

HOSPITAL PROVINCIAL DE JAEN

Directrices generales en Técnica Hospitalaria

Dr. M. Angel Asenjo Sebastián

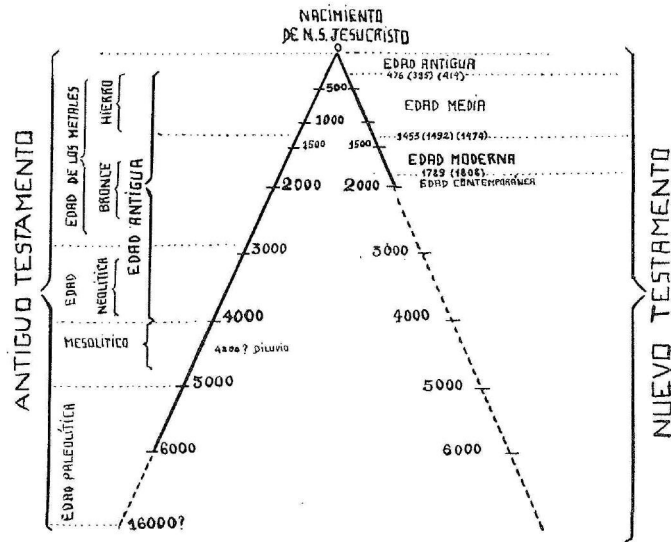
Como condición previa, podríamos tratar de definir ¿qué es hospital?, ya que aunque el concepto es claro, no así su denominación, pues ciertamente dentro de los establecimientos asistenciales suenan nombres como el de Sanatorio, Clínica, Residencia Sanitaria, etc. En definitiva, hospital, de acuerdo con Soler-Durall (1), es un establecimiento en el que se albergan enfermos, y en el que existe una forma de organización que armoniza toda la actividad, para concentrarla en la asistencia de estos enfermos a lo largo de las veinticuatro horas del día y respecto a lo que les pasa a estos enfermos se mantiene una documentación clínica escrita, que es la historia clínica. Por consiguiente no son válidas otras definiciones tales como (2) "establecimiento en los que se curan enfermos, por lo general pobres", "hospital privado, más comúnmente quirúrgico, regido por uno o varios médicos es una clínica" y por su-

puesto tampoco es adecuada la palabra, o palabras de Residencia Sanitaria, ya que aquella, es decir, Residencia es un edificio donde vive una autoridad o donde ésta o una entidad o corporación ejercen sus funciones y Sanitaria, haciendo referencia a sanidad, es un conjunto de servicios gubernativos destinados a preservar la salud de los habitantes de la nación, provincia o municipio. En realidad, los mismos aires de desprestigio que cayeron sobre la palabra de administrador, por lo que se recurre a otras menos apropiadas como la de gerente, han caído sobre la palabra hospital, hasta permitirle a Javier de Burgos (3), decir "que la cama del hospital y la cuna del expósito son peldaños previos para la tumba" y en lugar de adoptar la postura reivindicadora del sentido real de la palabra, se ha recurrido a otras denominaciones. El Reglamento de la Ley de Coordinación Hospitalaria (4) en su artículo 1.º define el

hospital como, establecimiento que reúne los dos requisitos siguientes: 1.º Tener por finalidad primordial la prestación, en el mismo, de asistencia médica, quirúrgica o médico quirúrgica, y 2.º, poseer una capacidad mínima para internamiento de pacientes, de acuerdo con lo establecido en dicho Reglamento. En el artículo 2.º y 3.º excluye aquellos establecimientos que no tendrán tal clasificación por faltarle alguno de dichos requisitos. Los artículos 5 y 6 complementan la definición del 1.º asignando al hospital funciones de prevención, enseñanza, investigación y rehabilitación, los artículos 7 al 20, finalmente, clasifican a

los hospitales, según sus funciones, su ámbito, su nivel asistencial y su carácter patrimonial, empleando, siempre, la palabra hospital.

Precisamente el estudio de la historia, orienta nuestros actos de hoy y si difícil resulta la unificación de nombres, mayor dificultad se encontró para el nacimiento de los hospitales, ya que la atención médica ha crecido junto con la lucha por la supervivencia (5) y si las excavaciones realizadas han podido confirmar que ya se usaron instrumentos quirúrgicos en la ciudad de Menphis en el año 2.500 antes de Jesucristo, el médico egipcio no ejerció su profesión dentro de



verdaderos hospitales, si bien es cierto que existen restos de tipo hospitalario en Ceylán, India, Egipto y Grecia, sino que aprendiendo medicina al lado de los templos, ejercían a domicilio.

