro direcciones:

- 1) preparación de médicos y de personal auxiliar,
- 2) creación de una red de establecimientos encargados de la acción terapéutico-profiláctica,
- 3) búsqueda de enfermos susceptibles de extender la infección,
- 4) instrucción sanitaria.

Se emprendió una acción ofensiva en los distritos más contaminados por esta enfermedad (reconocimiento general de la juventud escolar, densa red de consultorios), y en el transcurso de diez años el tanto por ciento de enfermos de tracoma entre los reclutas descendió a menos de 0,2%. Una parte de estos éxitos pueden ser atribuidos a los nuevos remedios farmacéuticos, sulfamidas y antibióticos.

En la actualidad puede considerarse que la situación está completamente dominada. Los consultorios especiales continúan la lucha. Para el tratamiento de los niños que no pueden ser atendidos en los dispensarios existe un establecimiento antitracomatoso en Witkowice, con 300 plazas. El tracoma es una enfermedad que va desapareciendo en Polonia.

LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

La lucha contra el cáncer constituye un problema muy importante para el servicio de sanidad polaco, como lo es en el mundo entero.

Al tiempo que desciende constantemente el número de defunciones originadas por otras enfermedades, la tuberculosis por ejemplo, y que se perfeccionan los métodos de descubrimiento, pasan a ocupar un primer plano los neoplasmas. El número de

defunciones por cáncer en Polonia asciende probablemente a más de 30.000 al año. Si estimamos que de cada 5 enfermos de cáncer, cada año muere uno, el número total de atacados por este mal se elevará a 150.000. El cáncer es una enfermedad social que requiere una organización también social para luchar contra él. La primera institución de este tipo en Polonia fué el Comité para la Investigación y la Lucha contra el Cáncer, creado en 1906. Después de la organización de centros semejantes en algunas otras ciudades, el Comité de Varsovia se transformó en Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer. Un paso fundamental en la iniciación de la lucha a la moderna contra el cáncer fué la creación en 1932 del Instituto del Radio en Varsovia, a iniciativa de Maria Curie-Sklodowska. El Instituto fué concebido como un centro de investigación científica, compuesto de laboratorios de física y biología y de una sección clínica de 120 camas, sección de mucha necesidad entonces en Polonia. En 1944, el Instituto fué incendiado durante la insurrección; pero en 1947 fué totalmente reconstruído y equipado adecuadamente. Al mismo tiempo surgió en Gliwice el Instituto Estatal Anticanceroso, y más tarde una sección del Instituto en Cracovia.

El 15 de julio de 1952 fué adoptado por el Ministerio de Sanidad un plan de lucha contra el cáncer. El cumplimiento de este plan dió lugar a la creación en los años 1952 a 1956 de una red de Institutos oncológicos. En la actualidad funcionan el Instituto de Oncología (Maria Curie-Sklodowska), en Varsovia, con secciones en Gliwice y Wrocław; además se han creado salas oncológicas en las clínicas de las academias de medicina de Gdansk, Cracovia y Białystock, y en las secciones quirúrgicas de los hospitales de voivodía de Rzeszów y Bydgoszcz. Existen y trabajan, por otra parte, consultorios oncológicos de voivodía, en número de 14, y consultorios oncológicos municipales, en número de 9.

La tarea de las dependencias territoriales de la red oncológica es el descubrimiento de los primeros síntomas del cáncer y su tratamiento.

Hoy el número de camas destinadas a los enfermos de cáncer es casi 10 veces superior al de anteguerra (en 1932 — 100 camas, en 1955 casi 1000 camas).

El desarrollo de la labor terapéutica del Instituto de Oncología se presenta de la manera siguiente:

| | 1932 | 1951 | 1954 | 1955 |
|--|--|---------------------|---------|---------|
| Número de enfermos asistidos en los hospitales y dispensarios | 532 | 5.552 | 9.850 | 11.533 |
| Número de enfermos examinados en los dispensarios del Instituto de Varsovia y en las secciones de Gliwice y Cracovia | 950 ¹ | 19.148 ¹ | 57.577 | 56.901 |
| Número de enfermos examinados en los centros y consultorios oncológicos | Los primeros centros oncológicos territoriales surgieron a fines de 1952 | | 114.200 | 122.565 |

El Instituto desarrolla también una labor científico-didáctica. Desde 1932 a 1955, el Instituto de Oncología se ocupó de elaborar los problemas relativos al cáncer del seno de mujer, del útero, la vulva, la mucosa de la laringe, el intestino recto, los pulmones, el esófago y el angioma, desde el punto de vista de la histopatología, la radioterapia y la cirugía. En el caso del cáncer del seno se elaboró un tratamiento por hormonas.

Un grupo de médicos del Instituto preparó un manual de oncología, editado en 1954 por las Ediciones Médicas del Estado. El Instituto edita la publicación "Los Neoplasmas" y prepara films científico-didácticos.

El Instituto se ocupa de la capacitación permanente de los médicos en el dominio de la oncología, a base de radiología, cirugía de los neoplasmas y patología oncológica. Se ocupa también de la capacitación de jóvenes asistentes en el dominio de la oncología experimental. Terminada la capacitación prevista en el programa de especialización, estos médicos son reconocidos como especialistas en oncología (hasta la fecha se capacitaron alrededor de 400 médicos de diversas especialidades).

¹ Sólo en el Instituto de Oncología de Varsovia

En 1952 se reorganizó la estadística de las enfermedades por tumores malignos, a resultas de la cual el Instituto de Oncología se hizo cargo de la estadística. Todos los establecimientos médicos de cualquier clase en el país tienen la obligación de declarar los casos de enfermedad de cáncer. El aumento continuo de las declaraciones testimonia la creciente comprensión de la importancia de la lucha contra el cáncer, por parte de los establecimientos del servicio de sanidad.

Con el fin de descubrir los primeros síntomas del cáncer se inició una acción de reconocimiento en masa. Se reconocieron alrededor de 20.000 personas sanas. Estos reconocimientos serán proseguídos de manera sistemática; en 1956 se planeó el reconocimiento de unas 100.000 personas. En 1954, y como resultado de la acción profiláctica, el 10% de los casos de cáncer descubiertos en el cuello uterino eran estadios iniciales de la enfermedad.

La acción profiláctica se basa en una amplia campaña de educación y propaganda, por medio de publicaciones populares, de artículos de prensa y de la radio. Se rodó también una película sobre la lucha contra el cáncer, intitulada "Por la vida de! hombre", destinada a los más amplios círculos de la población.

Por último, la asistencia a las enfermedades de tumores incurables. En todo el país hay distribuídas en los hospitales de distritos y regiones alrededor de 250 camas destinadas a los enfermos de esta clase.

LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS MENTALES

La cuestión de la asistencia a los enfermos mentales es objeto de grandes esfuerzos por parte de nuestro Servicio de Sanidad, que tiende a asegurar el mejor cuidado a los enfermos mentales y a devolver a la sociedad el mayor número posible de personas útiles.

