

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado de Biología Celular y Ciencias Morfológicas

**Aportaciones socio-sanitarias
del Hospital San Juan de Dios de Santurce
desde 1924 a 2014**

Autor:

D. Jacinto Bátiz Cantera

Directores:

Dra. Agurtzane Ortiz

Dr. Gorka Pérez Yarza

2015

Agradecimientos

Antes de describir este trabajo de investigación deseo expresar mi gratitud a todas aquellas personas que han hecho posible que haya podido exponer y defender ante un tribunal académico de la Facultad de Medicina en la que yo mi licencié en Medicina y Cirugía hace ya muchos años.

A todas las personas de la Fundación Benéfica Aguirre por su generosidad y filantropía con nuestro Hospital que inició su ayuda en 1920 y que aún continúa.

A los hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que han trabajado y continúan trabajando en este Hospital y en el resto de Centros socio-sanitarios de todo el mundo. En especial, deseo agradecer al Hno. Benjamín Cornago que desde el comienzo me ha facilitado toda la documentación y las fotografías de los archivos existentes en el Hospital y por su acogida por el año 1973 cuando el era Superior del Hospital y yo aún estudiante de Medicina permitiendo que estuviera cerca de los enfermos.

A todos los profesionales y empleados que trabajaron y continúan trabajando en este Hospital porque sin ellos este Centro no sería lo que he intentado demostrar en esta Tesis.

A la Dirección del Hospital por haber adaptado y orientado la actividad socio-sanitaria a las necesidades de los ciudadanos que lo han necesitado, a pesar de las adversidades de cada momento.

A todos los enfermos junto a sus familias por que han sido ellos los que han hecho y hacen que tuviéramos y continuemos teniendo un por qué de la existencia de este Hospital.

A todos los miembros de mi equipo del Área de Cuidados que han volcado sus datos para que este trabajo estuviera respaldado con evidencias constatables.

A mi esposa, mis hijos y mi nieto, a quienes he robado parte del tiempo que debiera habérselo dedicado a ellos. Aunque estoy seguro que me lo perdonan porque ellos también han sido parte de este Hospital. Mi tres hijos nacieron en él y siempre que pueden acuden a compartir algunos momentos con los enfermos desde sus profesiones de médica, cocinero, psicóloga. Mi esposa, sigue siendo mi gran apoyo para que yo siga con la misma ilusión desde que comencé a trabajar en 1973 y además implicándose activamente en actividades de solidaridad con trabajos para el Mercadillo Solidario cada año.

A la profesoras Dña. María Jesús Pozas quien me ayudó a ordenar lo que de historia tiene esta Tesis.

A los directores de esta Tesis, la Dra. Agurtzane Ortiz y el Dr. Gorka Pérez Yarza quienes me han dirigido en elaboración con exquisita paciencia.

Pero no me puedo olvidar de mi primer Director, el Dr. Antonio Villanueva Ahedo, mi querido “Antón”, que “me enseñó a andar” con las primeras hojas en blanco y que desgraciadamente no pudo comprobar este trabajo ya finalizado. Cuando fue consciente de que su enfermedad no le permitiría terminar como director solicitó su renuncia y fue entonces cuando me pidió que le dirigiera yo su final. Antón vivió y murió con un sobresaliente cum laude. Esta Tesis es el mejor regalo póstumo que le puedo hacer a él y a su familia.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO I.- LA FUNDACIÓN DE UN HOGAR-CLINICA PARA LOS NIÑOS LISIADOS Y POBRES DE VIZCAYA: LA PRIMERA ETAPA.

- 1.1.- El marco histórico. Los antecedentes hospitalarios.
- 1.2.- Los mecenas que hicieron posible el origen del Hospital.
- 1.3.- La fundación del Hospital en 1924.
- 1.4.- La arquitectura hospitalaria: instalaciones y equipamiento de la época de la fundación.
- 1.5.- Los médicos y los hermanos de San Juan de Dios.
- 1.6.- Las patologías y los tratamientos en esta primera etapa, desde 1924 hasta 1948.

CAPÍTULO II.- EL HOGAR-CLINICA SAN JUAN DE DIOS: HOSPITAL DE SANGRE DURANTE EL PERIODO DE LA GUERRA CIVIL Y PRIMEROS AÑOS DEL FRANQUISMO (1950): SEGUNDA ETAPA.

- 2.1.- La Guerra Civil en el País Vasco: Las posturas políticas y religiosas.
- 2.2.- La situación de las instituciones de la Orden de San Juan de Dios durante la Guerra Civil.
- 2.3.- El Hogar-Clínica San Juan de Dios, Hospital de Sangre ante las necesidades de la guerra.
- 2.4.- El Hogar-Clínica San Juan de Dios: Hospital de las nuevas autoridades franquistas.
- 2.5.- La reestructuración del Hogar-Clínica en la postguerra, y los cambios en la Fundación Aguirre.
- 2.6.- Las transformaciones del Hogar-Clínica y la atención médica en la década de los años 50.

CAPÍTULO III.- LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS CONCERTADA CON LA SANIDAD PÚBLICA VASCA Y CON LAS ENTIDADES DE LA MEDICINA PRIVADA DE VIZCAYA: TERCERA ETAPA.

- 3.1.- La transformación del Hogar-Clínica de San Juan de Dios en una Clínica Médico-Quirúrgica.
- 3.2.- La nueva mentalidad sanitaria y asistencial de la segunda mitad del siglo XX.
- 3.3.- La integración de la Clínica San Juan de Dios en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 3.4.- Las actividades asistenciales en el último cuarto del siglo XX.
- 3.5.- La modernización del Hospital de San Juan de Dios en el siglo XXI: innovación y calidad.
- 3.6.- Las actividades socio-culturales y solidarias.

CAPÍTULO IV.- LA DEDICACIÓN EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS A LA MEDICINA PALIATIVA COMO UNA NECESIDAD SOCIO-SANITARIA DE SU ENTORNO DESDE 1993 HASTA 2014: CUARTA ETAPA.

- 4.1.- La cultura de la humanización.
- 4.2.- La muerte como etapa natural.
- 4.3.- El compromiso de la Orden Hospitalaria con los enfermos como centro de una filosofía humanizadora.
- 4.4.- Cuidados Paliativos y enfermos crónicos.
- 4.5.- La atención integral al enfermo.
- 4.6.- Los primeros pasos en Cuidados Paliativos en el Hospital San Juan de Dios de Santurce.
- 4.7.- Dos décadas de atención integral centrada en el paciente y la familia.
- 4.8.- Sensibilizar a la sociedad de que la Medicina Paliativa es una necesidad socio-sanitaria.
- 4.9.- La actividad asistencial en el Área de Cuidados.

4.10.- Análisis de algunos datos significativos de la actividad asistencial de esta cuarta etapa.

4.11.- Perfil de los enfermos ingresados a través del Programa de la Diputación Foral de Bizkaia,

4.12.- Área de Cuidados del Hospital de San Juan de Dios después de 21 años de existencia. Perspectiva actual y proyección de futuro.

4.13.- Programa “Cuidando Contigo-Zurekin Zainduz”.

4.14.- El compromiso con la docencia, la investigación y la innovación en Cuidados Paliativos.

CAPÍTULO V.- PRESENTE Y FUTURO DEL HOSPITAL.

5.1.- Razón de ser del Hospital.

5.2.- Perspectivas.

5.3.- Modelo futuro para el Hospital San Juan de Dios de Santurce.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- Glosario de términos.
- Fechas destacadas.

Introducción

- Explicar la estructura de la tesis para poder entender el solapamiento de las fechas en las distintas etapas. Por ejemplo, el estudio de la etapa tercera finaliza en el 2012 y la etapa cuarta empieza en 1993 y acaba en

- 2014 ya que en la etapa cuarta se describe la dedicación del Hospital a los Cuidados Paliativos, pero dentro de la actividad asistencial general.
- Explicar la metodología empleada para llevar a cabo esta investigación.
 - Explicar el escenario de la tesis.
 - Explicar lo que pretendo hacer con ella.
 - Reflexiones personales que me han llevado a realizar esta tesis.
 - Qué es lo que me ha motivado a hacerla.
 - Como la he estructurado. Explicar el por qué he elegido esta estructura.
 - La introducción deberá justificar la tesis.
 - Hablar de la temporalidad, las etapas. Por qué de estas etapas.
 - Por qué y para qué?
 - Hacer un resumen de la tesis.
 - Pensar que es en lo que se van a fijar los miembros del tribunal.

Justificación

A cualquier vizcaíno que se le pregunte sobre el Hospital San Juan de Dios de Santurce estoy convencido todos podrían decir algo y según la edad del interrogado nos hablarán de él de una manera distinta. Las personas mayores lo recordarán como aquel Centro donde se atendían a niños con enfermedades de los huesos y pobres, que eran atendidos por frailes, y que en Navidad ponían un nacimiento con figuras muy grandes, "casi de verdad". Otros lo recordarán porque sus padres les han dicho que nacieron en él o porque con motivo de una fractura en el colegio fueron operados. Los más jóvenes lo recordarán como el centro sanitario al que acuden cuando vienen de fiesta a Portugalete o Santurce y han precisado alguna atención médica de urgencia.

¿Quien no conoce en el 2014 la existencia del Hospital San Juan de Dios? Estoy seguro que no hay nadie que no lo conozca, pero creo que lo conocen físicamente o por la propia experiencia de haber sido atendido en él algún familiar, amigo o él mismo, pero creo que muy pocos conocen la biografía (la historia) de este Hospital.

Con este trabajo de investigación deseo que todos los ciudadanos vizcaínos conozcan su origen, su misión en las distintas épocas a lo largo de los 90 años de existencia, y sus aportaciones a la sociedad vizcaína desde lo social y lo sanitario.

¿Por qué he realizado este trabajo? Desde 1973 que conocí el Hospital como estudiante de Medicina, conocí a sus médicos, a sus trabajadores y los hermanos y hermanas que trabajaban en él, hasta la actualidad en la que trabajo como profesional médico. Desde esta perspectiva de muchos años, mi sensación es que es un hospital poco valorado no por los usuarios, sino por las autoridades sanitarias de nuestra Comunidad Autónoma Vasca. Esta idea tan simple motivó que pudiera demostrar con esta Tesis que el Hospital San Juan de Dios ha hecho grandes aportaciones socio-sanitarias a los “vizcaínos dolientes”. Un hospital que nació desde el altruismo de la Fundación Benéfica Aguirre, desde la hospitalidad de los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, así como desde la generosidad de varios médicos bilbaínos. Este fue el “motor de arranque” de una institución sanitaria que a pesar de sus dificultades no dejó de hacer todo aquello que podría servir a los más necesitados, pero desde el silencio y la humildad. La buena voluntad y la profesionalidad han sido dos constantes para que a sus noventa años sea un hospital moderno en sus instalaciones, en sus avances tecnológicos y que con su constante innovación se ha ido adaptando a las distintas realidades económicas, sociales, políticas, sanitarias, etc.

Para poder demostrar dichas aportaciones socio-sanitarias he elegido dividir el papel de este Hospital en cuatro etapas:

ETAPA PRIMERA.- Dedicación a la patología ortopédica de las secuelas de las enfermedades osteo-articulares como poliomieltis, mal de Pott... con las técnicas importadas de Alemania y puestas en práctica en este hospital por médicos vizcaínos.

ETAPA SEGUNDA.- Misión como Hospital de Sangre durante el periodo de la Guerra Civil Española.

ETAPA TERCERA.- Actividad como hospital concertado parcialmente con la Sanidad Pública Vasca y con las entidades de la Medicina Privada de Vizcaya.

ETAPA CUARTA.- Dedicación a la Medicina Paliativa como una necesidad socio-sanitaria de su entorno.

En esta Tesis deseo destacar con detalle fundamentalmente la primera etapa y la cuarta porque han sido en estas dos etapas en las que la aportación de este Hospital a la sociedad se ha distinguido por los aspectos sociales y sanitarios. La segunda etapa y la tercera etapa, que aún continúa, no dejan también de ser muy significativas por lo que aportaron y sigue aportando a los ciudadanos que necesitan de atenciones médicas y humanas. En la segunda etapa fue la Guerra Civil la que influyó en el devenir del hospital, pero aún así no dejó de cumplir su misión de hospitalidad y solidaridad, además de aportar la ciencia para curar a los heridos y su humanidad para cuidarlos. La tercera, una etapa muy necesaria para que el Hospital subsistiera y continuara su misión de ayuda, se caracterizó por la búsqueda de recursos diversos haciendo posible que se mantuviera activo, sin dejar de ayudar a quienes no disponían de recursos e innovando constantemente en la ciencia. Pero, fue la primera etapa en la que el Hospital San Juan de Dios de Santurce se dedicó para lo que se había fundado, resolver las secuelas discapacitantes importantes de enfermedades de la época (Polio, Tuberculosis) de aquellos niños vizcaínos que además carecían de recursos económicos; una etapa fundamental que se caracterizó como un Hospital solidario porque resolvió una doble necesidad sanitaria y social. En la cuarta etapa, la atención paliativa a los enfermos con necesidades avanzadas también resolvió y continúa resolviendo una necesidad real con una humanización exquisita y desde la innovación en los cuidados como resultado de la investigación propia.

Los hermanos de San Juan de Dios de Santurce tenían la costumbre de registrar todo lo que hacían y lo publicaban en revistas, boletines para que el resto de las Comunidades de otros Centros de la Orden pudieran conocer lo que aquí hacían. Estos documentos están archivados en la Propia Comunidad

del Hospital así como en el Curia Provincial, en Madrid. Además la Fundación Benéfica Aguirre dispone de un archivo completo de todo lo relacionado con este Hospital. Estas dos fuentes documentales han sido fundamentales para poder elaborar la historia y la actividad de los primeros años. A partir del año 1973 hasta la actualidad he sido testigo directo de la actividad y de la renovación constante del Hospital.

A mi 67 años de edad, no me ha movido hacer este trabajo de investigación plasmado en la presente Tesis Doctoral ninguna aspiración académica sino más bien poder devolver al Hospital San Juan de Dios todo lo que me ha permitido crecer como persona y como profesional demostrando que sus aportaciones socio-sanitarias a los ciudadanos vascos, principalmente a los “vizcaínos dolientes” ha sido y siguen siendo muy importantes. No puedo ocultar que, por mi condición de responsable del Área de Cuidados de este Hospital y desde nuestra experiencia de más de 21 años en la atención integral al enfermo y a su familia en el hospital y en su domicilio, deseo compartir todo lo que hemos aprendido para seguir contribuyendo a cuidar mejor.

Esta Tesis tiene dos características fundamentales tiene una parte histórica y otra, la más extensa, descriptiva, pero ambas me han ayudado a llegar a unas conclusiones avaladas por la historia y por los datos. Espero que desde la sencillez y desde cariño con que la he escrito haya podido cumplir el objetivo que me marqué allá por el año 1985. Cuando en ese año finalicé los cuatro cursos de Doctorado que se exigían para hacer una Tesis Doctoral y me indicaron que tan solo tenía tres años para poderla defender, abandoné la idea porque pensé que no tenía la suficiente experiencia para decir algo que mereciera la pena. Me dije a mi mismo que cuando llevaría muchos años en la profesión escribiría un libro para poder compartir con los demás mi experiencia. Y ha sido ahora, cuando estoy finalizando mi edad profesional, próxima a la jubilación, cuando he tenido la oportunidad de defender esta Tesis sobre un hospital de 90 años en el que he estado y sigo estando entre sus muros y junto a sus enfermos los últimos 41 años.

El Hospital San Juan de Dios de Santurce, es un Hospital que tiene **un pasado** muy enriquecedor desde donde nacieron y se fueron elaborando unos pilares firmes y robustos, de verdadera calidad, como los pilares que habían diseñado los arquitectos del edificio. Tiene **un presente** que se ha forjado con la experiencia del pasado y del que los Hermanos de San Juan de Dios, la Fundación Benéfica Aguirre, los trabajadores del Hospital, los ciudadanos vascos y de cualquiera otra parte que han necesitado sus atenciones podemos estar orgullosos de su existencia. Pero además, tiene **un futuro** que se proyecta desde los principio fundacionales, desde la gestión carismática de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, desde la innovación continua como resultado de la investigación, manteniendo su vocación de ser un Hospital próximo al ciudadano y ofreciendo la colaboración asistencial a las instituciones sanitarias y sociales, tanto públicas como privadas.

He elegido el ámbito académico universitario, a través de la defensa de esta Tesis Doctoral, para poder poner en valor y demostrar que el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi ha sido, es y seguirá siendo una institución sanitaria con un gran valor humano y prestigio científico, por lo que su entorno más inmediato, la sociedad vizcaína, debiera seguir contando con ella porque este Hospital continúa dispuesto a continuar con sus aportaciones socio-sanitarias.

CAPÍTULO I

LA FUNDACIÓN DE UN HOGAR-CLÍNICA PARA LOS NIÑOS LISIADOS Y POBRES DE VIZCAYA: LA PRIMERA ETAPA

1.1.- El marco histórico del Hospital de San Juan de Dios. Los antecedentes hospitalarios.

En este primer capítulo centraré el análisis en la fundación del Hospital San Juan de Dios en 1924, y su posterior evolución hasta 2014. Este Hospital se ubicó en la localidad de Santurce, en el límite con la villa de Portugalete, en la margen izquierda de la desembocadura de la Ría de Bilbao (Haramburu, 1981).



Panorámica de ubicación del Hospital
Foto: archivo del Hospital

No cabe duda de que Santurce reunía unas características idóneas para la construcción de un hospital en las primeras décadas del siglo XX. Destacaría por una parte, tanto las condiciones geográficas como las climáticas que hacían de Santurce un lugar privilegiado para la construcción de un hospital siguiendo los consejos de los higienistas, preocupados por aspectos relacionados con su entorno, como el hábitat o la salubridad. La preocupación

de estos higienistas era heredera de algunos presupuestos intelectuales ilustrados referidos al ámbito higiénico, y que tenían relación con los establecimientos públicos como, por ejemplo, los hospitales, y en este contexto se hallan las primeras ideas acerca de la mejora de la atención médica de las clases menos favorecidas (Alzola y Mirondo P, 1886; Gallastegui G y Pascual D, 1902; Gómez G, 1896; Pérez Fuentes P, 1991; Urrutia V, 1993; Echevarría, M, 1984)

Otro factor a tener en cuenta fue el proceso de industrialización en la Ría, y el crecimiento demográfico debido a la inmigración, y a la impotencia que adquirió la zona minera que justificaba la construcción del Hospital de San Juan de Dios en Santurce (González Portilla M, 1981, Montero M, 1920).

Por otra parte, hay que tener en cuenta la localización de Santurce próxima a la cuenca minera, que estaba integrada por las localidades de San Salvador del Valle, Abanto, Ciérvana, Ortuella y Muskiz, y de la zona industrial de la Ría que comprendía Baracaldo y Sestao donde se concentraba la industria siderúrgica, y la mayor parte de la población inmigrante que constituía el proletariado industrial (Escudero A, 1998; García Abad, 2005).

Durante la primera revolución industrial (1876-1930) las condiciones de vida de las clases trabajadoras de la margen izquierda de la Ría de Bilbao eran en general pésimas: deficientes condiciones sanitarias producto del hacinamiento residencial, en una misma vivienda convivían varias familias, adultos y niños con poca luz y ventilación, inexistencia de infraestructuras urbanas, mala y escasa alimentación debido a los sueldos de subsistencias, el trabajo intensivo y a veces muy penoso. A todos estos factores se añadían otros más como la falta de higiene, y los prejuicios; en definitiva, todas estas causas constituyeron el caldo de cultivo para el desarrollo de las enfermedades infecto-contagiosas que provocaban altas tasas de mortalidad tanto infantil como adulta, además de los accidentes laborales en las minas y las fábricas (Arbaiza M, 1997).

Frente a los cambios sociales, económicos y demográficos surgió en la última década del siglo XIX y en los primeros decenios del siglo XX un nuevo modelo

de hospital como fue el de Basurto, a las afueras de Bilbao, muy diferente de los hospitales asilares de la Edad Moderna que representaban para las clases trabajadoras y para los pobres la antesala de la muerte (Sánchez Granjel L y Goti Iturriaga JL, 1983; González Portilla M, 1998).

La nueva concepción hospitalaria giraba en torno a los pacientes donde se compaginaba la clínica con la función docente y la investigación, donde se potenciaban las consultas externas, y crecían las especialidades médicas. Este nuevo modelo de hospital se alejaba del existente hasta bien entrado el siglo XIX. El Hospital de San Juan de Dios de Santurce será un ejemplo de los nuevos hospitales (Abreu L, 2007).

Pero a la hora de analizar la historia del Hospital de San Juan de Dios nos fijaremos en los antecedentes históricos de este Hospital: el no nato Hospital de Sestao (1890) que respondió a una iniciativa del Padre Benito Menni, restaurador de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España y su primer Provincial y el Sanatorio Helioterápico Marino de Górliz que fue obra de la Diputación de Vizcaya alentada por el Dr. Enrique de Areilza Arregui.

Antes de que se llevara a cabo la construcción del Hogar Clínica San Juan de Dios en Santurce hubo dos tentativas para construir unas instituciones similares. Tales fueron el Hospital Asilo de Sestao y el Sanatorio Helioterápico Marino de Górliz con dispar fortuna, pues mientras el Hospital Asilo de Sestao no pasó de la fase de proyecto, el Sanatorio Marino de Górliz fue una obra muy importante cuya labor asistencial, transformada a través de los tiempos en virtud de las necesidades de cada momento permanece en activo actualmente.

El Hospital Asilo de Sestao

En primer lugar, hay que señalar la falta de establecimientos hospitalarios en el País Vasco en la segunda mitad del siglo XIX, y en especial en la margen izquierda de la Ría donde el crecimiento de la población era notable al conjuro de la Revolución Industrial. En este contexto histórico, hay que situar la figura del Padre Benito Menni que después de la Restauración de la extinguida Orden Hospitalaria vino a Navarra y al País Vasco para prestar sus servicios sanitarios, y entre otros lugares estuvo en Portugalete y colaborando en el “Hospital de sangre” de Santurce durante la tercera guerra carlista entre 1872 y 1876, (Alcalá C, 2004) de modo que llegó a conocer bien la margen izquierda, y sus necesidades socio-sanitarias, por lo que en 1890 se propuso fundar un Hospital Asilo en Sestao.¹

Sin embargo, antes de analizar los orígenes del Hospital Asilo de Sestao dibujaré una semblanza del Padre Benito Menni para comprender su compromiso religioso y social.

El Padre Benito Menni, fue el restaurador de la Orden Hospitalaria en España extinguida por el Real Decreto de 1835 del gobierno liberal, que suprimió las órdenes religiosas y se incautó y vendió sus bienes en el proceso de la “Desamortización”² impulsado por el liberal progresista Juan Álvarez Mendizábal. Fue un largo proceso histórico, económico y social que afectó gravemente a las clases más pobres desde el punto de vista económico y social (Revuelta González M, 1976; Tomás y Valiente F, 1971; Caro Baroja J, 2008).

La misión de restaurar la Orden le fue encomendada al Padre Benito Menni por el Papa Pío IX, cuya tarea la inició en 1867. Además fue su primer Provincial, Visitador Apostólico, General de la Orden y Fundador de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

¹ www.Aitamenni.Org/AM/Castellano/Web/100.../Fundación.htm

² La “desamortización” consistió en la nacionalización (conversión en Bienes Nacionales) y en la ulterior venta en pública subasta al mejor postor de tierras u otros bienes hasta entonces pertenecientes a manos muertas eclesiásticas o civiles.

El Padre Menni había nacido en Milán en 1841 y recibió el hábito de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en el año 1860, siendo ordenado sacerdote seis años después. En diciembre del año 1867 inauguró un Asilo Hospital para niños en Barcelona. Fue nombrado en 1872 Comisario General para España de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Martín Carrasco M, 1994).

Los lugares más apropiados para el ejercicio de la hospitalidad eran ordinariamente los grandes centros de población porque era en ellos donde existían personas necesitadas y en los que las enfermedades y desgracias se desarrollaban con frecuencia. También los grandes centros mineros, a los que acudían trabajadores de diversas comarcas en busca de trabajo, solían ser focos de gran número de enfermos muchas veces abandonados a sus propios medios, con los cuales se podía ejercitar de muy diversa manera la ayuda, la caridad, como comenzó a hacerlo Juan de Dios que nació en 1495 y murió en 1550 en Granada donde construyó un hospital para acoger a numerosos pobres y enfermos, y se convirtió en el gran innovador y creador de la ciencia asistencial y hospitalaria de su tiempo; además, fundó la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios o de la Caridad respondiendo a la sensibilidad religiosa de su época, fue beatificado por el Papa Urbano VIII, en 1639, y canonizado por el Papa Alejandro VIII, en 1690, siendo nombrado santo patrón de los hospitales y de los enfermos (Castro F, 1995; Martínez Gil J Fray ³, 2002).

Por tanto, siguiendo el espíritu de la Orden de ayudar y consolar a los más desfavorecidos, el Padre Menni que conocía esta necesidad social y estaba bien informado de que en la región minera de Bilbao no existía por entonces un buen recurso sanitario para la asistencia y curación de los trabajadores enfermos y heridos en los frecuentísimos accidentes de las minas, consideró que era necesario fundar un hospital para atender las necesidades

³ Según este autor, que encontró documentos en los Archivos Secretos del Vaticano, que revelan aspectos de San Juan de Dios, y que eran desconocidos, se ha conocido su lugar de nacimiento en Casarrubios del Monte, cerca de Toledo. La errónea atribución del nacimiento del Santo en la localidad de Montemor-o-Novo, en la región del Alentejo, en Portugal, se debió a una invención de su primer biógrafo, Castro, que omitió el origen judío de San Juan de Dios. Su nacimiento tuvo lugar en 1495, es decir, 3 años después de la expulsión de los judíos por orden de los Reyes Católicos.

asistenciales de la población obrera. Por esta época, ni la Beneficencia Provincial ni las empresas industriales y mineras tenían bien atendido este servicio sanitario, por lo que, el Padre Menni pensó que los Hermanos de San Juan de Dios podían ayudar a remediarlo estableciendo para ello una Casa-Hospital en uno de los pueblos de esta cuenca minera e industrial (Montero M, 1999).

Para ello hizo un viaje de exploración por la región bilbaína y eligió el pueblo de Sestao, en el Valle de Somorrostro, como el lugar más adecuado para la realización de este proyecto. En la mente del Padre Menni, esta Casa-Hospital podría tener otra función de gran trascendencia para la selección y la formación de los jóvenes aspirantes a la vida hospitalaria. Así lo expuso al Definitorio Provincial con fecha 28 de septiembre de 1890:

*“Este Hospital podría servir para tener en él una sucursal del Noviciado, en el que podrán estar los jóvenes que pretendiendo la entrada en nuestro Instituto, no tengan la edad señalada en nuestras Constituciones para su admisión. El tiempo que estén en dicha Casa les servirá para instruirse en los ejercicios propios de nuestra Orden; a la edad competente, si preservaran en su vocación y no tienen impedimento, serán trasladados al Noviciado; y a los que no reúnan las condiciones exigidas por las Constituciones y den pruebas evidentes de su vocación, serán enviados a sus casas”.*⁴

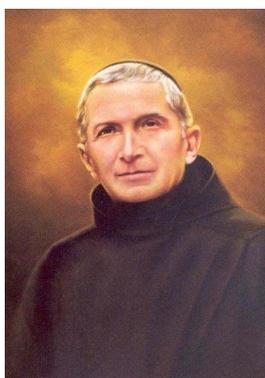
Esta proposición del Padre Menni pareció excelente a todos los Definidores, y en la misma sesión tomaron el acuerdo de pedir al Padre General aprobación para abrir este Hospital. Todos los asistentes al Consejo estaban tan seguros y confiados de que este proyecto sería en breve una realidad que en esta misma junta tomaron, por unanimidad, el acuerdo de que el Padre Juan de la Cruz, Prior del Asilo de Valencia, desempeñara el mismo cargo en la nueva Casa-Hospital de Sestao.

¿Qué obstáculos surgieron, después de tomadas estas determinaciones, que impidieron la realización de este proyecto en el que se había depositado tanta esperanza? Lo ignoramos, pero es cierto que se desistió del intento, pues en

⁴ Fragmento del Acta Inter Provincial (A.I.P.), en el Libro I de Definitorio de la Provincia Española. Pág.. 6.

los años siguientes no se volvió a hacer mención ni alusión a esta “nueva Casa-Hospital” (Gómez JC Fr., 1968). Aunque este proyecto no tuvo éxito, el Padre Benito Menni, ocho años más tarde de haberlo intentado en Sestao se produjo la fundación de Santa Águeda.⁵

El Padre Benito Menni dedicó su vida a la sociedad más necesitada como eran los enfermos. Murió en 1914, en la localidad de Dinan (Francia) a la edad de 73 años. Sus restos descansan en Ciempozuelos (Madrid) donde había instalado el Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios, y donde fundó el primer centro de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Fue beatificado en 1985 y canonizado en 1999 por el Papa Juan Pablo II.⁶



Benedetto Menni (1841-1914) presbítero, O.H., fondatore delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù Basilica Vaticana, 21 novembre 1999

El Sanatorio Marino de Górliz

⁵ El 1 de junio de 1898, el Padre Benito Menni, representando a la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, a la que él pertenecía y de la que era Provincial para España, y de la Congregación de Hermanas Hospitalarias, que él mismo había fundado, inaugura la Casa de Salud de Santa Águeda. En la actualidad denominada Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, sito en Mondragón.

www.aita-menni.org/AM/Castellano/Web/100_anos_de_historia/Fundacion.htm

(última entrada: 31 julio de 2015).

⁶ https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Menni (última entrada: 31 julio 2015).

En cuanto a la fundación del Sanatorio Marino de Górliz (Villanueva Edo A, 1991) como antecedente del de San Juan de Dios de Santurce comenzó a funcionar cinco años antes que éste. Pues era un hecho probado que marinos y pescadores padecían menos escrofulosis que los habitantes del interior. De esta observación, sugerida por el Dr. Enrique Areilza en Vizcaya, surgió la helioterapia (Biedma López E, 2007), reforzada por la riqueza de yodo de la atmósfera, la rehabilitación, la gimnasia y los baños de mar. Partiendo de estos principios se eligió la localidad de Górliz en la costa occidental de la provincia de Vizcaya, el sanatorio se construyó junto a la bahía de Astondo por ser un lugar privilegiado; además, se daba la circunstancia de que Górliz es el pueblo de todo el País Vasco que más horas de sol tiene al año (García Viñals, 1926).

Así pues, en 1911, la Diputación de Vizcaya aprobó un proyecto de los médicos Enrique de Areilza, Felipe Llano, Luis Larrínaga y el arquitecto Mario Camiña para construir un sanatorio marino de acuerdo a los modelos europeos, proyecto que recibió en 1912 el *Gran Premio y Medalla de Oro de la Exposición Internacional de Higiene Social de Roma*.

La primera piedra se colocó el 29 de abril de 1911. Su construcción fue muy accidentada por la conflictividad social de la época y el aumento del costo de los materiales de construcción durante la Guerra Europea (1914-1918). Una inyección de fondos permitió terminar las obras en junio de 1919.



Sanatorio Marítimo de Górliz (Foto: Euskomedia.org)

El Sanatorio tenía una instalaciones técnicas muy completas (quirófanos, rayos X, etc.). Para su gobierno, se constituyó un patronato de Señoras inspirado en la beneficencia británica cuya función se prolongó hasta los años sesenta. El Patronato de Damas costeó adquisiciones y renovaciones de material y dando cantidades progresivamente crecientes. En 1942 igualó a la participación de la Diputación y desde 1968 destinó 504.000 pesetas anuales hasta la transferencia al Servicio Vasco de Salud (1985).

La labor del Sanatorio de Górliz en la era helioterápica (1917-1937)

La Helioterapia consiste en la exposición al sol con un objetivo terapéutico. Ya desde la antigüedad se descubrió los beneficios de los rayos solares para la salud, pero sería en el siglo XIX cuando se pusieron de moda los balnearios de moda en Europa y se empezó a dar un carácter científico a la Helioterapia. Se ha considerado a Arnold Rikli (1823-1906) el padre de la Helioterapia moderna quien en 1885 fundó una clínica en Austria y creó el método Rikli sobre la teoría de que “no hay vida sin aire, ni salud sin sol”. Otros países europeos que se unieron a la moda de la Helioterapia fueron Suiza, Francia y Alemania. En España, uno de los iniciadores de la Helioterapia fue el Dr. Moguer (1843-1919), pero en Euskadi existió la preocupación de utilizar la Helioterapia en el

Sanatorio Marítimo de Górliz (Biedma López E, 2007), considerado en la época de la Helioterapia como en mejor sanatorio marítimo de Europa.⁷

Cuando se inauguró el Sanatorio en 1919 había más mil niños tuberculosos, la mayoría, vecinos de las zonas más deprimidas de Vizcaya y con una fuerte impregnación tuberculosa familiar. Por entonces, la capacidad de ingreso se limitó a los portadores de lesiones tratables, rechazándose entre el 20% y el 50% de las solicitudes.⁸

No disponiendo de quimioterapia eficaz durante años, los médicos se limitaron a favorecer a la naturaleza alimentando unos niños malnutridos crónicos. Cuando desaparecía la infección realizaban tablas de gimnasia como tratamiento rehabilitador. Por otra parte, el reposo era fundamental. El tratamiento quirúrgico se indicaba en la osteítis difusa, en la extracción de secuestros y en lesiones fistulosas, siendo éstas difíciles no sólo de curarlas, sino de obtener un mediano resultado funcional.

La mortalidad en este Sanatorio fue importante. Entre 1920 y 1936 se registraron 110 fallecimientos sin contar los niños dados de alta en estadio “pre-mortem”. Todas las formas tuberculosas fueron causa de mortalidad, pero sólo la meningitis produjo 40 defunciones (Villanueva Edo A, 1991)

El Sanatorio de Górliz fue el único hospital vizcaíno y posiblemente el único no militar de toda España que fue evacuado totalmente en la primavera de 1937, y tanto el personal sanitario como los niños ingresados enfermos de tuberculosis fueron trasladados a Francia a bordo del barco “Goizeko Izarra” cedido por la familia Sota ante el peligro de la Guerra Civil.⁹ El Gobierno Vasco ubicó a los niños en el balneario de Saint-Christau, en el valle de Aspe, Bajos Pirineos, a donde llevó gran parte del material médico y mobiliario del Sanatorio. Cuando entró el ejército de Franco en Bilbao, la Diputación recogió a parte de los

⁷ En el Sanatorio San Juan de Dios, en Calafell, también se aplicaba la helioterapia (Biedma López E, 2007).

⁸ www.elcorreo.com/.../gorliz-viene-solo-morir-20091018.html (ultima entrada: 31 julio 2015).

⁹ *Evacuación y repatriación del Sanatorio de Górliz. Un episodio de la Guerra Española.* Publicaciones de la Excma. Diputación de Vizcaya. 1937.

niños¹⁰ puesto que otra parte de ellos, a petición de sus familias exiliadas en Francia, fueron enviados al Sanatorio de Berck-sur-Plague hasta el final de la guerra.

El fin de la época helioterápica y el principio de la era antibiótica (1937-1952)

El Sanatorio de Górliz trató de superar la quiebra que la guerra supuso en toda España, más evidente en las clases sociales más necesitadas.

La tuberculosis aumentó entre 1937 y 1945, los cuadros osteo-articulares se agravaron por la desnutrición, el raquitismo, las parasitosis y otras infecciones. Hubo brotes de sarna, tosferina, piodermatitis, parotiditis, varicela, sarampión y tifus, normalmente por contagio familiar. Había niños de tres años que no tenían el peso normal de un lactante de cinco meses. La escasez de alimentos llegó a afectar la dieta que en 1942 no superaba las 1.700 calorías al día. La penuria limitaba el servicio de rayos x y al gabinete ortopédico.

A partir del año 1942, los ingresos se concedían con menor rigidez. Las sulfamidas y la penicilina facilitaban el tratamiento de algunas osteomielitis. Se aplicó el tratamiento quirúrgico en los periodos finales de la estancia de los niños. Por imperativos reglamentarios, los niños eran dados de alta a los 15 años. Los esfuerzos de la Dirección Médica por ampliar esta limitación fueron baldíos. Pasados ya muchos años, el Sanatorio estableció un concierto con el Seguro de Enfermedad y así esta limitación fue retirada. En 1948, comenzó a descender el raquitismo lo que permitió tratar otros problemas. La asociación de la Hidracida, PAS y Estreptomina supuso la curación de muchos casos de tuberculosis.

¹⁰ Según se deduce de la Nota del Delegado de Plaza del Sector Guerra de Plencia dirigida al Administrador del Sanatorio de Górliz en la que ordenan la evacuación del citado Sanatorio. Euskadi, 13 y 14 de junio de 1937.

Esta terapia cambió fundamentalmente la actividad asistencial en el Sanatorio de Górliz. Hay que destacar que el Dr. Ornilla trató de convertir este Sanatorio en un Hospital Infantil con todas especialidades médicas, pero la Diputación de Bizkaia no aprobó su proyecto. Fue entonces cuando trató de derivar la experiencia adquirida en patología ósea infantil al tratamiento de las secuelas de la parálisis infantil y, cuando ésta desapareció, a los procesos que podían beneficiarse de un tratamiento rehabilitador. En la actualidad es un Hospital para enfermos de media y larga estancia, sin que por ello haya perdido su carácter de Centro de Rehabilitación.

1.2.- Los mecenas que hicieron posible el origen del Hospital de San Juan de Dios de Santurce

Para contextualizar la fundación del Hospital de San Juan de Dios por parte de don Pedro de Icaza y Aguirre según las disposiciones de sus tíos don Pedro y don Domingo Aguirre y Basagoiti, hay que recordar que la industrialización en la Ría de Bilbao generó profundas desigualdades en el reparto de la riqueza, que hubo que solucionar en parte mediante la intervención de los poderes públicos tanto del Estado como de los Ayuntamientos, de la Diputación, y de las iniciativas particulares, que enlazaban con la filantropía ilustrada que desembocó en la industrialización social de la beneficencia como sistema público de asistencia.

Si embargo, la asistencia social ha recorrido un largo camino desde lo privado hasta lo público, desde la caridad feudal dirigida por la Iglesia a la municipalización de la beneficencia por parte de la burguesía urbana durante los dos primeros tercios del siglo XIX, mientras que a finales de la centuria se produjo una vuelta a la beneficencia particular y eclesiástica. Por otra parte, habrá que esperar al siglo XX a que intervenga el Estado para corregir los desequilibrios sociales, y la asistencia, y los servicios sociales tendrán un carácter público.

En este marco de la beneficencia y filantropía hay que destacar la solidaridad que mostraron los bilbaínos acaudalados, y los vecinos de las localidades próximas a la Ría de Bilbao con las personas más desfavorecidas aportando numerosos donativos, que fueron gestionados por la Diputación y los Ayuntamientos. Gracias a todos ellos, la ciudad de Bilbao pudo contar con una serie de instituciones benéficas que hicieron en lo posible la vida de los necesitados, menos difícil. Las principales instituciones de caridad que existieron en Bilbao durante el siglo XIX y principios del siglo XX fueron las siguientes: El Hospital Civil de Basurto, la Casa de Misericordia, la Casa de Expósitos, la Casa de Maternidad, el Colegio de Sordo-Mudos y Ciegos de Deusto, la Asociación Vizcaína de Caridad, la Casa-Asilo nocturno municipal para transeúntes, el Asilo de las Hermanitas de los Pobres, y el Dispensario antituberculoso. Todas estas instituciones eran subvencionadas por el Ayuntamiento de Bilbao, además el consistorio se encargaba de otra institución como era la “Gota de Leche”, y las casas de Socorro.

Pero entre todas estas instituciones benéficas hay que destacara la construcción del Hospital de Basurto, puesto que la nueva burguesía industrial se interesó por los proyectos hospitalarios que se realizaban en Inglaterra y Europa (París, Berlín, Leipzig, Hamburgo) y en España, los de Barcelona y Madrid.

La construcción del Hospital de Basurto se inició en 1898 y, se inauguró en 1908; tenía una capacidad de 600 camas y, las obras fueron subvencionadas por los vecinos de la Villa, entre los que hay que destacar las aportaciones económicas de Dña. Casilda Iturrizar y Don José María Gurtubay. Este Hospital sirvió de modelo para la construcción del Hospital de San Juan de Dios de Santurce.

Como hemos visto, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX se produjo un repunte de la beneficencia particular y filantrópica. Es importante destacar la religiosidad de la sociedad vasca a pesar de las complicadas relaciones entre la Iglesia y el poder político. Sin embargo, en los informes de la Nunciatura se

llega a considerar en 1890 a la diócesis de Vitoria, a la que pertenecía Vizcaya, “como la mejor de España por la fe y la pureza de costumbres del pueblo vasco.”

En este marco hay que situar la fundación del Hospital de San Juan de Dios de Santurce. Serán los hermanos Pedro Pascasio Aguirre y Basagoiti, nacido el 23 de octubre de 1830, y su hermano Domingo Gregorio, nacido el 11 de mayor de 1841 en el caserío “Landaída Abadena” de la anteiglesia de Berango (Vizcaya), quienes donaron una parte de su fortuna adquirida gracias al trabajo y al éxito de los negocios en la ciudad de Tepic (México) donde poseían fincas de caña, algodón, ingenios, telares y negocios con la mar.

Casi 30 años permaneció en México don Pedro Aguirre hasta su vuelta definitiva a Bilbao en 1876, mientras que don Domingo continuó en Tepic al frente de los negocios hasta su regreso a la Villa en 1897. Cuando don Pedro regresó a Bilbao siempre mostro su carácter participativo y, se implicó en obras de beneficencia, ostentó entre otros cargos el de vocal de la Santa Casa de Misericordia, fue miembro de la Junta de Beneficencia, y no cabe duda que al conocer el pauperismo del Bilbao finisecular sintió el impulso de paliar las necesidades de los más desfavorecidos.