A Esculapio e Higieia, como dioses de la medicina y de la salud, respectivamente, se les dedicaron templos, muchos siglos antes de la Era Cristiana y allí se llevaron a los enfermos, para que tuvieran en sueños la visión del dios y con medicamentos y procedimientos empíricos, aplicados por los sacerdotes, poder curarse.

A finales de la Edad Antigua, durante el Imperio Romano, se abre el camino hacia las construcciones hospitalarias, y así aparecen los hospitales de Baden, Colonia, Bonn y Viena, que son recintos donde las tropas que combatían y eran heridas, reposaban y se curaban de sus lesiones. Asimismo y por esta época los terratenientes romanos construyeron edificios para sus siervos o esclavos, a semejanza de los valedudinarios dedicados a los enfermos civiles.

Lo cierto es, que del primer hospital propiamente dicho, que se tiene conocimiento es el fundado por la reina Fabiola de Italia, en Ostia, cerca de Roma, en el año 400. En el año 542 se funda el hospital hotel Dieu por el Rey Chiberto I, en Francia. El califa el Welid funda el de Damasco en el 707; nuevamente en Italia en el año 898 se funda el

nosocomio de Santa María de la Scala; tres nuevos hospitales aparecen en Egipto entre los años 925 y 877 y en Inglaterra los hospitales de York, San Gregory y Santo Tomás en los años 937, 1084 y 1.215, respectivamente, siendo precisamente en este último donde tiene lugar el establecimiento de la primera escuela profesional de enfermeras fundada, por Florencia Nittinghale a mediados del siglo XIX.

La época, más floreciente de los hospitales, es la del Renacimiento y en ella aparecen los principales hospitales franceses donde iban a ejercer su profesión los más famosos colegas franceses. María de Médicis, funda, en 1602, el hospital de la Charité y allí ejercieron Laënnec y Bouillaud y en el de San Luis fundado en 1607 por Enrique IV, trabajaron Fournier y Sabouraud.

En los Estados Unidos de América, son los hospitales generales de Philadelphia y de Machachusset los primeros que se fundaron en los años 1713 y 1816.

Actualmente, todos los Estados tienen su red hospitalaria, y, no solamente ha surgido a consecuencia de iniciativas privadas, sino que ha sido el propio gobierno el que a través de encuestas previas, ha hecho un estudio de las necesidades y estableciendo un plan, ha dotado al patrimonio nacional de los efectivos calculados a través de la encuesta. Es lógico que así sea, ya que nace de la importancia misma

del equipo hospitalario. Por ejemplo en los Estados Unidos, éste constituye la séptima industria nacional (6), con un activo estimado en 7.750 millones de dólares y una inversión en su sostenimiento anual de 8.400 millones. Otros estudios (7) demuestran que ocupa el quinto lugar entre las industrias importantes en los Estados Unidos de Norteamérica, y se incluye en la categoría de las grandes empresas.

Por otra parte se distinguen tres grandes factores en la producción económica: fuerza de trabajo, capital y recursos naturales y para que la fuerza de trabajo pase de potencial a real, aparte de que se encuentre desempeñando, el hombre, la tarea que mejor convenga, dentro de un esquema de organización y división de trabajo, ha de estar sano y como el hospital es el centro por excelencia, máxime el provincial en una provincia, que recupera el bienestar físico y social de sus hombres enfermos es preciso que en la mente del político se justifique el costo de estas Instituciones y esta mentalidad se refleje en las contabilidades nacionales. Es muy conocida, al respecto, la Ley Federal norteamericana 725 del 13 de agosto de 1946, la llamada Hill Burton Act, que ha servido de base a otros países para sus programas. Esta Ley Federal, se llevó a cabo aportando el Estado un tercio de la aportación local. En Canadá, siguiendo las directrices de la men-

cionada Ley, el Gobierno contribuyó con 1.000 a 1.500 dólares por cama, según fuera para un hospital general de enfermos agudos o no, mientras que la provincia aportaba 3.000 o 4.000 dólares. En Inglaterra y Gales recientemente se ha hecho algo semejante. España se encuentra en una fase previa de estudio de necesidades recientemente terminado.