Las posibilidades de curación de los enfermos mentales son mucho mejores que antes de la guerra. Si bien el número de ca-

mas experimentó sólo un ligero aumento, las que existen son mejor aprovechadas. Antes de la guerra había en Polonia alrededor de 17.000 camas para psicopatas, ocupadas permanentemente. Durante la ocupación miles de enfermos mentales fueron exterminados; las camas para psicopatas no pasaban de 2.000 en 1944. En 1945 el número de camas era ya de 5.635, y en 1955, subió a 17.456, mientras que el número de enfermos mentales era de 22.590. A los antiguos manicomios vinieron a sumarse otros nuevos; los hospitales fueron divididos en tres categorías, a saber: destinados a enfermos crónicos, a convalecientes, y de curación por el trabajo; por doquier fueron introducidos métodos modernos de curación y de recobramiento. Aumentó también considerablemente el personal psiquiátrico: en 1945 había 36 psiquiátras y 350 auxiliares; en 1955 las cifras eran de 350 y 2.048 respectivamente.

Fué ampliada la asistencia psiquiátrica por medio de consultorios en los hospitales y fuera de ellos; surgió una red de consultorios para la salud psíquica, prestando una gran atención a prevenir las neurosis. En 1945 había dos dispensarios de esta clase, y en 1955 eran ya 56, de los cuales 17 de voivodía y 39 de distrito, municipales y ambulantes.

Para elevar el nivel científico de la psiquiatría y facilitar la especialización se crearon en las academias de medicina unas cátedras independientes de neurología y psiquiatría, y surgieron cuatro cátedras y dos secciones de neurocirugía. Se creó un Instituto especial Neuropsiquiátrico, que cuenta con laboratorios bien equipados, efectúa investigaciones científicas y dispone de una sección clínica de 60 camas propias y de 70 más en otros establecimientos sanitarios. A pesar de estos cambios, el estado actual de la psiquiatría no puede ser considerado como satisfactorio, ni desde el punto de vista cuantitativo ni del cualitativo (falta de equipos, estrechez de locales, etc.), por lo que la elevación de la calidad de la asistencia a los enfermos psíquicos ocupa uno de los primeros puestos en los planes del Servicio de Sanidad para este quinquenio.

LA LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO

La magnitud del azote social que es el abuso del alcohol era apreciada ya en el período de anteguerra. En 1920 fué promulgada una ley restringiendo la venta y consumición de bebidas alcohólicas; pero esta ley muy progresiva, dulcificada a continuación, no entró prácticamente en vigor, porque no era respetada por la mayoría de la población. La lucha contra el alcoholismo constituye un problema de gran importancia en la Polonia Popular, problema al que el Servicio de Sanidad dedica una atención particular. El tratamiento antialcohólico es ambulatorio o clínico. En el tratamiento ambulatorio para desacostumbrar, la cura de alcoholizados corre a cargo principalmente de los dispensarios antialcohólicos, cuyo número era de 172 el 1.12. 1956. Estos dispensarios son, bien secciones de los consultorios de salud psíquica, bien consultorios de los centros de sanidad, bien dispensarios generales o fabriles.

Se preve un desarrollo ulterior, sobre todo en las voivodías de Katowice, Gdansk y Szczecin, donde el alcoholismo es más fuerte.

Por lo que concierne al tratamiento clínico, los alcoholizados que daban muestras de perturbaciones mentales eran admitidos en los hospitales psiquiátricos hasta la promulgación en abril de 1956 de una nueva ley contra el alcoholismo; en la actualidad se organizan en cada hospital salas de 10 a 20 camas, para seguir un tratamiento de desacostumbrar, por el método "de Marsier-Feldman" lo que dará un total de 300 camas para la curación de alcoholizados.

La nueva ley votada por el Seym el 27 de abril de 1956 aporta nuevos y valiosos elementos para la lucha contra el alcoholismo, en condiciones sociales modificadas. He aquí a grandes rasgos las prescripciones fundamentales de esta ley.

1) La ley considera de diferente manera las bebidas alcohólicas, según su tanto por ciento de alcohol, y establece diversas restricciones para la venta y consumición, en dependencia de si la bebida contiene más de

4,5 % o más de 18 % de alcohol. La ley prohíbe rigurosamente la venta y consumición de cualquier bebida alcohólica a las personas ebrias, en los locales y establecimientos de enseñanza, hospitales y sanatorios. La prohibición de bebidas alcohólicas de más de 4,5 % atañe a los lugares de trabajo y hoteles obreros, locales y lugares destinados a ejercicios deportivos y gimnásticos y bailes al aire libre, recintos de cuarteles y campamentos militares, casas de cultura, clubs, mercados y lugares de reunión de multitudes, refugios turísticos, restaurantes y buffets de las estaciones de ferrocarril, de autobuses y puertos, y, en fin, tiendas abiertas durante la noche. Las bebidas que contienen más de un 18 % de alcohol no pueden ser vendidas en los trenes, a excepción de los coches-restaurantes, ni en las casas de descanso.

II) El decreto preve la necesidad de un tratamiento obligatorio de los alcoholizados. El sistema de tratamiento propuesto debe apoyarse en la red existente de dispensarios antialcohólicos. En virtud de decisión de una comisión médico-social puede aplicarse la obligación de un tratamiento ambulatorio, y a tenor de la correspondiente decisión de un tribunal de justicia, tomada a proposición de una comisión médico-social, el alcoholizado puede ser enviado a un hospital. Para las personas ebrias, cuya conducta provoca escándalo público, se crean los llamados cuartos de desembriagamiento, en los que aquéllas permanecen hasta que pase la embriaguez.

III) La ley introduce sanciones más severas, que llegan hasta la condena penal, por hallarse en estado de embriaguez en un lugar público o de trabajo, y fija como circunstancia agravante el estado de embriaguez en el momento del delito.

IV) La ley determina que los Consejos Populares de distrito y locales pueden acordar la prohibición de la venta y consumo de bebidas, que contengan más del 18 % de alcohol, los sábados y otros días generalmente adoptados para la paga, y los días festivos en general.

V) La ley preve una resolución del Consejo de Estado y del Consejo de Ministros, que debe definir el procedimiento y los principios de cooperación de los Consejos Populares y sus presidiums con las organizaciones sociales, pues aquélla parte del principio de que las medidas administrativas, curativas y penales no pueden, en ningún caso, reemplazar a la acción social necesaria para la lucha contra el alcoholismo, y que la eficacia de la mayoría de estas medidas depende de una amplia acción social paralela.

El desarrollo simultáneo de una amplia campaña de propaganda tiene por objeto conseguir el apoyo de la opinión pública para esta causa.

LA CULTURA FISICA

La cultura física es un factor importante para la elevación del estado de salud de la sociedad. La nueva generación crece en mejores condiciones de salud y de cultura física que antes; por su parte, los adultos tienen la posibilidad de cultivar el deporte con fines recreativos.