Domingo de Aguirre y Basagoiti y Pedro de Aguirre y Basagoiti
Óleos de A. Larroque (Reproducción en, P. Icaza Zabalburu y A. Chapa Imaz: *Los hermanos Pedro y Domingo Aguirre Basagoiti, Primer Centenario de su muerte, 1907-2007. Fundación Benéfica Aguirre, Bilbao, 2007, págs. 135 y 145*

En el 1907 fallecieron solteros los dos hermanos Aguirre sin descendencia directa. El 16 de junio falleció don Domingo y el 1 de noviembre don Pedro, siendo designado su sobrino don Pedro Icaza y Aguirre titular del legado como se recogía en las disposiciones testamentarias, y en la escritura de la “Fundación Benéfica Aguirre” constituida en Bilbao, el 8 de marzo de 1920:

“El objeto de la Fundación es la implantación y sostenimiento en Vizcaya de una o diversas instituciones que contribuyan al mejoramiento material y moral de los **vizcaínos dolientes**, sea mediante clínicas en las que se cure o alivie, sea mediante organismos que los protejan, sea finalmente por cualquier otro medio que las circunstancias de los tiempos aconsejan dentro de una tendencia moralizadora.”¹¹



Escudo de la Fundación Benéfica Aguirre reproducido en el pavimento de la entrada principal antigua del Hospital.
Foto de Archivo del Hospital

¹¹ Si don Domingo y don Pedro vivieran en este momento tendrían que sentirse satisfechos del fin que dieron a su fortuna porque se está cumpliendo el “mejoramiento material y moral de los vizcaínos dolientes” (seguramente se refería a una atención integral a la persona que sufre, atención integral que es prioritaria en este Hospital.) Además, “mediante clínicas en las que se cure o alivie” (éste es un Hospital en el que se ha apostado por la medicina resolutiva, pero también, como se demuestra en esta tesis, desde 1993, en la Medicina Paliativa. Sin olvidar que debiera ser “mediante organismos que los protejan, sea finalmente por cualquier otro medio que las circunstancias de los tiempos aconsejan dentro de una tendencia moralizadora” (la diversidad de proveedores ha sido una constante y un factor que favorecido la viabilidad económica del Hospital, pero también ha sido y es un hospital referente por su doctrina humanista y ética).

En el Artículo 3 de los Estatutos de la escritura de fundación se decía que: *“Esta institución se denominará “FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE”, en memoria de don Pedro y don Domingo de Aguirre y Basagoiti.”*

Precisamente, don Pedro de Icaza y Aguirre que fue destinado a poner en práctica los deseos filantrópicos de sus tíos, había nacido en Berango el 17 de septiembre de 1867, y era hijo de Pedro Icaza Múgica y de Leona Aguirre, hermana de don Pedro y don Domingo; era huérfano de padre, pues éste había muerto un mes antes de su nacimiento en la isla de Cuba siendo capitán de la corbeta la Estrella. Esta triste circunstancia hizo que su tío don Pedro Aguirre se ocupara de él, y se estableciera entre ambos un cariño paterno-filial, al mismo tiempo le transmitió unos valores morales que pondría en práctica a lo largo de su vida, y haría realidad los deseos de sus tíos de continuar con las obras sociales de utilidad pública y de beneficencia, para lo cual le dejaron la tercera parte de su fortuna dando muestras de una gran generosidad.

En general, don Pedro de Icaza dedicó su vida profesional y personal a mejorar la situación de los demás. Desde las instituciones vascas prestó grandes servicios a sus conciudadanos, y expresó su generosidad a lo largo de su vida con importantes donaciones de su patrimonio personal a la Fundación Benéfica Aguirre y a diferentes obras sociales, por cuya labor el Rey Alfonso XIII le concedió el título de Vizconde de Moraga, y el Papa Pío XI, el de Marqués de Casa Icaza, además de la Carta de la Hermandad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Falleció en su casa de Berango el 24 de Enero de 1942, y está enterrado junto a su esposa Mercedes Gangoiti Aguirre en el presbiterio de la capilla del Hospital de San Juan de Dios de Santurce.

Como hemos visto más atrás, don Pedro de Icaza era un hombre de profundos sentimientos religiosos, y siguiendo las instrucciones recibidas de sus tíos constituyó tres fundaciones con el legado recibido, que organizó y administró como único Patrono hasta su muerte. Estas Fundaciones iban encaminadas a mejorar las condiciones sociales y materiales de los vizcaínos.

En primer lugar, contamos con la “*Fundación Agrícola Aguirre*”. Su función consistía en mejorar las condiciones de trabajo en el campo y en el caserío, así como introducir mejoras en los cultivos.

En segundo lugar, creó la “*Fundación Vizcaína Aguirre*” que se centró en preparar profesionales de la economía, dando lugar a la Universidad Comercial de Deusto en colaboración con los Jesuitas en 1916.

Por último, la “*Fundación Benéfica Aguirre*” que, como ya se ha citado anteriormente, se constituyó en 1920 con el fin de “contribuir al mejoramiento material y moral de los vizcaínos dolientes” inaugurándose el “Hogar y Clínica San Juan de Dios” en 1924 en Santurce y se hicieron cargo de la misma los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

El objetivo de la Fundación Benéfica Aguirre estaba dirigido al cuidado y curación de los niños lisiados, inválidos y pobres bajo un doble aspecto: de **Hogar** para niños de sexo masculino, lisiados e inválidos, en el que fueran educados e instruidos, procurándoles al mismo tiempo su fortalecimiento o curación, mediante la aplicación metódica de tratamientos convenientes, y de **Clínica** quirúrgico-ortopédica en la que se operaría, con preferencia, a los niños procedentes del Hogar. Junto a ésta se estableció un taller ortopédico para hacer en él los aparatos que necesitaban los niños y facilitar también a éstos, llegados a cierta edad, el aprendizaje de un oficio que les pudiera servir para ganarse la vida honradamente, una vez dados de alta en el **Hogar-Clínica**.

Don Pedro de Icaza tenía una especial sensibilidad hacia los niños con malformaciones osteo-articulares que, debido a la situación socio-económica de aquellos años, no recibían ningún tipo de atención. Era un espectáculo lamentable ver niños lisiados, tullidos, deformes y abandonados en las calles, víctimas de los explotadores, pidiendo dinero, dedicándose a menesteres incalificables y con un porvenir siniestro. Los Hermanos de la Orden

Hospitalaria de San Juan de Dios fueron pioneros en responder contra tal lacra social.¹²

La obra del Hospital San Juan de Dios de Santurce nació de un pequeño suceso, en apariencia irrelevante, como con frecuencia sucede en las grandes realizaciones: la visita de Fray Julio Piña, de la Orden de San Juan de Dios, que en 1912 hizo a don Pedro de Icaza para pedirle limosna¹³ para el Asilo de San Rafael de Madrid. Invitado a que entrara, don Pedro se interesó por la descripción que el Fray Julio le hizo de los niños desvalidos a que atendían. Le dio una limosna de 50 pesetas y le preguntó extrañado cómo siendo de Madrid venía a postular en Bilbao y no fundaban en esta ciudad un centro similar al de Madrid. Fray Julio le respondió que si en Bilbao les ayudaban con medios suficientes podrían también fundar un Asilo como el de San Rafael de Madrid, a lo que don Pedro contestó que dijera a sus superiores que él daría todo lo necesario para hacer la Fundación de un Asilo en Vizcaya.

Parece ser que don Pedro de Icaza tenía muy adelantado un proyecto para construir un edificio destinado a la asistencia de los niños portadores de alteraciones osteo-articulares y estaba a la espera de encontrar un lugar apropiado para hacer la edificación, por lo que la visita de Fray Julio fue providencial.

Entablaron los dos una amena y prolongada conversación, durante la cual don Pedro se interesó por el funcionamiento de los asilos de los niños lisiados que la Orden Hospitalaria sostenía. Explicó a Fray Julio su proyecto de abrir uno de esta clase en la provincia de Vizcaya, indagando si los Hermanos de San Juan de Dios pudiesen encargarse de su dirección. Fray Julio, buen conocedor de la materia, proporcionó a don Pedro cuantos datos le pedía, pero le manifestó que no era él quien podría aceptar o no el ofrecimiento que hacía a la Orden,

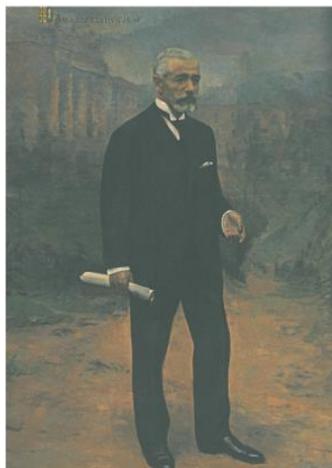
¹² Revista *La Caridad*. Año XXVII. Nov-Dic 1968. Núm. 218. Número especial en la Clausura del Centenario de la Orden de San Juan de Dios. págs.. 441-456.

¹³ La postulación en la Orden de San Juan de Dios tenía una larga tradición; el propio Santo Fundador de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios mantuvo sus hospitales de pobres pidiendo limosna a los pudientes. En aquellos tiempos no existían otras fuentes de financiación que no fueran las ayudas y las fundaciones privadas.

sino que sería el Padre Provincial de la Orden en España, el Padre Federico Rubio.

Cuando Fray Julio regresó a Madrid dio cuenta de esta oferta al Padre Faustino Calvo, Superior del Asilo de San Rafael. Éste no perdió el tiempo; se presentó en Bilbao y se entrevistó con don Pedro llegando a un acuerdo para realizar una Fundación. Recorrieron las cercanías de Bilbao en busca de una zona de terreno donde asentar un Hospital Asilo.

Las negociaciones que se entablaron con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y la Fundación Benéfica Aguirre para la fundación de Hospital de Santurce las analizaremos en el siguiente apartado.



Pedro de Icaza Aguirre, a los 60 años de edad. Óleo de C. Párraga. (Reproducción en P. Icaza Zabalburu y A. Chapa Imaz: *Los hermanos Pedro y Domingo Aguirre Basagoiti. Primer Centenario de su muerte, 1907-2007. Fundación Vizcaína Aguirre, Bilbao, 2007, pág. 162*)

1.3.- La fundación del Hospital en 1924

En los primeros días del mes de enero de 1917, don Pedro de Icaza escribió al Padre Federico Rubio haciéndole la oferta formal del Hogar que se estaba edificando, adjuntándole un borrador con las bases sobre las que podría formalizarse, a su tiempo, el contrato de su entrega a la Orden Hospitalaria.

El 2 de febrero de este mismo año, 1917, el Padre Federico Rubio dio a conocer a los Padres del Consejo las proposiciones enviadas por don Pedro de Icaza para que la Orden Hospitalaria se encargara de la Fundación Benéfica Aguirre que se estaba llevando a cabo. Examinadas éstas, vieron que algunas no convenían. Y con el fin de proceder con más acierto, acordaron que el Padre Provincial, acompañado de unos de los consejeros fuera a Bilbao para entrevistarse con don Pedro y hacerle ver la conveniencia de modificar algunas de las cláusulas que él proponía, las cuales podrían resultar menos prácticas, no solo para los Hermanos, sino también para el fin de la Fundación. Acordaron presentarle una copia del contrato firmado en el Instituto de Carabanchel ¹⁴ con el Marqués de Vallejo para que pudiera servir de modelo y orientación.

Después de varias entrevistas con don Pedro de Icaza, se llegó a un total acuerdo, quedando aprobadas las bases fundamentales del contrato que, en su tiempo, se estipularía entre éste y el Padre Provincial de la Orden de San Juan de Dios, prosiguiendo mientras tanto las obras del edificio (Gómez JC Fr, 1968).

Para escoger los terrenos en que se edificara el Hospital, el Padre Federico Rubio envió a Bilbao al Padre Faustino Calvo que, en compañía de don Pedro, el Prior de Santa Águeda, el Padre Miguel de los Santos, y otros religiosos visitaron varios terrenos en las afueras de Bilbao, próximos a la ría del Nervión. Después, en una reunión celebrada en casa de don Pedro, éste pidió a los Padres y Hermanos que expusieran su opinión sobre los lugares reconocidos y cuál de ellos les parecía más apropiado para la Fundación. El Padre Faustino Calvo dijo: “A mi modo de ver, el que mejores condiciones reúne es el que hemos visto cerca de la margen de la ría, entre Portugalete y Santurce, pero tiene el inconveniente de que es el más caro de todos”. De esta misma opinión

¹⁴ La creación del Instituto de Carabanchel, hoy denominado Fundación Instituto San José, sito en Carabanchel (Madrid), fue fruto de la confluencia de los destinos de dos relevantes personalidades; de una parte, el Padre Benito Menni y don Diego Fernández Vallejo, Marqués de Vallejo. El 20 de junio de 1899 se otorgó la escritura de fundación del Instituto-Asilo de San José para epilépticos. <http://fundacioninstitutosanjose.com/la-fundacion/> (última entrada: 31 julio 2015).

fueron los demás asistentes. Conocida la opinión de los Hermanos, don Pedro dijo: “Si ese es el lugar más apropiado, se comprará, aunque sea el más caro”. Y así se hizo.

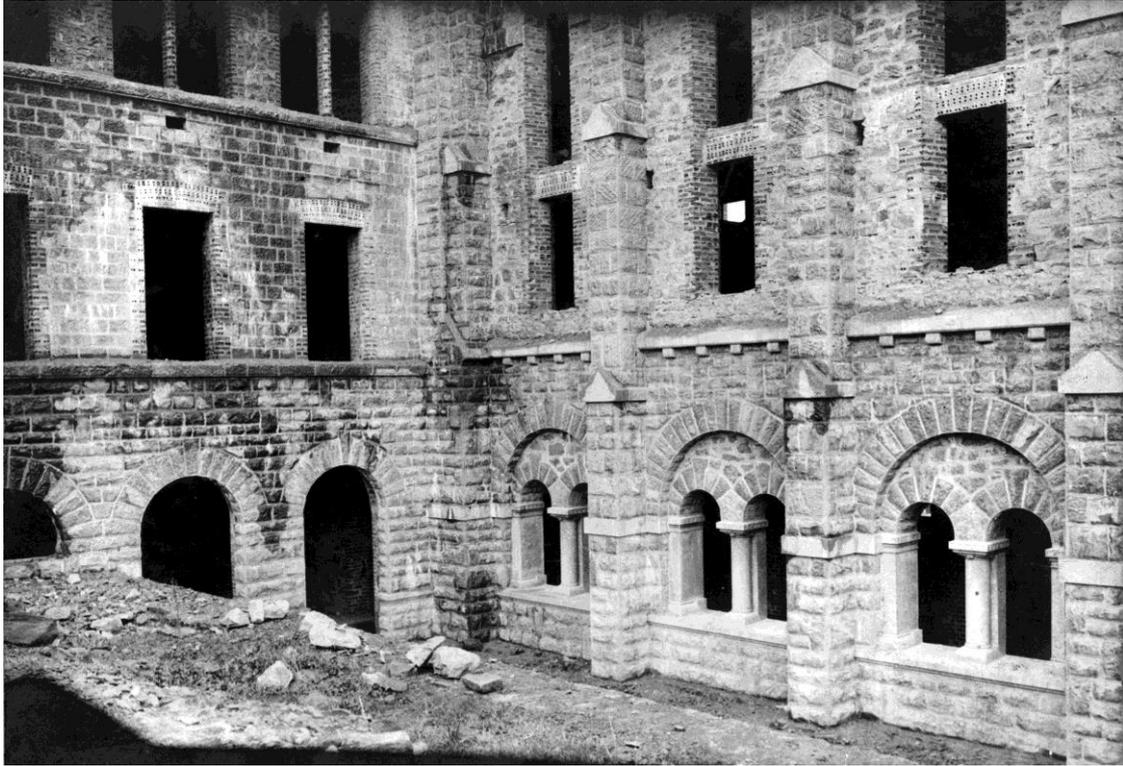
Los terrenos que habían elegido tenían una extensión de 20.552 metros cuadrados y estaban situados en una ladera que dominaba el mar, entre los pueblos de Portugalete y Santurce, cerca de la desembocadura del Nervión, a 12 kilómetros de Bilbao, pero muy bien comunicados con esta población.

La Fundación Benéfica Aguirre se materializó, en perfecta simbiosis con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, con un primer y primordial objetivo: la creación del Hogar y Clínica de San Juan de Dios.¹⁵

Don Pedro de Icaza se hizo cargo de la adquisición de los solares señalados y encarga a los arquitectos de Bilbao, don José María Basterra Madariaga y don Emiliano Amann, el estudio y trazado de los planos. En el curso del 1915 se colocó la primera piedra de su construcción. Entre tanto, se mantuvo la intercomunicación, por cartas, de propuestas entre don Pedro de Icaza y el Padre Provincial, Federico Rubio, que en febrero de 1917, acompañado de un Consejero Provincial, visitó al Fundador y le presentó algunas modificaciones a algunas de las cláusulas de la escritura fundacional. El 27 de febrero de 1918 el Definidor Provincial aprobó el contrato acordado con don Pedro de Icaza cuya escritura pública se extendió en su día.¹⁶

¹⁵ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975. pág.. 5

¹⁶ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975. pág.. 11



El Hospital en Construcción
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce.)

En el Capítulo General de noviembre de 1919, fue elegido Provincial de España, el Padre Juan Jesús Adradas. El 27 de noviembre del mismo año dio a conocer el nuevo Provincial a su Definitorio una carta recibida de don Pedro de Icaza solicitando dos religiosos que atendieran el final de las obras y sus instalaciones. A esta comunicación, contestó el Padre Adradas manifestando que era necesario que enviara las bases definitivas de la entrega, para que aprobadas por el Definitorio Provincial, fueran enviadas a Roma, a fin de obtener la aprobación de la Curia Generalicia. El Padre Provincial dio a conocer a sus consejeros el día 4 de marzo de 1920 las bases enviadas por don Pedro de Icaza, manifestándoles también la necesidad de aprobar el contrato definitivo de la Fundación Benéfica Aguirre. Una vez que examinaron y discutieron las citadas bases y conocida la facultad que el Fundador otorgaba al Padre Provincial para resolver cualquier dificultad que sugiera, los definidores aprobaron unánimemente el contrato. Cuatro días después, el 8 de marzo de 1920, don Pedro de Icaza estableció ante don Francisco de Santiago, Notario de Bilbao, el Estatuto de la Fundación, por el que debía regirse el Patronato que se había formado para su dirección. Este escritura fue firmada el

28 de marzo de 1920 por el Padre Provincial, Juan José Adradas y el Fundador, don Pedro de Icaza Aguirre.¹⁷

Los Estatutos de la Fundación determinaron en quince artículos sus fines, medios y plenas atribuciones del Patronato que la regirá en el futuro. En dicha escritura se confía a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios la organización y desarrollo de las obras benéficas de la Fundación Aguirre.

Esta escritura¹⁸ extractada en sus puntos principales decía así:

“Pensadas las dificultades que a la Institución costaría la organización de los servicios, objeto de la misma, y los inconvenientes que tendría para sostenerlos y administrarlos por sí, una vez organizados, don Pedro de Icaza confía la realización de todos aquellos servicios a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, como Instituto sólidamente cimentado que se acomoda de un modo especial, y quizá único, a los fines permanentes de la Fundación, provista de personal apto y dotado de experiencia en la dirección de Establecimientos Benéficos de esta clase. Así pues, el patrono de la Fundación Benéfica Aguirre, don Pedro de Icaza, confía a la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, y en nombre de ésta, el M. Rvdo. Padre Juan Jesús Adradas, Provincial de la misma en España, toma a su cargo la organización y el ejercicio de las obras benéficas que aquí se enumeran:

PRIMERA.- Establecimiento de un Hogar para niños lisiados y tullidos pobres, en el que se instruyan y eduquen, procurando al mismo tiempo, por una metódica aplicación de los preceptos higiénicos, su fortalecimiento o curación.

SEGUNDA.- Establecimiento de una Clínica quirúrgica ortopédica en la que se operen de preferencia los niños procedentes del Hogar.

TERCERA.- Establecimiento de un taller de ortopedia, donde se construyan aparatos necesarios para los internos del Hogar y Clínica preferentemente.”

La Fundación Aguirre se constituyó el 8 de marzo de 1920, con el objetivo social de “contribuir al mejoramiento material y moral de los vizcaínos dolientes”¹⁹ asumiendo la tarea de erigir en estrecha unión con la Orden

¹⁷ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Curia Provincial de Castilla. 1975. pág.. 11

¹⁸ Revista *La Caridad*. Memoria histórica. 1867-14. Diciembre 1942. Año II. Núm. 24. págs.. 243-244.

¹⁹ El fundamento de esta Tesis es demostrar que este objetivo de la Fundación Aguirre se ha cumplido a lo largo de los 90 años de existencia del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Hospitalaria de San Juan de Dios, el Hogar y Clínica de San Juan de Dios de Santurce. Esto significó la introducción de la caridad científica en consonancia con los progresos de la ciencia medico-quirúrgica.^{20 - 21}

La plasmación de los acuerdos entre la Fundación Benéfica Aguirre y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios tuvo lugar el 28 de julio de 1920 mediante un convenio, en virtud del cual la Orden Hospitalaria San Juan de Dios quedó encargada de la organización y funcionamiento de un Hogar para niños pobres, lisiados y tullidos, así como de una Clínica Quirúrgica y Ortopédica para la cirugía de este tipo de enfermedades, y de un Taller Ortopédico complementario.

El 19 de noviembre de 1920 se hicieron cargo de la Fundación el Padre Faustino Calvo, como Vicario-Prior y Fray Alejandro Azcue. El 2 de marzo de 1921 llegaron los Hermanos Fray Francisco de Paula Itoitz, Fray Antonio de Padua Caballero, Fray Juan María Mecho y Fray Mario Domenech, constituyéndose la primera Comunidad. El 8 de marzo de 1921, el Padre Juan Jesús Adradas bendijo una capilla provisional, dijo la primera misa y se recibió el primer niño. El Padre Faustino Calvo relató cómo ingresó el primer niño:²²

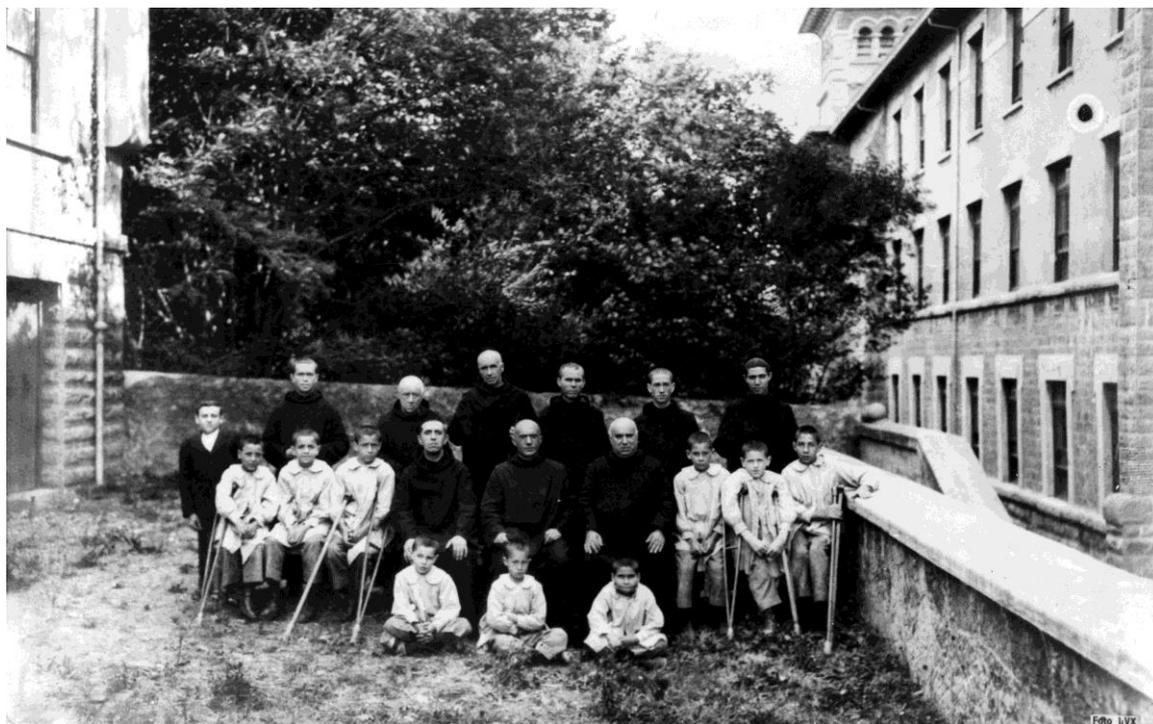
“Iba a Bilbao, la víspera de San Juan de Dios, pensando en la fiesta de inauguración del siguiente día, con cierta pena de no tener un solo niño ni aviso para recibirlo. Al salir de un callejón, apartado de la carretera. Se me presenta un niño de unos diez años, sobre dos muletas. Le detuve, le pregunté su nombre: Juan, me dijo. Pregunté por sus padres: no tenía madre y estaba recogido por una familia caritativa. Le dije: avisa a la familia y, si ella quiere y tu también, yo te llevo a nuevo Asilo para operarte las piernas y andes sin muletas. La familia se presentó la misma tarde en el Establecimiento; se le indicó que sacara partida de Bautismo del niño y se presentara con él al día siguiente, a las nueve. Así lo hizo, y Juanito fue el primer niño ingresado el día San Juan de Dios”.

²⁰ Revista *La Caridad y Ciencia*. Año I. Febrero de 1929. Núm. 2. pág.. 93.

²¹ Este Hospital se caracteriza como se podrá comprobar en los últimos capítulos de esta Tesis por el acercamiento humano (“un hospital próximo”), la actualización de las técnicas médicas, la investigación y la innovación.

²² Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975. Pág.: 11.

Los datos completos de este primer niño son los siguientes: Juan Quintela Calleja; hijo de Paulino y Catalina; nació en Portugalete el día 26 de marzo de 1910; ingresó en el Hogar y Clínica el día 8 de marzo de 1921; salió curado el 28 de junio de 1925. A este niño siguieron otros hasta completar el número de 10, señalado por don Pedro (Marcos O, 1969).



Los 10 primeros niños ingresados
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Curar y cuidar inválidos era una de las misiones de este Hospital. La Fundación Benéfica Aguirre se propuso crear una Institución donde pudieran ser atendidos niños que, por defecto congénito o patológico de su aparato locomotor, presentaran deformaciones de sus miembros.²³ Niños lisiados, abandonados a las consecuencias de sus enfermedades y deformidades, que se hallaban en gran proporción totalmente impedidos para la deambulaci3n, imposibilitándose con ello la asistencia a las escuelas, y otros muchos que, aunque con alg3n trabajo, utilizando muletas o mostrando graves deformidades vertebrales se propusieron asistir a la escuela, si a ello les animaba su proximidad, mostraban pronto su aversi3n a la misma porque se veían objeto

²³ Memoria descriptiva del Hogar y Clínica de San Juan de Dios. Bilbao. 1927

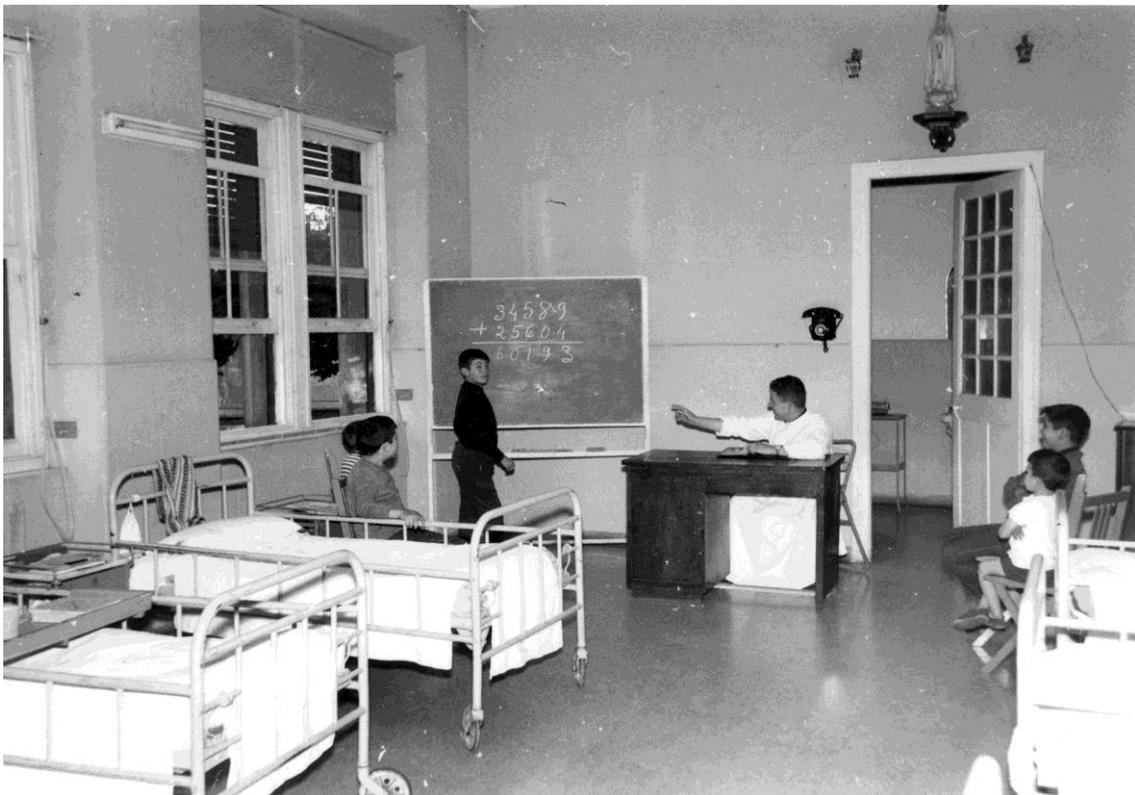
de mofa de los niños sanos, aún poco razonables para respetar y comprender la desgracia. Consecuencia de todo ello es que a sus defectos físicos se agregaba un atraso intelectual y un carácter agresivo y díscolo, que los inutilizaba para la vida social y les impedía alcanzar la capacidad suficiente para procurarse en el futuro con su trabajo su sustento diario. Estos niños, mientras vivían sus padres y aún los hermanos, éstos resignadamente soportaban esta carga y les procuraban mimos y otro tipo de consideraciones. Pero si estos niños se vieran solos tendrían que ir a parar forzosamente a un asilo constituyendo una carga permanente a la Beneficencia Pública, si no eran objeto de explotación dedicándolos a la mendicidad.



El Hno. Juan de Dios Valdemoro con niños en el jardín del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

La Ciencia Médica disponía por entonces de considerables recursos para conseguir en muchos casos una verdadera curación de estos niños lisiados, y en otros para procurarles gran alivio a su estado. Si, a parte de los cuidados ortopédicos, se podían ofrecer a estos niños una educación esmerada y al menos la enseñanza escolar elemental, les quedaba la esperanza de aprender algún oficio por el que mostraban inclinación y que no exigiera grandes aptitudes físicas para gozar la satisfacción de no ser para nadie gravosos, pudiendo ganar su pan con sus propios esfuerzos.

La creación de una **Clínica** y de un **Hogar**, con su escuela a él aneja, fue un verdadero acierto porque la mayoría de casos de deformaciones y enfermedades del aparato locomotor exigían un tratamiento muy prolongado, que a veces se podía contar por años, y como en la edad escolar era precisamente cuando el porcentaje de casos era más elevado, y por ello, cuando el tratamiento de los mismos se imponía, se comprendía muy bien la necesidad de no abandonar a estos niños y de someterlos al cuidado de los cirujanos ortopédicos, ya que dichos cuidados no eran de tal naturaleza que exigieran apartarles de la escuela sino en muy cortos periodos.



Escuela del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

(tal vez cambiar esta foto por otra más antigua y esta pasarla a la III etapa)

En España fueron los Hermanos de San Juan de Dios los primeros y únicos que habían prestado atención a tan importante obra de caridad en sus centros benéficos de Madrid,²⁴⁻²⁵⁻²⁶ Barcelona²⁷ y Valencia²⁸ por lo que el Patronato de la Fundación Benéfica Aguirre había considerado que nadie mejor que a estos Hermanos de San Juan de Dios, que habían dado pruebas de conocer muy a fondo esta cuestión y que mostraban especial vocación por el cuidado de los niños inválidos, podía confiarse la organización y asistencia de la Institución creada por la Fundación Benéfica Aguirre, a la que se había bautizado con el nombre de **Hogar y Clínica de San Juan de Dios**.

²⁴ La historia hospitalaria de los hermanos de San Juan de Dios se remonta al 1552 cuando se procede a la fundación del antiguo Hospital de Nuestra Señora del Amor de Dios en la calle de su mismo nombre (situada muy cerca de la calle Atocha). Sin embargo, no fue hasta 1892 cuando se fundó el hospital San Rafael en Pinto, como asilo de niños raquíuticos y escrofulosos pobres, teniendo este edificio una capacidad para 25 niños.

Ya en 1900 se traslada el Hospital al Paseo de las Acacias 6, en Madrid, donde se inició un servicio de consultas externas gratuitas, dónde se logró atender a más de 1.500 niños gracias a las aportaciones económicas voluntarias de los madrileños. En 1912 se produce el traslado del hospital de nuevo, en esta ocasión a los **Altos del Hipódromo** en la carretera de Chamartín, donde se amplió su capacidad hasta 120 camas para atender a niños con tumores blancos, mal de Pott, raquitismos y parálisis infantil. En 1915 se declara el **Asilo San Rafael** como Establecimiento de Beneficencia particular. En 1923 el Asilo se consolida como sanatorio ortopédico, ampliando sus servicios con laboratorio, radiología, taller ortopédico y una escuela para niños ingresados, seguido en 1934 por una nueva ampliación hasta las 250 camas. En 1936 es incautado por la Junta de Beneficencia y Asistencia Social, instalándose en el mismo, primero una cárcel de mujeres, y más tarde un Hospital Militar (Hospital número 21), hasta que en 1939 vuelve a ser asilo infantil. En 1957 se incorporan las especialidades de oftalmología, odontología, otorrinolaringología, dermatología y fisioterapia y laboratorio [https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_San_Rafael_\(Madrid\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_San_Rafael_(Madrid)) (última entrada: 31 julio 2015).

²⁵ **Fundación Instituto San José, en Carabanchel**, reconocida e inscrita como Fundación Benéfica particular por Real Orde de 21 de junio 1899.

²⁶ **Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos**, fundado en 1976.

²⁷ <http://www.vsjd.org/centros/serveissociosanitaris-espluges.php> (última entrada: 15 julio 2015).

²⁸ Trayectoria de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios en Valencia: Inicialmente, hace 125 años, la acción de San Juan de Dios se centró en la atención sanitaria a los niños enfermos, para lo cual se construyó el Hospital de Malvarrosa. Sant Joan de Deu Serveis Socials Valencia desarrolla, desde el año 1992, una serie de proyectos orientados a la atención de personas en situación de sin hogar. A lo largo de estos años, los programas de Atención Social se han ido ampliando en función del análisis de las necesidades del colectivo, y con el deseo de crear una red de proyectos y recursos que favorezcan la atención integral, y la posibilidad de favorecer un proceso de cambio a las personas que atienden a través de la rehabilitación y la reinserción social. Actualmente, 22 profesiones, 65 voluntarios y 3 hermanos de San Juan de Dios, trabajan en los programas para la acogida, la atención de necesidades básicas, la inserción social y laboral a las personas en situación de sin hogar y en riesgo de exclusión social. <http://sanjuandediosvalencia.org/QUIENESSOMOS/SERVICIOSSOCIALESVALENCIA/TRAYECTORIA/tabid/1186/language/es-ES/Default.aspx> (última entrada el 31 de julio 2015).

De esta manera se esbozó el programa médico-quirúrgico que había comenzado ya a desarrollarse, para conocimiento, en primer término, de los médicos generales, que eran quienes más podían ayudar en este empeño aconsejando a la familia de los niños lisiados que acudiesen a centros como éste, donde podían alcanzar su curación muchas veces y el máximo rendimiento de su capacidad física.

1.4.- La arquitectura hospitalaria: instalaciones y equipamiento de la época de la fundación

La antigua idea de la asistencia de caridad y ayuda a bien morir a los enfermos fue transformándose poco a poco por el de “justicia social”. Las nuevas construcciones hospitalarias asimilaron las nuevas consignas y dieron prioridad a la asepsia, la funcionalidad, la calidad en la atención médica, la eficiencia del servicio y la optimación de los costos operativos.

A finales del siglo XVIII se instaló el “sistema de pabellones aislados”, para ese entonces la separación de las salas suponía un mejor funcionamiento y una mayor higiene. El modelo fue ampliamente utilizado en los siglos XIX y XX. Por ejemplo, el Hospital Lariboisière de París (1859), el Hospital Real de Chelsea, en Inglaterra, el modernista de Sant Pau de Barcelona (1900-1909) y los hospitales generales de México y Mérida (1905) en México.

En la segunda mitad del siglo XX reveló un nuevo esquema. El Hospital era ahora un “gran bloque” constituido por varios pisos. Tenía sus respectivas variaciones formales acorde con la capacidad, la especialización, el clima. En la actualidad, los centros hospitalarios cuentan con edificaciones automatizadas y de alta sofisticación, como los General Hospitals de EEUU (Ortiz Islas A, 2004).

El Hospital San Juan de Dios de Santurce se situó en el límite de los términos municipales de Portugalete y Santurce, a 36 metros sobre bajamar en la parte

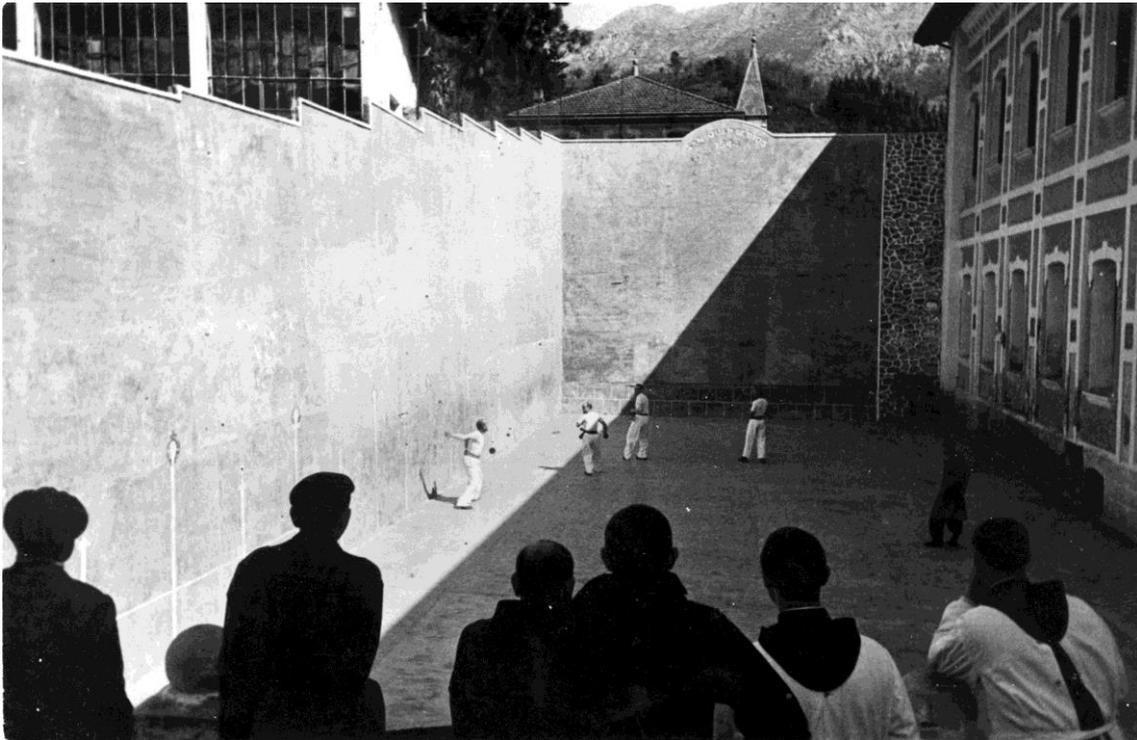
más baja y 50 metros en la parte más alta (Marcos O, 1969). Este emplazamiento está situado en la desembocadura del río Nervión, frente a la pintoresca bahía de El Abra, sobre una ladera dominando el mar, del cual recibe aire estimulante y puro. Tenía fáciles y cómodo servicios con la capital por medio del tranvía y tren eléctrico; se halla alejado de fábricas y aglomeraciones urbanas y dada su proximidad al mar, un perfecto sistema de saneamientos. Finalmente, doble abastecimiento de aguas potables, además de un manantial que brota en la misma finca.²⁹



Tranvía delante de la fachada del Hospital
Foto de archivo del Hospital

Las obras de este Hospital comenzaron enseguida. En razón de su doble condición, de Hogar y Clínica, y de la presencia de la comunidad religiosa que la serviría, habría que dotar a la construcción de amplitud y una adecuada ordenación de espacios: clínica, rehabilitación, escuela, servicios recreativos, patios, frontón, salón-teatro, iglesia.

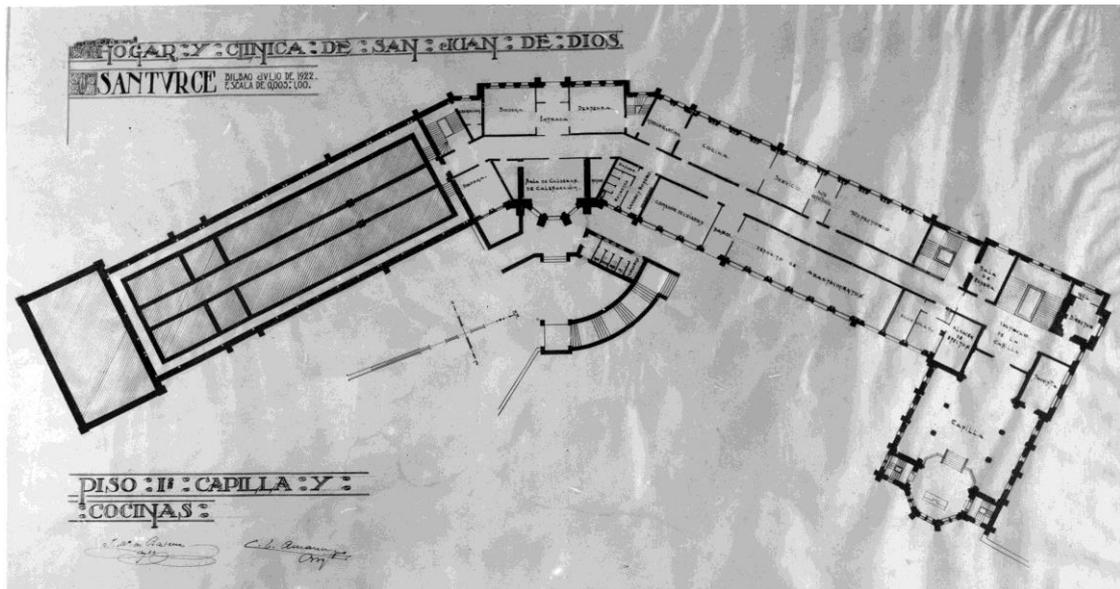
²⁹ Revista *La Caridad*. Memoria histórica, 1867-14, Diciembre 1942. Año II. Núm. 24. pág..243.