A lo largo de este resumen histórico, hemos podido ver cómo los hospitales que nacieron como un concepto de compasión, posteriormente de caridad cristiana, a partir de 1.725 a impulsos del abate Saint Pierre con un nuevo concepto laico, de Beneficencia, que desgraciadamente todavía perdura, aunque a partir de la revolución francesa se proclama el derecho de los indigentes a ser asistidos por la Sociedad apareciendo el concepto actual de Asistencia Sanitaria y pasando a manos del Estado, sobre todo con la aparición de los Seguros Sociales a principios de siglo.

Todo ello condiciona que cada día el interés hacia esta Institución sea mucho mayor, ya que el hospital no es otra cosa sino un instrumento al servicio de un fin, fin social por excelencia y en este sentido se organizan reuniones y congresos como el reciente III Simposio Internacional de Hospitales que ha tenido lugar en Düsseldorf donde se ha puesto de manifiesto que es de preveer en el futuro de los Hos-

pitales: un continuo aumento de costes y que uno de los mayores problemas es la organización interna y la dirección de los hospitales, lo cual efectivamente resumen la filosofía de todo hospital, es decir, calidad de la asistencia dada y cantidad de dinero empleado para proporcionarla, siendo preocupación constante de los gobiernos la capacitación de los directores y administradores de los hospitales que velen por ambos factores. Efectivamente, al repasar la historia hospitalaria de los diversos países, nos encontramos con que, los hospitales en un principio estuvieron a cargo fundamentalmente de individuos religiosos, pero a medida que el Estado se fue haciendo cargo de la asistencia sanitaria, éstos fueron quedando en manos de los médicos, pero generalmente estos médicos, magníficos especialistas en las diversas ramas que integran el saber de la Medicina, seguían ejerciendo en la doble función de especialistas y director y si las funciones administrativas de su cargo, no sólo, no las entiende sino, que a veces le repugnan, el hospital perdía un buen clínico y a veces no ganaba un buen director. De ahí que la preocupación actual de los gobiernos se ha dirigido en capacitar a personas que con dedicación exclusiva a su función y desvinculadas de otras preocupaciones puedan dedicar su tiempo y sus conocimientos a la meritoria, pero a veces peli-

grosa, tarea de la dirección. Son muchos ya los países en los que, aneja a una Escuela de Sanidad Pública, existe otra de Administración Hospitalaria: Estados Unidos, Méjico, Inglaterra, Líbano, Venezuela, Bélgica, Francia, Canadá, Holanda, Alemania Occidental, recientemente Rusia y tímidamente España tienen dichas Escuelas. Es especialmente interesante a este respecto el programa que se sigue en la Escuela de Organización y Administración Hospitalaria de Edimburgo (8).

En el plano puramente nacional se ha comprobado que la costosa red hospitalaria nacional no puede ser cerrada a diversas partes o grupos sociales sino que para conseguir una perfecta fluidez del sistema ha de existir: una interconexión armónica de los Centros, una seguridad en la cobertura económica de los gastos ocasionados y un sistema de asistencia social, capaz de llegar hasta el domicilio del enfermo (9) para lo cual es condición básica que todo el sistema asistencial funcione con arreglo a las normas mínimas establecidas por el Reglamento de la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962 sin diferencias ostensibles en el nivel asistencial de los establecimientos, lo cual supone un gasto de 7.500 millones de pesetas de las cuales 4.000 millones serían aportados por el Gobierno (10) en reparto previsto en el artículo 13 de la mencionada Ley, ya que efectivamente el coste de la asistencia

cada día es mayor debido a que los salarios que es el más importante capítulo de mantenimiento de los hospitales, un 50 por 100 a 60 por 100 del presupuesto total, en una economía en desarrollo como la española, deben subir de forma acelerada y por otra parte el hospital difícilmente llegará a autofinanciarse ya que precisamente aquellas Diputaciones que mayor gastos de Beneficencia tienen son las más pobres a pesar de que la misma tiende a desaparecer los gastos hospitalarios son tan elevados que resultan prohibitivos para las capas sociales económicamente más débiles y de ahí el mencionado fondo compensador y de ello mismo se deduce también que la solución para disminuir los gastos no sólo del hospital como tal, sino de la propia Sociedad es conseguir promedio de estancias por enfermo más bajo posible, ya que un enfermo es un consumidor de servicios y el número de sus estancias está en relación inversa con la intensidad de cuidados que recibe. Pero al mismo tiempo es un miembro de la Sociedad en estado de paro forzoso y por lo tanto no produce y siendo importante lo que gasta, no lo es tanto como lo que no produce y si gastamos poco en prevenir o tratar su enfermedad, prolongamos su estancia en el hospital lo que encarece su asistencia y es una carga pasiva para la Sociedad y para el país en virtud de lo que no produce. Si a todo esto añá-