La educación física obligatoria abarca en Polonia alrededor de 3 millones y medio de niños y jóvenes de las escuelas primarias, secundarias y profesionales; además, después de la guerra se estableció la educación física obligatoria para la juventud universitaria, durante los dos primeros años de estudio en las escuelas superiores de todo tipo. Los ejercicios obligatorios de educación física forman parte también del programa de instrucción de los soldados del Ejército Polaco.

El movimiento deportivo voluntario es organizado por las federaciones, asociaciones y clubs deportivos. Pasan de 22.000 los clubs, círculos y equipos deportivos que, en todo el país, agrupan a más de medio millón de miembros. Es muy característico que alrededor del 30% de los deportistas organizados son miembros de las federaciones deportivas rurales, y lo es tanto más, cuanto que antes de 1939 el deporte en el campo era muy poco conocido, y sólo en ciertos lugares se practicaba en forma de juegos y diversiones populares.

El desarrollo del deporte en el período de postguerra es muy impetuoso. Hasta 1939 la Unión Polaca de Atletismo contaba alrededor de 6.000 atletas activos; en 1955 las estadísticas señalan la existencia en Polonia de más de 100.000 atletas clasificados. En las competiciones de atletismo de las escuelas secundarias en 1955 participaron 350.000 alumnos de ambos sexos. En las Carreras Nacionales de primavera toman parte cada año más de medio millón de personas. La insignia deportiva "Listo para el trabajo y la defensa" la habían conquistado ya a fines de 1955 cerca de 1 millón y medio de deportistas.

Muchas ramas del deporte poco cultivadas en nuestro país

antes de la guerra se desarrollan en la actualidad a un ritmo rápido. Entre ellas están el hockey sobre hierba, el yachting, el motorismo, etc. Estos deportes podían ser practicados antes sólo por un escaso número de personas, debido al costo de los equipos. Hoy las instalaciones y equipos son de propiedad pública, propiedad de las federaciones deportivas, y gracias a ello cada rama del deporte es cada día más accesible a jóvenes y viejos.

La colaboración del servicio de sanidad con el deporte desempeña un gran papel en la Polonia Popular. Hasta la guerra únicamente se interesaban por la medicina deportiva los médicos aficionados al deporte. En la actualidad todo el que practica un deporte está sometido a examen y cuidado médicos, asegurados por una red de consultorios médicos deportivos, dirigidos por el Ministerio de Sanidad. Cada deportista pasa por un examen médico dos veces al año por lo menos, y los deportistas de mayor clase están bajo el cuidado permanente de un consultorio. Con las autoridades deportivas colabora también estrechamente el Instituto Científico de Cultura Física, que existe desde hace tres años, y que efectúa trabajos de investigación en los dominios de la fisiología del deporte, de la teoría y metodología del entrenamiento, de la inspección médica, la psicología y otras ciencias que tienen relación con la cultura física.

El deporte dejó de ser en Polonia una diversión exclusiva de las gentes acaudaladas y un espectáculo sensacional para las masas. A pesar de las faltas e insuficiencias, que se van corrigiendo gradualmente, la cultura física se ha convertido en nuestro país en una parte integral de la educación de los jóvenes ciudadanos, sirve a la distracción, al descanso y a la salud de toda la sociedad.

LA INSTRUCCIÓN SANITARIA

La instrucción sanitaria se desarrolla en Polonia en tres direcciones:

- a) mediante una actividad educativo-sanitaria de los trabajadores del servicio de sanidad, que es su obligación fundamental,

b) mediante las organizaciones sociales, y sobre todo la Cruz Roja Polaca, que desempeña un gran papel en este dominio,

c) mediante las Ediciones Médicas del Estado, cuyas publicaciones constituyen ya toda una biblioteca (alrededor de 2 millones de ejemplares anuales).

La dirección central es asegurada por el Ministerio de Sanidad, que tiene una sección de organización, la Sección de Instrucción Sanitaria, que depende directamente del Inspector Sanitario Nacional.

En las voivodías y distritos la organización de la instrucción sanitaria corre a cargo de los correspondientes inspectores sanitarios. En cada establecimiento del servicio de sanidad existe un organizador de la instrucción sanitaria, por lo general un especialista del servicio de sanidad. En principio cada médico debe tomar parte en la acción educativo-sanitaria. De hecho se ocupan de este asunto principalmente los administradores del servicio de sanidad, las estaciones sanitario-epidemiológicas, y, a veces, los institutos. La actividad propagadora reviste varias formas. Las más empleadas son:

a) charlas médicas, conferencias y charlas por radio,

b) cursos especiales, por ejemplo: "Escuelas para Madres",

c) exposiciones,

d) exhibiciones de películas educativo-sanitarias. La actividad editorial es también muy intensa y llega a los rincones más apartados del país.

El Ministerio de Sanidad organiza la producción de elementos auxiliares para la instrucción y abastece de ellos a los establecimientos del servicio de sanidad. En 1954 y 1955 estos establecimientos recibieron cerca de 1500 proyectores de cinta cinematográfica, alrededor de 60.000 tableros con láminas en color relativas a la maternidad y a la salud del niño, al tracoma, a la alimentación, a la vacunación contra la tuberculosis, etc. Se preparan pequeñas exhibiciones standard en dispositivos móviles especiales, de los que disponen alrededor de cien distritos. Estas exposiciones de temática diversa son muy interesantes.

El Ministerio organiza también otras exposiciones móviles especiales. En 1954 fué organizada una exposición dedicada a la

lucha contra la tuberculosis, y en 1955 una gran exposición sobre la protección de la salud de la madre y el niño.

La ayuda metodológica es prestada al servicio de sanidad por la Sección de Instrucción Sanitaria, organismo científico que forma parte del Instituto Estatal de Higiene. Esta sección prepara publicaciones metodológicas, emite su opinión sobre los folletos y materiales auxiliares destinados a la impresión, dirige la capacitación de los trabajadores de la instrucción sanitaria.

La actividad educativo-sanitaria del servicio de sanidad se desarrolla según un plan temático, aprobado por el Ministerio de Sanidad y obligatorio para el período fijado. Por lo menos la mitad de la actividad educativo-sanitaria debe ser dedicada a la temática planeada. Además se elaboran temas importantes especiales para las distintas voivodías, distritos y círculos de población. La Sección Fototransparente produce cintas filmadas dedicadas a la temática educativo-sanitaria (alrededor de 20 temas nuevos cada año).

La Cruz Roja Polaca, que agrupa a muchos miles de miembros activos, realiza una vasta acción de educación sanitaria, en forma de campañas especiales nacionales, como "La semana de la salud", "Los días de lucha contra la tuberculosis", y, al mismo tiempo, moviliza a la población para que tome parte en todos los actos organizados por el Servicio de Sanidad.