Frontón construido dentro del recinto hospitalario
Foto de archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce

En septiembre de 1920 llegaron los primeros Hermanos de San Juan de Dios, fray Faustino Calvo León que en 1928 sería elegido General de la Orden y fray Alejandro Azcue Gorostizaga, que en 1929 sería designado para regir el Centro. Ambos se hicieron cargo de la situación ya muy avanzada de la construcción. De hecho, sin estar totalmente terminada la obra, empezaron a ser admitidos los primeros niños con problemas óseos: parálisis, mal de Pott y deficiencias congénitas.

El edificio tiene un desarrollo longitudinal de 170 metros, con dos inflexiones, Este-Mediodía, que resguardan los patios de los vientos y temporales del Norte y Oeste.



Plano del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

El desnivel del suelo hace que el edificio tenga dos plantas en la sección del patio y cuatro en la portería. La amplitud del espacio edificado hace que la distribución interior sea sobradamente holgada. Las dos plantas bajas están dedicadas a servicios: la del nivel del patio, a Hogar y la principal, a Clínica. Una hermosa iglesia gótica de tres naves, convertidas en tribunas las dos laterales, para la asistencia de los niños, completa el conjunto de la edificación. Hay además, un pabellón lazareto³⁰ de diez habitaciones, provisto de todos los servicios; otro para lavadero y costura de ropa y un chalet-residencia del médico interno (Marcos O, 1969)

³⁰ Recinto que se dedicaría a la observación y tratamiento de desinfección de niños que podrían ser contagiosos para el resto de los niños.



Lazareto
Foto de archivo del Hospital

El edificio principal está colocado en forma de que su mole sirviera de resguardo a los patios de recreo, defendiéndose de los duros temporales del Noroeste, así como de los fríos vientos del Norte. Esto se consiguió perfectamente mediante las dos inflexiones dadas al eje longitudinal del edificio que mide 170 metros, y la superficie edificada es 2.890 metros cuadrados.³¹

³¹ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. 1867-14. Diciembre 1942. Año II. Núm. 24. pág.. 243



Vista del hospital cuando se comenzó a caminar en 1924
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

En cuanto a la capacidad de las construcciones, después de haber estudiado las estadísticas aproximadas del contingente de niños lisiados en Vizcaya, se distribuyeron los locales en forma de poder hospitalizar confortablemente unos 60 niños.³²

La amplitud del edificio no es preciso ponderar, pues en este aspecto es conocido algo que sobrepasa lo imaginable. Con decir que era un pabellón para cincuenta niños, y que en él, durante la guerra civil de 1936-39 se atendieron trescientos heridos de guerra.³³

Como edificios anejos,³⁴ esta Casa contaba con:

- 1.- Una bonita y espaciosa iglesia de estilo gótico, admirablemente dispuesta para las necesidades del Hogar y de la Clínica, teniendo un gran coro para la Comunidad, a los lados del valioso órgano.
- 2.- Un lazareto, con diez habitaciones individuales, y provisto de todos los servicios, incluso los de desinfección.

³² Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. 1867-14. Diciembre 1942. Año II. Núm. 24. pág.. 243

³³ Revista *La Caridad*. Año IX. Nov. 1949. N° 105. pág.. 398

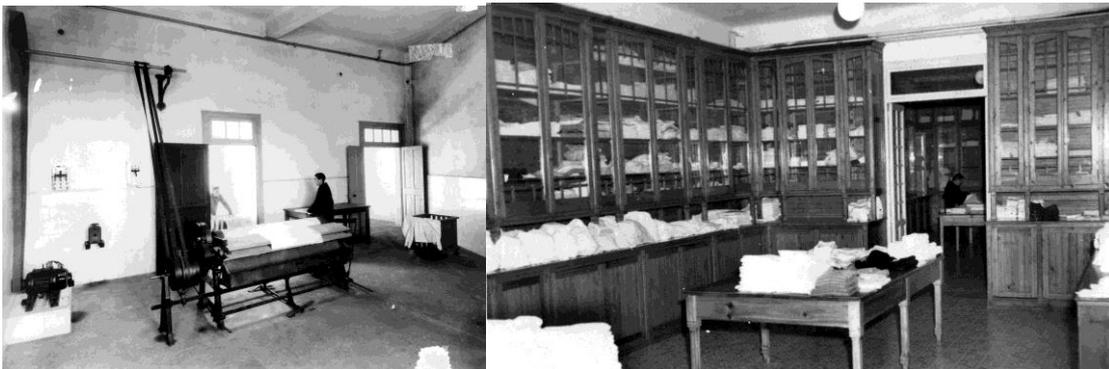
³⁴ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. 1867-14. Diciembre 1942. Año II. Núm. 24, pág.. 243

3.- Un pabellón destinado para lavadero mecánico con tendedero cubierto.

4.- Un chalet de lujo para residencia del médico interno.



Iglesia del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi
(Foto: Archivo del Hospital)



Lavadero y ropero
(fotos: archivo del Hospital)

Descripción de la Clínica

La Clínica ocupaba toda la planta del tercer piso, al que daban acceso dos grandes ascensores con capacidad para camillas y sillas de ruedas de enfermos, así como varias escaleras. Había un amplio corredor que se extendía a todo lo largo del edificio que separaba las dependencias generales de la Clínica, con fachada al Norte, de los dormitorios de los niños que estaban en tratamiento, con fachada al Sur.



Sala dormitorio de los niños ingresados
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Había dos amplias salas de operaciones, una aséptica y otra séptica, que estaban separadas por una dependencia destinada a la esterilización del material de cura e instrumental. También disponía de un sala para la aplicación de vendajes enyesados y para la preparación de moldes de yeso, así como otra sala para las curas de niños que había sido operados.



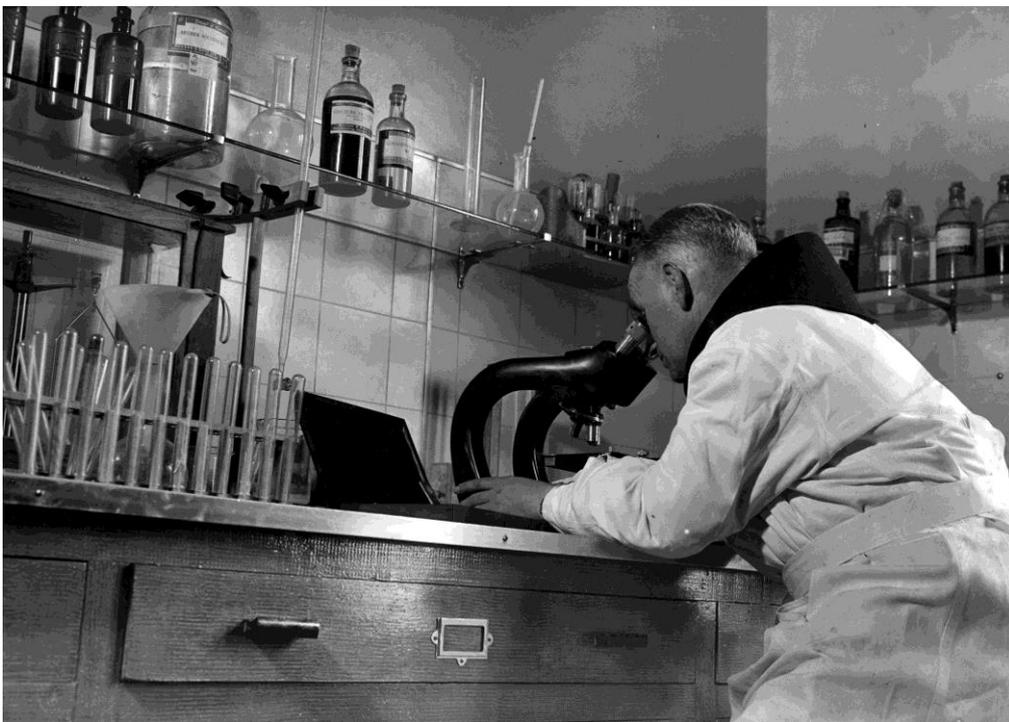
El Hno. Félix Montoya curando a varios niños en la Enfermería del Hospital.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Por la fachada Norte y Este del edificio se distribuían un amplio gabinete de Radiología, un laboratorio de Fotografía,³⁵ tres gabinetes médicos de Otorrinolaringología, Oftalmología y Odontología, un laboratorio de análisis clínicos, una Farmacia, así como un museo y una biblioteca.

³⁵ La fotografía fue un método de registro de las deformidades de los niños tratados en este Hospital, así como para seguir su evolución posquirúrgica. Gracias al magnífico empleo del documento fotográfico este trabajo se ha podido ilustrar con fotografías recuperadas del archivo del propio Hospital.



Sala de Rx del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)



Laboratorio del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)



Sala de Consultas del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

En la fachada Sur de esta misma planta estaban distribuidas las salas de enfermería, una habitación para un recién operado y otra para seis operados en los días anteriores. Estas salas estaban separadas por una dependencia donde se encontraba el Hermano de guardia para poder vigilar a los enfermos de ambas salas a través de las ventanas que comunicaban con ambas salas.

Además disponía de una sala de enfermería común, tres salas para pensionistas, una sala de recreo para los niños que comenzaban a levantarse, un salón de reconocimientos, un gabinete para el Médico Director y una sala para la preparación del material de curas y almacén, que completaban la fachada Sur de esta planta.

En las plantas inferiores había otras dependencias muy importantes de la Clínica como eran la sala de Hidroterapia, de Electroterapia y Masaje, así como el salón de Gimnasia y Mecanoterapia. Todas estas dependencias estaban distribuidas en las plantas de Hogar y Escuela para que los niños que habían podido abandonar la enfermería pudieran alternar las horas de clase con las sesiones de terapéutica física.



Sala de Rehabilitación y Mecano-Terapia del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Para la fabricación de aparatos ortopédicos se montó un espacioso taller mecánico, con maquinaria ad hoc, en el sótano que era la planta donde se encontraba la capilla.

A continuación describiré algún detalle de las distintas instalaciones que he citado anteriormente.

El Director Médico tenía en su despacho el Archivo de las Historias Clínica y contiguo al mismo se hallaba la sala de reconocimiento clínico de los niños que habían solicitado su ingreso en esta Institución. En esta sala de reconocimiento había una mesa metálica para explorar acostados a los niños, una vitrina con instrumental de exploración, una instalación "DIAX" de Rayos X, un armario vestuario médico y un lavabo. La sala de reconocimiento era muy amplia para poder explorar la deambulación del niño y poder así anotar sus anomalías. El Hermano encargado del registros de Historias Clínicas recogía los datos que el Director Médico le dictaba a medida que iba realizando el reconocimiento del niño.

Para la Biblioteca médica se había preparado una amplia dependencia con elegantes armarios donde se comenzó a ordenar los libros y las revistas que el Médico Director, sin limitación de ningún género, se encargaba de adquirir a medida que se publicaban. De esta manera se llegó a formar una utilísima Biblioteca de Cirugía y de Ortopedia en la que había una espaciosa mesa de estudio. Contiguo a la Biblioteca se había establecido el Museo donde se exponían radiografías, fotografías, moldes y piezas patológicas de los casos más interesantes que la Dirección Médica estimase que eran dignos de figurar en dicho Museo.

Se habían instalado dos salas de operaciones. Una, para operaciones asépticas que eran la gran mayoría de las intervenciones ortopédicas. Otra, para operaciones sépticas. Entre las dos salas había un cuarto de esterilización que comunicaba con cada una de las salas de operaciones con un amplio ventanal, a través del que pasaba el instrumental y el material de cura esterilizado directamente a cada sala, en el momento oportuno, inmediatamente antes de la intervención que se fuera a realizar. Junto a la sala séptica se había preparado un departamento en el que se instaló una tubería-sumidero que conducía todo el material de curas y los apósitos inutilizados al crematorio localizado en el piso bajo. Junto a la sala de operaciones asépticas estaba el cuarto de instrumental quirúrgico y el vestuario ordenado en varias vitrinas y armarios. En el centro, había una mesa de mármol que servía para dejar las bandejas metálicas y distribuir en las mismas el instrumental que elegía el cirujano para ser esterilizado por ebullición, media hora antes de la intervención quirúrgica.

En la sala de operaciones asépticas se utilizaba la mesa ortopédicas de tracción del profesor Putti (Vittorio Putti, 1882-1940) que ofreció un servicio excelente.



Uno de los quirófanos del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

El servicio de lavabos, para la esterilización del personal que ayudaba en la operaciones, se hallaba separado de la sala en un departamento adyacente. El cirujano se esterilizaba en la misma sala, en un lavabo colocado en un ángulo de la misma. Completaban el mobiliario quirúrgico de la sala de operaciones una mesa metálica para el instrumental, una mesa para la anestesia, otra para las cajas-botes de pedal y una mesa para la preparación del material de apósitos enyesados.



Quirófano para intervenciones sépticas.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Una gran lámpara asiática, para operaciones en días de poca luz o para alumbrar la profundidad del campo operatorio, prestaba un gran servicio en los casos en que los cirujanos se veían precisados a utilizarla por su gran intensidad lumínica, su cualidad de no producir sombra y por su escasísima irradiación calórica prácticamente imperceptible.



Otros de los quirófanos del Hospital con luz natural además de la artificial.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

En la sala de operaciones séptica, el mobiliario quirúrgico se diferenciaba en la mesa de operaciones, que no precisaba ser un modelo de mesa de operaciones ortopédicas por lo que eligieron para este tipo de intervenciones el modelo HAHN y en el modelo de lámpara asciática que era transportable con mesa de ruedas, que hacía al mismo tiempo servicio de mesa instrumental y material de cura. Su potencia lumínica era menor, pero suficiente para el tipo de intervenciones que se realizaban en esta sala de operaciones.



Intervención quirúrgica por el Dr. Salaverri.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Para la aplicación de vendajes enyesados y preparación de moldes de yeso, se había instalado una gran sala en comunicación con el cuarto donde estaba el instrumental. Había, en esta misma sala, un arco metálico para los vendajes del tronco en suspensión en la deformaciones vertebrales, una mesa metálica a la que se adaptaban pelvi-soportes para los vendajes de pelvis y miembro inferior, una mesa para la preparación de las vendas enyesadas en el momento de su aplicación, vitrinas de instrumental de recambio de apósitos y para material de cura, vestuario e instalación de un lavabo con agua esterilizada para las intervenciones de cirugía menor que, en ocasiones, había que realizar, o curas eventuales en los recambios de vendajes, levantar curas, etc.

Contigua a la sala de yeso había una sala de curas que se utilizaba solamente para la renovación de los apósitos de las operaciones sépticas. Esta sala estaba dotada de instalación propia para la esterilización de agua, instrumental y material de cura.



Cura por un Hermano de San Juan de Dios.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

La renovación de los Hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios

Cuando se inició la actividad médica en el Hospital San Juan de Dios de Santurce, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios impulsó la reforma y la modernización de todas sus instalaciones sanitarias.

Esta renovación se empezó indicando que se nombrara en todas las instalaciones sanitarias de la Orden un director médico encargado de la Sección de Cirugía con uno o varios ayudantes en cada una de las distintas secciones dependiendo todos ellos del director médico. Se dispuso también que existiera un médico de Medicina General con la función de visitar diariamente a todos los ingresados, tal como lo había ordenado el Padre Juan Jesús, así como un médico especialista para poder atender a cada una de las

afecciones más comunes entre los niños. Sugiriendo que hubiera un analista, un cardiólogo, un oftalmólogo, un otorrinolaringólogo, un dentista, un dermatólogo, etc.

Estos médicos especialistas empezaron a poner en práctica los métodos más modernos en los tratamientos de las enfermedades osteo-articulares de origen tuberculoso (Villanueva A, 1989) en su mayor parte, que eran las más frecuentes entre los niños acogidos en estos asilos infantiles (Villanueva A, 1991; Villanueva A, 1989). Para poder realizar estos trabajos científicos fue necesario hacer importantes reformas de los edificios en los distintos centros sanitarios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, dando importancia extraordinaria a las salas de operaciones, a los laboratorios de análisis y, sobre todo, a las galerías abiertas, en las cuales los niños, bajo la vigilancia de los hermanos enfermeros se beneficiaban del sol y del aire puro, siguiendo en ellas un tratamiento similar al que se practicaba en los sanatorios antituberculosos. Un ejemplo muy cercano en Bizkaia era el Sanatorio Marino de Górliz (Villanueva A, 1991), como ya hemos citado anteriormente en este trabajo.



El sol como terapia (helioterapia)
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

1.5.- Los médicos y los hermanos de San Juan de Dios

Para el logro de la recuperación física, el Fundador confió la dirección clínica del Asilo-Hospital de San Juan de Dios de Santurce al prestigioso Dr. D. Manuel Salaverri Bearán, con su correspondiente equipo de ayudantes. Y la atención permanente de medicina general le fue confiada al Dr. D. Bruno Alegría. Estos dos médicos comenzaron inmediatamente una vez de ser designados para su labor.

El **Dr. Salaverri** nació en Pamplona (1883), licenciado por la Universidad de Valladolid (1909), doctorado en la Universidad de Madrid (1914). Amplió sus estudios en Viena con el profesor Lorenz. Fue jefe de Clínica de Traumatología y Aparato Locomotor del Hospital Civil de Bilbao. Fue Presidente de la Sociedad Española de Traumatología y Ortopedia (1948-1949). Presidió así mismo la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Fue miembro de la Sociedad Internacional de Traumatología y Ortopedia, de la "Société Française d'Ortopedia" y de la "Deutsch Ortopedieche Guezellchaft". Publicó numerosos trabajos científicos en revistas españolas y extranjeras. Fue traductor de *Ortopedia Operatoria*, de Erlarchert. Referente en la *Enciclopedia Biográfica Española*. Fue un reputado cirujano traumatólogo. Fue Jefe del Servicio de Traumatología II del Hospital de Basurto durante muchos años, lo que le permitió crear una escuela de excelentes especialistas, como los doctores Abad, Gaminde, Urresti, Múgica, etc. Gozó de un gran prestigio profesional debido a una técnica quirúrgica original para el tratamiento del pie zambo y que está recogida en la Enciclopedia Ortopédica Francesa con el nombre de técnica de Phelps-Salaverri de aplicación en el tratamiento de las artropatías del tobillo, que fue reconocida en reuniones y congresos a los que presentó sus resultados (Gondra Rezola J y Villanueva Wdo A, 2008).

El **Dr. Bruno Alegría**,³⁶ además de ocuparse de la atención médica general del Hogar-Clínica San Juan de Dios de Santurce fue médico de Santurce por lo que en diciembre de 1954 se le tributó un homenaje en el pueblo de Santurce

³⁶ Revista *La Caridad*. Año XIII. Enero-Febrero, 1955. Núm. 137, págs..27-28

por los 35 años de vida activa en bien y en provecho de los enfermos. Se le reconocieron los muchos sacrificios para tratar en cualquier momento a quien necesitaba de sus servicios. El pueblo de Santurce, en su Ayuntamiento, le manifestó la simpatía y el cariño de la gran parte del pueblo santurzano. Muchas veces curaba y asistía a los enfermos sin preocuparse de percibir por sus servicios otro premio, otra paga, que la satisfacción de trabajar por la asistencia a los enfermos porque las familias eran pobres o no disponían de medios. Tras este homenaje, el Dr. Bruno Alegría continuó en el Hogar y Clínica cumpliendo, como siempre, con el celo que le caracterizaba, las visitas diarias a los niños y a los hermanos enfermos.

Se cubrieron las 50 plazas señaladas por el Fundador. La Institución tenía 70 camas, número que se mantenía en 1934 y en 1959.³⁷ La enseñanza, educación cristiana y asistencia directa a los niños enfermos, la puso en manos de la Comunidad formada por siete religiosos.³⁸

El 9 de septiembre del año 1920, el **Padre Juan Jesús**, acompañado por el **Padre Faustino Calvo**, se presentaron en Santurce para conocer el estado de la construcción y hacerse cargo de ella, según voluntad del Fundador. El mismo Padre Faustino explicaba estos en unos apuntes que transcribo:

“El 9 de septiembre de 1920 pasé con el Provincial a ver cómo seguían las obras del Hogar-Clínica de Santurce. Regresé a Madrid, y el 19 de noviembre volví a Santurce para establecerme, en compañía del P. Alejandro Azcue, éste de cocinero y yo para ver y dar movimiento a las obras. Así pasamos hasta enero en que el Fundador se decidió a recibir diez niños, y con ellos tener algún Hermano más para formar Comunidad”.

A los pocos meses, terminaban las obras del edificio, y se comenzaron las instalaciones de enfermería, dormitorios, oficinas, clínica y demás dependencias, con el fin de proceder a su pronta inauguración. Para esto, en el Definitorio del 17 de julio de 1920, se tomó el acuerdo de enviar a Santurce dos Hermanos que fueran ultimando las instalaciones, uno como Superior y otro

³⁷ Revista *La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161, pág.. 91

³⁸ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios de Santurce. Número Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975, pág..13

como subalterno. Aprobada esta propuesta, se acordó en la misma reunión que el Padre Faustino Calvo fuera como Superior y que el otro Hermano quedara a voluntad del Padre Provincial.

El 28 de julio de 1920, y refrendada por el notario ante el que se había otorgado la escritura de Fundación y los Estatutos del Patronato, don Pedro de Icaza otorgó nueva escritura en la cual, como Patronato vitalicio de la Fundación, “confiaba a la Orden de San Juan de Dios el establecimiento del Hogar y Clínica para niños lisiados e imposibilitados pobres, para que en él se les instruyera y educara cristianamente, al mismo tiempo que se les proporcionara su alivio, mejoramiento o curación en una Clínica Quirúrgica-Ortopédica aneja, en la que serían operados los niños procedentes del Hogar”.³⁹

El 19 de noviembre de 1920 llegaban a Santurce para hacerse cargo de la Fundación el Padre Faustino Calvo, como Vicario-Prior, y el Hermano Alejandro Azcue. Los dos se dedicaron activamente a la tarea de ultimar los detalles de las instalaciones, labor minuciosa y esmerada en la que emplearon varios meses. Conocido el temperamento y la actividad del Padre Calvo, su amor a la Orden y el deseo de cumplir siempre, con la mayor protección, cuantos cometidos le fueron encomendados, se comprende fácilmente que la cosas se hacían en perfecta armonía con los deseos del Fundador, y de manera tan acabada, que éste estaba satisfecho del acierto que había tenido de entregar su Fundación a los Hermanos de San Juan de Dios a quienes hasta la fecha no había conocido ni tratado.

EL 2 de marzo de 1921 llegaron los hermanos Francisco de Paula Itoiz, Francisco de Padua Caballero, Juan María Mecho y Mario Domenech constituyéndose la primera Comunidad de Hermanos. Los 10 primeros años fueron recibidos e instalados en la primera planta del edificio.⁴⁰ El 8 de marzo, el Padre Juan Jesús bendijo la capilla provisional y celebró la primera Misa en

³⁹ A.I.P. (Acta Inter Provincial), Cap. 49. Leg.33 y Libro II de Actas del Definitorio Provincial.

⁴⁰ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curía Provincial de Castilla.1975, pág..11

ella, y se recibió el primer niño, Juan Quintela Calleja, de 10 años, oriundo de Portugalete.

El 28 de marzo de 1921 fue bendecida e inaugurada la iglesia y se efectuó la solemne bendición e inauguración del Hogar-Clinica de Santurce. La bendición fue hecha por el Padre Juan Adradas, asistiendo a la misma, entre otras personalidades, don Pedro de Icaza, señora e hijos, los arquitectos y contratistas, los médicos ya designados, doctores Salaverri, Alegría y Lafita. El Padre Faustino Calvo y los Hermanos de la incipiente Comunidad, dos de los cuales hicieron al final de la Misa su profesión solemne en manos del citado Padre Adradas. En ese día, los niños acogidos en el establecimiento benéfico fueron 12, que posteriormente fueron aumentando hasta llegar a cubrir el número de 60 plazas, fijadas en la escritura de la Fundación (Gómez JC, 1963).

En la Junta del Definitorio del 8 de noviembre de 1921, el Provincial hizo saber a sus consejeros que había recibido una notificación de Roma, en la cual se le ordenaba que se procediera al nombramiento de Prior definitivo de la Casa de Santurce. Los consejeros consideraron muy conveniente proponer al Hno. Francisco de Paula Itoiz, que suplía como Vicario al Padre Faustino en sus reiteradas ausencias, como definidor. Pero después de un cambio de impresiones propusieron a los dos para que desde Roma se nombrase al que creyeran más apto. Recayó el nombramiento en el Padre Faustino.

En el Capítulo del año 1922, se nombró Superior del Hogar-Clinica de Santurce al Padre Tomás Carbonell que, siempre de acuerdo con el Fundador y sus inmediatos colaboradores, los doctores Salaverri y Alegría, llevó a cabo una obra muy meritoria a favor de los niños lisiados de acuerdo a la Reglamentación de la Fundación.⁴¹

Se esperó a terminar totalmente las obras y las instalaciones, así como la puesta en servicio cada una de sus secciones para proceder a la inauguración

⁴¹ Revista *La Caridad*, Año IX. Noviembre, 1949. Núm. 105, pág..398

oficial del Hogar y Clínica San Juan de Dios. Esta inauguración se realizó el 24 de octubre de 1924, fiesta de San Rafael Arcángel, protector de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.⁴² Esta inauguración oficial estuvo presidida por el Obispo de la Diócesis. Después de la Misa Solemne, el Obispo bendijo el centro sanitario; asistieron a dicha inauguración las autoridades civiles y militares de la Provincia de Vizcaya, señores fundadores, arquitectos, autoridades locales y muchos invitados (Marcos O, 1969).



Inauguración del Hospital San Juan de Dios el 24 de Octubre de 1924
Foto de archivo del Hospital

⁴² Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975, pág..12



Día de inauguración del Hospital (24 de octubre de 1924). Detalle de los asistentes
Foto de archivo del Hospital

La vida y la actividad de la Comunidad se había iniciado el día en que fue constituida canónicamente y se recibieron los primeros niños el 8 de marzo de 1921. Se desarrolló bajo un doble aspecto: por un lado, el que correspondía propiamente a la vida religiosa que estaba determinada por la Regla y Constituciones de la Orden; por otro, el de su peculiar dedicación al servicio de los enfermos que en este caso eran niños inválidos acogidos en el Hogar-Clínica, y que estaban claramente señalados en los Estatutos de la Fundación.⁴³ Según estos Estatutos, su finalidad era procurar dar a los niños que estaban inválidos, pobres y acogidos en el Hogar, la mayor rehabilitación posible aplicándoles los remedios convenientes a su salud, por medio de la Cirugía Ortopédica y, a la vez, aquella enseñanza escolar y educación cristiana

⁴³ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975, pág..12

que les capacitaría para la vida social. Todo esto hacía que la estancia los niños en el Hogar no estuviera limitada de tiempo.⁴⁴

Tras ver las necesidades que en aquel entonces tenía Vizcaya y teniendo en cuenta lo que las estadísticas alemanas aconsejaban para este tipo establecimiento sanitario, se decidió que su capacidad fuera de 50 camas. Se construyó un edificio principal destinado a Hogar y Clínica y un complejo de edificios de menor importancia destinados a lavadero, lazareto y vivienda de los médicos a cuyo cargo estaba la Clínica.⁴⁵

Cincuenta fueron las plazas, señaladas por el Fundador a cuenta de la Fundación, que se cubrieron inmediatamente, comenzando los trabajos clínicos de operaciones para los niños hospitalizados y también externos que afectados de la misma invalidez acudían determinados días de la semana a las consultas y eran atendidos gratuitamente. Para estos niños externos y aún mayores se habían reservado algunas habitaciones individuales y salas, siendo así un total de setenta las camas que holgadamente se habían instalado en el Hogar-Clínica.⁴⁶

Sobre la Comunidad de Hermanos recaía la responsabilidad de alcanzar los fines fundacionales, a la vez de una administración recta, así como una atenta asistencia a los enfermos. Teniendo en cuenta que los costes económicos corrían a cargo del Fundador, los Hermanos desempeñaron su labor, muchas veces silenciosa y humilde, en cada una de las secciones: en la clínica como enfermeros ayudantes de los médicos; en las salas como enfermos asistentes; en la escuela como profesores; se encargaban de la vela nocturna; atendían la cocina, el ropero y la limpieza; en fin, todo el complejo de servicios habituales en los Centros de la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, sin olvidar el Capellán que se encargaba de la asistencia espiritual y religiosa.⁴⁷

⁴⁴ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975, pág..13

⁴⁵ *Memoria 1983*. Clínica San Juan de Dios de Santurce, pág..2

⁴⁶ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975, pág..13

⁴⁷ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975, pág..13



Niños ingresados en Hogar-Clínica acudiendo a un acto religioso.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

La asistencia quirúrgica y ortopédica corrió a cargo del Dr. Salaverri con la eficaz ayuda de religiosos jóvenes que en estas funciones consolidaban su formación clínica.⁴⁸

⁴⁸ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975, pág..16



El Dr. Salaverri dispuesto a intervenir ayudado por los Hermanos y observado por otros médicos.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Los niños hospitalizados también recibieron la instrucción escolar básica a cargo de los hermanos atendiendo de manera muy especial la enseñanza del catecismo como preparación para que pudieran hacer la Primera Comunión.⁴⁹

⁴⁹ Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975, pág..16



Salón comedor de los niños ingresados más pequeños que estaban encamados
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios)



Salón comedor de los niños ingresados no encamados
Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce

La acertada distribución y el buen funcionamiento del Hogar-Clínica, su eficiente labor de rehabilitación y educación de los niños internados así como

las asistencias externas fueron reconocidas y animadas en sus frecuentes visitas por el Fundador, don Pedro de Icaza, quién consideró que el bien que recibieron los niños inválidos correspondió a la voluntad de don Pedro y don Domingo de Aguirre y Basagoiti, de quienes fue testamentario.⁵⁰



Visita de los Marqueses de Icaza (1925)
(Fotos: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

El Padre Juan Jesús, que no descuidó ninguna ocasión de proporcionar a los Hermanos jóvenes todos los medios que estuvieron en su mano para capacitarles en las prácticas de la hospitalidad. Ante las inmejorables condiciones que tuvo para este aprendizaje práctico el Hogar-Clínica de Santurce, envió a ella, en diferentes ocasiones, jóvenes profesos y además algunos perseverantes, antes de ingresar en el Noviciado, para que al mismo tiempo que se ejercitaban en la humildad y hospitalidad haciendo la limpieza del Centro, asistieran a las intervenciones quirúrgicas y, de esta manera, se

⁵⁰ Boletín Informativo Clínico San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II, Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975, pág..17

fueran adiestrando como auxiliares, así como en la preparación y colocación de vendajes de escayola, apósitos, curas, etc.



Hermanos de San Juan de Dios realizando curas postquirúrgica.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

La Comunidad de Hermanos quiso ofrecer al Fundador un homenaje de gratitud que perpetuara su obra a favor de los enfermos atendidos por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Para ello, propuso al Padre Provincial erigir una estatua de bronce del Fundador y colocarla a la entrada del Hogar-Clínica. Pero en el Definitorio fue rechazada por considerarla contraria a los sentimientos de la humildad y modestia del propio Fundador. Poco después, en el año 1925, la Orden Hospitalaria ofreció a don Pedro un testimonio de su gratitud hacia su persona, consiguiendo que la Santa Sede le concediera el título de “Marqués de Casa Icaza” a perpetuidad.

El Estado Español había dictado algunas disposiciones sobre las Fundaciones de Beneficencia particular. Éstas afectaban a varios establecimientos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, particularmente a los de Sevilla,

Carabanchel (Madrid) y Santurce (Vizcaya), dependientes todos ellos de Patronatos Fundacionales. El Consejo Provincial estudió en varias reuniones estos problemas y, como medida de prudencia para estar a salvo de acontecimientos que pudieran poner en peligro esas fundaciones determinó pedir el asesoramiento del abogado Sr. Osorio y Gallardo (Gómez JC, 1968).

Aspectos importantes y objetivos del Hogar-Clínica según el Dr. Salaverri

Poco después de ser inaugurado el Hogar Asilo, el **Dr. Salaverri** redactó una Memoria destinada a don Pedro de Icaza, patrono de la Fundación Benéfica Aguirre, a través de la que podemos conocer algunos aspectos importantes sobre los inicios y los objetivos de este Hospital de San Juan de Dios de Santurce:

Fue a finales de 1924 cuando el Patronato de la Fundación Benéfica Aguirre, a través del Sr. Vizconde de Moreaga de Icaza le confió el honor de encargarse de la Dirección Médica de esta Institución.

Sus viajes al extranjero le habían dado ocasión de conocer de cerca Instituciones de este género donde los niños inválidos y contrahechos eran acogidos para someterlos a tratamientos especiales que permitían elevar su capacidad física, preparándolos para el aprendizaje de un oficio con el que pudiesen sobrevivir a las necesidades de su vida, evitando así constituir las pesadas cargas para familiares pobres y aligerando las obligaciones de la Beneficencia Pública. Estas Instituciones conocidas en Alemania con el nombre de "Krüppelheim", se multiplicaron en todas las naciones cultas de día en día, porque la experiencia había enseñado que las múltiples exigencias de orden médico y pedagógico, para hacer del niño lisiado un individuo útil para la Sociedad y la vida independiente, debían ser cumplidas en establecimientos adecuados en que pudieran asumir el plan íntegro médico y pedagógico que pudieran conseguir los mayores beneficios. Una gran parte de estos niños lisiados estaban muy atrasados en su educación escolar o no habían recibido ninguna, porque su aparato locomotor, enfermo o inútil por enfermedades que

destruyeron su función, no les permitió la asistencia a las escuelas como a los niños normales, y sin embargo, muchos gozaban de una inteligencia verdaderamente privilegiada, que bien cultivada podría compensar sus defectos físicos.

Con la creación del Hogar y Clínica de San Juan de Dios en Santurce (Vizcaya) la Fundación Benéfica Aguirre trató de dar solución a una necesidad imperiosamente sentida en Vizcaya. Los niños lisiados y tullidos no tenían otro cobijo que las salas de un Hospital, en las que, por necesidad de un intenso recambio de pacientes, se les consideraba algunas veces como estorbos para la marcha natural y económica de los hospitales. Esta clase de enfermos eran, en gran parte, curables, si se contribuía con los adelantos de la Cirugía y los tratamientos ortopédico-mecánicos complementarios a la intervención quirúrgica. La Fundación Benéfica Aguirre con la creación del Hogar y Clínica de San Juan de Dios en Santurce comenzó a salvar este escollo. Para ello, la preocupación principal del Dr. Salaverri fue la instalación de una Clínica Quirúrgico-ortopédica completa, al estilo de los Krüppelheim alemanes, tomando como modelo el suntuoso “Oscar-Helene-Heim” que dirigía en Berlín el profesor Biesalki.



Krüppelheim Oskar Helene-Heim (Berlín) dirigido por el Profesor Biesalki (Foto tomada de Internet: akpoll.de)

Una Clínica de esta clase ofrecía para su instalación la mayor complejidad como la que se estableció en el Hogar y Clínica San Juan de Dios en Santurce, en la que no se había omitido ningún detalle en sus distintos departamentos, habiéndose encargado de sus instalaciones las casas más acreditadas especializadas en instrumental y mobiliario quirúrgico, aparatos sanitarios, instalaciones radiológicas, mecanoterapia, etc.

A raíz de la inauguración del Hospital San Juan de Dios tomaron impulso los trabajos de Cirugía Ortopédica que habían sido confiados al Dr. D. Manuel Salaverri Bearán, nombrado director facultativo de este Hogar y Clínica. Dirigió el Servicio Quirúrgico así como los planes de rehabilitación fisioterápica ayudado por un equipo de Hermanos jóvenes a quienes él mismo se encargó de formar. El Dr. Salaverri fue pionero de la Cirugía Infantil Osteoarticular así como de la Traumatología General. Fue iniciador de la gran tradición que tuvo el Hospital San Juan de Dios en el tratamiento de tales enfermedades. Había adquirido una recia formación profesional y fue gran conocedor de la Traumatología francesa y alemana de las que estaba al corriente a través de las visitas que hizo a algunos de sus hospitales como de la amplia literatura profesional que llegaba a sus manos. Don Manuel Salaverri simultaneó su trabajo en el Hospital San Juan de Dios en Santurce con su trabajo como Jefe de Servicio II de Traumatología del Hospital de Basurto en Bilbao. Su trayectoria profesional fue muy prolongada y cuando se retiró a mediados del siglo XX dejó tras de él una pléyade de excelentes profesionales que se habían formado junto a él. Permaneció como Director del Hospital San Juan de Dios de Santurce durante treinta y dos años, hasta 1956.

Otra personalidad médica igualmente vinculada al Hogar y Clínica de San Juan de Dios fue el **Dr. Bruno Alegría** que se encargó desde el primer día de su fundación como responsable de la Medicina General, en una dedicación ininterrumpida de cuarenta años. Fue una figura entrañable, además en su vertiente humana, caracterizado por su simpatía y su abnegación. Correspondía al tipo de médico general quien a lo largo de su vida adquirió una formación clínica muy estimable adquirida en el trato con sus enfermos y en la

lectura de las obras y publicaciones médicas que tenía a su alcance.⁵¹ Falleció el 19 de agosto de 1973, a los 88 años de edad y fue amortajado con el hábito de Hermano de San Juan de Dios.

La asistencia profesional médica se completó con el nombramiento de Jefe de Laboratorio al Dr. Manuel Lafita, cabeza de varias generaciones de médicos analistas, quien cubrió este Servicio hasta su jubilación.

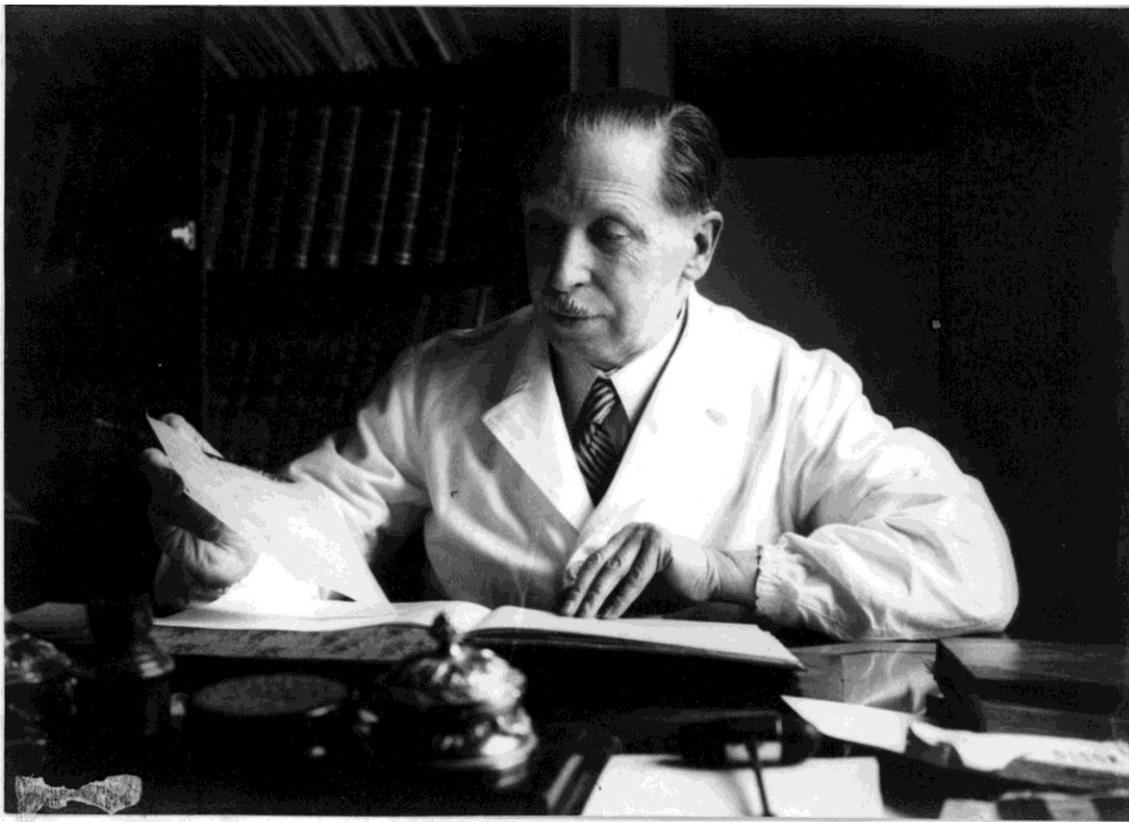
La asistencia médica estuvo auxiliada con la actuación de los hermanos jóvenes que estuvieron destinados en el Hogar y Clínica, donde bajo la dirección del Dr. Salaverri encontraron un medio eficaz para formarse científicamente en las prácticas hospitalarias y la asistencia técnica en las operaciones y tratamientos quirúrgicos.

Proyección de la maestría del Dr. Salaverri

El Dr. Salaverri consideró que la labor que se estaba realizando en este sentido en la Clínica San Juan de Dios de Santurce dejaría ser eficiente si no se divulgaba.⁵² Esto le animó a no tener en cuenta los inútiles prejuicios y a contribuir, en la medida del esfuerzo de los profesionales que realizaban esos tratamientos, a que las publicaciones sobre asuntos ortopédicos eran más frecuentes en nuestro país. Esto consideró que era un deber para con la ciencia y con la sociedad.