dimos que el armamento sanitario de las D. putaciones provinciales es antiquísimo y que no ha evolucionado al ritmo que requería el progreso de la Sociedad nos encontramos en un serio problema, solucionable principalmente a través de que las clases más acomodadas ayuden a las menos, para lo cual se ha de tender a aumentar la atracción hospitalaria mejorando las instalaciones, aumentando el confort, el personal sanitario, preferentemente el auxiliar y mejorando la organización, en estas circunstancias y con las separaciones que aconsejen las diferentes etapas se puede llegar a ingresar una considerable suma que dilate el presupuesto de funcionamiento que a través de una mayor autonomía y agilidad con Organismo Especial de Gestión, permita a los dirigentes marchar paralelos al progreso que exige en estos momentos la Sociedad. El planteamiento del problema por consiguiente es el siguiente: los hospitales provinciales han quedado anticuados en cuanto a su arquitectura, muchos de ellos incluso son edificios adaptados y construidos en el siglo XV, asimismo en cuanto a sus instalaciones; su dotación de personal es escaso, su presupuesto de funcionamiento es mínimo y su atracción hospitalaria (número de atenciones por 1.000 habitantes) es exigua, sobre todo para las clases más acomodadas, porque efectivamente, quizás con

menor evidencia, ahora que antes, los hospitales provinciales estaban bastante desprestigiados. A todo esto debemos añadir que las Diputaciones con sus múltiples necesidades no pueden, con sus presupuestos, atender a las mismas, con lo que se entra en un círculo vicioso que solamente se puede romper a través de unas programadas inversiones que conseguidas a través de cuestaciones, ayuda estatal, reorganización de los presupuestos, etcétera, se han de realizar, comenzando por construir una nueva Institución o adaptando la existente, si lo permite, a los momentos actuales, dotando de personal y medios a la misma, que con una correcta organización aumente la atracción de las clases acomodadas las cuales engrosarán el presupuesto de funcionamiento del hospital, permitirá a los médicos trabajar a fulltime, siendo el hospital de esta forma el medio ideal de atender a la Sociedad tributaria de sus cuidados. Por otra parte no olvidemos, que los hospitales, ni siquiera los privados, se han construido con ánimo de lucro ya que como negocio, es un mal negocio, recuérdese que un hospital de 1.000 camas puede valer de 800 a 1.000 millones de pesetas y en todo el año su cifra es de 150 a 200 millones de pesetas, mientras que las empresas de racionalización administrativa con un capital de 4 ó 5 millones de pesetas hacen un total de 80 millones de cifra de negocio y las pocas empresas que

construyen hospitales con ánimo de lucro, están llamadas a desaparecer (11). Efectivamente, paradigma, de lo dicho puede ser el Hospital General de Asturias, cuya reorganización se comenzó por la construcción de un nuevo hospital, al que se le dio una marcada agilidad con su nuevo sistema administrativo (Órgano de Gestión Especial) que le permitió una adecuada organización con lo que en 1962 con un presupuesto de funcionamiento de 35.944.000 pesetas recuperaba por servicios prestados 944.000,00 pesetas. En el año 1964 por este mismo concepto recuperaba 9.890.100 pesetas, permitiéndole funcionar con un presupuesto anual de 55.436.000 pesetas (12). Estoy seguro que actualmente su recuperación es mayor y también mayor su presupuesto de mantenimiento y ello contando con que se encuentra aún en una etapa de inversiones que aunque no en su totalidad conseguirá recuperar en gran parte, aunque como es lógico no llegará a autofinanciarse, porque tampoco es éste su objetivo, consiguiendo lo fundamental, que es dar seguridad a la comunidad que sirve ya que es ésta una de las grandes misiones del hospital provincial en aquellas provincias donde no existe un Hospital Universitario, ya que la Sociedad, entre otras cosas, tiene la necesidad de saber que en caso de enfermedad cuenta con un Hospital en el cual puede encontrar todos los

adelantos de la técnica médica en disposición de usar.