La Cruz Roja Polaca publica una revista mensual — "Zdrowie" ("La Salud") — que tiene alrededor de 30.000 suscriptores y viene apareciendo desde hace seis años, tiene organizadas una decena de exposiciones móviles sobre diferentes asuntos, lleva a cabo la capacitación práctica de equipos para prestar los primeros auxilios.

OBSERVACIONES FINALES

El examen de esta actividad diversificada debe ser completado con una somera información de cuales han sido en el decen-

no pasado los resultados de los esfuerzos tendentes a elevar las condiciones sanitarias de la población. Los datos relativos a la predisposición a las enfermedades, a excepción de las contagiosas, no son completos. Faltan también datos precisos de los años de anteguerra, para compararlos con los actuales. Y como ha sido indicado más arriba, la salud de la población es el resultado de muchos factores: las condiciones materiales, el nivel de cultura, las condiciones de trabajo y de vida de la población, sus hábitos seculares, la manera de aprovechar la asistencia médica y muchas otras. Todos los problemas vitales, que experimentaron cambios radicales en el período de postguerra, tienen una gran influencia en la salud de la población polaca, y por ello, ésta no puede estimarse únicamente a base de la actividad del aparato administrativo y de las instituciones que dependen de él.

La frecuencia de ciertas enfermedades contagiosas agudas, como la fiebre tifoidea, disminuyó por lo menos en la mitad; en otras, la disminución es mínima, poco precisa, como, por ejemplo, la tos ferina o el sarampión. Por otro lado no contamos hasta la fecha con métodos racionales de lucha para combatirlos. Lo mismo puede decirse de la escarlatina que, incluso, aumentó; en este dominio la ciencia no halló todavía una solución. Tampoco es satisfactoria la situación respecto a la difteria, contra la que, sin embargo, se dispone de un instrumento tan eficaz como la vacunación. En consecuencia, las disposiciones vigentes de vacunación obligatoria empiezan a cumplirse plenamente en la actualidad. Agreguemos que la mortalidad ocasionada por todas las enfermedades contagiosas disminuyó considerablemente.

Como índice del estado de salud se utilizan más y más los coeficientes de mortalidad general y de lactantes. El cuadro que se inserta a continuación es un exponente de la natalidad y la mortalidad antes de la guerra y en el decenio de postguerra:

De estos datos se desprende que nuestra natalidad es muy alta (es más probable su disminución que su aumento) y que la mortalidad, en comparación con la natalidad, es más bien

Movimiento Natural de la Población en Polonia

| Año | por 10.000 habitantes | | | |
|------|-----------------------|-------------|---------------------|--|
| | nacidos vivos | defunciones | crecimiento natural | defunciones de lactantes por 100 nacidos |
| 1926 | 33,1 | 17,8 | 15,3 | — |
| 1927 | 31,6 | 17,3 | 14,3 | 15,1 |
| 1936 | 26,4 | 13,3 | 12,1 | 14,1 |
| 1937 | 25,0 | 14,1 | 10,9 | 13,6 |
| 1938 | 24,6 | 13,9 | 10,7 | 14,0 |
| 1950 | 30,6 | 11,6 | 19,0 | 11,0 |
| 1951 | 31,1 | 12,5 | 18,5 | 11,7 |
| 1952 | 30,7 | 11,2 | 19,5 | 9,3 |
| 1953 | 31,0 | 10,2 | 19,9 | 8,6 |
| 1954 | 29,1 | 10,3 | 18,8 | 8,3 |

baja. Debido a ello nuestro crecimiento natural es uno de los más altos de los países civilizados. La mortalidad de los lactantes, en comparación con la registrada en otros países en los mismos años de postguerra, es bastante alta, si bien se manifiesta de manera bastante clara una tendencia a la disminución. De los cuadros de mortalidad se desprende que en 1952—1953 la duración media de la vida en Polonia se elevaba a 58,6 años para los hombres y a 64,2 para las mujeres, lo que en comparación con la anteguerra representa un progreso considerable (en 1931—32 las cifras respectivas eran de 48,2 y 51,4 años). Estos índices reflejan los grandes y positivos cambios que se han operado tanto en las condiciones materiales, como en la asistencia médica.

Y aunque sería injusto considerar este estado favorable de salud como un mérito exclusivo de la administración sanitaria, también lo sería decir que se produjo sin la contribución de aquella. El servicio de sanidad puede estimar con razón que su contribución a este favorable estado de cosas es muy grande.

LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS MÁS IMPORTANTES EN POLONIA EN LOS AÑOS 1919—1935

Fuente: 1) 20 años del Servicio de Sanidad Pública en la Polonia Reconstruida 1919—1938

2) Informes semanales de los médicos de distrito
3) Anuario Estadístico GUS 1939
4) Datos del Ministerio de Sanidad