⁵¹ Revista *La Caridad*. Año IX. Nov. 1949. Núm. 105, pág.401

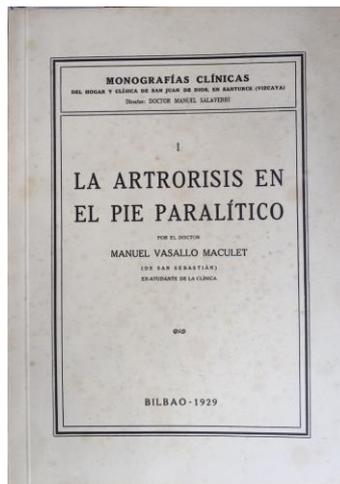
⁵² Esta opinión del Dr. Salaverri impregnó a lo largo de los años hasta el día de hoy en nuestro Hospital. La Dirección del Hospital ha previsto desde hace unos años profesionalizar dicha divulgación y para ello tienen contratada una empresa, Docor-Comunicación. <http://www.docorcomunicacion.es>



El Dr. Salaverri en su despacho del Hospital
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Con la publicación del primer número de Monografías Clínicas⁵³ del Hogar y Clínica de San Juan de Dios, en Santurce (Vizcaya), titulado: *La artrorisis en el pie paralítico*, editada en 1929, el Dr. Salaverri inició la divulgación del estudio de los diferentes casos de deformidades, impotencias funcionales o afecciones que presentaban los niños acogidos en esta Institución y que requerían para su curación un tratamiento ortopédico.

⁵³ Monografías Clínicas del Hogar y Clínica de San Juan de Dios en Santurce (Vizcaya). Director: Dr. Manuel Salaverri, Monografía I: *La artrorisis en el pie paralítico*. Vasallo Maculet, M. Edit. Elexpuru Hermanos, SA. Bilbao, 1929.



Primer número de Monografías Clínicas
(Foto: tomada por el autor de esta Tesis)

En el prólogo de esta Monografía, el Dr. Salaverri, manifestaba el reconocimiento de ayuda tanto a la Fundación Benéfica Aguirre y a los Hermanos de San Juan de Dios para poder ayudar a los niños con problemas ortopédicos:

“Creemos también que éste sea el único medio de corresponder, aunque nunca en la suficiente medida, con el benemérito Patronato de la Fundación Benéfica Aguirre, el Sr. Vizconde de Moreaga de Icaza, que ha creado y dotado con la mayor esplendidez una Clínica Ortopédica modelo en el Hogar y Clínica de San Juan de Dios.

No olvidaremos consignar que en nuestra empresa encontramos valiosísima ayuda en los Hermanos de San Juan de Dios, que con su infatigable actividad atienden al cuidado de los niños, nos ayudan en las intervenciones y preparan fotografías y radiografías complementarias del historias de cada caso”.

En este primer número de la citada revista, el Dr. Vasallo, asiduo colaborador de la labor ortopédica del Dr. Salaverri en el Hogar y Clínica de San Juan de Dios, es el autor de una nueva técnica rigurosamente inédita, debida al Dr. Salaverri quien ya la había practicado varias veces según se puede observar en las historias clínicas y radiografías que se exponen en dicho trabajo. Los casos citados en el trabajo publicado en este primer número de la revista pertenecían al Hogar y Clínica de San Juan de Dios de Santurce y a la Clínica privada que el Dr. Salaverri tenía en Bilbao. En esta Monografía, el Dr. Vasallo describe “la nueva técnica de Salaverri de la artrorisis en el pie paralítico” que

enriqueció considerablemente la terapéutica de la parálisis espinal infantil, así como la exposición de varios de los casos clínicos.

Los cambios en la Dirección de la Comunidad de Hermanos

En el Capítulo del año 1928 fue nombrado Hermano Prior del Hogar y Clínica de San Juan de Dios de Santurce, el Padre Wenceslao González. La marcha de este Centro Benéfico fue admirable bajo todos los aspectos. Fue dotado de los elementos más modernos exigidos por la Ciencia para el tratamiento de las enfermedades osteo-articulares y deformidades orgánicas y era poco lo que había que hacer en él para secundar las iniciativas dadas por el P. Llop al empezar su gobierno con el fin de poner este Centro en línea de vanguardia. La ciencia y la destreza del Dr. Salaverri acrecentadas con la experiencia de sus muchos años dedicados a estas especialidades quirúrgicas, encontró campo bien abonado para sus éxitos en las intervenciones y tratamientos empleados con los niños acogidos en él.



Asistentes al Capítulo Provincial en 1928 en Madrid
Foto de archivo del Hospital

El Dr. Salaverri siempre valoró la eficaz ayuda de sus colaboradores. Por otro lado, las relaciones de la Dirección Médica con la Fundación Aguirre fue de una amplia y fluida colaboración al estar cumplidos sus deseos en la atención a los niños desvalidos. Así lo manifestó don Pedro de Icaza en las frecuentes visitas que hacía al Hogar-Clínica.

En el mes de octubre de 1929, el Hermano Superior Padre Wenceslao fue destinado a realizar los estudios de Medicina, y ante la imposibilidad de simultanear el gobierno del Centro con los estudios que se le habían encomendado, presentó la renuncia del cargo al Definitorio Provincial que la aceptó, nombrando en su lugar Vicario al Padre Alejandro Azcue que gobernó hasta el mes de mayo del año 1931. En el Capítulo que se celebró ese año fue nombrado Superior el Padre Gil Lladó que, con sus dotes de artista y organizador, dio al Centro, sobre todo en los jardines de entrada y habitaciones, de la portería y oficina, un aspecto agradable y alegre (Gómez JC, 1968).

1.6.- Las patologías y los tratamientos en la primera etapa del Hospital desde 1924 a 1948

El reconocimiento de los niños se hacía también en el ambulatorio público gratuito que tenía como objetivo la selección de los enfermos destinados a ser ingresados y a la atención de aquellos niños que no necesitaban hospitalización o que por cualquier otro motivo no podían ser admitidos en el Hogar y Clínica de San Juan de Dios.⁵⁴ Para el reconocimiento de los niños lisiados se habían establecido las siguientes consultas gratuitas: un día de la semana, los martes, se realizaban estos reconocimientos en la Clínica Privada de Cirugía Ortopédica del Dr. Don Manuel Salaverri, ubicada en Bilbao; otro día

⁵⁴ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica, 1867-14 diciembre 1942. Año II. Núm. 24, pág..246

de la semana, los miércoles, se realizaban en el Hogar-Clínica San Juan de Dios.

Los niños que solicitaban su ingreso pasaban primero un reconocimiento médico sobre el que se elaboraba un informe médico en el que se hacía constar la naturaleza de la deformación que padecía el niño y las indicaciones terapéuticas para corregirlas. En el caso de que el informe aceptara el ingreso y se cumplieran los demás extremos del Reglamento de esta Institución, se procedía al ingreso del niño en el Hogar-Clínica, donde haría vida común con los demás acogidos. Los Hermanos vigilaban sus cualidades psíquicas y el grado de educación pedagógica alcanzado, para establecer el régimen de enseñanza que habría que seguir durante el tiempo que el niño permaneciera ingresado. A los ocho días de ingreso se repetía el reconocimiento médico con más detenimiento, recurriendo a cuantos medios de exploración fueran necesarios para complementar la Historia Clínica del niño y que quedaría ordenada en el Archivo de la Institución.

Después del estudio de todos los datos recogidos por la exploración del niño se indicaba el tratamiento que habría de seguirse. Si se indicaba una intervención quirúrgica, el niño pasaría a ocupar una cama en la Sala de la Clínica. Después de este corto periodo de adaptación al nuevo medio ambiente en el que estaba habitando en ese momento, se procuraba, por un lado levantar su ánimo, y por otro fortalecer su estado general, ya que muchos llegaban de sus casas en estado de desnutrición tal que resultaba imprudente someterles de momento a intervenciones que, aunque no comprometían su vida, era preferible que llegaran a ser intervenidos con la mayor energía natural posible. Por otra parte, este periodo de adaptación a la vida de la Institución daba ocasión a los niños para comprobar en otros que ingresaron con ellos, los beneficios alcanzados. Era curioso observar cómo de este modo iban al quirófano animosos, sin el temor natural que, de ordinario, suelen inspirar los actos quirúrgicos y sus protocolos previos de preparación.

En esta Primera Etapa, el Hospital San Juan de Dios de Santurce se dedicó a la patología ortopédica de las enfermedades osteo-articulares como

Poliomielitis, Mal de Pott, Raquitismo, etc., con técnicas importadas de Alemania y puestas en práctica por médicos vizcaínos liderados por el Dr. Manuel Salaverri.

Esta época, de 1924 a 1948, se caracterizó por una numerosa morbilidad dependiente de la tuberculosis ósea, la poliomyelitis, el raquitismo, sin olvidar las lesiones congénitas. Todas ellas agravadas por las circunstancias sociales, por la desnutrición provocada por el hambre crónica, por las infecciones sobreañadidas que afectaban a las clases más bajas de la sociedad. Las patologías que fueron objeto de la actividad médico-quirúrgica del Hogar y Clínica San Juan de Dios durante esta época se clasificaron de la siguiente manera:

- Malformaciones congénitas.
- Deformaciones congénitas: pies zambos, luxación de cadera, luxación de rodilla, tortícolis.
- Deformaciones adquiridas de los miembros y del tronco por parálisis infantil, osteoartropatías por tuberculosis, raquitismo.
- Deformaciones de los miembros inferiores consecutivas a neuropatías y raquidisplasias como displasias espásticas y espina bífida oculta.

Un ejemplo de la actividad médico quirúrgica es la realizada durante el año 1932 y que se refleja en la tabla 1:

Tabla 1. *Actividad asistencial durante el año 1932*

Número de camas	50
Niños ingresados en el año	58
Niños dados de alta por curación	45
Niños dados de alta por mejoría	8
Niños fallecidos	0
Intervenciones quirúrgicas que precisaron ingreso	46
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	14
Vendajes escayolados	140
Aparatos ortopédicos	36
Radiografías	225
Radioscopias	45
Fotografías	354

Fuente: Revista *Caridad y Ciencia*. Año V. Junio de 1933. Núm. 54, pág. 344.

Otro ejemplo más representativo es el que se refleja en la tabla 2 sobre la labor realizada desde el 8 de marzo de 1921 hasta el 24 de octubre de 1942.

Tabla 2. *Actividad asistencial desde 8 marzo 1921 hasta el 24 octubre 1942*

Niños ingresados	527
Niños dados de alta por curación	389
Niños dados de alta por mejoría	62
Niños dados de alta por otras causas	31
Fallecidos	5
Niños hospitalizados a la fecha 24-10-1942	40
Intervenciones quirúrgicas	954
Consultas gratuitas	4.425

Fuente: Revista, *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre 1942, núm. 24, pág.. 250.

Las cifras que reflejan esta tabla corresponden a la labor hospitalaria realizada en el transcurso de 20 años con la infancia desvalida de Vizcaya. Estas cifras no alcanzaron la proporción de las alentadoras estadísticas de otros de los Centro similares de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios debido que no se admitían niños lisiados con procesos tuberculosos activos y también por limitar el ingreso a los niños que habían nacido en Vizcaya o llevaban residiendo al menos cinco años en esta provincia.

En la tabla 3 se refleja la estadística comparativa de las actividades realizadas durante el periodo 1940-1950 en relación con el Hospital Asilo de Madrid.⁵⁵

Tabla 3. *Actividad asistencial durante el periodo 1940-1950 en relación con el Hospital Asilo de Madrid.*

Asistencia en el Hospital	Santurce	Madrid
Enfermos asistidos	409	3.556
Estancias producidas	157.345	1.269.036
Intervenciones quirúrgicas	757	2.659
Medicina General	3.143	11.159
Vendajes enyesados	825	16.692
Reducción de fracturas	153	798
Aparatos ortopédicos	139	984
Análisis clínicos	1.063	91.627
Sesiones de gimnasio	173	24.175

⁵⁵ Revista *La Caridad*. Número especial Centenario. Octubre, 1950

Radiografías	1.875	18.869
Electroterapia	2.128	5.037

Asistencia en consultorio	Santurce	Madrid
Cirugía ortopédica	2.142	42.228
Otorrinolaringología	121	12.572
Estomatología	472	2.697
Oftalmología	1.026	10.041
Total	3.761	67.538

Revista, *La Caridad*. Número especial Centenario. Octubre, 1950.

Fundamentos de la terapia en esta primera etapa

Para conocer los fundamentos de la Helioterapia Marina en el primer cuarto del siglo XX resulta muy ilustrativo leer los estudios de dos doctores bilbaínos (Areilza, E. 1921; Larrínaga, L. 1925). Ambos médicos señalaron como importantes los siguientes factores:

- *Clima Marino*.- Un clima en el que se considera su mayor riqueza en oxígeno y ozono y su pobreza en anhídrido carbónico, su pobreza en gérmenes patógenos y la acción termostática de las costas marítimas.
- *Helioterapia*.- La acción solar actúa por la irradiación de los rayos solares y por la difusión y reverberación de la bóveda celeste. La helioterapia es una buena terapia, probada por la observación de la mejoría de aquellos niños a quienes se les había aplicado con criterios graduales.
- *Permanencia al aire libre*.- Se recomendaba la estancia prolongada de los niños al aire libre, en las terrazas y jardines del sanatorio, playas y bosques próximos, incluso las veinticuatro horas del día, mientras la meteorología no fuera adversa; en este caso las ventanas permanecerían abiertas el mayor tiempo posible.
- *Alimentación*.- La alimentación tenía que ser rica y variada, huyendo de las dietas de sobrealimento recomendadas en tiempos anteriores.
- *Reposo y movimiento*.- El reposo absoluto se indicaba en los niños afectados de lesiones en columna y extremidades inferiores; para los que habían curado sus lesiones y para el resto de los enfermos se

establecían tablas de gimnasia procurando un desarrollo armónico de los grupos osteo-articulares y musculares.

- *Terapéutica médico-quirúrgica.*- Antes de la era antibiótica el arsenal farmacológico era muy parco, limitado a un corto número de desinfectantes y antisépticos. La Cirugía se reservaba para subsanar defectos y secuelas mecánicas después de la curación clínica.

La rehabilitación y la educación de los niños era una realidad constatada por el Fundador, don Pedro de Icaza, que frecuentemente visitaba el centro para transmitir aliento y apoyar iniciativas de mejora en el funcionamiento de los distintos servicios. Ni siquiera en los años de asalto e incendios de centros religiosos en otras zonas, el Hogar y Clínica de San Juan de Dios, vio alteradas significativamente sus normales labores.

CAPÍTULO II

EL HOGAR-CLINICA SAN JUAN DE DIOS: HOSPITAL DE SANGRE DURANTE EL PERIODO DE LA GUERRA CIVIL Y PRIMEROS AÑOS DEL FRANQUISMO (1936-1942): LA SEGUNDA ETAPA

2.1.- La Guerra Civil en el País Vasco: Las posturas políticas y religiosas.

La Guerra Civil sigue siendo el punto de interés de la historiografía sobre la España del siglo XX, y existe una extensa bibliografía que ofrece diferentes interpretaciones desde distintas ideologías, por lo que en este apartado no se realizarán valoraciones desde el punto de vista historiográfico ni moral, pero sí resulta importante conocer ciertas cuestiones para contextualizar la historia del Hospital San Juan de Dios de Santurce entre el 17 de julio de 1936 en que se produjo la sublevación militar, hasta agosto de 1937, en que cayó el frente del Norte en poder del ejército franquista (Aróstegui J, Carr, 1996; Jackaon G, 1967; Seco Serrano C, 1986; Seco Serrano C, 2004; Payne, Stanley G, Tussell J, 1996; Thomas Hung, 1985).

El alzamiento fracasó en la mayor parte del país debido a la oposición de la clase obrera que se mostró a favor del gobierno del Frente Popular. Salvo Sevilla y Zaragoza, todas las grandes ciudades como Madrid, Bilbao, San Sebastián, Santander, Barcelona, Valencia y Málaga apoyaron a la República, además eran las áreas que contaban con alguna intensidad industrial. La primera etapa de la guerra desde la sublevación del 18 de julio hasta la batalla de Madrid en los primeros días de noviembre de 1936, se considera como la fase más dinámica de la guerra civil, se puede llamar campaña relámpago, por

el rápido avance que realizó el ejército de Franco a través del valle del Tajo (Tamames R, 1975).

En Bilbao no llegó a producirse la insurrección, por la presión popular que recibió el apoyo de la Guardia Civil y de la de Asalto que se mantuvieron leales a la República. Toda la zona norte fiel a la República quedó desde un principio completamente aislada del resto de la España republicana, por toda la amplia zona conquistada por el ejército franquista que se configuró desde Aragón hasta Galicia y la frontera portuguesa (Garmendia JM y otros, 1979; Garitanoindia C, De la Granja JL, 1987; Irujo M, 1978; Jiménez de Aberasturi LM y JC, 1978, Meer de F, 1987; Olabarri I y Meer de F, 1990; Tamames R, 1975).

La ofensiva del ejército franquista dio comienzo el 3 de marzo de 1937 en la línea Vergara-Villarreal, al sur de la provincia de Vizcaya. El frente fue roto sin dificultades en Ochandiano, y los puertos vascos bloqueados por la flota franquistas, que originó grandes dificultades en el abastecimiento a los vascos. El 26 de abril de 1937 se produjo el bombardeo de Guernica, y el 19 de junio las tropas franquistas se apoderaron de Bilbao (García de Cortazar F y Montero M, 1983). Evidentemente, la caída de Vizcaya le afectó al Hospital San Juan de Dios de Santurce como se expondrá en los apartado siguientes.

Sin embargo, es preciso señalar que, tanto Vizcaya como la parte de Guipúzcoa que no había sido conquista por las fuerzas sublevadas, mandadas por el general Mola, recibió el 1 de octubre de 1936, el estatuto de Autonomía, y fue elegido lendakari José Antonio Aguirre, que juró su cargo el día 7 del mismo mes ante el árbol de Guernica. Los vascos habían luchado por el Estatuto de Autonomía durante cinco años y medio desde que se instauró la República sin ningún resultado hasta entonces. El Estatuto que le otorgaron las Cortes reunidas en Valencia a Euskadi le confirió poderes análogos a los que en el 1932 se habían transferido a Cataluña. Si bien por las circunstancias especiales de la guerra Euskadi dispuso en realidad de facultades mucho más amplias (Tamames R, 1975).

Por una parte, es bien sabida la actitud de los dirigentes del Partido Nacionalista Vasco (PNV), que en los primeros meses de la guerra uno de sus principales objetivos fue garantizar el orden público. Si embargo, en estos primeros meses se produjeron saqueos, y la destrucción de varias iglesias en Vizcaya y en Guipúzcoa, y fueron asesinados sacerdotes y religiosos. El PNV, al no disponer de fuerzas organizadas no pudo parar estas atrocidades llevadas a cabo por grupos incontrolados. Hay que señalar también los asesinatos en masa del 25 de septiembre de 1936 en los buques prisión Altuna-Mendi y Cabo Quilates, estos hechos influyeron negativamente en la moral nacionalista (Azcona Pastor JM, 2007; García de Cortazar F y Montero M, 1995).

Una de las medidas que tomó el nuevo Gobierno Vasco fue mejorar el orden público y, salvo alguna excepción se acabó con las ejecuciones políticas; sin embargo, no pudo evitar el asesinato en masa de 224 presos políticos en la cárcel de Larrínaga el 4 de enero de 1937, llevado a cabo por un batallón de milicianos socialistas amotinados, siendo la matanza parada por los gudaris, salvando la vida a más de 100 prisioneros. Fueron juzgados los responsables y seis de ellos serían fusilados. Además, hay que contabilizar los asesinatos indiscriminados en el convento bilbaíno de los Ángeles Custodios. A partir de estos horribles hechos se reforzó el orden público en Bilbao (Garitanoandía C y De la Granja JL, 1987).

Con respecto a la situación religiosa, el estallido de la Guerra Civil supuso una fractura dentro del clero vasco mucho más politizado que en el resto de las diócesis españolas; una parte se inclinaba por el tradicionalismo español, y otra por el vasquismo *bizkaitarra*. Además, existió una notable diferencia entre la jerarquía eclesiástica, y el clero que se inclinó al lado de la insurrección militar, y una parte de los curas y fieles vascos que no siguieron las directrices de la iglesia española, y optaron bien por la neutralidad o por la proximidad a la causa republicana (García de Cortazar F y Fusi JP, 1968). En cuanto a los Hermanos de San Juan de Dios que atendían el Hospital de Santurce mostraron durante la Guerra una postura abnegada de ayuda a los heridos de

los dos bandos combatientes, ejerciendo en todo momento la compasión y la caridad.

La religión se hizo beligerante, y a lo largo de la guerra el nacionalismo acentuó su dimensión religiosa pero desmarcándose de la española, más triunfalista; mientras que en la España franquista se hacía alarde de la religiosidad con procesiones y liturgias patrióticas, los nacionalistas vascos se contentaron con conseguir que no se cerraran los templos, y que se mantuviera el culto en la Euskadi autónoma, pero por prudencia bastantes sacerdotes dejaron de vestir sotanas sobre todo los que tenían fama de carlistas y de derechas (García de Cortázar F y Fusi JP, 1968).

Por otra parte, el Lendakari José Antonio Aguirre, y los consejeros nacionalistas del gobierno de Euskadi hicieron profesión pública de su fe católica; estas actitudes religiosas fueron aprovechadas por la República para dar una imagen de tolerancia, cosa que estaba lejos de la realidad, porque en el resto del territorio bajo el gobierno de la república no se dio la misma tolerancia (Preston P, 2011).

A pesar del compromiso del Lendakari de mantener el orden público, en Euskadi se produjeron algunos actos violentos contra inmuebles religiosos, curas y religiosos que murieron víctimas de grupos incontrolados. En total se contabilizaron 50 entre sacerdotes y religiosos, según publicó el boletín de la diócesis de Vitoria en octubre de 1937. Pero si hubo una persecución roja también se dio una persecución religiosa blanca por parte de las autoridades franquistas con el fusilamiento de 13 curas en Guipúzcoa acusados de separatistas en octubre de 1936 y 1 en Vizcaya en mayo de 1937 (García de Cortázar F y Fusi JP, 1968).

2.2.- La situación de las instituciones de la Orden de San Juan de Dios durante la Guerra Civil.

Al iniciarse la Guerra Civil, la provincia de Vizcaya hizo causa común con el Gobierno de Madrid como ya se ha señalado en el apartado anterior. El Hospital San Juan de Dios de Santurce quedó aislado de las casas que se encontraban en el territorio franquista. De las cuatro casas que la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios tenía en la Provincia de Castilla (Palencia, Madrid, Santa Águeda y Santurce), la de Madrid, Santa Águeda y Santurce quedaron en la zona republicana.⁵⁶ Esta Provincia religiosa, la de Castilla, fue la aparentemente menos afectada por la Guerra Civil Española.

La casa de Madrid fue incautada por el Gobierno de la República y su Comunidad de Hermanos fue disuelta. Cinco de sus religiosos fueron asesinados. Desde el año 1936 el Hospital San Rafael de Madrid resultó, en varias ocasiones, registrado por la FAI y la CNT. Después de muchos avatares expulsaron a los Hermanos y se llevaron a los enfermos a otras instituciones. El edificio fue transformado en cárcel de mujeres y finalmente cerrado hasta 1939. Posteriormente fue devuelto a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la Provincia de Castilla.⁵⁷

Las únicas casas que se libraron de los robos y devastaciones fueron las casas de Carabanchel Alto, Manresa, Santa Águeda (Mondragón) y Santurce (Gómez JC, 1936). Éstas dos últimas porque tuvieron la suerte de ser protegidas por el Gobierno de Euskadi, no lamentándose en ellas víctima alguna, aunque soportaron muchas contrariedades y peligros, así como privaciones⁵⁸ (Cruset J, 1971).

Tras vencer las dificultades no exentas de peligros, los Hermanos se vieron libres de las terribles odiseas regadas de sangre que habían sufrido muchos de

⁵⁶ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 246

⁵⁷ Revista *Hermanos Hospitalarios*. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Núm. 148. Octubre-Noviembre 2013. Pág.. 3

⁵⁸ Revista *La Caridad*. Años XVIII. Marzo-Junio 1959. Núm. 161. Págs.. 94-95

sus Hermanos, en las zonas de España que habían sufrido el “dominio marxista”. Este trato, como excepción, en las provincias vascongadas fue debido a la fuerza del numeroso elemento nacionalista, que si bien, para la consecución de sus fines políticos se alió con el Gobierno de la República, con sus profundos sentimientos cristianos, trabajó por evitar desmanes y profanaciones contra las personas e instituciones religiosas.⁵⁹

En cuanto al Hospital de San Juan de Dios el ritmo de la actividad sanitaria que se había iniciado en el año 1924 continuó normalmente hasta el mes de julio de 1936, en el que se abrieron nuevas páginas para la historia de este Hospital.⁶⁰

En 1934 había sido elegido Prior de Santurce el Padre Tomás de Aquino Carbonell. Era la tercera vez que regía la Comunidad y Hogar-Clínica. Esta tercera etapa de su gobierno tuvo una primera fase de normal y tranquilo desarrollo de las actividades propias de la Fundación. Pero tuvo otra segunda que comprendió el periodo de Gobierno Vasco de Euskadi y en el que siguió a la conquista de Bilbao en junio de 1937 hasta el final de la Guerra Civil.

A pesar de los actos de violencia contra las instituciones religiosas y el clero en Euskadi durante la guerra, hay que señalar que se dio la circunstancia de que la Fundación Benéfica Aguirre era un Patronato y este hecho le fue muy favorable para que fuera respetada como tal. Aunque la Comunidad de Hermanos no fue molestada y pudo continuar de modo normal con sus ocupaciones cotidianas, el ambiente era de incertidumbre por el rumbo que pudiera tomar los acontecimientos.

En los primeros días de la guerra se acogieron a la Comunidad de Hermanos de Santurce dos Hermanos de la Comunidad de San Rafael, de Madrid, que se habían desplazado días antes de su comienzo para hacer la postulación anual en Bilbao y su comarca, y otro de la provincia de Aragón que se encontraba en

⁵⁹ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 246

⁶⁰ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 246

el balneario de Cestona. Todos se incorporaron a la Comunidad de Hermanos de Santurce hasta que finalizó la Guerra.

2.3.- El Hospital San Juan de Dios, Hospital de Sangre ante las necesidades de la guerra.

Durante el periodo comprendido entre el 17 de julio y el 1 de octubre de 1936 la Casa de Santurce fue convertida en Hospital de Guerra de la Cruz Roja en el que la Comunidad de Hermanos prestó sus servicios a los heridos hospitalizados.⁶¹⁻⁶² Desde el 1 de octubre de 1936 hasta finales de octubre de 1937 al Hospital de la Cruz Roja establecido por el Gobierno de Euskadi le siguió un hospital militar de Medicina y Cirugía, al que los Hermanos prestaron sus servicios de una manera admirable y muy estimada por los médicos que en el mismo ejercían su profesión con los soldados heridos y enfermos.⁶³

Antes de finalizar el mes de julio de 1937, el alcalde de Santurce, del partido socialista, citó por teléfono al Superior, el Padre Tomás de Aquino, en la Alcaldía. Éste se presentó vestido de paisano.⁶⁴ Allí se le comunicó una disposición que ordenaba convertir el Hogar-Clínica en Hospital de Sangre. El Superior adujo que al ser el Hogar-Clínica una Institución Patronal no podía él disponer de ella sin conocimiento de su patrono. Entonces, el alcalde le concedió seis horas y un pase para que se desplazara a Bilbao y exponer el caso a don Pedro de Icaza. A fin de evitar los inconvenientes de los puestos de control, el viaje de ida y vuelta lo hizo en un gasolino.⁶⁵ Don Pedro de Icaza no vio ningún inconveniente, sino al contrario, lo consideró un deber cristiano poner a disposición de los heridos y enfermos el edificio, sin considerar su pertenencia a uno u otro bando; además de su conformidad, le dio al Padre

⁶¹ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Págs.. 18-19.

⁶² *Revista La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio. 1959. Núm. 161, pág.. 130

⁶³ *Revista La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio. 1959. Núm. 161, pág.. 132

⁶⁴ El no utilizar el hábito religiosos era una medida de precaución para evitar problemas.

⁶⁵ El gasolino es un bote que comunica las dos orillas de la ría; actualmente siguen en activo. Los gasolinos datan de los primeros años del siglo XX.

(<http://www.blogseitb.com/erandio/2012/04/26/el-mitico-gasolino-de-erandio-mas-de-un-siglo-cruzando-la-ria/>)

Superior 10.000 pesetas para cubrir gastos e hizo un depósito bancario de otras 50.000 pesetas con el mismo fin (Marcos O, 1969).

Comunicada la conformidad de Don Pedro de Icaza al alcalde de Santurce se procedió inmediatamente a la ordenación de las salas, colocando en ellas 50 camas, provistas por un Colegio local. En los días siguientes esta cifra ascendió hasta 150. En esta situación, muchos de los niños ingresados fueron recogidos por sus familias y a los que quedaron se les acondicionó los salones del entresuelo. Se puntualizaron las condiciones por las que se regía el Hospital en esta nueva etapa: el servicio facultativo correría a cargo del Dr. D. Manuel Salaverri, como Director, y de los doctores D. Bruno Alegría, médico interno, y el Dr. Meana. La administración y asistencia serían atendidas por los Hermanos. No se admitieron enfermeras, ni otro personal oficial. Los suministros se proporcionaron libremente mediante vales de intendencia; en los últimos momentos se recibían directamente de ésta (Marcos O, 1969).

En aquellos momentos, la Comunidad de Hermanos estaba integrada por 8 religiosos y un padre jesuita recogido, el Padre Olavarrieta, que hacía de capellán. Había además 7 empleados, para diferentes servicios. Como la actividad de los Hermanos imponía un continuo trato con toda clases de milicianos venidos de los frentes del Norte, creyeron prudentes despojarse del hábito religioso, vestir de paisano y usar bata blanca para desenvolverse tranquilamente en sus nuevas obligaciones religiosas y hospitalarias en la faceta de Hospital de Sangre. En este hospital la Comunidad de Hermanos se dedicó de lleno a la asistencia a los heridos y enfermos que llegaban de los frentes.⁶⁶

Durante algún tiempo, la iglesia del Hospital estuvo abierta celebrándose en ella los cultos a los que asistían algunas personas, pero hubo de cerrarse porque se observó que los que acudían eran vigilados. Esto limitó a la Comunidad de Hermanos a celebrar la Misa y otros ejercicios de culto en la

⁶⁶ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 246

capilla de la Clausura, donde solía asistir también el Dr. Bruno Alegría (Marcos O, 1969).

En la Comunidad de los Hermanos se refugió Don Julio Ruiz, coadjutor de la parroquia de Portugaleta. Tenía una salud muy delicada que estaba afectada por la extirpación de un riñón. Don Julio se sentía amenazado por sus ideas tradicionalistas y un españolismo manifiesto de ser enviado a un campo de trabajo donde otros compañeros sacerdotes purgaban su condición llenando sacos de arena para las trincheras. El Padre Superior lo refugió en la Clausura de Hermanos, en la habitación destinada al Padre Provincial, indicándole que no saliera de ella. Para que no se aburriera le entregaban piezas de gasa para que las preparase convenientemente para las curas y vendajes que había que hacer diariamente para los niños operados y a para los heridos. Celebraba la Misa todos los días en la capilla de la Clausura y sólo se comunicaba con los Hermanos y el Padre Olavarrieta que guardaban la más fiel reserva (Marcos O, 1969).

Un día se presentaron en el Hospital un sargento con 4 milicianos para hacer un registro en las habitaciones de la Clausura. Cuando iban a entrar en la habitación que ocupaba Don Julio, un Hermano que se encontraba en su propia habitación, abrió la puerta y al ver a los militares salió corriendo. Éstos lo detuvieron pero, aclarada su situación, le dejaron libre. Después prosiguieron el registro pero desorientados por el incidente saltaron involuntariamente el registro de la habitación donde estaba Don Julio. Éste conservó siempre el recuerdo de este episodio y lo consideró un singular favor de Dios y de la protección de San Rafael. Desde esa fecha no faltó ningún año a la Misa Solemne de San Rafael, donde se unía al coro de cantores ya que era excelente músico y cantor (Marcos O, 1969).

Con el tacto que exigían las circunstancias, se averiguaba la disposición de los heridos para recibir los Sacramentos y aquellos que lo deseaba se les sacaba de las salas a una habitación contigua. En esta tarea, Fray Florentino Barrueta desplegó en alguna ocasión un celo un tanto indiscreto que, sin miramientos humanos, ni distinción de ideas, exhortaba a los heridos a que recibieran los

Sacramentos, siendo motivo de alguna pequeña protesta, pero en la mayoría de los casos, sus sugerencias se aceptaban y eran recibidas con agrado (Marcos O, 1969).

Cierto día, se presentó en el Hospital una comisión nacionalista formada por tres sacerdotes y dos seculares que expuso una queja por la distinción del trato que decía que se daba a los heridos nacionalistas, quienes no estaban debidamente atendidos. El Padre Superior contestó que cuando entraban los heridos no se averiguaba ni sus ideas políticas, ni religiosas. Lo dijo con estas palabras:

“No se ve más que pobres heridos que necesitan nuestros servicios y procuramos asistirlos lo mejor que podamos. En cuanto a la asistencia espiritual, hay en el establecimiento dos sacerdotes atentos a la administración de los Sacramentos para aquellos que los piden o se ve que no se resisten a recibirlos (Marcos O, 1969).

En otra ocasión se presentaron cuatro enfermeras con el fin determinado de ponerse frente de los servicios de las salas. Inmediatamente, el Padre Tomás fue a Bilbao y expuso a la Consejería de Sanidad la no necesidad del servicio de tales enfermeras y fueron trasladadas (Marcos O, 1969).

Fueron varios los Hermanos jóvenes que se encontraban en la edad militar y que no se presentaron a la llamada de los distintos reemplazos escudados en la falta de inscripción local. Sin embargo, un día se recibió una comunicación pidiendo la relación de los jóvenes que había en el Hospital en edad militar. El Padre Tomás se entrevistó en Bilbao con el Subdirector de Sanidad pidiendo aclaración sobre el alcance de dicha disposición. El subdirector contestó que debían incorporarse a filas los que estuvieran en edad militar, y añadió: *“A Dios lo mismo se le sirve en el frente que en el Hospital”*. Sin embargo, el Padre Tomás no presentó la relación de estos Hermanos ni ellos se incorporaron a filas (Marcos O, 1969).

El crédito del Prior, el Padre Tomás, ante las autoridades de Santurce, le valió conseguir suministros alimenticios para tanta gente y también para prevenir que algún desalmado intentara cualquier desmán.⁶⁷

Las magníficas condiciones del Hospital hacía que los heridos estuvieran a gusto y prefirieran ser atendidos en el Hospital San Juan de Dios que en los demás hospitales. No hubo nunca quejas, sino manifestaciones de agradecimiento.⁶⁸

Días antes de la entrada de las tropas franquistas, el Superior, Padre Tomás, abrió las puertas del Hogar-Clínica a muchos fugitivos. Las salas, pasillos sótanos y tránsitos de los pisos bajos se llenaron de gente. Fueron unas 2.000 personas que se refugiaron en el Hogar-Clínica San Juan de Dios, tratando de ponerse a cubierto de los bombardeos de la aviación y de la artillería, pero, sobre todo, de evacuaciones forzosas. En los últimos días, se prohibió a estas personas que se dejasen ver a fin de evitar la orden de evacuación. Hasta cuatro días antes de la entrada en Santurce del ejército franquista, los refugiados proveyeron su sustento y abrigo. Pero en los últimos días, en el Hogar-Clínica se prepararon grandes ollas de un rancho, a base de un buen cocido sustancioso, con abundante pan que se distribuyó a todos. La mayoría habían llevado las ropas indispensables para cubrirse principalmente por la noche. Pero para otros, los más necesitados como eran los niños, los ancianos y algún enfermo, el Hospital les proporcionó colchones, jergones y ropa. También se dio asilo con riguroso secreto a algunas personas comprometida, como el Secretario del Ayuntamiento de Santurce, ocultándolas en lugares inverosímiles, como eran los desvanes de la iglesia, ante el temor de ser obligadas a evacuar.⁶⁹ Las circunstancias mantenían a la gente ordenada y respetuosa; el Padre Tomás sólo les hizo la advertencia de que no salieran a la calle ni se dejasen ver fuera del edificio.⁷⁰⁻⁷¹

⁶⁷ Revista *La Caridad*, Año XVIII, marzo-junio, 1959. Núm. 161. Pág.. 154

⁶⁸ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios de Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 20

⁶⁹ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios de Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 20

⁷⁰ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios de Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 241

El 19 de junio de 1937 el ejército nacional entró en Bilbao. Esto provocó la huida de las unidades de milicianos y su incesante paso por delante del Hospital, camino de Santander. Una noche pernoctó en la iglesia un batallón de carabineros, sin ningún desorden.⁷²

Cuando el frente republicano se hundió, tras las batallas de Ochandiano y Peña Lemona y se produjo la ruptura del Cinturón de Hierro, el ejército republicano retrocedió sobre Bilbao. Entonces cundió en el Hogar-Clínica un siniestro augurio; se dijo que las autoridades habían dado orden de evacuar el Hogar-Clínica con su personal sanitario a Santander; y que las brigadas asturianas de dinamiteros proyectaban volar los edificios e instalaciones más valiosos, entre los que se encontraba el Hogar-Clínica San Juan de Dios.

Se dieron largas a estas órdenes buscando subterfugios para eludirlos. Uno de ellos fue el acuerdo que estableció el doctor Don Bruno Alegría con el médico de Portugalete, don Joaquín Nogales, para acoger a los niños con sarampión que estaban en un Hospital instalado en el Palacio Oriol (frente al Hogar-Clínica San Juan de Dios). En el Hogar-Clínica San Juan de Dios el aluvión de refugiados y los niños infecciosos habían originado tal confusión que hizo imposible la evacuación. De los heridos que podían levantarse se marcharon espontáneamente; sólo quedaban unos 20 al entrar los nacionales (Marcos O, 1969).⁷³ Fue providencial que esto ocurriera a una Casa que había albergado cerca de 2.000 refugiados. El 21 de junio de 1937 entraron en Santurce los primeros soldados del ejército franquista.⁷⁴⁻⁷⁵

La labor hospitalaria realizada a favor de los soldados de la República no se ha podido conocer en cuanto al número exacto de estancias, operaciones, consultas, etc. Por lo que a través de informaciones imprecisas no se puede

⁷¹ Revista *La Caridad*. Año XVIII, marzo-junio 1959. Núm. 161. Págs.. 153-154

⁷² *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 20

⁷³ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 20

⁷⁴ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre 1942. Núm. 24. Pág.. 248.

⁷⁵ Revista *La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161. Pág.. 154

dar una relación seria y veraz. No obstante, disponiendo de varios datos tomados por el Dr. Salaverri y ojeando un conglomerado de papeles como certificados médicos, fichas o tarjetas de Sanidad, con el que solían venir acompañados los heridos, se pudo obtener unas cifras sobre enfermos hospitalizados o asistidos durante este periodo y que se refleja en la tabla 4.

Tabla 4. *Hospital de la Cruz Roja (1 agosto 1936 a 27 junio 1937)*

Ingresados	387
Dados de alta curados	168
Dados de alta mejorados	82
Dados de alta evacuados	129
Fallecidos	8
Asistidos en el ambulatorio	485

Fuente: Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Págs.. 246-248.

Al finalizar la guerra hubo algún desacuerdo entre Jefes de Sanidad para devolver el Hogar-Clínica a los fines fundacionales. La justicia se impuso y los desvelos del Vicario Provincial, Fray Celedonio Océn, fueron premiados con un tajante telegrama fechado en Salamanca y firmado por el Director General de Sanidad con el que acallaron a los especuladores.⁷⁶

⁷⁶ Revista *La Caridad*. Año IX. Noviembre, 1949. Núm. 105. Pág.. 400



Heridos atendidos, militares y sanitarios en 1937
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

2.4.- El Hogar-Clínica San Juan de Dios: Hospital de las nuevas autoridades franquistas.

El día 22 de junio de 1937, sobre la una del mediodía, el repique de campanas de Portugalete y Santurce anunció la entrada del ejército franquista. Un oficial italiano fue el primero que hizo acto de presencia en la portería al mediodía. Por la tarde, se celebró un acto de acción de gracias y se entonó el Te Deum al Señor.⁷⁷ Don Julio Ruiz, el sacerdote refugiado en el Hogar-Clínica, se reintegró a su parroquia de Portugalete.

Los refugiados fueron saliendo desde ese momento durante días sucesivos, según se normalizaba la situación de su poblaciones de origen. Todos ellos quedaron muy agradecidos al Hospital San Juan de Dios.

⁷⁷ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 20.

Los nuevos ocupantes aprovecharon las condiciones del Hospital mejor que los republicanos. Colocaron en él 225 camas para los heridos del frente de Santander. La labor de los Hermanos de la Comunidad, como sanitarios y practicantes, brilló a gran altura, como lo demostraron a su tiempo los excelentes informes al respecto que los jefes de Sanidad Militar emitieron espontáneamente. Así también lo demostró el agradecimiento constante de tantos soldados que en este Hospital fueron cuidados con esmero.⁷⁸

Reconocidas por las Autoridades Sanitarias Militares las óptimas condiciones de la Fundación, propusieron a los Superiores, pocos días después de la Liberación, convertir el Hogar-Clínica en Escuela de Reeducción Ortopédica Militar, con capacidad de 300 camas, atendidas por la Comunidad de Hermanos en la administración y siete Hermanas de la Caridad y enfermeras en las salas. Pero expuesta la razón y los fines determinados de la Fundación, las Autoridades desistieron de dicho plan y, en su lugar, se hizo un contrato para establecer un Hospital para heridos y enfermos,⁷⁹ con capacidad para 250 camas, atendiendo solamente por la Comunidad de Hermanos.

Sin ruptura de continuidad, por tanto, prosiguió funcionando el Hospital de Sangre, hasta el mes de septiembre de 1939, terminada ya la guerra. En todo el tiempo permaneció activa la sección de niños lisiados. Al ser evacuados los enfermos militares y cesar como Hospital Militar (septiembre, 1939), se reanudaron de nuevo los servicios peculiares de la Fundación a favor de estos niños completando las cincuenta plazas y ordenando su secciones.⁸⁰⁻⁸¹⁻⁸²

Aunque no existen cifras precisas sobre el trabajo efectuado por los Hermanos de San Juan de Dios de Santurce en este periodo se dieron muchos testimonios de gratitud y admiración.