Con estos antecedentes creo que existen suficientes argumentos para asegurar que en técnica hospitalaria se hace imprescindible una detenida planificación.

La planificación, previsión anticipada de una actuación, puede surgir como consecuencia de la construcción de un nuevo hospital o la afectación y reorganización de uno en funcionamiento, pero poco rentable, en el aspecto sanitario. Que es necesaria la planificación, no cabe ninguna duda. Se ha visto en muchas ocasiones que construido un hospital bien dotado la población no responde porque no tiene aún la educación médica suficiente para acudir a ellos, algunas otras veces son insuficientes las unidades, porque la comunidad recurre más frecuentemente de lo que al principio se había supuesto y por otra parte ya ha pasado la época en que se decía que se podía cerrar los ojos frente a un mapa del país marcar en él un punto con el dedo y allí construir un hospital, pues sería necesario (13). Lo verdaderamente importante es, conocer la necesidad de la nueva instalación, para lo cual no se puede olvidar que corresponde a los hospitales actuales proporcionar el mejor servicio asistencial posible; dar facilidades de enseñanza para los médicos, enfermeras, practicantes, técnicos radiólogos y expertos en dietética; di-

rigir trabajos de investigación, prevenir las enfermedades y mejorar el estado de salud en general (14). Se estudiará, por consiguiente, antes de construir un hospital:

1.º—La situación existente en el lugar, contestando a una encuesta que resuelva los siguientes extremos: a) Situación sanitaria: índice de mortalidad, de morbilidad, de natalidad, emigración o inmigración, cultura y economía. b) Saneamiento del medio: vivienda, suministro de agua, higiene de los alimentos, recolección de basuras, la lucha contra los vectores, la lucha contra enfermedades transmisibles, laboratorios de salud pública, la educación sanitaria y la higiene, la organización de los servicios médicos y asistencia social, la higiene materno-infantil, la higiene escolar, los inadaptados y subnormales, la orientación profesional, la higiene del trabajo e higiene dental. Se debe de estudiar también el estado de la asistencia psiquiátrica, la asistencia a los ancianos, las guarderías y el personal auxiliar sanitario de la región, provincia o municipio, así como el de enfermería.

De este estudio previo se pueden obtener consecuencias prácticas sobre la necesidad de la construcción de una nueva instalación, teniendo en cuenta el número de personas subsidiarias de recibir asistencia en el mencionado hospital, en virtud de la situación de la red hospitalaria del lugar y de las disposi-

ciones legales vigentes y precisamente para ello se deben de conocer: leyes de sanidad, de coordinación hospitalaria, seguridad social, de régimen local, patronatos y beneficencia.

2.º—Desarrollo económico: ahorro, tributación, coste de vida, poder adquisitivo de la peseta, renta per capita, aportación del sector público y privado al gasto sanitario, gastos de inversión y mantenimiento para saber en qué etapa se encuentra la ciudad, relacionando finalmente, teniendo en cuenta la depreciación de la moneda, si el gasto sanitario va acorde con el aumento del coste de la vida y con otros sectores industriales o agrícolas, en relación, también, con otras provincias o naciones y en relación a la renta nacional, que generalmente oscila entre un 5 y un 11 por 100 de la misma en EE. UU., Israel, Suecia, etc. Personalmente estamos realizando un trabajo semejante en la provincia de Jaén y los porcentajes son extraordinaria y sorprendentemente bajos. En relación con otras naciones se debe de calcular el gasto sanitario por habitante y año: Inglaterra gasta 1.500 pesetas, Venezuela 780 y Estados Unidos 7.440 pesetas por el mismo concepto. Asimismo los gastos de hospitalización representan el 50 ó 55 por 100 del gasto total sanitario. En relación con la renta nacional, mientras que en España, el gasto es del 0,70 por 100, en

Inglaterra es del 4 por 100, en Nueva Zelanda el 3,6 por 100, en Suecia el 4,5 por 100; en Israel el 4,8 por 100; en Estados Unidos, el 5 por 100.