| Años | Fiebre tifoidea | | Disenteria | | Escarlatina | | Difteria | | Tos ferrea: | | Sarampión | |
|-------------------|------------------|---------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------|
| | Núm. de enfermos | por 100 | Núm. de enfermos | por 10,000 | Núm. de enfermos | por 10,000 | Núm. de enfermos | por 10,000 | Núm. de enfermos | por 10,000 | Núm. de enfermos | por 10,000 |
| 1919 ¹ | 11,431 | 4.3 | 7,734 | 2.9 | 4,690 | 1.8 | 1,815 | 0.7 | 1,136 | 4.2 | 6,933 | 35.8 |
| 1920 ¹ | 21,866 | 8.0 | 21,020 | 11.6 | 16,664 | 6.2 | 2,178 | 1.2 | 3,474 | 13.7 | 10,431 | 40.3 |
| 1921 | 26,067 | 11.1 | 21,944 | 12.1 | 22,104 | 10.3 | 4,139 | 1.5 | 4,456 | 16.2 | 23,183 | 96.1 |
| 1922 | 23,056 | 7.9 | 18,344 | 5.2 | 14,717 | 5.3 | 4,328 | 1.3 | 8,219 | 30.6 | 23,030 | 89.1 |
| 1923 | 14,057 | 4.9 | 5,314 | 1.9 | 15,746 | 6.2 | 3,694 | 1.3 | 4,681 | 17.2 | 22,119 | 82.3 |
| 1924 | 16,280 | 5.6 | 10,492 | 3.6 | 18,030 | 6.2 | 4,838 | 1.7 | 5,067 | 17.4 | 10,154 | 37.8 |
| 1925 | 14,025 | 4.8 | 3,285 | 1.1 | 25,210 | 9.5 | 6,868 | 2.0 | 10,433 | 38.8 | 50,928 | 195.6 |
| 1926 | 15,933 | 5.3 | 4,605 | 1.6 | 37,673 | 12.6 | 6,826 | 2.3 | 6,537 | 30.5 | 65,650 | 250.6 |
| 1927 | 19,035 | 6.3 | 5,011 | 1.7 | 36,500 | 12.0 | 8,540 | 2.9 | 9,657 | 30.2 | 34,085 | 126.8 |
| 1928 | 14,182 | 4.6 | 1,784 | 0.6 | 28,898 | 9.4 | 10,460 | 3.4 | 11,904 | 37.3 | 27,063 | 104.0 |
| 1929 | 15,431 | 5.0 | 2,750 | 0.9 | 20,909 | 6.7 | 11,977 | 3.9 | 9,082 | 28.4 | 23,481 | 79.8 |
| 1930 | 11,962 | 3.8 | 1,910 | 0.5 | 20,991 | 9.5 | 17,074 | 5.4 | 16,384 | 32.0 | 59,529 | 186.5 |
| 1931 | 12,188 | 3.8 | 1,393 | 0.4 | 19,115 | 6.0 | 14,917 | 4.7 | 5,552 | 18.3 | 19,487 | 60.8 |
| 1932 | 20,308 | 6.3 | 7,244 | 2.2 | 23,075 | 6.8 | 18,757 | 5.8 | 8,729 | 27.3 | 24,877 | 77.9 |
| 1933 | 12,523 | 3.8 | 675 | 0.2 | 21,961 | 5.3 | 17,324 | 5.3 | 9,813 | 27.6 | 38,170 | 119.6 |
| 1934 | 18,560 | 5.6 | 16,717 | 5.0 | 20,968 | 6.3 | 23,870 | 7.0 | 9,385 | 29.1 | 38,226 | 119.8 |
| 1935 | 18,500 | 4.0 | 4,125 | 1.3 | 17,928 | 5.3 | 17,849 | 5.3 | 7,333 | 23.6 | 23,606 | 73.9 |
| 1936 | 13,867 | 4.6 | 7,663 | 2.2 | 21,113 | 6.2 | 19,565 | 5.0 | 19,997 | 34.4 | 40,591 | 157.1 |
| 1937 | 17,400 | 5.1 | 4,373 | 1.4 | 24,896 | 7.2 | 21,384 | 6.1 | 6,974 | 21.2 | 40,094 | 153.5 |
| 1938 | 19,536 | 4.3 | 6,497 | 1.8 | 19,400 | 5.6 | 18,934 | 5.3 | 10,970 | 31.3 | 33,179 | 103.9 |
| 1943 ¹ | 11,645 | 34.1 | 6,690 | 2.0 | 12,785 | 5.3 | 21,705 | 9.1 | 2,187 | 0.9 | 3,360 | 1.5 |
| 1946 | 20,423 | 18.0 | 4,308 | 1.0 | 12,522 | 2.3 | 22,508 | 9.4 | 5,200 | 2.2 | 13,761 | 6.7 |
| 1947 | 11,168 | 4.3 | 3,714 | 1.4 | 12,499 | 5.3 | 12,813 | 5.3 | 4,075 | 1.7 | 9,430 | 3.9 |
| 1948 | 7,972 | 3.3 | 1,376 | 0.7 | 17,993 | 7.6 | 14,834 | 6.1 | 15,997 | 6.7 | 26,736 | 11.2 |
| 1949 | 6,038 | 2.5 | 1,438 | 0.5 | 40,910 | 16.9 | 15,336 | 6.3 | 18,580 | 6.0 | 39,737 | 16.3 |
| 1950 | 7,213 | 2.9 | 1,633 | 0.6 | 80,148 | 35.9 | 22,990 | 9.7 | 23,006 | 8.8 | 39,566 | 15.9 |
| 1951 | 6,334 | 2.3 | 1,494 | 0.5 | 76,689 | 31.3 | 36,353 | 14.5 | 22,942 | 9.6 | 43,792 | 18.3 |
| 1952 | 5,984 | 2.3 | 1,434 | 0.6 | 65,630 | 18.1 | 46,655 | 18.2 | 34,695 | 13.7 | 47,793 | 19.0 |
| 1953 | 6,174 | 2.4 | 5,018 | 1.9 | 27,530 | 10.7 | 34,907 | 13.3 | 67,547 | 26.5 | 97,608 | 37.8 |
| 1954 | 5,533 | 2.1 | 4,694 | 1.8 | 22,388 | 12.6 | 44,153 | 17.2 | 54,661 | 20.2 | 97,729 | 32.5 |
| 1955 | 6,391 | 2.3 | 7,004 | 2.6 | 41,863 | 18.2 | 37,751 | 13.7 | 64,663 | 23.5 | 86,649 | 31.6 |

1) Datos Incompletos

LISTA DE LAS ASOCIACIONES CIENTIFICAS ESPECIALIZADAS

| | |
|---|--|
| Asociación Balneoclimática Polaca. Poznań, calle Slowackiego 8/10 | Presidente Prof. dr. Sabatowski |
| Asociación de Cirujanos Polacos. Varsovia, ul. Nowogrodzka, 59 | Presidente Prof. dr. T. Butkiewicz |
| Asociación Dermatológica Polaca. Gdańsk, calle Denbinki, 7. | Presidente Prof. dr. Fr. Miedzinski |
| Asociación Farmacéutica Polaca. Varsovia, calle Długa 16 | Presidente Prof. dr. Krauze |
| Asociación Tisiológica Polaca. Lodz. Calle Kosynierow Gdynskich 20. | Presidente Prof. dr. Szustrowa |
| Asociación Ginecológica Polaca. Wroclaw, Calle Dyrekcyjna, 5/7 | Presidente Prof. dr. K. Jablonski |
| Asociación Hematológica Polaca. Cracovia, Calle Kopernika 15 | Presidente Prof. dr. T. Tempka |
| Asociación de Internistas polacos. Varsovia, Calle Nowogrodzka, 59 | Presidente Prof. dr. J. Wegierko |
| Asociación Cardiológica Polaca. Lodz. Sterlinga 1/3 | Presidente Prof. dr. J. Jakubowski |
| Asociación de Neurólogos, Neurocirujanos y Psiquiatras Polacos. Lodz.-Kochanówka Klin. Psychiatr. | Presidente Prof. dr. E. Wilczkowski |
| Asociación Polaca de Medicina Criminal y Criminología. Varsovia, calle Oczuki 1. | Presidente Prof. dr. W. Grzyw-Dombrowski |
| Asociación de Oculistas Polacos. Gdansk, calle Debinki 7a | Presidente Prof. dr. I. Abramowicz |
| Asociación Oncológica Polaca. Varsovia. Calle Wawelska 15 | Presidente en funciones dr. Wladyslaw Jasinski |
| Asociación Ortopédica y Traumatológica Polaca, Gdansk, calle Swierczewskiego 4-6 | Presidente Prof. dr. Z. Ambroz |
| Asociación Ortorrinolaringológica Polaca. Poznan, calle Fredry, 10 | Presidente Prof. dr. A. Zakrzewski |
| Asociación Pediátrica Polaca. Varsovia, calle Kaprzaka 17 | Presidente Prof. dr. H. Brokman |
| Asociación Radiológica Polaca. Varsovia, calle Nowogrodzka 59 | Presidente Prof. dr. W. Zawadowski |
| Asociación Reumatológica Polaca. Varsovia, Calle Nowogrodzka 59 | Presidente Prof. dr. J. Bogdanowicz |
| Asociación Estomatológica Polaca. Varsovia, calle Filtrowa, 30 | Presidente Prof. dr. A. Ujejski |