⁷⁸ Revista *La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161. Pág.. 154

⁷⁹ Revista *La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161. Pág.. 96

⁸⁰ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 20

⁸¹ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 248

⁸² *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 21

El nombre de “San Juan de Dios” quedó en Vizcaya como un símbolo de amparo y protección en los infaustos días de la guerra. Durante ésta, el Hogar-Clínica trató, sin reconocer frontera política alguna, a más de 6.000 heridos y enfermos. Al acudir los Hermanos día y noche en su auxilio, y al recoger bajo la sombra protectora de esta mansión a tantas personas, en especial, ancianos, mujeres y niños sin hogar o aterrorizados por los estragos de la aviación, se realizó una gran labor que permanece viva en la historia de este Hospital.⁸³

(FALTA UN TEXTO PARA HACER REFERENCIA A ESTA TABLA)

Tabla 5. *Actividad del Hospital Militar (27 junio, 1937 a septiembre, 1942)*⁸⁴

Ingresados	4.673
Enfermos	1.675
Heridos	2.998
Dados de alta curados	2.883
Dados de alta evacuados	1.788
Fallecidos	2

Fuente: Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. pág.. 248.

En la Memoria presentada a la Comandancia de Sanidad por el Director de la misma, don José María Goiricelaya se encontraban gráficos muy elocuentes de lo que fue el Hogar-Clínica de San Juan de Dios de Santurce en su periodo de Hospital Militar.⁸⁵

Cómo la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios había cumplido su misión bienhechora, se ve expresado en las palabras que el Dr. Goiricelaya escribió en el preámbulo de la Memoria.⁸⁶

“Se han puesto todos los afanes en la labor diaria. Todo el dinamismo hospitalario ha sido llevado a efecto mi dirección y la cooperación del personal auxiliar, que me ha prestado en toda ocasión una eficaz colaboración, siempre al ritmo de un afán noble y de un entusiasmo sostenido y candente. No quiero terminar esta somera exposición sin acentuar el concurso de estos buenos Hermanos, a quienes se debe buena parte de los éxitos obtenidos en nuestros tratamientos, por la extraordinaria facilidad y

⁸³ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 248

⁸⁴ Años más tarde, el Dr. Bruno Alegría citaba en 6.000 mil las personas atendidas en el Hospital de San Juan de Dios. Posiblemente incluía en esta cifra a las personas refugiadas.

⁸⁵ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 248

⁸⁶ Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. Año II. Diciembre, 1942. Núm. 24. Pág.. 248

espléndida con que han correspondido, y si de alguna deficiencia hubiera, solamente es culpa mía, toda vez que por parte de los Hermanos corresponde sólo facilidad y garantías que es cuanto en ellos he encontrado”.

2.5.- La reestructuración del Hogar-Clínica en la postguerra y los cambios en la Fundación Aguirre.

Tras la guerra, el Hogar-Clínica se desarrolló dentro de los fines de la Fundación como era la curación, la instrucción y la educación de los niños inválidos pobres.

Este periodo transcurre en un ambiente de paz nacional, turbado por la incertidumbre de la Guerra Mundial que estalló el 1 de septiembre del mismo año 1939. Se agravó la carestía y el encarecimiento de la vida, consecuencia primero de la Guerra Civil y después de la Guerra Mundial. Estas circunstancias entorpecieron, de modo general, en toda la nación la reconstrucción de los daños ocasionados por la guerra; y de modo particular, en el suministro de artículos vitales que irían limitándose hasta obligar a su racionamiento.⁸⁷

A la muerte de Don Pedro de Icaza Aguirre, en 1942, hubo cambios en la Fundación de la que era su fundador. Don Pedro de Icaza y Aguirre⁸⁸ nació en la Villa de Bilbao el 17 de septiembre de 1867. Fue ingeniero de caminos de profesión. Presidió la Comisión de Fomento en la Diputación de Vizcaya durante la dictadura del General Primo de Ribera, retirándose, a la llegada de la República, a su hogar para consagrarse a sus asuntos personales y a seguir con interés la marcha de sus Fundaciones.

⁸⁷ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975. Pág.. 21

⁸⁸ *Revista La Caridad*. Año II. Núm. 15. Marzo, 1942. Págs.. 106-112

Tras la entrada del ejército franquista en Bilbao, el Gobernador Civil aceptó su ofrecimiento y le nombró Presidente de la Junta de Recaudaciones Benéfico-Sociales, donde realizó un inmenso trabajo.

Un acontecimiento luctuoso envolvió de dolor y de tristeza a la Fundación. El 24 de enero de 1942,⁸⁹ sábado, al mediodía, moría el Fundador, Don Pedro de Icaza y Aguirre. Estaba acompañado por su esposa, Dña. Mercedes Gangoiti y Aguirre, sus hijos, nietos y también por el Hermano Superior del Hogar-Clínica de Santurce, el Padre Eleuterio de Francisco.

Don Pedro había pedido ser amortajado con el hábito de Hermano de San Juan de Dios. En vela constante de oraciones, día y noche, hubo Hermanos de la Comunidad de Santurce. El Rvdo. Roque Pinazo celebró las exequias en el altar de la capilla ardiente a la que asistieron los Superiores de Santa Águeda, el Padre Gil de San José Lladó y de Santurce, el Padre Eleuterio de Francisco. También asistieron el Padre Higinio, Maestros de los Novicios, el Padre Tomás de Aquino Carbonell, de Pamplona, el Padre Roque Pinazo, Capellán de Santa Águeda, así como varios Hermanos de Santa Águeda y Santurce.

El 3 de febrero se celebró un funeral en la iglesia del Hogar-Clínica San Juan de Dios por el alma del Fundador, al que asistieron todos sus hijos, la Corporación del Ayuntamiento de Santurce, el clero de la localidad y otras representaciones. Celebró la Misa el Padre Roque Pinazo y en representación del Padre Provincial, impedido de asistir por estar acompañando al Padre General en visita por España, lo hizo el Padre Gil de San José Lladó (Marcos O, 1969).

Como legado de sus tíos, Don Pedro y Don Domingo de Aguirre Basagoiti, de las manos de Don Pedro de Icaza brotaron múltiples instituciones docentes y benéficas:

(sobre estas Fundaciones se ha tratado en el Capítulo I. Se puede hacer referencia lo ya dicho)

⁸⁹ Revista *La Caridad*. Año II. Núm. 14. Febrero, 1942. Pág.. 21

- Con la **Fundación de la Universidad Comercial de Deusto**, encomendada a la Compañía de Jesús quiso atender a una necesaria y sólida formación económica de los hombres de empresa que dotase a Vizcaya de profesionales capacitados para desarrollar y dirigir su comercio.
- También, desde la **Fundación Agrícola Aguirre de Vizcaya**, acudió Don Pedro en auxilio de los campesinos con la cooperación del Clero y maestros rurales, para divulgar entre labradores de Vizcaya los mejores métodos de cultivo, proporcionándoles, con el mayor rendimiento del suelo mejores condiciones para su vida de trabajo.
- Pero su Fundación más querida fue la **Fundación Benéfica Aguirre**, administradora del Hogar-Clínica de San Juan de Dios de Santurce, que llegó a conmover constantemente sus más nobles sentimientos. Muestras de ese cariño y distinción al Hogar-Clínica de San Juan de Dios de Santurce fueron sus visitas a los niños que constituían su más agradable esparcimiento (Marcos O, 1969). Don Pedro ideó, para dar cima a sus legados, esta institución benéfica ya que faltaba aún en el cuadro de sus proyectadas obras la parte reservada al alivio del dolor.⁹⁰

Don Pedro de Icaza poseía múltiples títulos de distinción, pontificios y del Estado. Pío XII le otorgó el título de Marqués de Casa Icaza, transferible a perpetuidad a su primogénito varón⁹¹, y también la Cruz de Caballero de la Orden de San Silvestre. El Gobierno Español le honró con el Vizcondado de Moreaga. La Orden de San Juan de Dios, en el año 1922, le concedió la Carta de Hermandad, haciéndole partícipe de sus méritos y gracias espirituales. La Compañía de Jesús le distinguió con el nombre de Fundador. La Orden de San Agustín le cuenta en el número de sus Hermanos y la Sociedad Salesiana, entre sus generosos cooperadores (Marcos O, 1969).

⁹⁰ En esta Tesis deseo resaltar esta misión del alivio del dolor en todas sus facetas (físicas, emocionales, sociales y espirituales) que después de casi 90 años sigue cumpliendo como una misión central del Hospital San Juan de Dios, en el siglo XXI.

⁹¹ Desde su fallecimiento se ha transferido a los primogénitos de las tres generaciones hasta la actualidad: D. Pedro de Icaza y Gangoiti, D. Pedro de Icaza Zabálburu y D. Pablo de Icaza Ampuero (el actual, nombrado en 2012).

Con la muerte de Don Pedro de Icaza y Aguirre, Fundador y único patrono de la Fundación, se inició un nuevo periodo con la constitución del Patronato previsto en los Estatutos. El 17 de marzo de 1942 se constituyó la nueva Junta donde el Presidente fue nombrado el primogénito del Fundador, Don Pedro de Icaza Gangoiti, y como vocales el Provincial de Castilla, el Padre Claudio Piña Tejedor, el Superior del Hogar-Clínica de Santurce, el Padre Eleuterio de Francisco, Don Francisco de Icaza Gangoiti, hijo del Fundador, y el Presidente del Consejo de la Sociedad de San Vicente Paúl de Bilbao, Don Mariano Epalza. Esta centenaria Institución Benéfica, coloquialmente conocida con el nombre de “Conferencia de San Vicente Paúl”, ha estado presente desde entonces en el Patronato de la Fundación, prestando siempre una fecunda colaboración, de acuerdo con su larga tradición en el ejercicio de la caridad desde su fundación en París, hace más de 130 años.⁹²

Cuando acabó la guerra el Hogar-Clínica tuvo que buscar nuevos recursos económicos para continuar con su labor. El 1 de abril de 1939 terminó la guerra, pero no trajo la paz sino un orden policial. Las represalias sancionadas por la Ley de Responsabilidades Políticas llevaron a la cárcel si no a la muerte a miles de personas. Otros buscaron la salvación de sus vidas en el exilio que en ocasiones rebosó los cuarenta años del régimen franquista.

La Guerra Civil arruinó a la nación española. Muchas estructuras como las industrias, las carreteras, los ferrocarriles, etc., habían quedado destruidas y todos los funcionarios, incluidos los cercanos al régimen vencedor tuvieron que pasar una depuración que para muchos supuso una multa de mayor o menor cuantía e incluso la pérdida de su empleo.

Desde el punto de vista sanitario se retrocedió más de 20 años. Las cifras de mortalidad y morbilidad de enfermedades como la tuberculosis, las fiebres

⁹² Para conocer la misión y la estructura de esta Conferencia de San Vicente Paúl pueden visitar la siguiente dirección web: http://es.wikipedia.org/wiki/Sociedad_de_San_Vicente_de_Paúl (última entrada: 1 agosto 2015).

tifoideas y otras enfermedades infecciosas sufrieron un incremento que tardó más de 15 años en llegar a los índices anteriores al año 1936.

El exilio voluntario o forzoso de un gran número de científicos, catedráticos, profesores, artistas, escritores, etc., empobreció la vida intelectual española.

El periodo comprendido entre los años 1940 y 1952 se caracterizó por la carestía y racionamientos de los alimentos de primera necesidad, que se venían padeciendo, como consecuencia de las guerras civil y mundial. Floreció el mercado negro favorecido por desaprensivos capaces de marcar con previos altamente abusivos cualquier artículo de necesidad vital.

Habían desaparecido las anteriores circunstancias favorables de toda fundación benéfica, pues junto a la carestía de alimentos, se unía la depreciación de la moneda por el encarecimiento de los precios. Estos motivos eran más que sobrados para estrechar los recursos de las fundaciones benéficas, poseedoras de bienes limitados, lo que les imponía una restricción de sus actividades asistenciales.

Así, el Hogar-Clínica de Santurce tuvo que reducir a la mitad y aún menos, el número de niños hospitalizados. En tan apurados años fue providencial la ayuda dada por el Padre Provincial de Castilla, Fray Claudio Piña, quien desde América envió gran cantidad de alimento.⁹³⁻⁹⁴

El Padre Superior, Eleuterio de Francisco, se desvivió por conseguir los suministros de cada día. Se procuró sacar la mayor utilidad de los terrenos pertenecientes a la Fundación. Se sacrificaron los campos de juego para convertirlos en tierras de labor y plantar hortalizas, maíz, patatas, alubias, etc. También se criaron animales y aves de corral. Estas labores fueron encomendadas al grupo de Novicios (Marcos O, 1969).

⁹³ Revista *La Caridad*. Año IX. Noviembre, 1949. Núm. 105. Pág.. 400

⁹⁴ Esta ayuda es una muestra más de la solidaridad de otras casas de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que siempre ha sido una constante a lo largo de su existencia, hasta la actualidad, como podremos ver a lo largo de esta Tesis.

La carestía y encarecimiento de los alimentos llevó a establecer el racionamiento que siempre era limitado e insuficiente para llegar al sustento de cada día. El Padre Superior se tuvo que desvivir para cubrir esta insuficiencia. Era la nota general en la calle, de la que no podía ser excepción la vida religiosa.⁹⁵ Esta situación duró hasta pasado el año 1950, en que fueron, poco a poco, superadas hasta llegar a la libertad adquisitiva de estos artículos.

Con eficiente acierto, y común acuerdo del Patronato, el Padre Prior del Hogar-Clínica superó esta insuficiencia. En primer lugar, ofreciendo, según los Estatutos de la Fundación, a varias Diputaciones la asistencia de los niños inválidos. Respondieron favorablemente a este ofrecimiento las Diputaciones de Álava, Logroño y Burgos, abonando 18 pesetas por día de estancia. Con ello creció el número de niños, aminorando la sensación de vacío que ofrecía el Hogar-Clínica (Marcos O, 1969).

Otra decisión, tomada igualmente con el acuerdo del Patronato, fue adoptar la postulación en Bilbao y en el resto de la provincia de Vizcaya, lo que se inició en 1950. Esta labor se encomendó a Fray Pablo de la Cruz Cañas, quien dotado de particulares habilidades para este cometido echó mano de todos los recursos como fueron charlas y festejos. De esta manera logró abrir numerosas suscripciones de bienhechores. Unos meses después había crecido la colaboración, llegando a existir cinco hermanos limosneros.

2.6.- Las transformaciones del Hogar-Clínica y la atención médica en la década de los años 50.

Merced a los nuevos recursos económicos, el trabajo del Hogar-Clínica de Santurce recibió un nuevo impulso. El consultorio fue más concurrido y se llegaron a cubrir 60 plazas de niños internados.

⁹⁵ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975, pág.. 21

En cuanto los medios económicos lo permitieron, se adoptaron varias reformas y mejoras en la Clínica, sobre todo en la Enfermería. La Enfermería era muy reducida y se trasladó a la espaciosa y alegre sala que había servido, desde la fundación, para dormitorio de los niños levantados. Para adecuarla a su nueva función se abrió una ventana hasta el nivel del patio central, y por esa nueva puerta se sacaba a los niños, en sus camas rodantes que se compraron para ello, al patio que cumplía plenamente el oficio de solárium espacioso; abrigado del Norte por la forma caracterizada del edificio, que asemeja una media luna, evitando así el azote del Cantábrico que, en invierno con tanta fuerza solía azotar las fachadas norte del Hogar-Clínica.⁹⁶⁻⁹⁷



Niños tomando el sol en el patio.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

El Hogar-Clínica contaba con una espaciosa Clínica, amplios quirófanos, gabinetes radiológicos, laboratorio de análisis, consultas de Otorrinolaringología, Oftalmología, Odontología, farmacia, museo, biblioteca y

⁹⁶ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial, 1975, pág.. 25

⁹⁷ *Revista La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161. Pág.. 155

un laboratorio de fotografía con el más moderno material e instrumental de aquella época. Todo ello con la máxima limpieza. En esa época, el Hogar-Clínica contaba con los servicios de practicante a cargo de don Florentino Barrueta.

En el año 1951, la cirugía más abundante de ese año fue la *corrección de pie zambo*.⁹⁸ El Dr. Salaverri empleó su método propio para tratar las deformidades de los miembros inferiores con gran éxito, especialmente los pies zambos congénitos, que practicó durante bastantes años. Esta intervención consistía en practicar una dermato-fasciotomía plantar y hacer corrección manual sobre cuña. En uno de los viajes de estudio que hizo a Italia pudo observar cómo en la reducción de los pies zambos no se llegaba a una curación radical y pronta, a pesar de pesadas y continuas correcciones manuales incruentas, debido en gran parte a la resistencia que oponía la piel y que cuando por un forcejeo excesivo se llegaba ésta a entreabrir, el enderezamiento resultaba más seguro y fácil; el pie ganaba en longitud y las heridas curaban por sí solas en poco tiempo. De ahí dedujo, el Dr. Salaverri, que con una incisión transversal practicada en la región plantar, la piel no opondría resistencia al enderezamiento, y así lo realizó con buenos resultados. Su método era como sigue: una vez practicada la incisión de la piel y la sección de la fascia plantar, se efectuaba la reducción manual sobre cuña o con palancas apropiadas; en algunos casos practicaba sección de los tendones flexores de los dedos, que temporalmente perdían su función, pero que la recobraban poco después. El pie, al ser desdoblado ganaba en longitud aunque quedaba con una falta de piel y tejido que llegaba a veces hasta ser de unos 5 cms., pero en todo caso, estas heridas cicatrizaban por sí solas, sin necesidad de más cuidados. El yeso en hipercorrección se mantenía durante un mes. Posteriormente comenzaba a caminar con el pie operado para llegar a caminar correctamente sin yesos antes de dos meses. La ventaja de este método sobre otros hizo que muchos cirujanos españoles y extranjeros lo aceptaran y lo empleasen.

⁹⁸ Revista *La Caridad*. Año XII. Marzo-Abril, 1952. Núm. 120. Pág.. 48

En este Hogar-Clínica se trataron algunos niños de la Rioja que llevaban hasta 8 años en tratamiento, siendo dados de alta curados antes de los 3 meses.

En el año 1951 aumentaron las fracturas atendidas (fueron 24 durante ese año), casi en su totalidad de accidentados en las proximidades del Hospital. Fueron reducidas y tratadas por el Dr. José Alegría, hijo del Dr. Bruno Alegría, que acudía generosa e incondicionadamente cuando se le solicitaban sus servicios.

Resumen de un año (1952-1953: algunas observaciones de los enfermos tratados en este Hospital de artritis fímicas y algunas de menor importancia.

Para hacerse una idea de la atención médica en la década de los años 50 es preciso hacer un pequeño resumen.⁹⁹

Para el tratamiento de los enfermos del **Mal de Pott** se empleó un nuevo sistema de lecho que consistía en una camilla articulada cubierta de lona: la movilidad estaba situada en uno de sus tercios, con lo que al girar formaba un ángulo sobre el que se colocaban el cuello del enfermo, estando basado en dos principios: 1º en la tracción que ejercía el peso del cuerpo sobre la columna vertebral al colocarle en un plano inclinado, y 2º en la mayor o menor curvatura que el ángulo se dé, pudiéndose colocar, en algunos casos, la gibosidad sobre el mismo para una hipercorrección. Este sistema tenía algunas ventajas sobre el método de yeso: es más limpio ya que se podía cubrir con una sábana corriente, que se cambiaba cuantas veces fuera necesario y sobre todo porque sin necesidad de otra cosa, se daba con toda facilidad mayor o menor curvatura al artefacto, resultando de esta forma una corrección graduada. Este método, como toda clase de lechos para corregir cifosis, precisaba, para ser una realidad eficiente, de una constante vigilancia por parte de los enfermeros para adaptar a los niños al mismo. Éste era un punto clave del tratamiento de

⁹⁹ Revista *La Caridad*. Año XII. Marzo-Abril, 1953. Núm. 126. Págs.. 116-117.

estas deformidades ya que de lo contrario habría que recurrir a medios de sujeción como correas, etc.

Los niños ingresados en el Hogar-Clínica gozaban también de una parte recreativa en la que se ofrecían ratos amenos con la representación de unas veladas cómicas interpretadas por diversos grupos de jóvenes de asociaciones católicas. Se llegaron a proyectar en un año 23 películas adaptadas a los niños. Tampoco faltaron conciertos de guitarra, violín, piano y txistu.¹⁰⁰



Algunas de las actuaciones que ofrecían a los niños.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

En el Capítulo Provincial de 1953 fue nombrado Prior Ángel Encinar que ya había estado en el Hogar-Clínica como Vice-maestro de novicios y había sido muy apreciado por los miembros del Patronato, las autoridades y el propio vecindario de Santurce. Este Prior dio un nuevo impulso al Hogar y Clínica.¹⁰¹

¹⁰⁰ El txistu estuvo presente en este Hospital desde 1952 y en 2014 continúa estando presente.

¹⁰¹ Revista *La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161. Pág.. 155

Los servicios médico-quirúrgicos se extendieron en un radio insospechado. Desde entonces se turnaron más de 4 cirujanos de primer orden que intervenían diariamente con los métodos operatorios de vanguardia. El Dr. Manuel Salaverri, limitado para su actividad quirúrgica por una afección ocular, cedió su puesto a su hijo, quien no desmereció del crédito de su padre en el Hogar-Clínica. Autorizó a sus ayudantes, el Dr. Pedro Múgica y el Dr. Manuel Salaverri, hijo, a operar en este Hogar-Clínica enfermos de la especialidad. El Dr. Múgica operaba con sus ayudantes los jueves y el Dr. Salaverri, hijo, operaba los sábados.

Con el Dr. Manuel Salaverri, hijo, alternaba otro buen traumatólogo y cirujano ortopédico, Dr. Pedro Múgica, quien a su juventud asociaba una prodigiosa capacidad de trabajo y que tenía un gran empeño en estar al día en todos los adelantos que en Cirugía Ortopédica se conseguían en Europa. Formaba parte de un grupo de cirujanos que se reunían semanalmente en Barcelona con los más afamados cirujanos europeos. También el Dr. Alegría, hijo, comenzó a operar en este Hogar-Clínica en los casos de Cirugía General. Continuó funcionando el gabinete de Otorrinolaringología y otros servicios de carácter ambulatorio con una concurrencia enorme de enfermos.

A mediados de 1953 empezaron a funcionar para el público las consultas diarias de Traumatología y Cirugía General, que estaban a cargo del Dr. José Alegría, con lo que se alivió a la consulta semanal del Dr. Salaverri quien sólo se dedicó a aquellos casos que revistieran importancia. Seguían funcionando las consultas de Tisiología y de Otorrinolaringología. Esta última consulta daba el mayor movimiento de niños ya que se hospitalizaba a todos los que había que intervenir y dados de alta una vez que su estado no ofrecía peligro.

Entre las distintas consultas, destacaba el gran número de casos en Tisiología. Ello era debido a que se revisaban en el Hogar-Clínica San Juan de Dios los niños de las Escuelas Nacionales de los pueblos vecinos que obligatoriamente debían pasar por Rayos X antes de su ingreso en los centros de enseñanza. Estas consultas tuvieron mucha importancia y llenaron un hueco necesario

desde hacía tiempo. Además a muchos de los asistidos se les había evitado desplazarse hasta Bilbao.

Algunos trabajos se vieron reducidos, no sólo por la escasez del material necesario para rendir lo suficiente en cada especialidad, sino también por su coste económico, factor importante para el desarrollo de estas actividades.

El público de los pueblos vecinos vio con agrado la apertura y el desarrollo de estas especialidades, pues eran muchos los enfermos que se beneficiaban de ellas. Se daba el caso bastante frecuente que muchas personas, aún los que vivían en la otra parte de la ría, frente al propio Hogar-Clínica San Juan de Dios, no conocían a qué se dedicaba.¹⁰² La propaganda emitida por Radio y el trabajo de estas especialidades ayudaron a dar a conocer la obra benéfica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en Vizcaya.¹⁰³ También contribuyó el Nacimiento que se representaba en el Hospital y que el año 1953 fue muy visitado.

Los antibióticos, tiosemicarbazónicos, paramito salicílico e isoniacida en el tratamiento de la Tuberculosis.

El tratamiento de la Tuberculosis era una de las preocupaciones de los científicos de la época (Villanueva A, 1989).

En 1944, Selman A. Waskmann¹⁰⁴ descubría en los laboratorios de la Universidad de Nueva Jersey un nuevo antibiótico, la estreptomina¹⁰⁵ que demostró ser útil en el tratamiento de las formas iniciales de la Tuberculosis.

¹⁰² Revista *La Caridad*. Año XIII. Julio-Agosto, 1954. Núm. 134, pág.. 248.

¹⁰³ Revista *La Caridad*. Año XIII. Julio-Agosto, 1954. Núm. 134, pág.. 248.

¹⁰⁴ Selman A. Waskmann visitó la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, de la que fue nombrado Académico de Honor, seis meses antes de recibir el Premio Nobel de Medicina.

¹⁰⁵ En agosto de 1950 salió al mercado la primera molécula envasada en laboratorios españoles. Su precio inicial de venta al público fue de 55,35 pesetas, tres veces más del coste de la cama en el Hospital de San Juan de Dios.

Entre 1945 y 1947, el profesor Lehmann, director del Laboratorio Central de Hospital de Sahlgrenska, en Suecia, realizó los primeros estudios sobre el para-amino-salicílico (PAS) que demostró su utilidad en las formas tuberculosas pulmonares, aunque menos en otras formas.

En 1946, Domagk, que nueve años antes fue pionero en el estudio de las sulfamidas, sintetizaba el Tb-1, una tiosemicarbazona, que también demostró su eficacia.

Finalmente los ensayos clínicos de los profesores Selikoff y Robitzek en el Sea View Hospital de Nueva York demostraron el valor de la isoniacida del ácido isonicotínico superior en 20 veces a la estreptomina frente al bacilo tuberculoso.

En el mes de junio de 1953 se administró por primera vez en el Hogar-Clínica la isoniacida a dos niños, uno con tuberculosis de tobillo, y el otro con lesiones en los dedos de la mano. Al mes de la administración se pudo comprobar que había desaparecido toda la sintomatología patológica. Pasado tres meses asintomáticos se les consideró curados aunque con alguna reserva.

Durante los años cincuenta y primeros sesenta, la terapéutica farmacológica de las formas tuberculosas comprendía la asociación de la estreptomina, el PAS y la isoniacida. Con esta terapia la tuberculosis perdió su terrible fama de enfermedad incurable.

Gestiones con la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad

Después del capítulo Provincial de Junio de 1946, el nuevo Superior y Maestro de Novicios, Padre Juan Grande Alcolea, en vista de que las dificultades económicas se complicaban por exigencias de los tiempos reinantes, comenzó una serie de conversaciones con las empresas del Seguro de Enfermedad para implantar en el Hogar-Clínica un número determinado de camas para los niños

beneficiarios de los Seguros Sociales proporcionándoles atenciones similares a las de la Fundación sin violentar radicalmente las bases fundacionales.¹⁰⁶⁻¹⁰⁷



Dormitorio de niños
Foto del Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce

No se pudo hacer este contrato porque las empresas reclamaban derechos inadmisibles que chocaban profundamente con las bases fundacionales del Hogar-Clínica y no menor con la disciplina de una Casa de formación. Con todo, se acordó un contrato verbal para recibir niños varones beneficiarios del Seguro de Enfermedad, con dolencias similares a las que se trataban en este Hogar-Clínica.

Los contratos firmados con las Diputaciones de Álava, Burgos y Logroño para la atención de niños procedentes de estas provincias consiguieron algún

¹⁰⁶ Revista *La Caridad*. Año IX. Noviembre, 1949. Núm. 105, pág.. 401.

¹⁰⁷ Los Hermanos de San Juan de Dios de Santurce han sido constantes en ofrecer su colaboración a las instituciones públicas socio-sanitarias hasta la actualidad como dejo constancia a lo largo de esta tesis.

beneficio económico, pero no consiguieron la solución definitiva del problema hondo y urgente que arrastraba el Hogar-Clínica.¹⁰⁸

Por los mismos motivos, poco antes del Capítulo Provincial de 1950, el Presidente del Patronato de la Fundación y el Padre Prior tuvieron una entrevista con miras a hallar un camino seguro al respecto. El Padre Superior propuso, como el medio más adecuado, la implantación de la limosna al igual que se hacía en otros centros sanitarios de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Don Pedro de Icaza tuvo que sacrificar algún sentimiento familiar antes de dar su plácet. En cierto modo, aquella propuesta era contraria a las bases fundacionales establecidas por su padre. Con todo, y en beneficio de las circunstancias del momento, encargó al Padre Prior tramitar este asunto con los Superiores Mayores, lo que se hizo en el siguiente Capítulo. El nuevo Padre Provincial, Antonio Núñez, envió al Hermanos Pablo de la Cruz Cañas al Hogar-Clínica San Juan de Dios de Santurce para que empezase la propaganda. El pueblo vizcaíno respondió plenamente, por lo que muy pronto se agregaron otros dos Hermanos limosneros que con su labor consiguieron interesar más y más la buena disposición de los vizcaínos a favor del Hogar-Clínica en su nueva etapa benéfico-social.¹⁰⁹

Las “bodas de plata” del Hogar-Clínica San Juan de Dios

El 24 de octubre de 1949 se cumplían los veinticinco años, las “bodas de plata”, de la inauguración del Hogar-Clínica. Esta fecha conmemorativa se celebró en la intimidad familiar por voluntad del Presidente del Patronato, Don Pedro Icaza, aunque con alguna solemnidad mayor de lo acostumbrado, al coincidir con la fiesta de San Rafael, protector del Hogar-Clínica.

La Misa solemne fue oficiada por el Párroco de Santurce, don Bonifacio Alcalde, y la oración sagrada corrió a cargo del coadjutor de Portugalete, don Julio Ruiz, quien había sido el orador de la inauguración. El haber convivido

¹⁰⁸ Revista *La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161, pág.. 155

¹⁰⁹ Revista *La Caridad*. Año XVIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161, pág.. 155

con la Comunidad en los días penosos de la guerra, le hizo conocedor de la historia de la Fundación, de sus labores ejercidas en los años de paz con los niños desvalidos, y en los años de la guerra, con los soldados heridos y enfermos de uno y otro bando, siendo, además, el refugio de miles de familias en los días de la desbandada y huida del ejército republicano.

A estos actos asistieron Don Pedro de Icaza y Don Eduardo Albizua, Presidentes y Vocal del Patronato respectivamente; los médicos del Hogar-Clínica; el Padre Gil de San José Lladó, secretario Provincial; el Padre Roque Pinazo, sacerdotes, religiosos y numeroso público (Marcos O, 1969). En los distintos actos del día se agradecieron la dedicación continuada a los niños ingresados de los doctores, Don Manuel Salaverri y Don Bruno Alegría. Hubo también actos recreativos para los niños y los numerosos invitados a esta fecha.

Valoración del primer cuarto de siglo del Hogar-Clínica

Del discurso conmemorativo del Dr. Bruno Alegría¹¹⁰, con motivo de las “bodas de plata” del Hogar-Clínica se puede hacer la siguiente valoración del trabajo realizado durante los primeros veinticinco años.

La Casa, que así es como se denominaba al comienzo a este Hospital que fue a la vez Hogar y Clínica para niños impedidos, realizó una obra excelente gracias al trabajo de su Director, el Dr. Salaverri, sus colaboradores, el Dr. Múgica y el Dr. Salaverri, hijo, gracias al Patronato del Marqués de Icaza y de los Hermanos de San Juan de Dios dirigidos por el Padre Juan Grande Alcolea, que totalmente ceñidos a la Regla de San Juan de Dios, sirvieron a los enfermos, unos como médicos y practicantes, otros como enfermeros y domésticos y todos colaborando a favor de la niñez desvalida, extendiéndose más sus métodos curativos, la misión de esta Fundación para la que su patrono, el Marqués de Icaza, no regateó medio alguno.

¹¹⁰ Revista *La Caridad*. Año IX. Junio, 1949. Núm, 100, págs.. 207-209

En el citado discurso, el Dr. Bruno Alegría se lamentó que esta obra no hubiera sido lo suficientemente conocida.¹¹¹ Recordó e insistió en las numerosas curaciones logradas a través de la labor quirúrgica del Dr. Salaverri y sus colaboradores, así como por los materiales ortopédicos empleados en la recuperación normal de los enfermos. Las atenciones de la Fundación se realizaron de forma gratuita y traspasaron los límites vizcaínos admitiendo también niños enfermos de varias provincias de España.

Los poderes públicos patrocinaron la creación y la dinámica de cursillos de Traumatología y Ortopedia, dirigidos por el Dr. Salaverri, que era una autoridad indiscutible en la materia, así como verdadero valor por las resonancias y provecho de cuantiosas aportaciones vertidas y escuchadas con atención en Congresos Nacionales e Internacionales y fuertemente secundado por sus compañeros, tan versados en estas especialidades y, juntos todos, trabajando por esta obra que dio tanto realce científico acudiendo de toda España médicos ansiosos de conocer lo que se les podía enseñar en este Hogar-Clínica.

En el año 1949, el Hogar-Clínica se desenvolvía bien económicamente atendiendo a unos 60 niños afectados de deformidades congénitas (Mal de Pott, raquitismo...). Sin embargo, la labor clínica no fue nunca muy intensa. Los niños permanecían mucho tiempo hospitalizados. Este Hospital fue sobre todo un hogar en el que al mismo tiempo se vigilaba la marcha de las recuperaciones funcionales de los ingresados por medio de la ortopedia y un régimen dietético adecuado; se les daba instrucción primaria y buena educación, consiguiendo así lo que las bases fundacionales del centro establecían.¹¹²

Divulgación de la labor del Hogar-Clínica ¹¹³

¹¹¹ Este lamento del Dr. Bruno Alegría es el que deseo satisfacer con esta Tesis. Deseo dar a conocer lo que el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi ha aportado desde su fundación hasta nuestros días, sobre todo, en los aspectos socio-sanitarios.

¹¹² Revista *LA CARIDAD*. Año XVII. Marzo-Junio. 1959. Núm. 161, pág..153

¹¹³ Revista *LA CARIDAD*. XIII. Marzo-Abril. 1954. Núm. 132, pág..104

En esta época, este Centro ya contaba con una emisión radiofónica quincenal en Radio Bilbao, titulada “*Por los cuerpos a las almas*”. En ella se daba a conocer la labor realizada en el hospital infantil y los hechos más sobresalientes de la Historia de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, mediante guiones preparados por los alumnos de la Escuela de Radiodifusión de Bilbao y comentados por un Hermano de la Comunidad. El director de Radio Bilbao, Eduardo Ruiz de Velasco y admirador de la Orden realizó un programa especial la víspera de la fiesta de San Juan de Dios, el 7 de marzo de 1953.¹¹⁴ El uso de los medios de comunicación ayudó a dar a conocer el Hogar-Clínica y su actividad.

Esta es una estrategia que se está realizando también en la cuarta etapa para divulgar la imagen de este Hospital como se detallará a lo largo de esta Tesis.

También se empleo como estrategia para dar a conocer la obra de nuestro hospital una exposición fotográfica de un concurso de estampas hospitalarias.¹¹⁵ En abril de 1954¹¹⁶ se celebró la Exposición del Concurso Fotográfico organizado por el Hogar-Clínica en lo locales de la zapatería “Los Pequeños Suizos”, sita en la Plaza España de Bilbao, lugar que por su situación estratégica contribuyó noblemente al mayor éxito de divulgación. Este concurso nació durante la temporada en que solía estar expuesto el popular nacimiento de los Hermanos de San Juan de Dios en el Hogar-Clínica de Santurce y acudían algunos fotógrafos aficionados que, con el deseo de conservar el recuerdo de las novedades que todos los años solía presentar el Belén de este Centro, recogiendo con sus cámaras las impresiones que más les cautivaron. Aquel año los Hermanos facilitaron a muchos fotógrafos hacer sus fotos. Estos pensaron que se trataba de un concurso lo que dio idea a los hermanos para encauzar esta corriente de simpatía que todo el pueblo de Vizcaya sentía por el Hogar-Clínica. Los apartados del concurso fueron: fotografía en blanco y negro del nacimientos (en conjunto o por detalles), estampas hospitalarias (de donde había tomado el nombre el concurso),

¹¹⁴ Revista *LA CARIDAD*. Año XII. Mayo-Junio. 1953. Núm. 127. Págs..171-173

¹¹⁵ Revista *LA CARIDAD*. Año XIII. Enero-Febrero. 1955. Núm. 137. Pág..25

¹¹⁶ Revista *LA CARIDAD*. Año XIII. Julio-Agosto. 1954. Núm. 134. Págs..205-206

fotografías en blanco y negro sobre temas hospitalarios o del edificio de este Centro, a elección del concursante. Finalmente, una sección especial de fotografías o transparencias en color. Se presentaron 185 fotografías entre todos los apartados y 17 concursantes. Este concurso, sin duda alguna, fue lo que hoy llamaríamos un gran marketing.

(Alguna fotografía del nacimiento)

También las comunicaciones científicas de la actividad sanitaria realizada en este Centro ayudaba a divulgar la labor del Hogar-Clínica San Juan de Dios. El Dr. Salaverri, hijo,¹¹⁷ presentó en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao un caso de fístulas tuberculosas y coxalgia tratadas por estreptomicina. Con este caso, el Dr. Salaverri, pretendía simplemente dar cuenta de los resultados alcanzados en un grave caso de fístulas tuberculosas crónicas y verdaderamente rebeldes, que han cerrado cicatrizándose perfectamente empleando poca cantidad de estreptomicina.¹¹⁸

La adaptación del Hogar-Clínica a las nuevas necesidades

El día de la fiesta San Juan de Dios, el 8 de marzo de 1953, don Pedro de Icaza aprovechó para visitar las obras de conservación del edificio que desde junio de 1952 llevaba a cabo la empresa Macazaga S.A. en todo el alero y tejado, así como la pintura exterior, aceras y otras múltiples necesidades que a los treinta años de su construcción se dejaban sentir. Mantener en una buena conservación y adaptación a las necesidades de cada momento era una preocupación constante de la Fundación.¹¹⁹

El año 1953 se abrió, desde la sala de enfermería (antiguo dormitorio San Luis) una amplia puerta al patio, con el fin de facilitar el acceso a éste de las camas con ruedas. La diferencia de nivel que existía entre ambos pisos, se salvó con una rampa. Por otra parte, como el patio estaba en un plano, se tuvo que

¹¹⁷ Revista *LA CARIDAD*. Año IX. Junio, 1949, Núm. 100. Págs..223-226.

¹¹⁸ En la cuarta etapa de esta tesis también detallaremos cómo se ha divulgado la actividad asistencial de Cuidados Paliativos con múltiples publicaciones en Prensa General y Profesional, así como de otras especialidades (Traumatología y Ginecología).

¹¹⁹ Revista *LA CARIDAD*. Año XII. Mayo-Junio. 1953. Núm. 127, págs..171-173

colocar, como medio de contención, una pieza de piedra de 90 x 5 cm que servían para tener las camas con ruedas siempre alineadas.



Puerta de salida de la Enfermería al patio.
(Foto: Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

En marzo de 1953 se firmó la escritura de compra por parte de la Fundación de la zona lindante con la tapia del Hogar-Clínica San Juan de Dios¹²⁰ y que por muchos años fue la preocupación de la Comunidad de Hermanos ante cualquier posible edificación, al estar en proyecto el trazado de una calle. La previsión siempre ha sido una cualidad de los Hermanos y de la Fundación.

En 1955, la obra más importante que se realizó fue la instalación de un completísimo gimnasio de recuperación funcional. La casa “Olimpfort” de Barcelona hizo la instalación.

¹²⁰ Revista *LA CARIDAD*. Año XII. Mayo-Junio, 1953. Núm. 127, págs.. 171-173



Gabinete de Fisioterapia

Foto de archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce

A través del Dr. Múgica, unos caritativos señores que no quisieron dar su nombre regalaron un aparato muy completo de anestesia general, marca “Foregger”, para cuatro gases y éter.¹²¹

En el Capítulo Provincial del año 1956 fue elegido Prior el Hermano Saturnino Martínez. Las mejoras en todos los aspectos siguieron a buen ritmo. En marzo de 1957 se adquiere una furgoneta autocar con 18 asientos, marca “Seddon”, costada por suscripción popular y la ayuda más cuantiosa de varias empresas vizcaínas.

¹²¹ Revista *LA CARIDAD*. Año XIII Marzo-Junio, 1959. Núm. 161, pág.. 156



Furgoneta del Hospital
Foto del archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Poco después se compraron aparatos de gran importancia en Cirugía: un aparato de rayos x, marca “Philips-Practix”, se sustituyó el antiguo sistema de esterilización por uno nuevo de la casa “Industrias Sanitarias”. Se compró un autoclave para apósitos, un esterilizador por ebullición, una estufa Poupinel para esterilización por aire caliente. Se llevó a cabo la adaptación de la mesa Putti para vendajes de escayola. También se adquirió un equipo dental. Se compró un aparato Panelectro generador de ondas múltiples para electrodiagnóstico y electroterapia.¹²² También por esa misma época se compró un electrotomo modelo C-6 R, aparato electrónico quirúrgico de gran potencia para electrobisturí, coagulación, fulguración, caustía y endoscopia, de la casa “Sice”.¹²³

Durante el año 1956, el Hogar-Clinica San Juan de Dios de Santurce siguió un ritmo ascendente la asistencia a enfermos tanto en las distintas consultas públicas gratuitas establecidas como la hospitalización de niños. Desde el mes

¹²² Revista *LA CARIDAD*. Año XIII Marzo-Junio, 1959. Núm. 161, págs.. 155-156

¹²³ Revista *LA CARIDAD*, Año XIII. Marzo-Junio, 1959. Núm. 161. pág.. 156

de octubre del mismo año se abrió una consulta gratuita de Estomatología (Odontología) estando al frente de este Servicio el Dr. Francisco Aguado quien pasaba consulta los miércoles por la mañana para lo que se adquirió algo de instrumental.