Otro dato, digno de tener en cuenta, es el precio de la estancia en relación con la renta "per capita" diaria, en nuestro caso 13.170 (15): $365 = 35,94$ pesetas renta per capita diaria y como otras naciones: USA 5 veces, Ceilán e Israel, 4; Suecia y Chile, 3 veces, cuesta la estancia en relación con su renta, en nuestro caso empleando estos porcentajes la estancia debería de ser $35,94 \times 5 = 189,70$; $35,94 \times 4 = 143,76$; $35,94 \times 3 = 107,82$ pesetas incompatible con una buena asistencia (cálculos referidos a 1964).

Se estudiará igualmente la proporción y distribución de los costos por estancia, que en nuestro caso es bastante satisfactoria:

Personal: 48,63 por 100.

Alimentación: 19,66 por 100.

Medicamentos: 16,10 por 100.

Bienes servicios: 15,71 por 100 (un poco baja).

En medicina preventiva el óptimo recomendado por la OMS (16) es un 10 por 100 de los gastos de funcionamiento, en virtud de ello se procederá a asignar esta partida en el presupuesto correspondiente.

Finalmente y de acuerdo con los estudios reseñados y los porcentajes internacionales, nacionales y lo-

cales se procederá a proveer teniendo en cuenta el número de camas existentes, las necesarias a corto y largo plazo.

Es preciso también no olvidarse de estudiar la población en relación con la Seguridad Social y la Seguridad Social en relación con la población, siendo preceptivo en el estudio, consignar el porcentaje de población protegida por los Seguros Sociales, índice cartilla titular beneficiario y seguros unificados y la correspondiente aportación de la ciudad a la Seguridad Social, así como lo que la Seguridad Social aporta a la ciudad a través de: los honorarios médicos, farmacia y prestaciones económicas.

Finalmente y de acuerdo con los estudios reseñados y los porcentajes internacionales en cuanto al número de camas; por 1.000 habitantes (Alemania RF, 10,64. Austria, 10,83; Bélgica, 8,25; Canadá, 9,81; Dinamarca, 9,55; EE. UU., 9,00; España, 4,34 —actualmente 4,44— Finlandia, 9,60. Francia, 9,81; Grecia, 5,87; Inglaterra, 10,22; Italia, 9,37; Luxemburgo, 12,00; Noruega, 10,90; Países Bajos, 7,28; Portugal, 5,78; Suecia, 15,91; Suiza, 12,47;

URSS, 9,03) se procederá a proveer teniendo en cuenta el número de camas existentes, y según las funciones y ámbito del Hospital, las necesarias a corto y largo plazo. Como cifra orientadora se puede decir que en un país como España para un hospital de agudos (enfermos médicos, quirúrgicos u obstétricos) un 3 por mil habitantes es el número de camas que se le deben de asignar y un 4 por mil de personas acogidas a la Institución para enfermedades crónicas (tuberculosos, mentales, cancerosos, artríticos, paralíticos, reumáticos o enfermos seniles con varios achaques).

Construida la Institución con un armónico programa médico arquitectónico, en la que existan dos partes fundamentales: diagnóstico y tratamientos por una parte y hospitalización por otra, con los servicios generales para ambas y la adecuada distribución de habitaciones de una o varias camas (mayor porcentaje de dos) no se olvidará que el rendimiento óptimo, se consigue, con una adecuada organización y no existe organización hospitalaria sin un Cuerpo Médico responsable (17).