Asociación de Médicos Deportivos. Varsovia, Calle Lazienkowska, 3
Asociación Urológica Polaca. Varsovia, Al. 3 Maja, 5
Asociación de Médicos Polacos. Varsovia, calle Nowogrodzka, 59

Presidente dr. Z. Zajaczkowski

Presidente dr. Z. Lewicki

Presidente Prof. dr. E. Kodejsko

ILUSTRACIONES



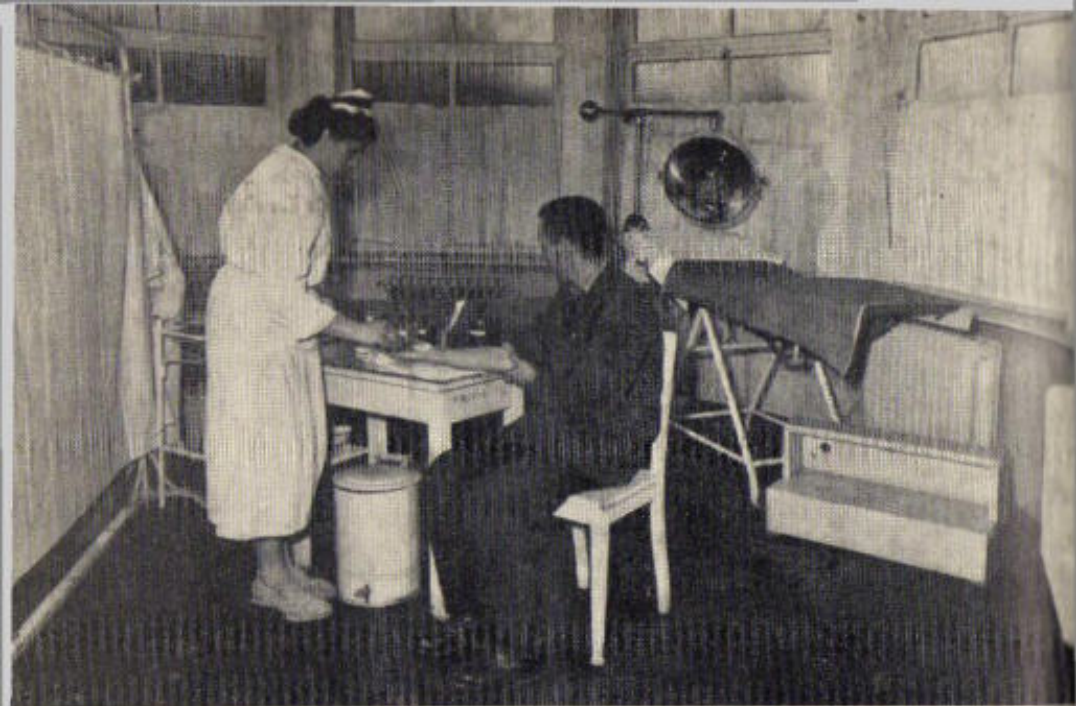


Gabinete de cura del
Centro de Sanidad
de Lowiez

BIBLIOTECA ARGENTINA
"Dr. JUAN ALVAREZ"
Buenos Aires

Sala de hospital en
Sejuy





Policlínica de la fábrica de vagones Pafawag de Wrocław. Interior del gabinete quirúrgico

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"

Una de las habitaciones de una enfermería fabril en Lodz ROSARIO





Enfermeras de un equipo sanitario prestan los primeros auxilios a un minero, víctima de un accidente de trabajo.

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DE JUAN ALVAREZ"
ROBARI

Mincros disfrutando del solarío de la mina durante una interrupción del trabajo



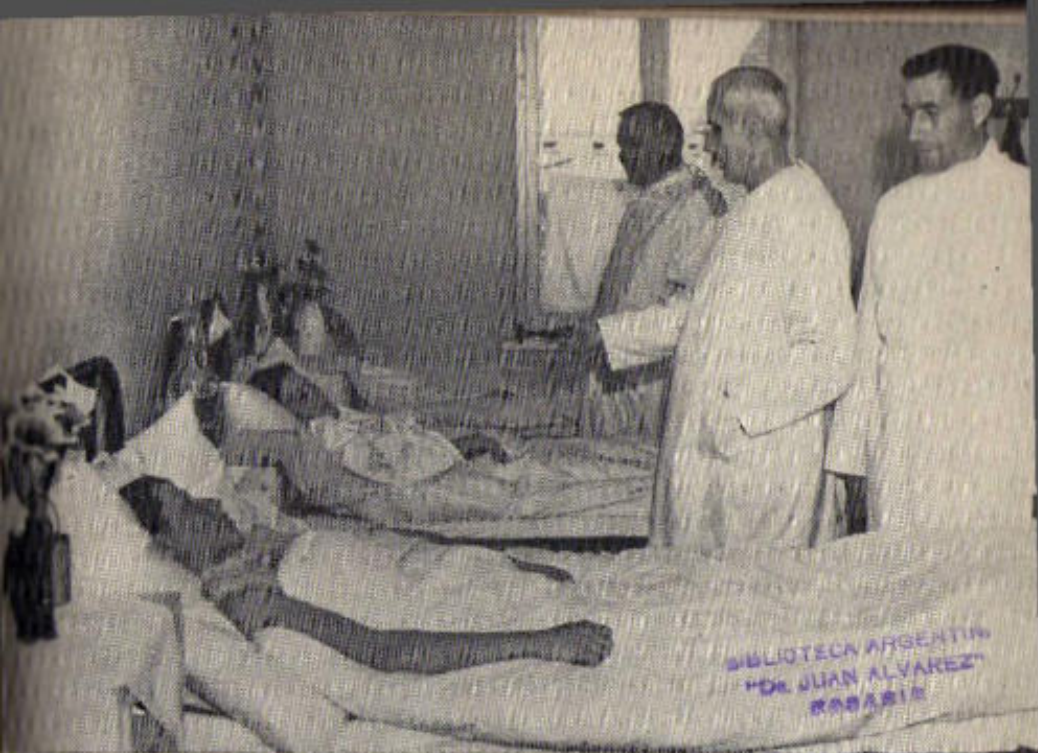


Enfermera de un puesto de sanidad prestando los primeros auxilios a un enfermo en el campo.

BIBLIOTECA ARGENTINA
"Dr. JUAN ALVAREZ"
ROBARIO

Casa de maternidad en Mikolaĵki.





Casa de maternidad en el campo durante la visita del médico.