Para el Servicio de Cirugía se compró instrumental como escoplos, gubias, etc., además de un inhalador O.M.O. para anestesia general de circuito semi-cerrado. Se adquirió material para el laboratorio, arreglando el antiguo microscopio.¹²⁴

También por entonces (1956) se compró una máquina de cine de 16 mm, marca "Victor" para recreo y distracción de los niños hospitalizados. Contiguo al frontón se hizo un tobogán para distracción y recreo de los niños que estaban levantados.

En 1958, fue donada la Casa de Respaldiza por la Excma. Dña. Concepción de Cerrajería a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Provincia de Castilla. Además de ser destinada para la estancia en el periodo de vacaciones de los Hermanos de Santa Águeda que habían profesado, también fue destinada para los niños convalecientes del Hogar-Clínica de Santurce. Era un lugar muy apropiado para su destino debido al lugar en el que estaba emplazado.¹²⁵

Inauguración de la piscina y del gabinete de fisioterapia

El 11 de diciembre de 1960, se inauguró la piscina y el gabinete de fisioterapia.¹²⁶ Con ello quedaban completas las exigencias requeridas por la medicina de aquel momento en el tratamiento de los enfermos, especialmente poliomiélicos y espásticos, que en Vizcaya se prevalecían. Estos servicios

¹²⁴ Revista *LA CARIDAD*, Año XV. Marzo-Abril, 1956. Núm. 149. págs.. 74-75

¹²⁵ Revista *LA CARIDAD*, Año XVII. Septiembre-October, 1958. Núm. 158. Pág.. 220

¹²⁶ Revista *LA CARIDAD*. Año XX Enero-Febrero, 1961. Núm. 171. págs.. 29-35

cubrían una necesidad perentoria en Vizcaya, pues hasta entonces se carecía de un centro donde poder rehabilitar a los niños de la provincia afectados de estas patologías.

En el acto inaugural los dos doctores Salaverri y Alegría, en sus discursos, hicieron un resumen de los servicios y de los adelantos que con la ayuda de la Fundación Benéfica Aguirre se habían realizado desde la inauguración del Hogar-Clínica. Tanto el Dr. Salaverri como el Dr. Alegría aprovecharon la ocasión para manifestar sus deseos de solicitar a las autoridades competentes asistentes al acto algún galardón a favor de la Fundación como premio a la gran misión en pro de la niñez desvalida de Vizcaya que se había realizado por la Institución.

Desearía destacar las ideas que el Dr. Salaverri transmitió en aquel discurso:

- La importancia de contar con una piscina y un gabinete de fisioterapia como complemento del tratamiento restaurador de las deformidades y defectos de los niños inválidos.
- En la primera decena del siglo XX, D. Pedro Icaza Y Aguirre estudió la obra que el profesor Biesalski de Berlín desarrollaba en la importante Fundación Oscar-Helene-Heim, donde aprovechando la idea de algunas Congregaciones Religiosas como los Hermanos de San Juan de Dios a favor de los niños inválidos por defectos congénitos o por procesos de las extremidades y columna vertebral, levantó en Berlín un Krüpelheim¹²⁷ que sirvió de modelo para fundar nuestro Hogar-Clínica de Santurce, adaptándolo a las necesidades de Vizcaya.
- La idea primordial de Don Pedro Icaza fue crear una gran clínica de cirugía ortopédica para corregir y curar las deformaciones y defectos funcionales de las extremidades y de la columna vertebral de los niños inválidos considerados incurables, considerados una carga para su familia y que en ocasiones habían sido abandonados a la mendicidad cuando al faltar sus padres.

¹²⁷ *Krüpelheim* = Hogar para inválidos.

- Estos niños, por su invalidez tampoco asistían a la escuela por lo que quedaban atrasados intelectualmente. Por ello, fue deseo del fundador que el Hogar-Clínica de Santurce complementase la atención medico-ortopédica con la instrucción escolar.
- Destacó el mérito del primer Marqués de Icaza por haber creado sin ayuda de nadie este centro benéfico. Encargó su regencia a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios quien, con el consejo del fundador, encomendó la dirección de la Clínica de Cirugía Ortopédica a él y la asistencia de las enfermedades intercurrentes de los niños al Dr. Don Bruno Alegría, quien ejerció la labor médica de esta Institución con él durante más de 30 años.
- Indicó que el actual Marqués de Icaza estaba muy encariñado con esta obra benéfica fundada por su padre, a la que también venía atendiendo con la mayor solicitud, dotándola de cuantos perfeccionamientos y progresos se adoptaban en centros similares extranjeros, como la piscina que se inauguraba en ese acto. Una piscina que facilitaría la rehabilitación postoperatoria de la actividad muscular de los miembros defectuosos congénitos o secuelas de la poliomielitis, y también las inevitables atrofiaciones musculares, como consecuencia de las inmovilizaciones con vendajes de yeso, aplicados para protección temporal de operaciones correctoras de los enfermos que se asistían en el Hogar-Clínica.

Según el Dr. Salaverri¹²⁸ la lucha contra la invalidez en España se inició en esta Fundación y se continuó desarrollando con creciente éxito por la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios.

En esta inauguración se hizo patente que la Fundación Benéfica Aguirre tenía un largo y meritorio historial en pro de los niños inválidos y pobres de Vizcaya. En estas fechas quedaba más completo el tratamiento a los niños, tanto ambulatorios como hospitalizados. Había un completo equipo de aparatos de gimnasio, un elegante y eficiente vestuario anexo y una espléndida piscina.

¹²⁸ Revista *LA CARIDAD*. Año XX. Enero-Febrero, 1961. Núm. 171. págs.. 29-35

Todo ello conseguido gracias a la ciencia médico-ortopédica que prescribía y dosificaba la balneación y su complemento del gimnasio. Gracias a la dedicación de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, que fueron samaritanos, al frente de los servicios que se inauguraban y gracias al promotor de las instalaciones que con gran interés y entusiasmo supervisó y financió en su mayor parte en nombre de la Fundación.

CAPÍTULO III

LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS CONCERTADA CON LA SANIDAD PÚBLICA VASCA Y CON LAS ENTIDADES DE LA MEDICINA PRIVADA DE VIZCAYA: TERCERA ETAPA.

3.1.- La transformación del Hogar-Clínica de San Juan de Dios en una Clínica Médico-Quirúrgica.

A mediados de los años setenta, los Hermanos de San Juan de Dios y el Patronato de la Fundación Benéfica Aguirre contemplaron la necesidad de adaptar el Hogar-Clínica a las nuevas necesidades hospitalarias de la sociedad vizcaína, de una sociedad en pleno desarrollo industrial. De esta manera se transformó en una clínica médico-quirúrgica abierta.¹²⁹

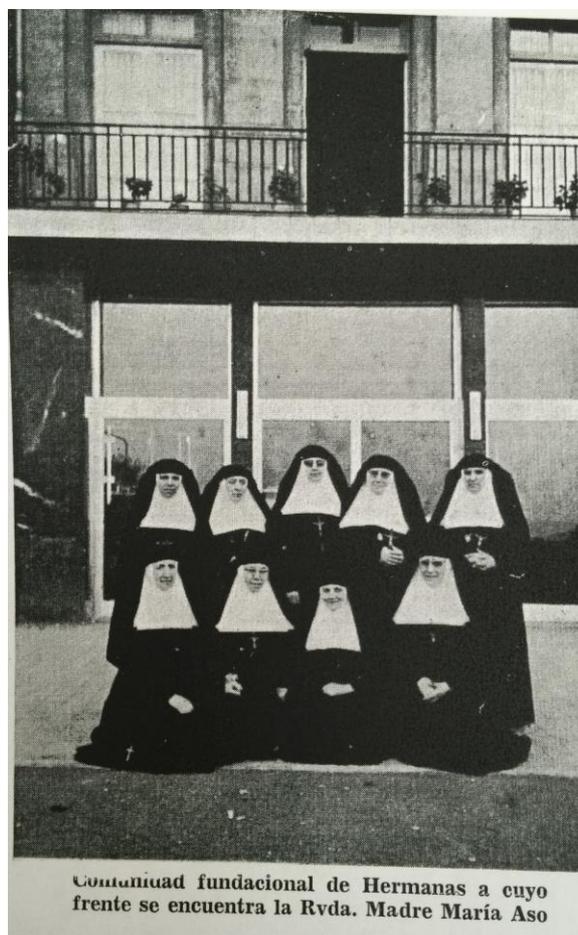
Para llevar la responsabilidad de la sección de mujeres, así como de la dirección inmediata de los servicios generales, tales como cocina, lavadero y régimen interior del personal auxiliar femenino, se había solicitado la ayuda de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Orden religiosa fundada por la Madre María Rafols en 1804 y cuya entrega y abnegación a favor de los heridos y enfermos era tan conocida y admirada como se pudo comprobar en la colaboración junto a los Hermanos de San Juan de Dios en diversas clínicas de España y en concreto en nuestro Hospital de Santurce. **La Comunidad de Religiosas de Santa Ana** se estableció en el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi el 30 de mayo de 1968.^{130 - 131} Desde esta fecha se mostraron con una regularidad y eficiencia que demostraron una gran preparación para las funciones que se les había encomendado. Al trato afable y comprensivo, se podría decir que maternal, con que acogían y trataban a los enfermos se

¹²⁹ Memoria 1983. Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág.. 3

¹³⁰ Memoria 1983. Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág.. 3

¹³¹ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce*. Número Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975, pág.. 30

acompañaba el rigor escrupuloso en la forma de llevar el trabajo en los quirófanos y administración de la medicación a los ingresados.¹³²



La primera comunidad que de Hermanas de Santa Ana que comenzó a trabajar en el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi el 30 de mayo de 1968
(Foto: archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi)

Se dotó a la Clínica de 47 camas para la sección de hombres, con 13 habitaciones individuales y 17 dobles; 53 camas para la sección de mujeres, distribuidas en 23 habitaciones individuales y 15 dobles. Además, se reservó una sala de 16 camas para niños y 10 camas para niñas en otra sala. Posteriormente estas salas se convirtieron en 7 habitaciones dobles con una sala amplia para las clases de educación especial para los niños que estaban en la Clínica, a fin de que no se desconectarán de su formación escolar.¹³³

¹³² Revista LA CARIDAD. Año XXVII. Nov-Dic 1968. Núm. 218. Número especial. Pág. 454.

¹³³ Memoria 1983. Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág.. 3

El índice de ocupación desde su transformación en Clínica no había sido muy elevado; no había llegado a lo que se consideraba normal en este tipo de centros, entre un 80-85 % (tabla 5). Esto pudo ser debido a que las autoridades sanitarias, antes a nivel estatal central y posteriormente a nivel autonómico, no habían contando con la Clínica San Juan de Dios de Santurce, a pesar de su ubicación tan extraordinaria, como posible hospital comarcal o de zona. Es verdad que en la margen izquierda de la ría había tal vez más camas de las necesarias ubicadas en la Clínica San Eloy¹³⁴ de Baracaldo, el Hospital de Cruces también ubicado en Baracaldo y el Hospital de Basurto ubicado en la entrada de Bilbao. Pero todos ellos distantes, sino en kilómetros sí en tiempo, del Puerto y Superpuerto ubicados en Santurce. La situación industrial y la pérdida de puestos de trabajo que había afectado en los último años a nivel nacional y de una manera especial a esta zona intensamente industrializada, se hicieron sentir particularmente en la Clínica.¹³⁵

Tabla 5. *Índice de ocupación de la Clínica en el periodo (1968-1985)*

Año	Nº camas	Nº estancias	Índice de ocupación
1968	123	981 (desde junio)	2,18 %
1969	123	4.046	9,01 %
1970	123	6.425	14,31 %
1971	123	9.244	20,59 %
1972	123	10.138	22,58 %
1973	123	10.138	22,58 %
1974	123	11.252	25,06 %
1975	123	21.393	47,65 %
1976	128	32.692	69,97 %
1977	128	32.497	69,55 %
1978	130	30.641	64,97 %
1979	123	28.440	63,36 %
1980	123	30.422	67,76 %
1981	123	27.824	62,07 %
1982	119	25.525	58,77 %
1983	119	27.316	62,88 %
1984	117	27.212	63,73 %
1985	103	22.552	59,98 %

Fuentes: Memoria 1983 Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág.. 4 y Memoria 1984-1985 Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág.. 2

¹³⁴ Actualmente Hospital San Eloy.

¹³⁵ Memoria 1983. Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág.. 3

¿Qué ocurriría en el futuro? Para ello había que tener muy en cuenta el Anteproyecto de Ley General de Sanidad que el Ministerio de Sanidad y Consumo remitió a la Cortes Generales.¹³⁶ Un punto muy importante de este Proyecto de Ley era el Título II sobre las competencias estatales y autonómicas, pues dadas las amplias competencias que asumían los Entes Autonómicos, sería con ellos con quienes se tendría que negociar la participación y el papel que debían jugar las entidades privadas en el campo sanitario. Otro punto, no menos importante de este Anteproyecto de Ley es el capítulo II, art. 81 y siguientes que trata sobre los establecimientos sanitarios privados. Así, en el art. 82, apartado 4 dice: **“A efectos de celebrar conciertos, centros o servicios que tengan un carácter benéfico-social”**. (esta condición la cumple nuestro Hospital; tener en cuenta esta idea para reflejarla en la INTRODUCCION y/o en las CONCLUSIONES).

Todo esto sería positivo para la Clínica San Juan de Dios de Santurce, dado el papel tan sobresaliente y el carácter social que tenía dentro del entorno socio-económico en que estaba encuadrada. **Nunca se había rechazado a un enfermo por falta de medios económicos**. (Esto debiera reflejarse en las CONCLUSIONES de esta Tesis) Cuando el enfermo no tenía ninguna cobertura social se le atendía por beneficencia, sección que desde la su fundación en 1924 tenía la Clínica hasta la fecha de la publicación en B.O.E. de esta Ley.

También es preciso tener en cuenta que la Clínica fue generadora de puestos de trabajo, ya que en 1983, cerca de un centenar de familias vivían de su trabajo, desarrollando en las actividades hospitalarias de la Clínica, por lo que ese fue otro de los puntos sociales a tener en cuenta y que se esperó que las autoridades sanitarias autonómicas las tendrían en cuenta también.

La sociedad se estaba caracterizando por un rápido progreso económico, político, científico y por una mentalidad técnica no mostrando mucho interés por el desarrollo de la persona. Además se estaba viviendo una desorientación, y

¹³⁶ Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E., núm, 102, de 29 de abril de 1986. Proyecto de Ley aprobado en el Consejo de Ministros el 2-IV-1985. http://www.unileon.es/ficheros/servicios/prevencion/ley14_1986.pdf.

una aceleración de la historia llevando consigo una pérdida de la identidad. Se estaba transformando en una sociedad competitiva, técnica y de progreso, que no tenía en cuenta a la persona enferma. Estábamos comenzando a vivir una sociedad de sanos para sanos, considerando al enfermo un marginado o un fracaso.

Todo esto motivó que la Clínica San Juan de Dios de Santurce colaborara y trabajara en educación sanitaria, en promover y defender los derechos del enfermo, por lo que se proponía humanizar la atención a las personas enfermas. Por todo ello se plantearon los siguientes objetivos generales para el año 1984:

- 1.- Incrementar la calidad de los servicios y atenciones a todos los que fueran tratados en la Clínica.
- 2.- Intensificar las relaciones entre los distintos trabajadores que presentaban sus servicios en la Clínica.
- 3.- Crear conciencia de equipo entre todos los que trabajaban y colaboraban en la Clínica.

Fue don Pedro de Icaza y Gangoiti a quien correspondió emprender la reestructuración del Hogar-Clínica de San Juan de Dios para convertirla en la entidad mixta que fue en esta tercera etapa, debido al cambio que en los años sesenta se había producido en la situación socio-económica de España.¹³⁷

Fue en **noviembre de 1968**, (es una fecha muy importante que hay que reflejarla en un cuadro o tabla de fechas importantes con ANEXO a esta Tesis) bajo la dirección del Patronato presidido por don Pedro de Icaza Gangoiti cuando se produce la gran reconversión del Hogar-Clínica San Juan de Dios de Santurce: de Hogar-Clínica (Hogar-Clínica San Juan de Dios) pasa a ser Clínica General (Clínica San Juan de Dios), en la actualidad Hospital (Hospital San Juan de Dios). Las razones de esta decisión tomada por la Fundación Benéfica Aguirre de acuerdo con los deseos de la propia Orden Hospitalaria San Juan de Dios, y en la más

¹³⁷ *Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios de Santurce*. Núm. Monográfico II Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla, 1975, pág.. 6

estrecha colaboración con ella, las expuso con gran claridad el propio don Pedro de Icaza Gangoiti en su informe a la Junta del Patronato. En su escrito subrayaba el contraste entre la España subdesarrollada de los años 14, abatida aún por los desastres coloniales y las bolsas de pobreza y marginación con la España de los 60, en el inicio del desarrollo y del proceso hacia la modernidad en todos los órdenes; singularmente, el gigantesco avance en el estado sanitario de la sociedad española promovido desde las instancias públicas. En efecto, la poliomielitis y otras enfermedades infantiles congénitas, que definieron los objetivos de la Fundación, habían sido erradicadas o al menos controladas. Incluso, hasta el propio concepto de pobreza afortunadamente había evolucionado con la elevación del nivel de vida. Los Ministerios de Trabajo y Previsión Social, a través del Seguro Obligatorio de Enfermedad, garantizaban la asistencia médico-quirúrgica en sus centros y hospitales a las clases trabajadoras.

3.2.- La nueva mentalidad sanitaria y asistencial de la segunda mitad del siglo XX.

El cambio de mentalidad estatal debido a un desarrollo económico y social considerable permitió que la Fundación Benéfica Aguirre desarrollara sus actividades de fomentar el progreso social.

El mayor nivel de vida alcanzado en España afectó a esta Fundación de varias maneras.

Por un lado, el estado sanitario y social de España había progresado enormemente y el concepto de pobre solemnidad que necesitaba ser atendido había variado también mucho.

Por otro lado, el valor adquisitivo de la moneda y la subida de los precios afectó a las Fundaciones en mayor o menor escala. Sin variar los fines de la Fundación Benéfica Aguirre y sin suprimir por lo tanto las actividades del Hogar-Clínica San Juan de Dios a favor de los niños económicamente débiles o pobres de solemnidad que aún quedaban se adaptó a las condiciones socio-económicas del momento abarcando otros campos y al mismo tiempo manteniendo los recursos de la Fundación. (Esta adaptación de la FBA a la realidad hay que destacarlo en las CONCLUSIONES de esta Tesis)

Las grandes instalaciones de la Clínica (calefacción, quirófanos, rayos X, piscina de rehabilitación, lavaderos, etc.) además de un edificio amplísimo como era, no resultaban económicamente rentables, pero si se adecuaba parte del edificio para otras actividades de la Orden Hospitalaria, continuando la atención principal a los niños, los gastos generales y las amortizaciones al diluirse entre más estancias, podría considerarse como una solución económica y una mayor atención para los podrían necesitar ingresar en la Clínica.

De esta manera y de acuerdo con los deseos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y en estrecha colaboración, la Fundación Benéfica Aguirre decidió construir por su cuenta una Clínica General para ambos sexos, abierta a todos los médicos y cirujanos que desearan trabajar en ella, cuya Dirección, Administración y Mantenimiento estarían a cargo de los Hermanos de San Juan de Dios.

Una vez obtenidos todos los permisos necesarios de Sanidad y bajo la dirección del arquitecto, D. Juan de Amesti, se rehabilitaron en el amplio edificio un renovado Hogar-Clínica para niños y una nueva Clínica General que podría ser comparada con las mejores existentes en Vizcaya, tanto en instalaciones como en atenciones, aumentando las estancias y mejorando el funcionamiento del Hogar-Clínica en beneficio de los niños que eran atendidos.¹³⁸

¹³⁸ Revista *La Caridad*. Año XXVII. Noviembre-Diciembre, 1968. Núm. 218. Número especial en la Clausura del Centenario. Págs.. 441-457

El Hospital San Juan de Dios de Santurce fue calificado en el 2009 como “Hospital General Básico” que inició su actividad en 1924 llegando a ser calificado como un centro médico-quirúrgico infantil y de adultos.¹³⁹

La atención de la Institución de San Juan de Dios es privada, pero con intención y vocación indiscutible de prestar un servicio público, orientándolo sobre todo a la población necesitada.¹⁴⁰

En noviembre-diciembre de 1965 en una crónica¹⁴¹ de la Clínica San Juan de Dios se daba cuenta del comienzo de las obras para adoptar el cambio de acción de la Clínica (80 camas para clínica quirúrgica), y los correspondientes servicios adaptándolos a las necesidades de la época. Con estas obras se esperaba conseguir una buena Clínica. Las camas para los niños fueron las mismas, 30.

3.3.- La integración de la Clínica San Juan de Dios en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

A partir de 1974, la vida de la Clínica San Juan de Dios ha seguido desarrollando su misión en un permanente esfuerzo de adaptación a las circunstancias cambiantes aunque conservando siempre el espíritu fundacional, de servicio y entrega a los enfermos. El hecho, sin duda alguna de mayor relevancia en los últimos años, lo constituyó el cambio producido en la estructura sanitaria de Vizcaya, como consecuencia de la constitución de Euskadi como Comunidad Autónoma dotada de un Estatuto de Autonomía y una capacidad de autogobierno, que en algunas materias como la Sanidad, se hizo evidente.

¹³⁹ *Archivo Hospitalario*. Revista de Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Núm. 7. Año 2009. Págs.. 504-505

¹⁴⁰ *Archivo Hospitalario*. Revista de Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Núm. 7. Año 2009. Pág.. 394

¹⁴¹ Revista *La Caridad*. Año XXIV. Noviembre-Diciembre, 1965. Núm. 200. Pág.. 359

El Gobierno Vasco, en un espectacular y muy meritorio propósito de poner la atención sanitaria entre una de sus prioridades, creó a través de su Consejería de Sanidad, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, y con este servicio una amplia la estructura sanitaria que dirigió y coordinó la capacidad hospitalaria y quirúrgica de los centros públicos, a la vez que estableció convenios con los centros privados para conseguir una cobertura complementaria total cuando así demandaran las circunstancias. **En el año 1988, la Consejería de Sanidad diseñó el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca en el que incluyó a la Clínica San Juan de Dios de Santurce como Hospital Comarcal.** (tratar de conseguir documentos que puedan documentar este mapa)

Se recomienda al Hno. Miguel Ángel Varona que además es médico, la dirección de las gestiones con la Consejería de Sanidad, las cuales tras largas e innumerables consultas y conversaciones, fructificaron en la firma de un **contrato** con fecha **12 de enero de 1990**, (localizar este contrato) en el que el Hospital de San Juan de Dios quedaba integrado en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, como Hospital Comarcal para dar cobertura sanitaria a los Municipio de Santurce, Portugalete y zona minera. Para ello era necesaria una remodelación integral del edificio e instalaciones en consideración a las nuevas necesidades creadas.

Cambios sobrevenidos en la Consejería de Sanidad (convendría explicar algo más en que consistieron estos cambios) dejaron en suspenso la puesta en marcha del proyecto que había llegado a generar muchas expectativas e ilusiones.¹⁴² Ante tal situación, la Fundación Benéfica Aguirre y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios se tuvieron que replantear en profundidad y en todos sus aspectos el destino del Hospital.

Fueron analizadas sus capacidades y potencialidades, las tendencias de la demanda sanitaria y los posicionamientos estratégicos en su conjunto. Y de

¹⁴² Esta condición de Hospital Comarcal para el Hospital San Juan de Dios de Santurce no llegó a llevarse a cabo debido al cambio de Gobierno y por el consiguiente cambio político de la Consejería de Sanidad, de PSOE a PNV.

esta reflexión nació, con entusiasmos renovados, un abierto Plan de Inversiones capaz de adaptar el Hospital a las necesidades actuales y futuras de su área de influencia, y a las más exigentes normas de calidad de servicio.

3.4.- Las actividades asistenciales en el último cuarto del siglo XX

Actividad asistencial durante el año 1979

Durante este año hubo que destacar la normalidad en toda la amplitud de ambulatorios, servicios y hospitalizaciones. Estas hospitalizaciones, por circunstancias de renovación y acondicionamiento que se llevó a término en una planta, supuso una merma durante un mes aproximadamente; sin embargo se logró finalizar un año difícil con cierta tranquilidad desde el ámbito financiero, tema preocupante a nivel de algunos centros de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, en particular.

En este mismo año había que señalar la mejora de las instalaciones de urgencias, que en base a las sugerencias de la Comisión de la SEMES (So que visitó el Hospital se tuvieron en cuenta para mejorar unas instalaciones que por otra parte eran susceptibles de ampliar un servicio que estaba aumentando su actividad por el incremento de pacientes que acudían a cualquier hora del día.

(localizar datos sobre ingresos durante este año y sobre todo la actividad de urgencias)

Tabla 6. Actividad asistencial durante el año 1979

Consultas de Cirugía General	1.462
Consultas de Medicina Interna	1.114
Consultas de Traumatología	13.655
Consultas de Ginecología	1.653
Consultas de Neurología	329
Consultas de Pediatría	867
Consultas de Aparato Digestivo	541
Consultas de Dermatología	155
Consultas de Oftalmología	31

Sesiones de Rehabilitación	1.336
Intervenciones de Cirugía Mayor	2.127
Determinaciones analíticas	3.128
Transfusiones	100
Exploraciones radiológicas	19.266

Fuente: Revista *Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla*. Núm. 61. Enero 1980, págs....134-136.

Tabla 7. *Actividad del Laboratorio durante el año 1979*

Tipos de pruebas	Ingresados	Ambulatorios	TOTALES
Determinaciones hematológicas	782	2.346	3.128
Determinaciones Bioquímicas	794	2.379	3.173
Determinaciones microbiológicas	209	634	843
Transfusiones	100	-	100

Fuente: Revista *Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla*. Núm. 61. Enero 1980, págs....134-136.

Tabla 8. *Totales de Consultas e Intervenciones quirúrgicas durante el año 1979*

Especialidades	1ª cons	2ª cons	Privados	Seguros	Beneficencia	TOTALES
CIRUGIA GRAL.	484	978	416	1.045	1	1.462
MEDICINA INTER.	414	700	374	735	5	1.114
TRAUMATOLOGÍA	2.855	10.800	2.133	11.424	98	13.655
GINECOLOGÍA	415	1.238	830	823	-	1.656
NEUROLOGÍA	125	204	131	198	-	329
PEDIATRÍA	323	534	335	522	10	867
A. DIGESTIVO	183	358	193	348	-	541
DERMATOLOGÍA	82	73	133	21	1	155
OFTALMOLOGÍA	23	8	26	5	-	31
REHABILITACIÓN	418	918	2	1.333	-	1.336
INTERVENCIONES						2.127
TOTALES	3.332	15.811	4.473	16.454	116	23.270

Fuente: Revista *Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla*. Núm. 61. Enero 1980, págs....134-136.

Actividad formativa durante el año 1979 ¹⁴³

(Hacer referencia a esta actividad formativa a lo largo de la historia de este Hospital y sobre la apuesta para el futuro sobre el que se va a desarrollar en el capítulo V)

¹⁴³ Revista *Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Provincia de Castilla*. Núm. 61. Enero, 1980, págs.. 16-17

Durante este año, treinta auxiliares de clínicas lograron una titulación, en la profesión que estaban ejerciendo, en un curso específico para auxiliares de clínica que fue impartido por profesionales del propio Hospital.

El Dr. Manuel Martín Montes impartió varias clases sobre temas que debían conocer personas que, en la mayoría de las circunstancias, carecían de formación necesaria. El médico internista, Dr. Rafael García Peñafiel, explicó temas de su especialidad. Así mismo, el ginecólogo Dr. Pedro Larrasquitu que expuso temas ginecológicos y obstétricos.

Actividad asistencial durante el año 1980

Tabla 9. *Pacientes ingresados durante el año 1980*

Pacientes ingresados	3.700
Pacientes intervenidos	2.386
Pacientes dados de alta por curación-mejoría	3.402

Fuente: *Revista Hermanos Hospitalarios*. Boletín Informativo San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Núm. 75. Abril, 1981. Pág.. 129

Tabla 10. *Consultas realizadas durante el año 1980*

Primeras consultas	6.483
Consultas sucesivas	15.806
Consultas intra-hospitalarias	600

Fuente: *Revista Hermanos Hospitalarios*. Boletín Informativo San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Núm. 75. Abril, 1981. Pág.. 129

Tabla 11. *Servicio clínico, según especialidades, realizado durante el año 1980*

Cirugía General	1.563
Ginecología-Obstetricia	795
Urología	7
Ortopedia-Traumatología	488
Cirugía Plástica	45
Cardiología	121
Oftalmología	22
Neurocirugía	5
Pediatría	10
Otorrinolaringología	172
Medicina Interna	140

Fuente: *Revista Hermanos Hospitalarios*. Boletín Informativo San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Núm. 75. Abril, 1981. Pág.. 129

Tabla 12. *Exploraciones radiológicas realizadas durante el año 1980*

A pacientes ingresados	871
A pacientes ambulatorios	12.380

Fuente: *Revista Hermanos Hospitalarios*. Boletín Informativo San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Núm. 75. Abril, 1981. Pág.. 129

Tabla 13. *Actividad del Laboratorio durante el año 1980*

Pruebas de Hematología	3.608
Pruebas de Bioquímica	3.738
Pruebas de Microbiología	942

Fuente: *Revista Hermanos Hospitalarios*. Boletín Informativo San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Núm. 75. Abril, 1981. Pág.. 129

Tabla 14. *Actividad del Servicio de Rehabilitación durante el año 1980*

Cinesiterapia	270
Termo-electroterapia	739
Pacientes de beneficencia	40
Tratamientos realizados a pacientes ambulatorios	31.195

Fuente: *Revista Hermanos Hospitalarios*. Boletín Informativo San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Núm. 75. Abril, 1981. Pág.. 129

Actividad asistencial durante el año 1981

Tabla 15. *Pacientes ingresados durante el año 1981*

Pacientes ingresados	3.093
Pacientes intervenidos	2.280
Pacientes intervenidos de urgencia	112
Pacientes no intervenidos	900
Pacientes re-intervenidos	19
Pacientes dado de alta por curación o mejoría	3.038
Pacientes trasladados a otros centros sanitarios	14

Fuente: *Revista Hermanos Hospitalarios*. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla. Núm. 84 y 85. Marzo y Abril, 1982. Pág.. 82

Tabla 16. *Actividad quirúrgica realizada durante el año 1981*

Cirugía General	1.508
Traumatología	418
Otorrinolaringología	120
Oftalmología	34
Ginecología	744
Urología	2
Cirugía Vasculat	90
Cirugía Plástica	25
Anestesi	2.286

Fuente: Revista Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla. Núm. 84 y 85. Marzo y Abril, 1982. Pág.. 82

Tabla 17. *Actividad asistencial de consultas ambulatorias durante el año 1981*

Primeras consultas	5.211
Consultas sucesivas	14.324

Fuente: Revista Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla. Núm. 84 y 85. Marzo y Abril, 1982. Pág.. 82

Tabla 18. *Actividad del Laboratorio durante el año 1981*

Pruebas realizadas	Enfermos	Núm de Pruebas
Hematología a enfermos ingresados	352	1.103
Hematología a enfermos ambulatorios	579	2.007
Bioquímica a enfermos ingresados	313	1.406
Bioquímica a enfermos ambulatorios	620	2.814
Microbiología a enfermos ingresados	315	1.211
Microbiología a enfermos ambulatorios	616	1.423

Fuente: Revista Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla. Núm. 84 y 85. Marzo y Abril, 1982. Pág.. 82

Tabla 19. *Actividad del Servicio de Radiología durante el año 1981*

Exploraciones realizadas a enfermos ingresado	804
Exploraciones realizadas a enfermos ambulatorios	11.956

Fuente: Revista Hermanos Hospitalarios. Boletín Informativo San Juan de Dios. Castilla. Núm. 84 y 85. Marzo y Abril, 1982. Pág.. 82

Actividad asistencial durante el año 1982

Actividad asistencial durante el año 1983

SERVICIO DE URGENCIAS (es preciso reflejar los datos de este servicio en el resto de los años anteriores y posteriores; sería conveniente hacer una tabla específica sobre este

servicio porque supone una relación de colaboración de este hospital con el Servicio Vasco de Salud)

Se atendieron 10.547 pacientes de los que 538 ingresaron en los distintos servicios de la Clínica. (revisar estas cifras; no parece que tienen mucha lógica con los reflejados en la actividad asistencia de los años 1984 y 1985)

En la siguiente tabla se puede ver la distribución según la financiación de las atenciones prestadas en el Servicio de Urgencias.

Tabla. Entidades financiadoras de las atenciones prestadas en el Servicio de Urgencias en 1983

Seguro Obligatorio de Enfermedad	5.701
Compañías de accidente de trabajo	849
Compañías de accidente de tráfico	352
Igualatorio Médico Quirúrgico	1.661
Privados	101
Beneficencia	351
Otros seguros	1.532

Fuente: Memoria 1983 Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

CONSULTAS EXTERNAS

Durante el año 1983 se atendieron 23.807 consultas. En la siguiente tabla se puede ver la distribución de las consultas por especialidades.

Tabla. Consultas externas por especialidad en 1983

Cirugía General	1.173
Medicina Interna	1.233
Traumatología y Ortopedia	12.805
Ginecología y Obstetricia	2.137
Neurología	616
Pediatría	1.250
Aparato Digestivo	447
Dermatología	848
Otorrinolaringología	1.245
Rehabilitación	1.547
Cardiología	506

Fuente: Memoria 1983 Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Durante el año 1983 se realizaron 75.351 tratamientos de rehabilitación.

PROCEDENCIA DE LOS ENFERMOS INGRESADOS

El 78,39% de los enfermos ingresados procedían de los cuatro principales municipios de la Margen Izquierda (Portugalete, Santurce, Sestao y Barakaldo). La distribución de los distintos municipios de procedencia se representa en la tabla siguiente.

Tabla. Municipios de procedencia de los pacientes ingresados durante el año 1983

Municipio	Núm. de enfermos	% de enfermos
PORTUGALETE	1.184	41,91%
SANTURCE	591	20,92%
SESTAO	220	7,78%
BARAKALDO	220	7,78%
BILBAO	64	2,26%
ORTUELLA	65	2,30%
ALGORTA	95	3,36%
GALLARTA	22	0,77%
SOMORROSTRO	24	0,84%
LAS ARENAS	121	4,28%
SAN SALVADOR DEL VALLE	27	0,95%
GUECHO	9	0,31%
ABANTO Y CIÉRVANA	16	0,56%
ERANDIO	17	0,60%
LAS CARRERAS	10	0,35%
LEJONA	27	0,95%
MUSQUES	17	0,60%
CASTRO URIDIALES	24	0,84%
Países extranjeros	46	1,62%
Resto de municipio del País Vasco	17	0,60%
Resto del Estado	11	0,38%

Fuente: Memoria 1983 Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Durante el año 1983 se realizaron 1.603 intervenciones quirúrgicas que representan en la siguiente tabla según las distintas especialidades.

Tabla. Intervenciones quirúrgicas realizadas durante el año 1983

Cirugía General	582
Ginecología y Obstetricia	346
Traumatología y Ortopedia	339
Otorrinolaringología	94

Oftalmología	30
Partos	212

Fuente: Memoria 1983 Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

INGRESOS Y ESTANCIAS

Durante este año ingresaron un total de 2.825 enfermos generando un total de 27.316 estancias que se pueden visualizar su distribución en la tabla siguiente según las distintas especialidades.

Tabla. Ingresos y estancias durante el año 1983

Especialidad	Pacientes ingresados	Estancias
Cirugía General	1.187	11.615
Traumatología y Ortopedia	612	6.036
Otorrinolaringología	96	161
Oftalmología	40	244
Ginecología y Obstetricia	535	2.420
Urología	62	359
Cardiología	54	506
Pediatría	21	32
Medicina Interna	166	1.869
Rehabilitación	24	2.575
Beneficencia	28	1.499

Fuente: Memoria 1983 Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL¹⁴⁴

Esta escuela fue atendida por una profesora especializada. Durante el año 1983 asistieron 15 niños de forma temporal y 13 de forma permanente. Los alumnos temporales tuvieron unas estancias que oscilaron entre los 5 días y el mes y medio, según los casos. De los alumnos permanente, unos permanecieron el curso escolar completo, mientras que otros no lo terminaron o comenzaron a mediados de curso por lo que la matrícula se mantuvo entre altas y bajas de unos 7 alumnos como mínimo.

Los niños que asistieron a estas escuelas padecían: parálisis cerebral, artrogriposis múltiple, atrofia muscular progresiva, secuela de poliomielitis, hemiplejía, enfermedad de Perthes, artritis reumatoide, osteogénesis

¹⁴⁴ Memoria 1983. Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág.. 21

imperfecta, neuromielitis, problemas sociales, diversas intervenciones quirúrgicas.

Algunos de estos niños siguieron un programa correspondiente al nivel de enseñanza General Básica que tenían. Otros siguieron un programa especial debido a sus deficiencias o a falta de escolaridad anterior.

Actividad asistencial durante los años 1984 y 1985

SERVICIO DE URGENCIAS

Durante el año 1984 se atendieron 851 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias y durante el año 1985 fueron 996 las que se atendieron. De estos pacientes atendidos en urgencias ingresaron en la Clínica 45 (1984) y 51 (1985).

En la tabla siguiente se puede observar la distribución por entidades financiadoras de los pacientes atendidos durante estos dos años.

Tabla. *Entidades financiadoras de las atenciones realizadas en el Servicio de Urgencias*

Entidad financiadora	Año 1984	Año 1985
Seguro Obligatorio de Enfermedad	406	588
Accidente de trabajo	59	82
Accidente de tráfico	29	15
Igualatorio Médico Quirúrgico	122	140
Privados	11	8
Beneficencia	29	22
Otros seguros	170	142

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

Durante el año 1984 se atendieron 24.007 consultas y durante el año 1985 fueron 21.706 las que se atendieron. En la siguiente tabla se puede observar la distribución según las distintas especialidades.

Tabla. Consultas externas atendidas durante los años 1984 y 1985

Especialidad	Año 1984	Año 1985
Cirugía General	1.162	1.218
Medicina Interna	1.411	1.381
Traumatología	13.293	10.306
Ginecología	2.005	1.751
Neurología	566	531
Pediatría	1.042	994
Aparato Digestivo	621	723
Dermatología	646	624
Otorrinolaringología	1.229	1.463
Rehabilitación	1.404	1.217
Cardiología	419	476
Urología	279	370

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Durante el año 1984 se realizaron 95.627 sesiones de rehabilitación y durante el año 1985 se realizaron 107.958.

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS

En el año 1984, la procedencia de los cuatro municipios más importantes de la Margen Izquierda (Portugalete, Santurce, Baracaldo y Sestao) representó el 79,4% y en el año 1983 representó el 77,12%. En la tabla siguiente se puede observar los porcentajes de procedencias de los distintos municipios.

Tabla. Municipios de procedencia de pacientes ingresado durante los años 1984 y 1985

Municipios	Año 1984	Año 1985
PORTUGALETE	46,7%	42,48%
SANTURCE	16,6%	19,32%
BARACALDO	8,5%	7,30%
SESTAO	7,6%	8,02%
BILBAO	2,4%	2,84%
ALGORTA	1,9%	3,48%
SAN SALVADOR DEL VALLE	1,8%	2,84%
LEJONA	1,6%	-
ORTUELLA	1,4%	0,84%
GALLARTA	1,2%	0,84
LAS ARENAS	0,8%	3,84%
GUECHO	0,8%	-

MUSQUIS	0,8% ^o	-
SOMORROSTRO	1,05%	-
SAN FUENTES Y LAS CARRERAS	0,4%	2,63%
ABANTO Y CIÉRVANA	0,4%	2,63%
SOPELANA	0,32%	-
Resto del País Vasco	2%	2,46%
Resto del Estado	1,09%	1,59%
Países Extranjeros	1,5%	1,95%

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

Tabla. *Actividad quirúrgica por especialidades durante los años 1984 y 1985*

Especialidad	Año 1984	Año 1985
Cirugía General	954	481
Traumatología y Ortopedia	450	393
Ginecología y Obstetricia	290	279
Partos	202	162
Otorrinolaringología	69	57
Oftalmología	47	8
Endoscopia	180	181
Cirugía ambulatoria	295	319

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

Tabla. *Ingresos y estancias por especialidad durante los años 1984 y 1985*

Especialidad	Ingresos/estancias año 1984	Ingresos/estancias año 1985
Cirugía General	983/9.456	810/7.274
Traumatología y Ortopedia	698/9.864	685/8.814
Otorrinolaringología	68/117	65/120
Oftalmología	59/251	13/43
Ginecología y Obstetricia	527/2.496	484/2.392
Urología	44/167	46/238
Cardiología	27/301	21/281
Pediatría	6/9	7/12
Medicina Interna	148/1.911	213/1.812
Rehabilitación	18/1.894	5/1.564
Beneficencia	13/746	4/98
TOTAL	2.591/27.212	2.354/22.552

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

Tabla. Pruebas diagnósticas realizadas durante los años 1984 y 1985

Tipo de pruebas	Año 1984	Año 1985
-----------------	----------	----------

Laboratorio	15.922	20.107
Radiología	18.922	19.298

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

ACTIVIDAD ESCOLAR EN LA CLÍNICA DURANTE LOS AÑOS 1984 Y 1985¹⁴⁵

En el comienzo del Curso 1984 hubo 8 niños fijos que terminaron el curso escolar en el Hospital. Su edades oscilaban entre los 6 y los 15 años.

También asistieron alumnos que ingresaron por una temporada, siendo su tiempo de permanencia en el aula de una semana a un mes, dependiendo de los casos por lo que la media de matrícula oscilaba entre los 8 y los 10 alumnos.

El horario de la actividad escolar era de 9,30 a 12 de la mañana y de 3 a 5 de la tarde. Sus niveles eran muy variados, niños que requerían una atención muy especial, hasta los que mantenían un ritmo normal de aprendizaje en relación con su edad cronológica. Hubo un niño que cursó primero de BUP, estudiaba dentro del aula de clase y recibía apoyo de profesores de la zona, especializados en las distintas materias.