BIBLIOGRAFIA

- 1.—SOLER-DURALL.—Métodos de estudio de la función hospitalaria Primer curso Oficial de Dirección y Administración hospitalaria. Escuelas Nacionales de Sanidad. Madrid. Junio 1965.
- 2.—ALEMANY Y BOLUFER, J.—Nuevo diccionario de la Lengua Española Gráficas R. Sopena, S. A. Barcelona, 1964.
- 3.—BAREA.—Servicio de Admisiones. Pr. Crso. Of. Direc. y Admón. hospitalaria. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, Mayo 1965, pág. 1.
- 4.—Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales.
- 5.—OWEN, J. K.—Modern Concepts Of Hospital Administration. W. B. Saunders Company. 1163, pág. 3.
- 6.—Sección de Hospitales de la Dirección General de Sanidad. Situación Hospitalaria española. 1965, pág. 54.
- 7.—Sloan, R. P.: This Hospital Business of Ours. New York, G. P. Putran's Sons, 1952, p. 17. Citado por Calender Tiny M.; Administración Hospitalaria para enfermas. Interamericana, S. A. 1963, pág. 1.
- 8.—Navarro V.—Medical Services Administration. Estudios sobre Hospitales y Beneficencia n.º 18, páginas. 45-46-47-48.
- 9.—Serigó Segarra, A.—Teoría general de la existencia médica. Comunicación personal 1967, pág. 4.
- 10.—García Oreoyen, J.—Tribuna TV. Enero 1967.
- 11.—Mata de la Casa, M.—Función asistencial del Hospital.—I curso Of. de Dirección y Administración Hospitalaria. Escuelas Nacionales de Sanidad. Mayo-Junio 1965, pág. 1.
- 12.—Diputación Provincial de Oviedo.—Hospital General de Asturias 1965, pág. 44.
- 13.—Barquín Calderón, C.—Dirección de Hospitales, planeación, administración y organización. Interamericana, S. A. 1965, pág. 164.
- 14.—Mac Earchem, MT.: Hospital Organization and Management. Chicago, Phippican's Record Company, 1950, pág. 29, citado por Tiny M. Calender en Administración Hospitalaria para enfermeras. Interamericana S. A., 1963, pág. 2.
- 15.—Anuario de P. N. E. 1964. Pág. 610, citado por Gutiérrez Higuera, J. P., en Informe sobre la asistencia hospitalaria en la provincia de Jaén y planificación del Nuevo Hospital General. Seminario Médico, vol. X, número 26, 1965, pág. 22.
- 16.—Aragó, L. M.—Planificación sanitaria de una ciudad industrial catalana. Centro técnico de Estudios Hospitalarios. Comunicación a la Real Academia de Medicina, el 8 de febrero 1966. Barcelona.
- 17.—Palma Rodríguez, F.—Necesidad del Hospital moderno. Su calificación y actividad como Centro docente y de investigación. Medicamenta, Año XXIV, tomo XLVII, n.º 430, 1966, pág. 90.

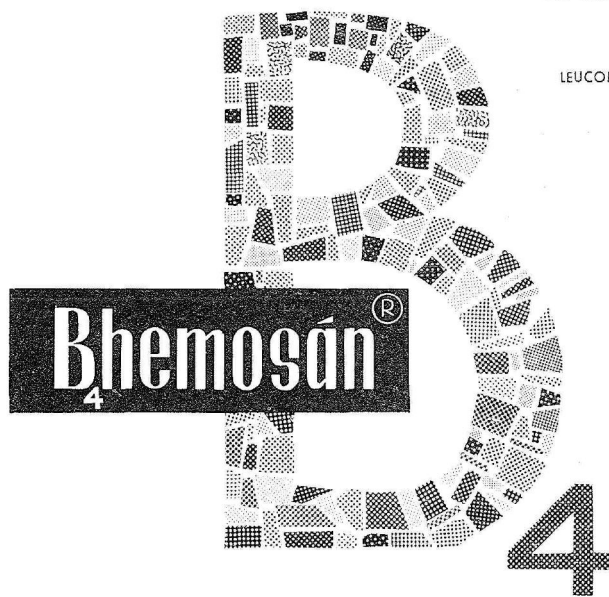
VITAMINA B₁₂ FACTOR DEL EQUILIBRIO LEUCOCITARIO Y ANTIAGRANULOCITARIO

TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS
Y QUIMIOTERÁPICOS

TRATAMIENTOS
RADIOLOGICOS

INTOXICACIONES
INDUSTRIALES

LEUCOPENIAS



B,HEMOSÁN es la vitamina que actúa eficazmente como *factor del equilibrio leucocitario* en todas las intoxicaciones exógenas y endógenas, y en los **síndromes agranulocitarios** provocados por agresiones bacterianas, químicas o físicas.

	PRESENTACIÓN	DOSIS
INCLUIDO S. O. E. RECETA LIBRE	B,HEMOSÁN NORMAL ampollas, cajas de 6 amp. de 10 mgrs.	De 1 a 4 ampollas diarias, vía intramuscular o intravenosa.
	B,HEMOSÁN FUERTE ampollas, cajas de 6 dosis de 25 mgrs.	
NO INCLUIDO	B,HEMOSÁN comprimidos, tubos de 24 compr. de 10 mgrs.	Preventivos: 2 ó 3 compr. al día. Curativos: 4 - 8 ó id. dosis que podrá reforzarse con las Juntas Inyectables.

LABORATORIO PONS - Lérida