Interior de una habitación en el sanatorio universitario de Dziekanow Lesny

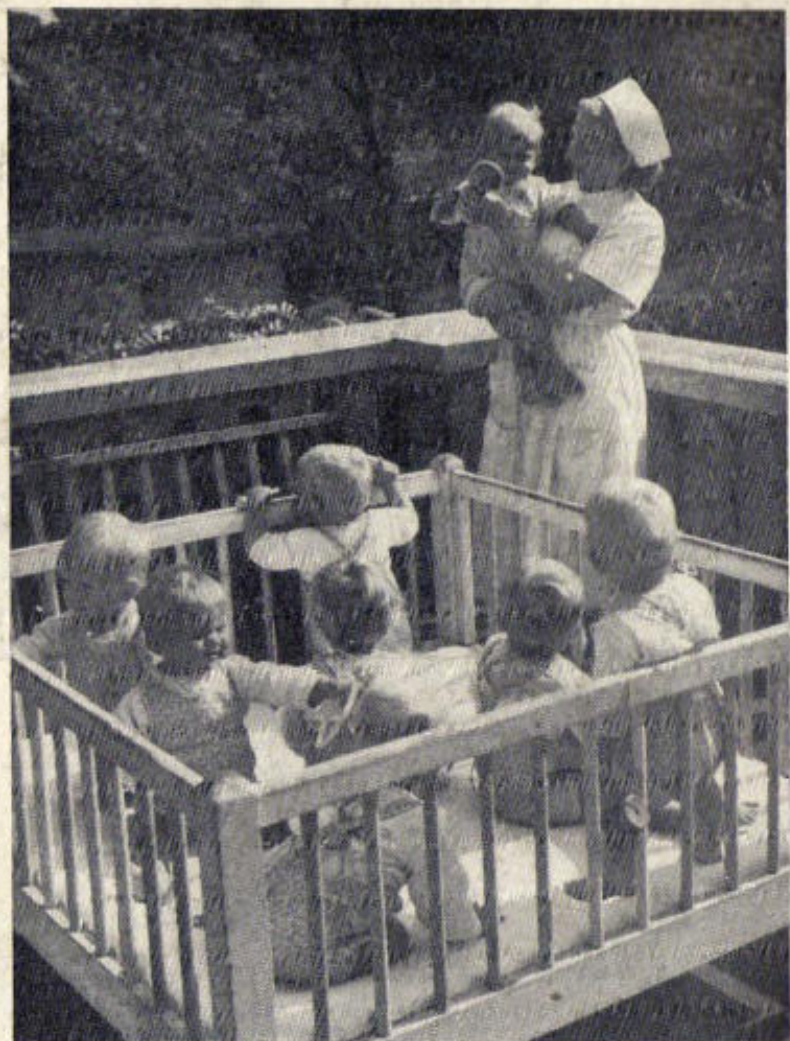


BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
ROSALES



BIBLIOTECA ARGENTINA
"Dr. JUAN ALVAREZ"
CORRIE

Una casa de niños pequeños en Wrocław



BIBLIOTECA ARGENTINA
"Dr. JUAN ALVAREZ"
BOGARIN

Una casa de niños pequeños en Bydgoszcz



Paseo en coches en una casa de pequeños niños en Wroclaw

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
ROZARIO

Frente al aparato del reportero.





BIBLIOTECA ARGENTINA
Dr. JUAN ALVAREZ
BARRIS

En el establecimiento médico-educativo de Busko-Zdrój,
un niño del grupo de Little hace los ejercicios indicados,
con asistencia de una enfermera.

Hospital quirúrgico en Varsovia. Qué alegría y admiración despierta en los
pequeños pacientes el bello árbol de Navidad, con los regalos tan ansiados





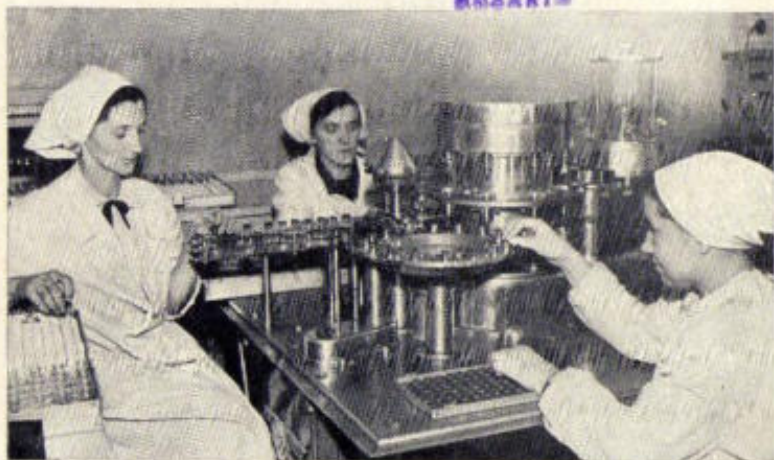
BIBLIOTECA ARGENTINA
"Dr. JUAN ALVAREZ"
ROSARIO

Casa de descanso para niños en Duszniki-Zdrój.



Laboratorio experimental del liceo farmacéutico de Lodz.

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
ROSARIO



Fábrica de penicilina en Tarchomin. El llenado y embalaje automáticos de los frascuitos.

Escuela estatal de practi-
cantes en Varsovia. Clase
de anatomía.



BIBLIOTECA ARGENTINA
"Dr. JUAN ALVAREZ"
ROSARIO



Escuela estatal de comadronas de
Wroclaw. Ejercicios del círculo
de autodidactas.



Las alumnas de la escuela estatal de comadronas de Wroclaw, durante los ejercicios prácticos en el hospital.

BIBLIOTECA ARGENTINA
"Dr. JUAN ALVAREZ"
RODRIGUEZ

En la sala de conferencias de la escuela de enfermeras de Mikolow.





Demostración de puericultura racional en la escuela para madres de Mikolajki.

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
BARRIO



Ejercicios prácticos en la escuela de dietética de Cracovia.