La enseñanza de estos alumnos por la mañana era individualizada, adaptando cada materia a su nivel de curso; no así por la tarde, que en la medida de sus posibilidades se creaba un ambiente de trabajo común, en el cual todos participaban a través de juego, charlas, canciones, cuentos, narraciones, etc. Con los mayores también se trataban temas de actualidad como prensa, radio, televisión, etc.¹⁴⁶

Los niños que siguieron el curso escolar padecían parálisis cerebral, artrogriposis múltiple, atrofia muscular progresiva, Perthes, osteogénesis imperfecta.

¹⁴⁵ Memoria 1984-1985. Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

¹⁴⁶ La preocupación de la adecuación de la formación de los niños ingresados y de facilitarles actividades lúdicas ha sido una constante de esta Institución. Actualmente, en el Área de Cuidados del hospital hay actividades de terapia ocupacional para los enfermos ingresados, así como otras actividades lúdicas que hagan más llevadera la estancia de estos pacientes.

Tabla_. Personal contratado en los años 1984 y 1985

Año 1984	101 trabajadores contratados
Año 1985	99 trabajadores contratados

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..3

Tabla_. Índices hospitalarios durante los años 1982, 1983, 1984 y 1985

Índices	1982	1983	1984	1985
Tasa de ocupación general	58,77	62,8	63,72	59,98
Rotación enfermo/cama	24,3	23,7	22,14	22,85
Costo estancia/cama	5.746 pts.	6.159 pts.	7.495 pts.	9.982 pts.
Costo al día del Hospital	410.251 pts.	467.385 pts.	540.953 pts.	615.136 pts.
Costo cama/día	3.336 pts.	3.874 pts.	4.917 pts.	5.890 pts.
Estancia media general	8,88	9,66	10,50	9,58
Promedio diario de urgencias	25,5	29,26	31,41	39,03
Índice persona/cama	0,82	0,84	0,86	0,96
% de ingresos derivados del Servicio Urgencias	-	5,06%	4,36%	3,8%

Fuente: Memoria 1984-1985 de la Clínica San Juan de Dios de Santurce. Pág..21

(localizar los datos del año 1982 cuya actividad no está reflejada en la Tesis)

Actividad asistencial durante el año 1986

Actividad asistencial durante el año 1987

Actividad asistencial durante el año 1988

Actividad asistencial durante el año 1989

Actividad asistencial durante el año 1990

Actividad asistencial durante el año 1991

Actividad asistencial durante el año 1992

Actividad asistencial durante el año 1993

Actividad asistencial durante el año 1994

Actividad asistencial durante el año 1995

Actividad asistencial durante el año 1996

Actividad asistencial durante el año 1997

Actividad asistencial durante el año 1998

Actividad asistencial durante el año 1999

Actividad asistencial durante el año 2000

Actividad asistencial durante el año 2001

Actividad asistencial durante el año 2002

Actividad asistencial durante el año 2003

Actividad asistencial durante el año 2004

Actividad asistencial durante el año 2005

Actividad asistencial durante el año 2006

El Hospital San Juan de Dios tiene una actividad pública y privada. En él se presta servicio a pacientes proceden de diferentes entidades financiadoras, tanto del sector público como de compañías privadas de asistencia sanitaria, siendo la procedencia de los pacientes, en su mayor parte, de Vizcaya (Bilbao, Margen Izquierda y Margen Derecha).

Tabla_. Distribución etaria

< 60 años	18 %
60-80 años	43 %
80-90 años	31 %
> 90 años	8 %

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Entidad financiadora

Departamento de Sanidad	62 %
Mutuas y otras entidades privadas	33 %
Otras entidades públicas	5 %

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

El Hospital San Juan de Dios desarrolla su actividad en los diferentes aspectos de la práctica asistencial, pero como podremos comprobar en la siguiente tabla, hay que destacar una actividad muy importante en la disciplina de Cuidados Paliativos,¹⁴⁷ aunque el porcentaje de ingresos es escaso (1,36 %) en comparación con otras especialidades, el porcentaje de estancias (62,47 %) de estos enfermos es elevado.

¹⁴⁷ Sobre esta disciplina de los Cuidados Paliativos se tratará ampliamente en el capítulo IV de esta Tesis.

Tabla. Ingresos y estancias por especialidad durante el año 2006

Especialidad	Ingresos	Estancias
CIRUGÍA GENERAL	799	908
CIRUGÍA PLÁSTICA	417	311
GINECOLOGÍA	288	400
OFTALMOLOGÍA	425	2
TRAUMATOLOGÍA	1.070	2.006
Otras especialidades quirúrgicas	90	32
Especialidades médicas	162	288
CUIDADOS PALIATIVOS	45	6.571
TOTAL de INGRESOS/ESTANCIAS	3.296	10.518

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

SERVICIOS ASISTENCIALES DURANTE EL AÑO 2006

- Área médica: Alergología, Cardiología, Endocrinología, Medicina Interna, Neumología, Neurología.
- Área quirúrgica: Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Ginecología.
- Cuidados Críticos: Unidad de Cuidados Especiales (U.C.E.).
- Unidades especiales/socio-sanitarias: Unidad de Cuidados Paliativos (U.C.P.) y Unidad de Larga Estancia (U.L.E.).
- Rehabilitación: Rehabilitación y Fisioterapia.
- Anestesiología y Reanimación: Unidad de Reanimación.
- Área de Diagnósticos: Laboratorio de análisis clínicos, radiodiagnóstico.
- Urgencias: urgencias hospitalarias y urgencias domiciliarias.

Tabla. Profesionales asistenciales durante el año 2006

Personal directivo	4
Personal médico	49
Otros profesionales asistenciales	101
Personal de Administración y Servicios Generales	52
Voluntarios	16

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Consultas realizadas durante el año 2006

CARDIOLOGÍA	1.264
DERMATOLOGÍA	637
REUMATOLOGÍA	897
REHABILITACIÓN	7.600
Otras especialidades médicas	1.182
CIRUGÍA GENERAL	1.953
CIRUGÍA PLÁSTICA	4.334
GINECOLOGÍA	897
OFTALMOLOGÍA	19.278
OTORRINOLARINGOLOGÍA	19.609
TRAUMATOLOGÍA	14.255
UROLOGÍA	5.502
MEDICINA GENERAL	3.333
Atención continuada de Enfermería	5.738
TOTAL	86.479

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DURANTE EL AÑO 2006

El Servicio de Rehabilitación del Hospital atendió durante el año 2006 a un total de 6.947, lo que representa un aumento del 13,5 % con respecto al año anterior. La media de sesiones por pacientes fue de 19,2 sesiones.

Tabla_. Actividad en el Servicio de Rehabilitación durante los años 2004, 2005 y 2006

Rehabilitación	2004	2005	2006
Pacientes asistidos	5.670	5.725	6.947
Prestaciones realizadas	326.727	330.591	339.247

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Actividad del Servicio de Rehabilitación según entidades financiadoras (2006)

Entidades financieras	Pacientes	Sesiones/paciente	Tratamientos/sesión
Departamento de Sanidad	4.995	20,2	2,5
Compañía de tráfico	1.192	11,0	2,1
Otras compañías	699	21,8	3,6
Pacientes ingresados	61	66,1	1,6

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL AÑO 2006

El Hospital San Juan de Dios dispone de un Servicio de Urgencias durante las 24 horas en el propio hospital en domiciliaria. A lo largo del año 2006, se realizaron un total de 29.089 de atenciones urgentes, de las cuales, 4.798 fueron atenciones domiciliarias y 24.289 fueron atendidas en el Servicio de Urgencias ubicado en el hospital.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO 2006

La actividad diagnóstica se centró durante ese año esencialmente en la determinación de pruebas analíticas y de radiodiagnóstico tanto para pacientes ingresados como ambulatorios. Para ello, se cuenta con un completo Laboratorio de Hematología y Hemoterapia, un telemando, equipo de radiología convencional, ecógrafos y una Tomografía Axial Computarizada (TAC) dentro de las instalaciones del Hospital. En la siguiente tabla se puede ver especificada esta actividad.

Tabla_. Pruebas diagnósticas realizadas durante el año 2006

Determinaciones de Laboratorio	62.845
Placas de Rx	43.935
Ecografías	7.274
Pruebas cardiológicas (ECG)	646
Mamografías	4.143
Tomografías axiales computarizadas (TAC)	5.785

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS DURANTE EL AÑO 2006

Como muestran los datos de la siguiente tabla, los avances organizativos y técnicos en el desarrollo de la práctica quirúrgica han permitido aumentar de

modo considerable la proporción de intervenciones de cirugía ambulatoria que representa el 56,7% de la práctica quirúrgica total.

Tabla. Actividad quirúrgica durante el año 2006

Especialidad	Total	Ingresados	Ambulatorios	% ambulatoria
Cirugía General	1.104	740	364	33,0 %
Cirugía Plástica	1.473	292	1.181	80,2 %
Ginecología	298	189	109	36,6 %
Oftalmología	612	3	609	99,5 %
Otorrinolaringología	84	36	48	57,1 %
Traumatología	1.049	782	267	25,5 %
Otras especialidades Quirúrgicas	102	1	101	99,0 %
TOTAL	4.722	2.043	2.679	56,57 %

Fuente: Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Actividad asistencial durante los años 2007 y 2008

“Un Hospital Próximo” fue el lema de los años 2007 y 2008. Fue un periodo caracterizado por un considerable crecimiento del volumen de la actividad y la facturación había crecido un 30%. El aumento de la actividad fue debido a que una vez finalizadas las obras de modernización del Hospital que se llevaron a cabo en los últimos 10 años, se pudo disponer del conjunto de espacios para atender las necesidades sanitarias de nuestro área de influencia.

Tras un largo periodo de obras, se puede afirmar que se dispone de un hospital nuevo en cuanto a estructuras e instalaciones, con una experiencia de 88 años.

Este Hospital estaba preparado para atender las necesidades sanitarias de su entorno próximo en aquellos ámbitos en los que por la experiencia adquirida de sus profesionales y trabajadores y por su ubicación podría ofrecer servicios de calidad. Durante estos años se trabajaba como un auténtico centro de alta resolución en estrecha colaboración con el sector público, atendiendo consultas, urgencias, realizando pruebas diagnósticas, sesiones de rehabilitación e intervenciones quirúrgicas a la población de Ezkerraldea.

Se avanzó así mismo, en la práctica quirúrgica incorporando nuevos profesionales de reconocido prestigio y equipos para la realización de técnicas mínimamente invasivas (artroscopia y laparoscopia) que permitían atender a pacientes de todo Bizkaia.

El objetivo de esta institución es seguir profundizando en la atención de las necesidades emergentes o no bien cubiertas, en el Área de Cuidados Hospitalarios y Domiciliarios, atendiendo a pacientes que precisan rehabilitación funcional o apoyo multidisciplinar con el que cuenta el hospital. Se propone continuar con el objetivo de ser un hospital próximo: cercano a las necesidades de las personas de su entorno, próximos en la atención diaria, presencia en la sociedad participando de forma activa a través de programas de actividades socioculturales, participar en actividades solidarias, a través del voluntariado y con los programas de apoyo a New Kru Town.¹⁴⁸

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DURANTE LOS AÑOS 2007 Y 2008

El Hospital dispone de cuatro quirófanos en los que se realizaron durante este periodo más de 5.000 intervenciones cada año. La actividad principal se centró en las especialidades de Traumatología, Cirugía General, Oftalmología, Cirugía Plástica y Ginecología. En el año 2008 se adquirieron nuevos equipos de anestesia, cirugía laparoscópica y artroscopia.

¹⁴⁸ ¿Qué es New Kru Town? En Monrovia, capital de Liberia, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, lleva años gestionando el único hospital completamente activo en Liberia, el Saint Joseph's Catholic Hospital. Cercano al Hospital está uno de los barrios más desfavorecidos de toda Monrovia, NEW KRU TOWN. En ese lugar los hermanos de San Juan de Dios tenían también un dispensario o pequeño centro de salud. Las donaciones del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi más la recaudación del Mercadillo Solidario que se hace todos los años han contribuido a la construcción de un nuevo edificio para albergar el centro de salud de New Kru Town. Para conocer más sobre esta obra social de nuestro hospital podéis hacerlo a través del siguiente enlace: <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/colabora-con-nosotros/programas-solidarios/new-kru-town.html>

Tabla. Intervenciones quirúrgica durante el año 2007

Intervenciones	Total	Ingresados	Hospit. de día	Ambulat.	% Ambulat
Cirugía General	1.149	762	17	370	32,20 %
Cirugía Plástica	1.424	300	89	1.035	72,68 %
Ginecología	44	37	6	1	2,27 %
Oftalmología	733	7	427	299	40,79 %
Otorrinolaringología	54	20	29	5	9,25 %
Traumatología	1.164	918	235	11	0,94 %
Otras especialidades quirúrg.	776	5	20	751	96,78 %
Total	5.344	2.049	823	2.472	36,42 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla. Intervenciones quirúrgica durante el año 2008

Intervenciones	Total	Ingresados	Hospit. de día	Ambulat.	% Ambulat
Cirugía General	1.164	798	12	354	30,41 %
Cirugía Plástica	1.386	298	33	1.055	76,11 %
Ginecología	237	226	9	2	0,84 %
Oftalmología	816	6	449	361	44,24 %
Otorrinolaringología	61	27	33	1	1,64 %
Traumatología	1.336	1.031	314	9	0,67 %
Otras especialidades quirúrg.	597	4	14	579	96,98 %
Total	5.597	2.372	864	2.361	35,84 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD PÚBLICA Y PRIVADA

El Hospital mantiene una estrecha colaboración con el sector público y privado para el desarrollo del Programa de Atención Sanitaria y Social a pacientes.

Tabla. Porcentaje de facturación por entidades financiadoras

Entidades financiadoras	2007	2008
DÉPARTAMENTO DE SANIDAD	64 %	66 %
MUTUAS y otras entidades privadas	35 %	24 %
Otras entidades públicas	1 %	10 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Durante este periodo (2007-2008) el número de camas estuvo limitado en algunas fechas como consecuencia de las obras, oscilando entre 53 y 80. Este crecimiento en la disponibilidad de camas permitió aumentar las estancias en el año 2008 en un 33% con respecto al año 2007.

Tabla_. Ingresos y estancias durante el año 2007

HOSPITALIZACION año 2007	Núm. Ingresos	Núm. Estancias
CIRUGÍA GENERAL	807	918
CIRUGÍA PLÁSTICA	421	539
GINECOLOGÍA	47	54
OFTALMOLOGÍA	435	432
TRAUMATOLOGÍA	1.226	2.831
Otras especialidades quirúrgicas	66	53
Especialidades médicas	118	334
CUIDADOS PALIATIVOS	32	7.287
TOTAL	3.152	12.488

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Ingresos y estancias durante el año 2008

HOSPITALIZACION año 2008	Núm. Ingresos	Núm. Estancias
CIRUGÍA GENERAL	843	968
CIRUGÍA PLÁSTICA	351	393
GINECOLOGÍA	235	430
OFTALMOLOGÍA	456	451
TRAUMATOLOGÍA	1.399	3.361
Otras especialidades quirúrgicas	75	67
Especialidades médicas	370	2.789
CUIDADOS PALIATIVOS	25	7.835
TOTAL	3.754	16.294

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD DEL ÁREA DE CONSULTAS

En el mes de abril de 2008 se inauguró el nuevo área de consultas lo que permitió aumentar la oferta de especialidades y el volumen de atención tanto a paciente del sector público, en virtud del **acuerdo vigente** (comprobar documentación sobre este acuerdo) como a pacientes de las diferentes compañías de seguros.



Dos vistas del Área de Consultas
Fotos: archivo del Hospital San Juan de Dios Santurce

Tabla. Número de consultas por especialidades atendidas durante los años 2007 y 2008

Especialidades	2007	2008
CARDIOLOGÍA	1.100	1.401
DERMATOLOGÍA	1.374	1.522
REUMATOLOGÍA	971	1.271
REHABILITACIÓN	6.983	1.961
Otras especialidades Médicas	809	429
CIRUGÍA GENERAL	1.848	1.961
CIRUGÍA PLÁSTICA	3.325	3.019
GINECOLOGÍA	479	702
OFTALMOLOGÍA	20.324	21.289
OTORRINOLARINGOLOGÍA	19.795	16.518
TRAUMATOLOGÍA	13.453	15.142
UROLOGÍA	5.125	5.004
MEDICINA GENERAL	3.375	4.040
ENFERMERÍA (atención continuada)	5.897	5.530
TOTAL	85.029	89.368

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El Hospital dispone de Laboratorio de análisis clínicos y un completo Servicio de Diagnóstico por Imagen que se completó con la inauguración en el año 2009 de una Resonancia Magnética Nuclear (RMN).



Servicio de Radiología Hospital San Juan de Dios de Santurce
(Foto: archivo del Hospital)

Tabla_. Pruebas diagnósticas realizadas durante los años 2007 y 2008

Pruebas diagnósticas	2007	2008
Determinaciones de laboratorio	68.880	92.433
Placas de Rayos X	45.711	50.153
Ecografías	8.647	9.100
Pruebas cardiológicas	1.593	3.399
Mamografías	3.850	3.899
Tomografía axial computarizada (TAC)	5.959	6.105
TOTAL	134.640	165.089

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

El Servicio de Rehabilitación realizó más de 600 sesiones de fisioterapia al día. A lo largo de un año fueron atendidos alrededor de 7.000 pacientes para su rehabilitación funcional.

Tabla_. Actividad del Servicio de Rehabilitación (2006, 2007 y 2008)

Serv. Rehabilitación	2006	2007	2008
Pacientes asistidos	6.947	6.742	6.973
Prestaciones realizadas	339.247	370.123	387.435

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Actividad del Servicio de Rehabilitación según entidades financiadoras (2007)

Rehabilitación 2007	Pacientes	Sesiones/paciente	Tratamiento/sesión
Departamento Sanidad	5.171	21,37	2,48
Compañías de tráfico	683	20,41	1,98

Otras compañías	759	20,39	3,24
Pacientes ingresados	129	13,79	1,52
TOTAL	6.742	18,99 (media)	2,30 (media)

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla. *Actividad del Servicio de Rehabilitación según entidades financiadoras (2008)*

Rehabilitación 2007	Pacientes	Sesiones/paciente	Tratamiento/sesión
Departamento Sanidad	5.352	21,93	2,52
Compañías de tráfico	704	21,68	2,63
Otras compañías	739	21,94	3,12
Pacientes ingresados	178	17,94	2,29
TOTAL	6.973	20,87 (media)	2,64 (media)

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Este Hospital dispone de un Servicio de Urgencias durante las 24 horas para lo que cuenta con tres boxes y dos consultas médicas para atender la creciente actividad existente. El incremento en el número de atenciones desde el año 2006 ha sido del 11%.



Despachos médicos y boxes del Servicio de Urgencias
(Fotos: archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce)

Tabla. *Actividad del Servicio de Urgencias (2006, 2007 y 2008)*

Servicio de Urgencias	2006	2007	2008
Urgencias hospitalarias	24.289	26.371	27.966
Urgencias domiciliarias	4.798	4.755	4.592
TOTAL	29.087	31.126	32.355

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla. *Servicios asistenciales: Equipamientos (2007 y 2008)*

EQUIPAMIENTOS	2007	2008
Camas médicas	19	46
Camas quirúrgicas	34	34
Camas Unidad de Cuidados Especiales (UCE)	6	6
Camas de Hospital de Día	10	10
Salas de exploraciones complementarias	8	8
Consultorios	12	18
Quirófanos	4	4
Salas de Urgencias	6	6
Puestos de Rehabilitación	24	31

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla. Servicios asistenciales: Profesionales (2007 y 2008)

Profesionales	2007	2008
Personal directivo	4	4
Personal Médico	100	100
Otros profesionales asistenciales	106,27	120,8
Personal de administración y servicios generales	56,32	60,67
TOTAL	266,59	291,47
Voluntarios	18	22

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Actividad asistencial durante el año 2009

El ejercicio 2009 representó para el Hospital un año de consolidación de su práctica asistencial. Las modernas instalaciones y la capacitación de los equipos humanos, han permitido atender tres de los principales objetivos que fueron reafirmados en el propio plan estratégico:

- 1.- La colaboración estable y leal con el sector público para la atención de los pacientes del entorno geográfico próximo (Ezkerraldea).
- 2.- El Fortalecimiento de la amplia cartera de servicios para dar un servicio integral en el ámbito de la media complejidad.

3.- La modesta aportación para ayudar y acompañar en el camino final de la vida a pacientes con enfermedades avanzadas y a sus familiares.

Por todo ello, a lo largo del año 2009 se amplió la oferta de servicios, incorporando la Neumología, Neurología y Cirugía Vasculat. También se puso en funcionamiento la Resonancia Magnética Nuclear y se conformó un Programa Integral de Cuidados Paliativos fortaleciendo el apoyo psicosocial y la interacción entre los programas domiciliarios y hospitalarios.

Con respecto a la **solidaridad** de este Hospital, colaboradores y amigos crearon una auténtica red de solidaridad con más de 200 amigos de San Juan de Dios de Santurce centrando sus apoyos en el proyecto de hermanamiento con New Kru Town, en Liberia, al objeto de posibilitar la atención sanitaria de más 40.000 personas. En este año, 2009, fueron destinados 45.000 euros para mejorar las infraestructuras y la asistencia sanitaria del centro de salud de New Kru Town, recaudados de las aportaciones de nuestro Hospital, de sus trabajadores y de amigos del mismo. Se creó un “Mercadillo Solidario”¹⁴⁹ dentro del Hospital, coincidiendo con la festividad de San Juan de Dios, que logró recaudar más de 12.000 euros para este proyecto.

PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

El Programa de Cuidados Paliativos es un programa de apoyo integral a pacientes con enfermedades avanzadas y a sus familiares y cuidadores que mediante un equipo multidisciplinar presta servicios sanitarios, de apoyo psicológico, social y espiritual encaminados a mejorar su calidad de vida.

Tabla_. *Actividad asistencial del Programa de Cuidados Paliativos durante el año 2009*

Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos	45
Pacientes atendidos en otros hospitales	135
Pacientes atendidos en sus domicilios	207

¹⁴⁹ <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/colabora-con-nosotros/programas-solidarios/mercadillo-solidario-2011.html> (última entrada: 6 febrero 2015).

Familiares atendidos	357
----------------------	-----

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Este Programa presta tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito domiciliario. A lo largo del años 2009, el Programa de Cuidados Paliativos tuvo un importante crecimiento cualitativo al incorporar el apoyo psicosocial al ámbito domiciliario y a otras instituciones sanitarias colaboradoras como el Hospital de Santa Marina (en su Unidad de Cuidados Paliativos), en el Hospital Universitario de Cruces (en su Servicio de Hospitalización a Domicilio) y en la Residencia de Aspaldiko.

Durante este ejercicio el número de personas atendidas por este Programa creció el 71% con respecto al ejercicio anterior. El Programa de Soporte Integral de Cuidados Paliativos es una iniciativa de la Obra Social del Hospital San Juan de Dios con la colaboración de la Caixa.

UN CENTRO SANITARIO DE LA MARGEN IZQUIERDA PARA BIZKAIA

El Hospital de San Juan de Dios es un centro que desde Santurtzi atiende preferentemente a pacientes de Ezquerraldea, si bien se produjo un importante crecimiento del número de pacientes de otras zonas de Bizkaia (Bilbao y margen derecha de la ría), pasando del 23% en el años 2008 al 28% en el año 2009 del total de las consultas atendidas.

Tabla. Lugar de residencia de los pacientes atendidos en 2009

Lugar de residencia	Porcentaje de pacientes atendidos
Santurtzi	26 %
Portugalete	25 %
Margen Derecha	14 %
Resto de Ezkerrakdea	11 %
Bilbao	9 %
Otras zonas	5 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

UN ESPACIO PARA LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA

El año 2009 estuvo marcado por la continuidad en la colaboración con las distintas entidades tanto públicas como privadas.

Tabla. Facturación de las entidades financiadoras

Entidades financiadoras	2008	2009
Departamento de Sanidad	66 %	65 %
Mutuas y otras entidades privadas	24 %	25 %
Otras entidades públicas	10 %	10 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Los niveles de actividad se mantuvieron similares a los del año 2008, destacando, no obstante, el crecimiento de la actividad de Traumatología, con un importante aumento de las técnicas artroscópicas en cirugía de rodilla, hombro y cadera.

Tabla. Actividad de la hospitalización

Especialidad	Ingresos 2008	Estancias 2008	Ingresos 2009	Estancias 2009
Cirugía Vasculat	0	0	2.006	2.005
Cirugía General	843	968	614	787
Cirugía Plástica	351	393	384	425
Ginecología	235	430	43	56
Oftalmología	456	451	506	504
Traumatología	1.399	3.361	1.703	3.865
Otras esp. Qurúrg.	75	67	97	95
Espec. Médicas	370	2.789	238	2.707
Cuidados Paliativos	25	7.835	38	7.885
TOTAL	3.754	16.298	3.806	16.529

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

A lo largo del ejercicio 2009 el volumen global de intervenciones quirúrgicas creció un 5,4% con respecto al 2008. Se produjo un importante crecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria pasando a representar más del 40% del conjunto de la Cirugía Mayor realizada en el Hospital.

ACTIVIDAD DEL ÁREA DE CONSULTAS

Lo más destacado en este periodo fue la incorporación de las especialidades de Neumología, Neurología, Neurofisiología y Cirugía Cardiovascular que ampliaron la oferta de consultas médicas y que junto con el fortalecimiento de las ya existentes posibilitaron atender a un 25% más de personas que en el año 2008, llegando a atender un total de 99.695 pacientes.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

El Hospital atendió diariamente alrededor de 600 pacientes ambulatorios que precisaron fisioterapia. Así mismo, se comenzó a desarrollar un **programa de rehabilitación hospitalaria** (Unidad de Rehabilitación Hospitalaria que está integrada en el Área de Cuidados). Este programa está dirigido a pacientes neurológicos y/o con patología del Aparato Locomotor.

Tabla_. Actividad del Servicio de Rehabilitación

Entidades Financiadoras	Núm. Pacientes	Sesiones/paciente	Tratamientos/sesión
Departamento Sanidad	4.699	20,62	2,42
Compañías de Tráfico	685	22,76	2,36
Otras compañías	1.127	14,38	2,99
Pacientes ingresados	258	16,28	2,15
Total	6.739	18,49	2,48

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Actividad del Servicio de Urgencias

Urgencias Hospitalarias	28.550
Urgencias Domiciliarias	4.821
Atención continuada de Enfermería	5.020

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO 2009

El incremento en el número de pruebas diagnósticas realizadas estuvo en consonancia con el aumento de las especialidades médicas, las cuales a su vez demandan modernos equipos de diagnóstico. En esta línea, en octubre de 2009 se incorporó el Servicio de Resonancia Magnética Nuclear.

Tabla_. Pruebas diagnósticas

Tipo de pruebas	2008	2009
Pruebas de Laboratorio	92.433	96.177
Placas Rayos X	50.153	53.438
Ecografías	9.100	8.091
Pruebas cardiológicas	3.399	3.270
Mamografías	3.899	4.355
TAC	6.105	6.486
RMN	0	300
TOTAL	165.089	171.817

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Servicios asistenciales: Equipamientos (2009)

Camas médicas	46
Camas quirúrgicas	34
Camas Unidad de Cuidados Especiales (UCE)	6
Camas del Hospital de Día	11
Consultorios	18
Quirófanos	4
Salas de Urgencias	6
Puestos de Rehabilitación	31

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_. Servicios asistenciales: Profesionales (2009)

Personal directivo	4
Personal Médico	44
Otros profesionales asistenciales	135
Personal de Administración y Servicios Generales	45

TOTAL	228
--------------	------------

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

BALANCE DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL AÑO 2009 CON RELACIÓN AL 2008¹⁵⁰

Durante el año 2009 se incrementó en un 5,4% respecto al año 2008 las intervenciones quirúrgicas incluyendo la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía menor. Es importante destacar este aumento significativo porque la cirugía supone el 40% de la actividad de este Hospital.

También durante este año se vio incrementado el número de primeras consultas (de 31.724 en 2008 a 36.342 en 2009) en un 14,5%. Las consultas sucesivas (de 47.999 en 2008 a 63.353 en 2009) lo que supuso un incremento de un 32%.

Las modernas instalaciones y la capacitación de los equipos humanos de este Hospital permiten atender los objetivos principales del mismo entre los que se encuentran la colaboración “estable y leal”, como ya he señalado anteriormente, con el sector público para la atención de los pacientes de la margen izquierda. Hay que tener en cuenta que el sector público acapara el 65% de la actividad de este Hospital. Por otro lado, el fortalecimiento de su amplia cartera de servicios, dando un servicio integral en el ámbito de la media complejidad, así como la modesta participación para ayudar y acompañar en el camino final de la vida a pacientes con enfermedades avanzadas y sus familiares han sido y siguen siendo otros de los retos superados.

En cuanto a nuevos servicios, a lo largo del año 2009, el Hospital San Juan de Dios amplió su cartera de servicios, incorporando la Neumología, la Neurofisiología y la Cirugía Vasculat, lo que permitió atender a un 25% más de pacientes que en 2008, atendido un total de 99.695 pacientes.

¹⁵⁰ Europa Press. 7 julio 2010

También se puso en funcionamiento la Resonancia Magnética Nuclear, así como el programa integral de Cuidados Paliativos, fortaleciendo así el apoyo psicosocial y la interacción entre los programas hospitalarios y domiciliarios.

Además, la llegada de la línea 2 de Metro Bilbao a la misma puerta del Hospital (salida de Peñota) ha supuesto una considerable mejora de accesos. Esto, unido al nuevo parking privado del Hospital, ha permitido un ascenso de la llegada de pacientes de fuera de la comarca de la margen izquierda, pasando a ser los pacientes procedentes del Bilbao y la margen derecha el 28% de todos los pacientes atendidos en el Hospital, cuando en 2008 había sido el 23%.

Actividad asistencial durante el año 2010

“*Cuidando contigo-Zurekin Zainduz*”, fue un lema para el año 2010. En el mes de septiembre, el Hospital fue reconocido por El Correo, con el **Premio Alma Solidaria**, por el Programa “Cuidando contigo-Zurekin Zainduz”, una iniciativa de apoyo a cuidadores y familiares.¹⁵¹

Ciertamente, a lo largo del año 2010, se intentó innovar en cuidados:

- Mejorando las instalaciones para hacer un entorno más amable, incorporando equipos que aumentaron nuestras capacidades diagnósticas y terapéuticas.
- Incorporando el conocimiento de nuestros profesionales para el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas.
- Aplicando nuevas técnicas para aliviar el dolor.
- Acogiendo con hospitalidad a las personas que nos visitan para conocer lo que hacemos y cómo lo hacemos.

¹⁵¹ Este programa se podrá conocer con detalle en el Capítulo IV de la presente Tesis Doctoral.

Todos los que formamos el equipo humano de este Hospital tenemos un único objetivo, cuidar con hospitalidad, cuidar todas las dimensiones de la persona y en todas las posibles circunstancias: cuidar para curar, cuidar para aliviar y cuidar para consolar.

Nuevas infraestructuras, nuevas técnicas y procedimientos, equipos sofisticados y profesionales con los máximos niveles de conocimiento para un objetivo común de hospitalidad y una forma de entender “cuidando contigo-Zurekin Zainduz”.

ACTIVIDAD DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Dentro de este apartado está contemplada toda la actividad médico-quirúrgica que requiere un ingreso tanto en régimen de hospitalización como de hospitalización de día.

A lo largo del año 2010 se han producido un total de 3.714 ingresos que han generado 14.852 estancias.

Tabla_. Ingresos y estancias durante el año 2010

Especialidad	Núm de Ingresos	Núm de Estancias
ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR	303	380
ÁREA DE CUIDADOS	37	8.611
CIRUGÍA GENERAL	402	551
CIRUGÍA PLÁSTICA	715	874
Especialidades MÉDICAS	67	271
GINECOLOGÍA	36	56
OFTALMOLOGÍA	430	475
Otras especialidades QUIRÚRGICAS	105	95
TRAUMATOLOGÍA	1.619	3.539
Total	3.714	14.852

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Según la tipología de ingreso, el 96% de los ingresos fueron programados y el 4% restante procedían del Servicio de Urgencia o del Área de Consultas Externas.

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

A lo largo del año 2010 se llevaron a cabo 5.228 intervenciones quirúrgicas.

Tabla_. Actividad quirúrgica durante el años 2010

Tipo de cirugía	Total	Ingresados	H de Día	Ambulatorios
ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	301	7	221	3
CIRUGÍA GENERAL	434	366	22	46
CIRUGÍA PLÁSTICA	1.982	588	116	1.278
DERMATOLOGÍA	48	0	0	48
GINECOLOGÍA	36	25	11	0
OFTALMOLOGÍA	679	4	423	252
OTORRINOLARINGOLOGÍA	107	43	48	16
TRAUMATOLOGÍA	1.566	1.083	476	7
Otras especialidades	75	7	8	60
TOTAL	5.228	2.123	1.395	1.710

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

ACTIVIDAD DEL ÁREA DE CONSULTAS

El año 2010 supuso para el Área de Consultas de este Hospital un incremento del 4% en el número de pacientes atendidos. Este crecimiento se produjo de forma más clara en las especialidades de Rehabilitación y Traumatología en las que se aspiraba a convertirse en el Centro de referencia de Bizkaia.

Con el fin de cubrir el máximo de las necesidades de nuestro entorno, en el año 2010 se incorporó la consulta de Logopedia.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Este Servicio se caracteriza por su intensa actividad asistencial. Se realizaron aproximadamente 620 sesiones de rehabilitación diarias lo que permitió atender anualmente a más de 6.000 pacientes que precisaron fisioterapia. Además 46 personas con patología neurológica se vieron beneficiadas por el programa de Rehabilitación Hospitalaria. La actividad global y la distribución por pacientes por entidades financiadoras se puede ver en las siguientes tablas respectivamente:

Tabla_. *Actividad global del Servicio de Rehabilitación durante el año 2010*

Número de pacientes	Número de sesiones	Número de tratamientos
6.573	144.575	373.369

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_. *Distribución de paciente por entidades financiadoras*

DEPARTAMENTO DE SANIDAD	71%
OTRAS COMPAÑÍAS	17%
COMPAÑÍAS DE TRÁFICO	9%
Pacientes ingresado REHABILITACION HOPITALARIA	3%

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Para el Servicio de Urgencias el año 2010 también supuso un incremento en su actividad en torno al 4% generado principalmente por la ampliación del horario de los sábados.

El tiempo medio de atención desde la llegada al Servicio de Urgencias hasta que el paciente es dado de alta es aproximadamente de 25 minutos. El circuito de atención de urgencia a domicilio es de unos 20 minutos.

Tabla_. *Distribución de la actividad en Urgencias por entidad financiadora*

Entidad financiadora	Número pacientes	Porcentaje
OSAKIDETZA (Servicio Vasco de Salud)	28.310	81,29%
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	2.851	8,19%
Resto de compañías	3.663	10,52%

TOTAL	34.824	100%
--------------	---------------	-------------

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

ACTIVIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La cantidad de pruebas diagnósticas realizadas está en relación con el incremento en la actividad de consultas externas. Por otro lado, la modernización de las instalaciones y la utilización de la moderna tecnología sanitaria facilitan la labor de los médicos especialistas. La disponibilidad de estos medios aporta calidad y comodidad a las personas que acuden a nuestro Hospital.

Tabla_. Pruebas diagnósticas realizadas durante el año 2010

Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	3.182
Pruebas cardiológicas	3.613
Mamografías	290
Tomografía Axial Computarizada (TAC)	6.133
Ecografías	8.785
Placas de Rayos X	40.501
Determinaciones de Laboratorio	106.310
TOTAL	168.310

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_. Servicios asistenciales: Equipamientos (2010)

Camas médicas	46
Camas quirúrgicas	34
Camas de Unidad de Cuidados Especiales (UCE)	6
Camas de Hospital de Día	11
Consultorios	18
Quirófanos	4
Salas de urgencias	6
Puestos de Rehabilitación	31

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_. Servicios asistenciales: Profesionales (2010)

Personal Médico	96
Otros profesionales asistenciales	145
Personal de administración y servicios generales	53

TOTAL	294
--------------	------------

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_. Datos económicos (2009 y 2010)

	2009	2010
Ingresos anuales	11.368.000 €	12.479.000 €
Inversiones	736.000 €	419.000 €

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

3.5.- La modernización del Hospital de San Juan de Dios en el siglo XXI: innovación y calidad.

INNOVACIÓN Y CALIDAD DURANTE LOS AÑOS 2007 Y 2008¹⁵²

Entre las principales actuaciones desarrolladas a lo largo de este periodo en materia de innovación y calidad cabe citar:

- Desarrollo de los sistemas informáticos de gestión asistencial (I-MDH).
- Perfeccionamiento en los sistemas de protección de datos (Diploma de protección de datos).
- Obtención del Diploma de compromiso con la Excelencia: en relación con el proyecto de mejora del Centro, el Hospital vio la necesidad de un cambio en el sistema de gestión para adecuarlo a las necesidades del momento. Para ello se implicó en el modelo de calidad EFQM con el fin de abarcar todos los ámbitos de interés y proporcionar unos resultados excelentes en todas sus áreas.
- Creación de la Unidad de Apoyo Psicosocial a personas con enfermedades avanzadas y a sus familiares.¹⁵³

¹⁵² Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce, "Un hospital próximo".

¹⁵³ Para conocer en qué consiste esta Unidad podrán hacerlo en: <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/servicios-medicos/otros-servicios-asistenciales/unidad-de-apoyo-psico-social.html>

- Impulso y desarrollo de la Cirugía mínimamente invasiva por vía laparoscópica (artroscopia de cadera, intervención de columna vertebral por vía endoscópica).
- Apertura del nuevo Área de Consulta Externas.

INNOVACIÓN Y CALIDAD DURANTE EL AÑO 2009¹⁵⁴

Dentro de las actividades destinadas a la modernización y mejora continua con las que está comprometido el Hospital San Juan de Dios había que destacar en este periodo:

- La finalización de la implantación de Sistema Integrado Asistencial (S.I.A.), programa informático corporativo para la gestión integral de la actividad del Hospital.
- La continuación con los trabajos comenzados tras la obtención del Certificado de Compromiso con la Excelencia para la obtención de la Q de plata.
- El desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva en el campo de la artroscopia de la cadera y de la articulación temporomandibular.
- La incorporación de un navegador para la realización de prótesis de rodilla.
- La incorporación de una RMN de última generación que complementa el área de diagnóstico por imagen.
- La puesta en funcionamiento de la página web del Hospital: <http://www.hospital-sanjuandedios.es>

INNOVACION Y CALIDAD DURANTE EL AÑO 2010¹⁵⁵

¹⁵⁴ Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

¹⁵⁵ Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Se puso en marcha el **Programa “Cuidando Contigo-Zurekin Zainduz”**¹⁵⁶, ganador del Concurso Alma Solidaria 2010. Es un programa que se pretende proporcionar un mayor apoyo a personas con enfermedades avanzadas. A través de este programa, la población puede resolver dudas, recibir información sobre los distintos programas asistenciales de nuestro Hospital u orientación sobre la comunicación familia-paciente, duelo, recursos sociales o acompañamiento en la agonía, formación a asociaciones o profesionales y charlas. Para proporcionar mayor accesibilidad a este programa se creó una página web¹⁵⁷ que durante el año 2010 recibió 2.246 visitas.

Durante este año se desarrolló el modelo de continuidad de cuidados, en el ámbito de los cuidados paliativos, integrando el ámbito domiciliario y hospitalario.

También se desarrolló la técnica de **Cirugía Navegada en la artroplastia de rodilla**. Una técnica que favorece la colocación del implante en una posición más cercana a la ideal.

La Unidad de Artroscopia incorporó la técnica de la Artroscopia de cadera como técnica menos invasiva y que reduce el tiempo de recuperación postoperatorio.

El Área de Traumatología del Hospital apostó por una nueva herramienta terapéutica eficaz y segura, realizada con suero del propio paciente que ofrece una eficaz respuesta en procesos de inflamación articular y de destrucción del cartílago.

El Plan de Formación durante este año abarcó a 213 participantes de todas las áreas de trabajo del Hospital con un total de 1.850 horas repartidas en 32 acciones formativas, las cuales fueron bien valoradas en el 87% de los casos.

¹⁵⁶ Para conocer este Programa podrá hacerlo en el siguiente enlace: <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/cuidando-contigo/programa.html> (última entrada: 5 agosto 2015)

¹⁵⁷ <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/cuidando-contigo/programa.html> (última entrada: 5 agosto 2015)

EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN TRAUMATOLOGÍA UNA INNOVACIÓN CREADA EN EL AÑO 2012

El Servicio de atención continuada en Traumatología del Hospital san Juan de Dios de Santurtzi hace el balance del primer año de funcionamiento. Este Servicio se puso en funcionamiento para una mejor atención a sus pacientes para complementar el servicio de urgencias.

Con 1.800 intervenciones y 21.000 consultas al año, el Servicio de Traumatología de este Hospital puede ser considerado como uno de los principales de esta especialidad en Euskadi. La razón para este liderazgo son varias. En primer lugar, el Servicio de Traumatología del Hospital cuenta con un cuadro médico de trece especialistas en esta disciplina con reconocido prestigio dentro de la especialidad y que están especializados en las dolencias que afectan, en las distintas partes del cuerpo, a huesos, músculos, ligamentos y tendones. Este Servicio cuenta además con la ayuda de varias especialidades médicas del Hospital que permiten una alta resolución en el problema de salud traumatológico. Así, el Área de Diagnóstico por Imagen del propio Hospital que incluye entre sus medios diagnósticos la resonancia magnética, la tomografía axial computarizada, la ecografía, los rayos X convencionales y la electromiografía, junto a los servicios de Rehabilitación y de Anestesia y Tratamiento del Dolor, proporcionan una atención integrada e integral, altamente resolutive.

Este Hospital proporciona una respuesta rápida y ágil a cada tipo de lesión, independientemente de su localización anatómica (rodilla, hombro, columna vertebral, cadera, codo, mano, tobillo y pie). Para ello emplea tratamientos conservadores (farmacológicos, fisioterapia, etc.) quirúrgicos (incluyendo técnicas mínimamente invasivas), y terapias biológicas para el tratamiento del dolor y regeneración de tejidos. Otra importante razón es la innovación continua y la incorporación constante de los últimos adelantos médicos y tecnológico a la asistencia médica.