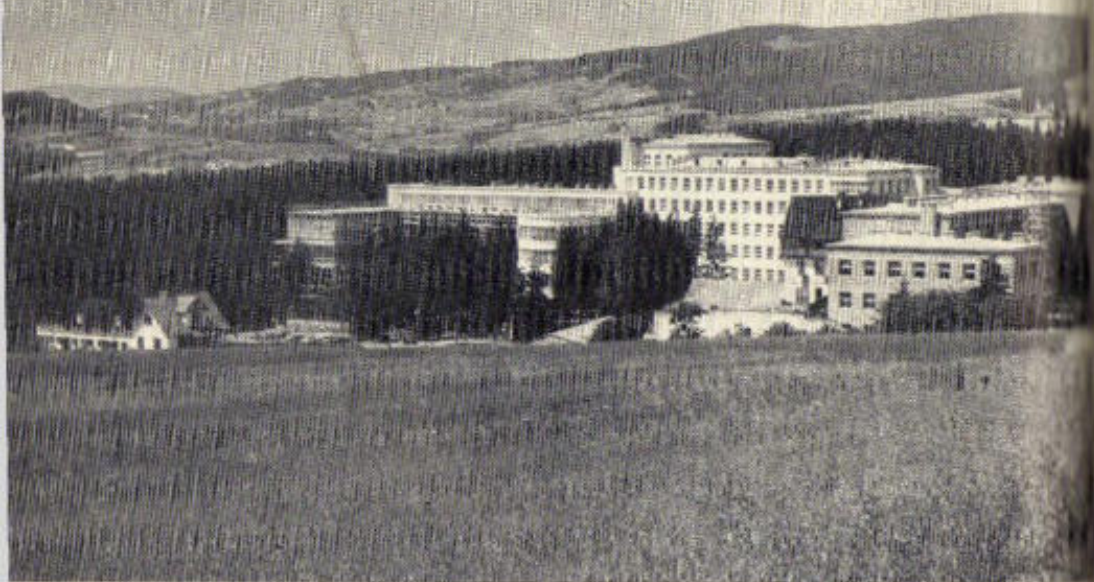


Ejercicios en el Instituto de Perfeccionamiento y Especialización de Personal Médico en Varsovia.

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
ROSARIO



Patrullas sanitarias de la Cruz Roja Polaca.



Sanatorio para niños amenazados de tuberculosis en Rabka-Zdrój.

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
ROSARIO

Sanatoria para niños tuberculosos en Istebna.



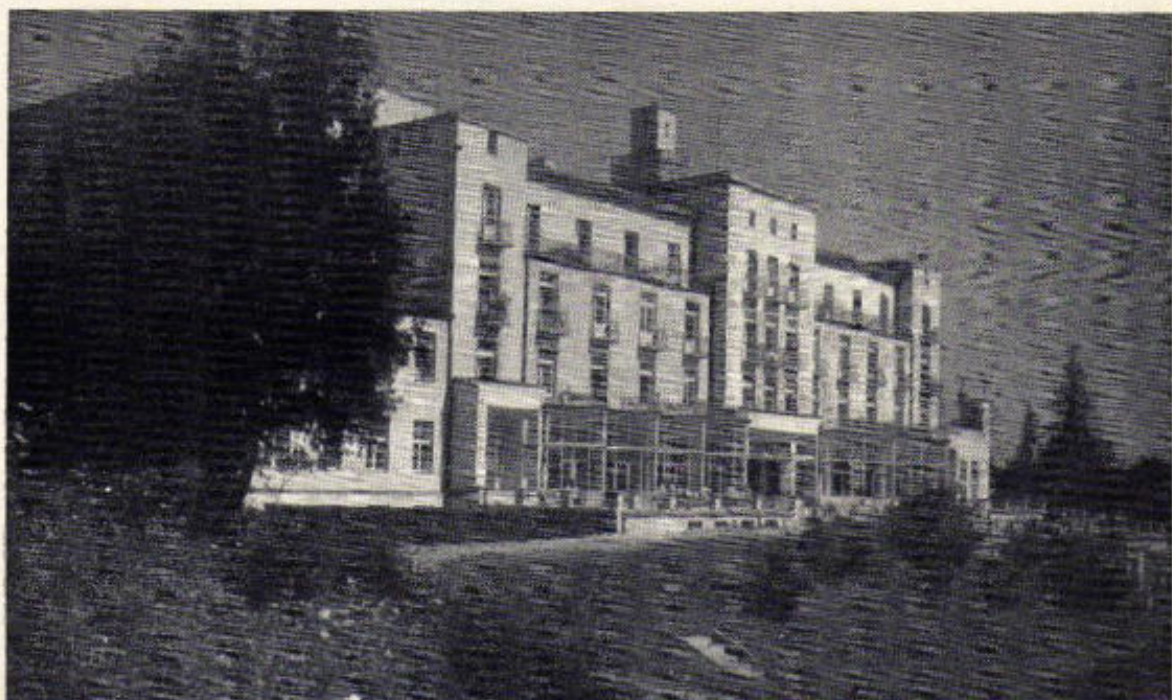


BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
ROSARIO

Casa de la Madre y el Niño en Kielce.



Baños terapéuticos en Szczawnica.



El sanatorio "Excelsior" en Iwonicz.



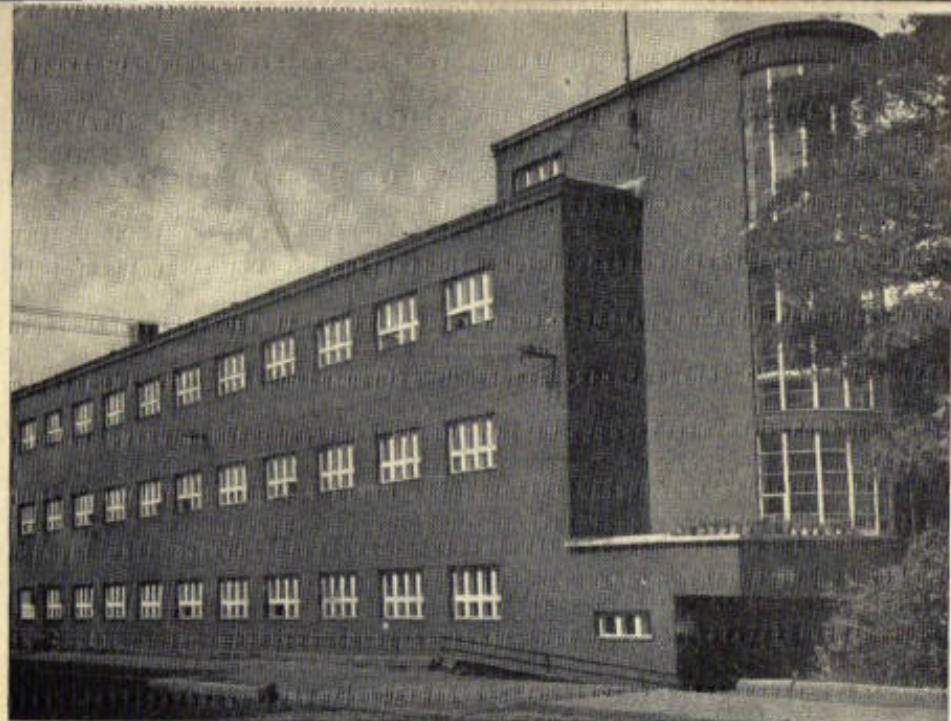
BIBLIOTECA ARGENTINA
DR. JUAN ALVAREZ
RODRIGUEZ

Balneario y parque en Inowrocław.



Vista del balneario de Krynica-Zdrój desde el f.c. de cremallera

BIBLIOTECA ARGENTINA
"DR. JUAN ALVAREZ"
ROSARIO



Edificio de la estación sanitario-epidemiológica de Katowice.

BIBLIOTECA ARGENTINA

"Dr. JUAN ALVAREZ"

ROSBARIO

Sección de Anatomía Regular de la Academia de Medicina de Bialystok.