Un elemento importante de su éxito es la atención allí donde se precisa y cuando se precisa. El Hospital cuenta con un **Servicio de Urgencias Traumatológicas** que atiende, de manera continuada, de lunes a domingo, todo tipo de patología osteo-muscular que tenga carácter urgente. Entre las urgencias traumatológicas más frecuentes, se pueden citar las fracturas, lumbalgias, luxaciones y artritis traumáticas. La demanda e importancia de esta oferta ha llevado al Hospital a reforzar el equipo médico, con la incorporación de nuevos especialistas en Traumatología y Ortopedia.

Así mismo, en el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi se da cobertura médica a numerosos deportistas de distintas federaciones: futbolistas, atletas, karatekas, pelotaris, baloncestistas, boxeadores, escaladores y triatletas son algunos de los deportistas que han pasado por el Centro, con diversas patologías.

Para facilitar esta atención a tan variados públicos, el Hospital trabaja con la práctica de las compañías aseguradoras del sector sanitario. Igualmente, mantiene una política de precios muy competitivos para pacientes privados.

Como se ha podido comprobar en esta Tesis, el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi fue desde sus orígenes (hace 90 años), una de las principales referencias del País Vasco en la atención traumatológica y ortopédica. Hoy, el Servicio de Traumatología de este Hospital es una referencia en todo el Estado en la realización de artroscopias, colocación de prótesis a medida con navegador y en la incorporación de terapias innovadoras.

Este Hospital se ha convertido en uno de los centros de referencia en España en cuanto a la práctica de la **artroscopia**. Se realizan más de mil artroscopias anuales. Esta técnica puede, por ejemplo, evitar o retrasar la implantación de prótesis en casos de artrosis, mejorando la movilidad y aliviando el dolor.

Los especialistas de Traumatología de este Hospital son pioneros en **Cirugía con Navegador** y prótesis a medida. En los casos en los que se hace necesario un implante, el Hospital permite el diseño de prótesis personalizado y

asistido por ordenador. Estas se implantan luego mediante un sistema de cirugía navegada que permite al cirujano implantar, ajustar y alinear la prótesis con precisión milimétrica. El Hospital San Juan de Dios de Santurtzi ha sido pionero en Euskadi en la implantación de la cirugía con navegador, consiguiendo una sólida experiencia y unos resultados satisfactorios y contrastables.

El Servicio de Traumatología del Hospital incorpora de manera constante los avances que la medicina basada en la evidencia demuestra como más beneficiosos y seguros para los pacientes. Aplica **terapias innovadoras**. Entre éstas se puede señalar el trabajo con proteínas antiinflamatorias autólogas; con suero rico en factores de crecimiento en determinadas lesiones e intervenciones; o el aspirado de médula ósea para la reparación de tejidos dañados.

También se trabajan distintas técnicas terapéuticas en colaboración con otras especialidades. Por ejemplo, las ondas de choque se emplean en colaboración con el Servicio de Rehabilitación para el tratamiento de patologías como el espolón calcáneo en el pie, o calcificaciones óseas en articulaciones como el hombro. Otra técnica, los bloqueos nerviosos, que se realizan con el apoyo del Servicio de Anestesiología, se emplean en dolores crónicos resistentes a la terapia farmacológica para el bloqueo de la conducción nerviosa, como en los casos de artrosis severa de hombro.

3.6.- Las actividades socioculturales y solidarias.

ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES Y SOLIDARIAS (2007 y 2008)¹⁵⁸

¹⁵⁸ Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce. "Un hospital próximo".

Una vez finalizadas las obras de adecuación del centro, el Hospital inició en 2008 un programa de actividades socio-culturales:

- La creación del **Aula San Juan de Dios**,¹⁵⁹ como punto de encuentro para divulgar y debatir sobre aspectos sanitarios de interés.
- La convocatoria del I **Concurso de Fotografía** del Hospital San Juan de Dios con una importante participación y calidad de trabajos.
- La convocatoria del I **Concurso de Relato Breve**,¹⁶⁰ en euskera y castellano, para jóvenes menores de 18 años. La colaboración de los centros educativos del entorno próximo permitió un alto nivel de participación y calidad.
- La elaboración de un **itinerario botánico** en los jardines, que han permitido inventariar los diferentes árboles existentes.
- La exposición permanente de **fotografía retrospectiva del Hospital** desde su inauguración.
- La **exposición del taller de manualidades** de los pacientes ingresados.

ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES Y SOLIDARIAS EN EL AÑO 2009¹⁶¹

El año 2009 siguió el mismo camino iniciado el 2008 en el terreno de lo social como en lo cultural, desarrollándose las siguientes actividades:

- El Programa de Cuidados Paliativos Hospitalarios y Domiciliarios atendió a personas con enfermedades avanzadas y a sus familiares con carencias económicas y sociales.
- El proyecto del apoyo al Centro de Salud en New Kru Town en Monrovia (Liberia) para la mejora de las infraestructuras y la asistencia sanitaria de dicho centro con el fin de mejorar la salud de la población de Liberia. A lo largo del año 2009 se destinaron más de 45.000 € mediante

¹⁵⁹ Sobre las Aulas de Salud podrá encontrar más información en: <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/actividades-culturales/aula-san-juan-de-dios.html> (última entrada: 5 agosto 2015).

¹⁶⁰ Sobre el Concurso Literario podrá encontrar más información en: <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/actividades-culturales/concurso-fotografico.html> (última entrada: 5 agosto 2015).

¹⁶¹ Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

aportaciones del Hospital San Juan de Dios de Santurce y de sus trabajadores y amigos del citado Hospital.

- Creación de un “Mercadillo Solidario”¹⁶² dentro del Hospital con el fin de recaudar fondos para el proyecto de apoyo al Centro de Salud en New Kru Town.
- La convocatoria del II Concurso de Fotografía del Hospital San Juan de Dios con la temática “Ría desde Bilbao a Santurce” y la convocatoria del II Concurso de Relato Breve.
- El Hospital también puso en marcha una auténtica red de solidaridad, merced a la creación de la figura **Amigo del Hospital San Juan de Dios de Santurce**. Esta iniciativa nace con vocación de aglutinar la inquietud solidaria existente en el ámbito social del Hospital.
- Desarrollo de la Red de Voluntarios (30 voluntarios) que forman parte de la vida del Hospital a través de múltiples cometidos como son el acompañamiento de pacientes, como guías orientativos a través del Hospital, etc.
- Durante este año se continuó con “Aula San Juan de Dios” que han demostrado ser de gran interés para nuestro entorno próximo dado el importante aforo conseguido. Se celebraron tres aulas de interés sanitario y humanístico.
- Creación de la revista “Gorputz eta Arimaz” (Cuerpo y alma) por parte de los residentes del Hospital.
- También se continuó con diferentes actividades que acercan el Hospital a nuestro entorno como la colaboración con el Colegio Santa María de Portugalete en el programa de Solidaridad dentro del ciclo formativo de 1º de Bachillerato, celebración de la Navidad, día de San Juan de Dios. Estos dos últimos acontecimientos contaron con la participación de diferentes coros y asociaciones musicales.

¹⁶² Mercadillo solidario. Para conocer más detalles: <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/noticias/noticias-hsjd/el-mercadillo-solidario-del-hospital-san-juan-de-dios-de-santurtzi-consigue-11500-euros-para-new-kru-town.html> (última entrada: 5 agosto 2015).

ACTIVIDADES SOCIO-CULTURALES Y SOLIDARIAS DURANTE EL AÑO 2010 ¹⁶³

Como todos los años el Hospital San Juan de Dios durante el año 2010 también realizó actividades de interés socio-cultural.

Se realizó la segunda edición del Mercadillo Solidario, una actividad que surgió para recaudar fondos para el centro de Salud en New Kru Town (Monrovia). Este mercadillo se realiza gracias a las artesanías elaboradas por trabajadores y amigos del Hospital San Juan de Dios. En esta segunda edición se recaudaron 12.293 € que junto a las aportaciones del Hospital y otras donaciones recibidas sumaron más de 45.000 €.

Se llevó a cabo la tercera edición del Concurso de Fotografía y Relato Breve del Hospital San Juan de Dios con el tema “La solidaridad”.

Se dio continuidad a las “Aula San Juan de Dios” impartidas por profesionales de distintas especialidades en las que se trataron diferentes temas de interés sanitario y humanístico. Se celebraron cinco a lo largo de este año 2010.

El programa de voluntariado contó en 2010 con más de 40 voluntarios que colaboraron de forma desinteresada con el Hospital.

¹⁶³ Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

CAPÍTULO IV

LA DEDICACIÓN EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS A LA MEDICINA PALIATIVA COMO UNA NECESIDAD SOCIO-SANITARIA DE SU ENTORNO DESDE 1993 HASTA 2014: CUARTA ETAPA.

Dos instituciones, la Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, se han hecho acreedoras del título de pioneras de la Medicina Paliativa en España (Centeno C, Gómez M, Nabal M, Pascual A, 2009).

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios puso en marcha varias Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias, siendo la primera de ellas la del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.¹⁶⁴

La Carta de Identidad ¹⁶⁵ de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios expresa muy bien la Filosofía de los Cuidados Paliativos a lo largo de todos sus artículos. Los que trabajamos en los Centros de la Orden atendiendo a enfermos próximos a su muerte vemos reflejada nuestra forma de trabajar a través de la hospitalidad juandediana. En esta Carta de Identidad se plasma claramente el fundamento de la disciplina de la Medicina Paliativa de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que está siendo referencia tanto en los aspectos de la atención sanitaria, psicológica, social y espiritual, así como en su doctrina ética.

¹⁶⁴ En 1992 se crea la nueva Unidad de Cuidados Paliativos para atender pacientes oncológicos, pionera en la Comunidad de Navarra. Además, asisten a pacientes terminales de SIDA y a enfermos de Alzheimer (periodos respiro familiar). <http://www.hsjudpamplona.com/InformaciónGeneral/HistoriadelaOrdenenNavarra/tabid/979/language/es-ES/Default.aspx> (REVISAR ESTE ENLACE)

¹⁶⁵ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (La asistencia a los enfermos y necesidades según el estilo de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000.

4.1.- La cultura de la humanización.

Si en el siglo XX, como hemos visto, se ha descubierto la palabra *humanización*, en el siglo XXI será la tarea de comprender al hombre en su totalidad.¹⁶⁶ Esto sólo es posible si nos acercamos a la persona con actitud de escuchar, de conocer, de reconocer sus problemas y sus esperanzas, sus dificultades, su historia. Este acercamiento lo debemos hacer en ambas direcciones. Para ello también hemos de conocernos a nosotros mismos, en ocasiones reconociendo nuestros fracasos, nuestras dificultades y también nuestras esperanzas. Desde nuestro yo humanizado podremos hacer que nuestra atención a la persona enferma sea más humanizada.

Si nos queremos mover en el camino de la humanización hemos de adquirir una cultura que agudice la sensibilidad para poder ver a la persona enferma con simpatía. Es decir, hemos de comprender sus virtudes y sus miserias para estar dispuestos a ayudarle en todo lo que necesite de nosotros.

En la Hospitalidad, si sólo hubiéramos prestado atención a los avances tecnológicos, científicos, al trabajo como tal, podríamos realizar la actividad técnica que habría que hacer porque así estaba indicado y en el tiempo establecido. Estaríamos moviéndonos, pero rechazando lo que va más allá de la pura función y actividad sanitaria. De esta manera se habría perdido el valor del servicio a los enfermos y a sus familias. Y ellos, en su enfermedad, sobre todo cuando ésta se encuentra en fase terminal, necesitan además de la ciencia, el acercamiento humano de quienes poseen la ciencia.

La filosofía de la Humanización sabe y aprecia lo relativo a la Ciencia y sabe que más allá de los descubrimientos, de los avances en el campo de la Medicina, de la Física, de la Química, están las reacciones emocionales del enfermo, su angustia y su sufrimiento. Esta humanización se mueve en la

¹⁶⁶ ARCHIVO HOSPITALARIO. *Revista de Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. Núm. 7. Año 2009. Pág.75

civilización del amor, porque las máquinas pueden realizar grandes cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo, sus tensiones o sus emociones y corremos el riesgo de servirnos de aparatos para velar mejor al enfermo o de atender más a la máquina que al paciente mismo, pudiendo llegar a la deshumanización de la Medicina a expensas de la hiper-tecnificación.

La humanización nos va a orientar la vida profesional y personal según unos patrones concretos. Estos patrones tienen en cuenta una escala de valores, de la concepción de hombre y el sentido de la vida tanto a nivel personal como a nivel colectivo.

4.2.- La muerte como etapa natural.

Los profesionales sanitarios, en ocasiones, contemplamos la muerte de los enfermos como un fracaso profesional y este concepto de fracaso nos lleva a abandonar al enfermo no siendo capaces de afrontarla con el acompañamiento del enfermo en sus últimos días.

“...nuestros hospitales no pueden contemplar la muerte como un fenómeno extraño, que debe ser marginado, sino como una parte integrante del curso de la vida, especialmente importante para la realización plena y trascendente del enfermo...”¹⁶⁷

Cuando acompañamos a estos enfermos debemos decir la verdad porque ellos tienen derecho a conocerla. No podemos ocultar y menos engañar sobre lo que ellos deben conocer para poder tomar sus propias decisiones sobre su última etapa de la vida.

“...El conocimiento cierto de una muerte inevitable y próxima deber ser comunicado al enfermo, para que éste pueda ser consciente en el último acto de su vida. Este deber

¹⁶⁷ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 75

*presupone la capacidad del sujeto para asumir y representar bien su papel en ese momento decisivo...*¹⁶⁸

Los Cuidados Paliativos que se administran desde los centros sanitarios o socio-sanitarios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios no son ideas ni empeños de unos pocos profesionales que trabajan en sus centros, sino es toda una filosofía de ayuda solidaria, integral, con una profesionalidad adecuada, una humanización exquisita dentro de una ética enérgica, pero prudente, y siempre teniendo como objetivo a la persona que sufre y a su familia.

Si todo los servicios del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi son atendidos, de acuerdo con los principios ético-cristianos de la Institución, no sólo en sus aspectos médicos y curativos sino también en los humanos y personales del enfermo y sus familiares, la Unidad de Cuidados Paliativos, por sus características, es la que mejor expresa esa ética de la solidaridad con los enfermos más olvidados.

La Unidad de Cuidados Paliativos de este Hospital, en definitiva, es la traducción actual del espíritu fundacional del Centro: entonces, niños enfermos y desprotegidos al comienzo de sus vidas; ahora, pacientes en fase terminal que sólo piden alivio al sufrimiento en el tramo último de su existencia; alivio físico, moral, psicológico, compañía y afecto, cuando ya los centros asistenciales les han procurado todos los cuidados médico-quirúrgicos posibles y han de enfrentarse, solos o en circunstancias difíciles de orden familiar o social, con su dramática situación.

El Hospital San Juan de Dios de Santurce, por su propia iniciativa y sin financiación pública alguna, ha dedicado y continúa dedicando a esta finalidad una zona de sus instalaciones hospitalarias capaz de acoger y acompañar a los enfermos en la fase avanzada de su enfermedad o terminal hasta el final de

¹⁶⁸ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 95

sus vidas. Una aportación a la solución de este grave problema que complementa otras iniciativas públicas y privadas.

La Fundación Benéfica Aguirre, por su parte, ha volcado un afecto particular en esta Unidad y comprometido en ella la parte más sustancial de sus recursos, tanto para el mantenimiento adecuado de las instalaciones como para cubrir o complementar los gastos de los enfermos en fase terminal, sin recursos suficientes.

Que un enfermo muera con dignidad es uno de los objetivos de la Medicina Paliativa respetando los últimos deseos de los enfermos. Las necesidades espirituales junto a las necesidades emocionales, sociales y biológicas son necesidades que tienen los enfermos en la fase final de una enfermedad incurable. Los Centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios tienen unas condiciones inmejorables para satisfacer las necesidades espirituales, siendo además su compromiso confesional.

“...morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos y las necesidades espirituales de quienes están en el trance de la muerte...”¹⁶⁹

Ayudar a morir con dignidad no solo es un objetivo de la Orden Hospitalaria sino que los profesionales dedicados a atender a enfermos que están próximos a morir deben garantizarlo. Para conseguir este objetivo garantizado debemos empeñarnos en humanizar el proceso de morir.

“...El deber de garantizar a todos una muerte digna del hombre conlleva, en cualquier caso, el cuidado hasta el último instante de la vida. La gran diferencia que existe entre la cura (cure) y el cuidado (care) hace que no haya enfermos incuidables aunque haya algunos incurables. La alimentación parenteral apropiada, la limpieza de las heridas, la higiene corporal, las adecuadas condiciones ambientales son derechos ineludibles de los que no se puede privar a ningún enfermo hasta los últimos instantes de su existencia...”¹⁷⁰

¹⁶⁹ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 21

¹⁷⁰ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 109

4.3.- El compromiso de la Orden Hospitalaria con los enfermos como centro de una filosofía humanizadora.

Casi todas las Unidades de Cuidados Paliativos de los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios han surgido por las necesidades que nuestros profesionales han detectado en su entorno de orientar la actividad profesional a cuidar a los enfermos que han sido desahuciados desde la medicina curativa. En la mayoría de los casos se han iniciado las actividades de Cuidados Paliativos desde el esfuerzo personal de profesionales o hermanos que estaban convencidos de una filosofía de medicina muy justificada por el carisma de la Orden. Así se comenzó a trabajar antes que las instituciones públicas lo comenzaran a hacer. En unos casos, estas instituciones públicas optimizaron los recursos que tenían los centros de la Orden para hacerlos suyos y, en otros, los ignoran. Pero a pesar de ello, la Orden Hospitalaria cumple con la misión de no negar la ayuda a los necesitados y a los enfermos abandonados.

“...En una ciudad con casi diez hospitales y casa para los pobres, es increíble cómo la sensibilidad de San Juan de Dios haya descubierto a tantos necesitados y enfermos abandonados. Y sorprende aún más cómo haya logrado abrirse un espacio nuevo en la manera de practicar la hospitalidad. Se ha anticipado a los que tenían la responsabilidad de hacerlo para resolver los problemas de los enfermos...”¹⁷¹

En las Unidades de Cuidados Paliativos de los Centros de la Orden se han aceptado ingresos de enfermos que no han tenido alternativa de ingresar en otros centros. En algunos casos procurando conseguir recursos económicos a través de fundaciones, de donaciones, etc., para poder acogerles con las mismas condiciones que cualquier otro enfermo ingresado. Cuando estos enfermos son cuidados en los Centros de la Orden se contemplan sus

¹⁷¹ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 51

cuidados desde una concepción holística tratando de satisfacer sus necesidades biológicas, emocionales, sociales y espirituales para poderles ayudar en su proceso de morir.

*“... Su hospitalidad era respuesta a los que no la encontraban y a las necesidades nuevas que no despertaban la sensibilidad de los demás...”*¹⁷²

La Orden Hospitalaria siempre se ha adaptado a las necesidades de los enfermos que se encuentran al final de la vida teniendo en cuenta el lugar en el que se encuentra el centro hospitalario, el momento adecuado, y sobre todo pensando en la persona que en este caso es el enfermo y su familia.

*“... La hospitalidad para socorrer a los que sufren y a los necesitados tiene que ser siempre según las circunstancias de lugar, tiempo y persona...”*¹⁷³

El Hospital San Juan de Dios de Santurce ha dado y sigue dando respuestas a carencias existentes. Se ha adaptado para poder atender a los enfermos en fase terminal. Ha innovado el cuidado a los enfermos con patología no oncológica en fase avanzada. Ha acogido a enfermos con grandes discapacidades por enfermedades neurológicas avanzadas carentes de medios socio-económicos. Cuidamos a enfermos en coma. Además, salimos del hospital para cuidar a los enfermos y a sus familias en sus domicilios.

*“... La nueva hospitalidad debe expresarse en dos sentidos: en obras de innovación en la comunidad y en nuevas respuestas a carencias existentes...”*¹⁷⁴

Es verdad que en este compromiso siempre ha estado presente la atención a los enfermos que se encuentran en la fase terminal de sus vidas, pero en los últimos años su compromiso con la atención a estos enfermos ha tenido una implicación mayor.

¹⁷² Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 52

¹⁷³ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 52

¹⁷⁴ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 59

*“... una atención especial merece la persona en la fase final de la vida...”*¹⁷⁵

Los centros de la Orden, para poder cumplir sus compromisos con los enfermos que se encuentran al final de sus vidas, se empeñan en disponer de los medios necesarios para poder atender a estos enfermos según los estándares de los cuidados paliativos.

*“... Las instituciones de la Orden Hospitalaria que atienden a pacientes en grado avanzado de enfermedad han de disponer, en la medida de lo posible, de unidades de cuidados paliativos destinadas a hacer más soportable el sufrimiento en la fase final de la enfermedad y, al mismo tiempo, asegurar al paciente un acompañamiento humano adecuado...”*¹⁷⁶

Centros caracterizados por su vocación social comprometiéndose con los más débiles, los más pobres y los más frágiles.

*“... La promoción de las personas bajo todos los aspectos: curación de enfermo, acogida afectuosa de los crónicos, atención especial a los más débiles y a los más pobres, acompañamiento de los que están viviendo sus últimos momentos...”*¹⁷⁷

La Orden Hospitalaria también tiene un compromiso ético¹⁷⁸ en la atención a los enfermos en el final de sus vidas que se puede comprobar en la Carta de Identidad.

La **adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico** es una de las coordenadas éticas de los Cuidados Paliativos (Bátiz J, 2014). Se debe evitar toda estrategia diagnóstica y terapéutica que no tenga como objetivo el

¹⁷⁵ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 71

¹⁷⁶ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 76

¹⁷⁷ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 80

¹⁷⁸ Para conocer la *doctrina ética de la asistencia en el morir* de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios les recomiendo que lean la obra *“Humanizar el proceso de morir”* (Editada por Fundación Juan Ciudad-Comisión Interprovincial, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Madrid, 2007). En esta obra se comparte la experiencia en el proceso de humanizar la enfermedad y el proceso de morir. Experiencia que viene de los distintos centros que la Orden Hospitalaria tiene en España y de las distintas especialidades que integran el espectro asistencial en sus centros.

beneficio de enfermos. El objetivo será no alargar la vida a expensas del sufrimiento del enfermo si no ensanchar ¹⁷⁹ la vida que le quede para que la vida con la dignidad que él desee.

“... No existe el deber de conservar la vida con métodos artificiales, en condiciones particularmente penosas...” ¹⁸⁰

En ocasiones, proponemos tratamientos beneficiosos a nuestros enfermos desde nuestro punto de vista, aunque el propio enfermo no considere beneficiosos dicho tratamiento. En ese caso, tiene derecho a no aceptar nuestra propuesta y negarse al tratamiento.

“... No todos los tratamientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente beneficiosos para el paciente como persona. Los individuos no tienen el deber de aceptar medios desproporcionados para preservar la vida...” ¹⁸¹

Provocar intencionadamente la muerte de un enfermo es una actitud prohibida por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y por la Organización Médica Colegial de España (OMC), ¹⁸² por la Doctrina de la Iglesia, por la Legislación Vigente en España ¹⁸³ y, como no podría ser menos, también por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios como lo manifiesta claramente en su Carta de Identidad:

“... La eutanasia en sentido verdadero y propio, es decir: una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor, es una grave violación de la Ley de Dios...” ¹⁸⁴

¹⁷⁹ Para profundizar en este imperativo ético de adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico les recomiendo lean el artículo de opinión, del autor de esta Tesis, titulado *“Ensanchar la vida sí, alargarla no”*, publicado en Diario Vasco, el 13 de agosto de 2005.

¹⁸⁰ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 72

¹⁸¹ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 72

¹⁸² Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Cap. VII, art. 6.3. Madrid, 2011.

¹⁸³ Código Penal. Art. 143.4

¹⁸⁴ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 73

La ayuda que debemos proporcionar al enfermo que está próximo a morir es estar junto a él no para acortar deliberadamente su vida, ni para prolongarla innecesariamente, sino para ayudarlo en lo que necesite mientras llega su muerte.

*“... Todo el mundo tiene derecho a morir con dignidad y serenidad sin tormentos inútiles, empleando todos y sólo los tratamientos que parecen ser realmente proporcionados...”*¹⁸⁵

4.4.- Cuidados Paliativos y enfermos crónicos.

Habitualmente los programas de cuidados paliativos han estado centrados en la atención a enfermos afectados por el cáncer, pero desde hace unos pocos años se está extendiendo esta modalidad de cuidados a enfermos afectados por otras enfermedades terminales no oncológicas. Tal vez se ha empezado a comprender que morir de cáncer no es tan diferente como morir de una insuficiencia cardiaca congestiva, de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada o de un accidente cerebro vascular no rehabilitable y que muchos enfermos que mueren en esas condiciones tienen muchas necesidades en los últimos meses de su vida que no son resueltas (Bátiz J, 2013). Nuestro hospital maduró lo suficiente en este sentido para ampliar el campo de los cuidados a los enfermos no curables de cualquier patología.

Los profesionales del Área de Cuidados de nuestro Hospital nos hicimos varias reflexiones sobre las necesidades paliativas y la pluripatología en los servicios hospitalario y nos hemos preguntado:

¹⁸⁵ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 110

¿qué cambios suponen los pacientes pluripatológicos como nuevo clúster clínico paliativo de los servicios paliativos hospitalarios? Comprobamos que los enfermos pluripatológicos que atendíamos tenían comorbilidad, pluripatología, fragilidad, discapacidad, dependencia. El 68% de los enfermos ingresados en el Área de Cuidados de nuestro Hospital tenían estas características. Esto hizo que adaptáramos nuestros objetivos con cada enfermo con patologías distintas. También nos teníamos que adaptar a pronósticos más largos y como consecuencia la adaptación del equipo asistencial al fallecimiento del enfermo es distinto y la ayuda a sus familias también es distinta.

¿Cómo garantizamos una gestión de caso y unas transiciones excelentes? Nuestra mejora en la organización de la atención lo que se llama “gestión de caso” la orientamos a la prevención de la crisis que se presenta en la evolución clínica, a la atención continuada para dar respuesta a situaciones urgentes mediante interconsultas intrahospitalarias.

¿Cuáles son los nuevos retos y dilemas éticos que promueven este tipo de enfermos? Los aspectos éticos del modelo de intervención paliativa en pacientes pluripatológicos los debemos tener muy en cuenta y saber manejar porque la adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico es más compleja, porque la predicción del pronóstico en estos enfermos es muy difícil. Necesitamos informar a su familia y a sus cuidadores porque con la estimación de la supervivencia de su ser querido podrán tomar las decisiones adecuadas y el equipo asistencial podrá hacer lo adecuado para realizar una buena planificación asistencial y de recursos. Cuando el enfermo lleva mucho tiempo ingresado y se aproxima su fallecimiento, la familia vuelve a plantearse la toma de decisiones como algo nuevo y esto es un nuevo reto para los profesionales. Una infección puede ser un síntoma que produce discomfort y requiere su tratamiento para poderlo controlar. Conocer los aspectos éticos del modelo de intervención paliativa en pacientes pluripatológicos nos ayudará a los profesionales del equipo asistencial a no insistir en curar lo incurable.

Un ejemplo de enfermos con pluripatología son los enfermos con demencia avanzada, al menos así lo comprobamos en una pequeña revisión que hicimos

en nuestro Área de Cuidados con 55 enfermos con diagnóstico de *demencia avanzada* (61,81% mujeres y 38,19% hombres, con una edad media de 80 años y una estancia media de 92 días). En la siguiente tabla se puede apreciar la comorbilidad y las complicaciones de este muestreo de 55 enfermos.

Tabla_ Comorbilidad y complicaciones de los enfermos con demencia avanzada

COMORBILIDAD	65,45 %	COMPLICACIONES	38,18 %
Insuficiencia respiratoria	9,09 %	Infección respiratoria	21,81 %
Insuficiencia cardiaca	3,63 %	Infección urinaria	3,63 %
Diabetes Mellitus	16,36 %	Infección por poli-escaras	12,72 %
Hipertensión arterial	36,36 %		

Fuente: Resultados de revisión clínica en el Área de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Cuidar a estos enfermos pluripatológicos no oncológicos exigía un mayor control de los síntomas derivados de su comorbilidad y de sus complicaciones no por su intensidad en comparación con los enfermos oncológicos pero sí por su número de síntomas.

Los servicios socio-sanitarios están siendo una demanda creciente para la atención de personas afectadas por lesiones de larga duración, sean físicas o psíquicas. Especialistas en calidad de vida habrán de ponerse de acuerdo en la manera de ayudar a la persona a asumir su dolor y su sufrimiento ocasionado por enfermedades avanzadas.¹⁸⁶

Continuas alusiones se presentan sobre el deseo, no siempre respetado, de no sufrir, no ser engañados, ser tenidos en cuenta en las distintas decisiones y ser tratadas con cariño. Los múltiples y frecuentes problemas de estas personas demandan una asistencia continuada y ponen a prueba todos los niveles del sistema sanitario.

Los cuidados a domicilio se están demandando, pero de manera coherente, con medios y no solo con palabras. La familia y el enfermo, quieren estar en su casa, en su ambiente, siempre y cuando sean atendidos con dignidad. La atención integral es en este momento cuando debe definirse y aplicarse con

¹⁸⁶ *Archivo Hospitalario*. Revista de Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Núm. 7, Año 2009. Pág. 470

realismo, con humanidad, con hospitalidad, de manera personalizada. Los Cuidados Paliativos representan la respuesta solidaria, científica y humana de la asistencia actual en las múltiples necesidades.

La muerte es considerada como una etapa de la vida, por lo que resulta imprescindible hablar de una cultura de la vida en su realización integral. Cada persona realiza su camino siempre según un proyecto inacabado. Es necesario crear una cultura de la vida que sea capaz de no alargar la vida a toda costa, ni acelerar la muerte como norma. La cultura del sentido de la vida ¹⁸⁷ tienen que llegar a cambiar en cuanto que la vida es sentido, no en que tiene sentido.

4.5.- La atención integral al enfermo.

Un número importante de los Centros de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios disponen de Programas de Cuidados Paliativos como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla_. *Programas de Cuidados Paliativos en la Orden Hospitalaria de San de Dios*

Centros	Fecha de inicio	Tipo de recurso
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Burgos	1989	Hospitalización (40 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Zaragoza	1989	Hospitalización (24 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Pamplona	1991	Hospitalización (29 camas)
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU. Barcelona	1991	Equipo soporte hospitalario
H. SAN JOAN DE DEU. Servicios Sociales. Barcelona	1992	Hospitalización (10 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Córdoba	1992	Hospitalización (15 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Sevilla	1992	Hospitalización (12 camas)
HOSPITAL SAN RAFAEL. Madrid	1993	Hospitalización (15 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Santurce	1993	Hospitalización (30 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. León	1993	Hospitalización (20 camas)

¹⁸⁷ Para profundizar sobre el sentido de la vida aconsejo que lean el libro del filósofo, Francesc Torralba, del mismo título *“El sentido de la vida”* (Ediciones CEAC. Barcelona, 2011). También les recomiendo que lean *“El hombre en busca de sentido”*, de Viktor Frankl (Herder, Barcelona, 2004, 4ª edición).

MADRID Instituto San José Carabanchel	1996	Hospitalización (27 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Pamplona	1997	Atención domiciliaria
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL. Granada	1999	Hospitalización (17 camas)
HOSPITAL JUAN GRANDE. Cádiz	2000	Hospitalización (22 camas)
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Santurce	2003	Atención domiciliaria

Fuentes: Directorio de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. *La Medicina, una necesidad socio-sanitaria*. Hospital San Juan de Dios de Santurce. Unidad de Medicina paliativa. 1999. Pág. 401. *Directorio de Cuidados Paliativos*. 2004. España. SECPAL.

Nuestro Hospital, desde hace de más de 21 años cuenta con un recurso hospitalario y desde hace más de 11, con un recurso domiciliario. Ya en 1998, en el Directorio de la SECPAL, según recoge Calixto Plumed (Plumed C, 1999) nos habíamos planteado varios proyectos: formación continuada en Cuidados Paliativos, la creación de una unidad de atención domiciliaria, un teléfono de 24 horas, consultas externas, consolidación e investigación, colaboración con instituciones en la formación y en la asistencia. Todos estos proyectos se han llevado a cabo y a lo largo de esta Tesis aportaré los datos que así lo acreditan.

El sentir común entre los profesionales que trabajan en los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios es que el hombre, desde siempre, ha empleado cuidados paliativos cuando se ha encargado de la *fase terminal* de un enfermo, apoyándole con todos los medios disponibles y también consolándole, acompañándole hasta que llegara su muerte. Los Cuidados Paliativos se presentan como *cuidados totales* proporcionados a la persona en una relación global de ayuda, asumiendo todas sus necesidades.

Actualmente, se está cuestionando la propia palabra *terminal* hablándose de *paciente con alto riesgo de muerte*, o bien *con pronóstico de muerte inminente*. Esta nueva denominación obedece no a un cambio de nomenclatura estrictamente tal, sino a un enfoque terapéutico de tipo paliativo, que implica nuevos criterios clínicos, jurídicos y éticos para lograr una consideración interdisciplinaria de la persona en trance de morir.

Los Cuidados Paliativos deben cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del enfermo. Los esfuerzos deben orientarse no a curar, sino a cuidar, no a tratar la enfermedad, sino a cuidar al enfermo, no a atajar

las causas, sino a aliviar los síntomas. No conllevará una curación de su enfermedad, porque es imposible, pero se trata de realizar una serie de tratamientos para garantizar una buena calidad de vida, durante el tiempo que le quede de vivir.

A la luz de estas consideraciones, los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que se encargan de atender a personas que se encuentran en la fase grave de su enfermedad, han acondicionado, en la medida de lo posible, Unidades de Cuidados Paliativos destinadas a trabajar con todos los recursos técnicos, humanos y ambientales adecuados para que al enfermo se le haga más llevadera su fase final y, al mismo tiempo, procurar garantizar un acompañamiento humano adecuado, con el estilo que ha caracterizado siempre a esta institución religiosa hospitalaria.¹⁸⁸

Al espíritu fundacional se le une, como algo consustancial, el espíritu de la Orden Hospitalaria que gestiona el Hospital de Santurce. Para los Hermanos de San Juan de Dios, la atención integral al enfermo es su propia razón de ser. Para ellos, gestores y responsables del funcionamiento del Hospital de Santurce, viven la asistencia, no sólo como responsabilidad, sino además como vocación. El enfermo, el ser humano enfermo, es el centro de su preocupación.

La solidaridad humana es un valor preferente entre los principios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y en virtud de ella, toda persona que necesite asistencia será recibida y tratada como el ser humano que es, cualquiera que sea su condición social, sus ideas o sus creencias. Sólo, si el enfermo lo desea, el Hospital de Santurce, como centro confesional católico que es, incorporará la dimensión religiosa de la fe cristiana a las atenciones al enfermo. En definitiva, el modelo asistencial del Hospital San Juan de Dios de Santurce se orienta constante y esforzadamente, por dar al enfermo la asistencia médica más avanzada con un trato profundamente humano, es decir, una asistencia integral.

¹⁸⁸ *La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Año 2000. Fundación Juan Ciudad. Comisión Interprovincial. Págs..29-30

Pero en este Hospital, el principio de solidaridad va más allá de la atención al enfermo para manifestarse también en la atención a los familiares necesitados de ella. A través del Departamento de Trabajo Social se analizan y se gestionan con exquisito cuidado las circunstancias personales del enfermo y de su entorno familiar y social para diseñar el modo de aliviar situaciones de necesidad, no solo durante la estancia hospitalaria sino al regreso del enfermo a la vida común. Por otro lado, los profesionales que trabajan en el este Departamento de Trabajo Social coordinan al grupo de voluntarios que debidamente formados participa en las tareas de acompañamiento en el Hospital.

La **atención a la persona** será uno de los planteamientos que tendrá siempre en cuenta este Hospital a la hora de gestionar los recursos asistenciales tanto físicos como humanos.

El enfermo en fase terminal de una enfermedad incurable es una persona vulnerable que precisa no solo ser acogido sino incluido en un ambiente donde se sienta como en su propio ambiente antes de entrar en la fase final de su vida. La hospitalidad que se respira en todos los centros de la Orden facilita esta acogida y esta inclusión en un ambiente favorecedor.

*“...el cuidado de su persona de cara a todas las eventuales necesidades...”*¹⁸⁹

La atención a estos enfermos, por parte de este Hospital, en los entornos en los que no son atendidos por los recursos sanitarios públicos es un compromiso social como Iglesia, porque estos enfermos necesitan unas atenciones médicas que no siempre les son garantizadas. Los Centros de la Orden están abiertos siempre a estos enfermos.

*“...Animado por el don recibido (...) nos dedicamos al servicio de la Iglesia en la asistencia a los enfermos necesitados, con preferencia por los más pobres...”*¹⁹⁰

¹⁸⁹ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 35

¹⁹⁰ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 24

La compañía es la mejor medicina que podemos ofrecer a los moribundos que en ocasiones está marginado por su familia, que no tiene recursos para contratar la ayuda de otras personas. En los Centros de la Orden esta medicina es administrada con mucha eficacia y con nulos efectos secundarios a través del **voluntariado**, figura que se hace indispensable en los Hospitales de la Orden y sobre todo en las Unidades de Cuidados Paliativos. Es una compañía sin interés que el enfermo sabe reconocer y agradecer con su sonrisa.

*“...del acompañamiento del enfermo, del marginado, del moribundo, del pobre cuyo único medicamento, a veces, es solo una presencia amistosa...”*¹⁹¹



Acompañamiento de una voluntaria en los jardines del Hospital
Foto de Archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurce

El acercamiento humano y la asistencia pastoral que caracteriza a los centros de la Orden complementan la asistencia sanitaria para aliviar el sufrimiento de los enfermos y de sus familias. El alivio del sufrimiento en sus cuatro

¹⁹¹ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 37

dimensiones (la biológica, al emocional, la social y la espiritual) es lo que reclama el enfermo al final de su vida.

*“...responder a los sufrimientos concretos de los enfermos y de sus familiares...”*¹⁹²

Cuando se estructuran los cuidados paliativos en los centros de la Orden se hace desde una interdisciplinariedad que pueda resolver de manera integral todas las necesidades que presenta el enfermo moribundo.

*“...uno de los valores característicos de la hospitalidad juandediana es la integridad de los cuidados dirigidos a toda persona que sufre...”*¹⁹³

Comprobamos que en los centros de la Orden se realiza medicina preventiva, medicina curativa, pero cuando no es posible ni la una ni la otra, se realiza medicina paliativa, una medicina en la que el acompañamiento es una estrategia terapéutica muy eficaz desde la familia y desde los profesionales que le cuidan. Somos conscientes, como dice el filósofo Francesc Torralba (Torralba F, 2002) que *“Existen enfermos que, hoy por hoy, son incurables, pero no existen enfermos incuidables...”*.

*“...La hospitalidad de San Juan de Dios, diríamos hoy, era al mismo tiempo preventiva y de emergencia, curativa y rehabilitadora, curaba los curables y acompañaba a los incurables...”*¹⁹⁴

4.6.- Los primeros pasos en Cuidados Paliativos en el Hospital San Juan de Dios de Santurce.

¹⁹² Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 59

¹⁹³ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 52

¹⁹⁴ Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Roma, 2000. Pág. 52

El gran desarrollo de la Medicina en las últimas décadas ha llevado consigo un considerable aumento de las expectativas de vida para el hombre. Controlar los síntomas del enfermo que se encuentra en la fase terminal en un contexto de atención integral es el principio básico de los Cuidados Paliativos. Es preciso contemplar a la persona enferma en su etapa final de la vida, desde los cuatro aspectos que definen sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Orientar el objetivo de nuestros a satisfacer estas necesidades garantizará el éxito de los profesionales y el confort de los enfermos.

El marco ideal de la atención a estos enfermos es el entorno familiar, su propio domicilio. Pero hay circunstancias en las que este tipo de atenciones no se pueden llevar a cabo por la familia y es, entonces, cuando el enfermo necesita de una atención profesional dedicada a los cuidados paliativos, con conocimientos técnicos, pero si cabe, y lo que es más importante, con una especial sensibilidad hacia los valores humanos y hacia la dignidad de la persona.

Con estos principios comenzó a dar los primeros pasos la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de este Hospital.¹⁹⁵ Fue el mes de diciembre del año 1993 cuando la Dirección Médica me encomendó el cuidado de un joven en coma vigil permanente y los profesionales encargados de sus cuidados comprendimos desde momento que para cuidar a estos enfermos debíamos hacerlo desde una filosofía distinta: ahora teníamos que *cuidar*. Comenzamos a formarnos en Cuidados Paliativos y desde entonces comprendimos que crear una Unidad de Cuidados Paliativos respondería a la filosofía de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, así como la de la Fundación Benéfica Aguirre, que unidos podían hacer frente a las necesidades socio-sanitarias de los *vizcaínos dolientes* que nos lo solicitaran.

Comenzamos desde esa fecha a cuidar enfermos incurables. En la siguiente tabla se pueden ver las distintas patologías de los primeros 50 enfermos ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos.

¹⁹⁵ Directorio de Cuidados Paliativos 2004 España. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Pág. 340

Tabla_. *Patologías de los primeros 50 enfermos ingresados en la UCP*

Tipo de patología	Núm de enfermos	Porcentaje
Enfermos en fase terminal con patología oncológica	16	32 %
Secuelas de accidentes cerebro-vasculares	11	22 %
Comas anóxicos, metabólicos, estado vegetativo	7	14 %
Distocia social	5	10 %
Miscelánea (tetraplejía, politraumatismos graves...)	4	8 %
Demencias	3	6 %
Rehabilitación por fracturas en ancianos frágiles	3	6 %
Esclerosis múltiple	1	2 %

Fuente: Registro de la UCP Hospital San Juan de Dios de Santurce (años 1994 y 1995)

Analizando el tipo de patología de los primeros 50 enfermos ingresados durante los dos primeros años en la UCP observamos que el 44% de los enfermos padecía alguna patología neurológica (coma, esclerosis múltiple, demencia senil, secuelas de accidentes cerebro-vasculares y estado vigil persistente), el 32% padecía patología oncológica, el 14% padecían distintas situaciones clínicas que precisaban cuidados y el 10% correspondía a enfermos que presentaban una grave problemática social.

Como podemos apreciar, la mayoría de los enfermos que cuidamos estos dos primeros años padecían procesos neurológicos u oncológicos. La tasa de mortalidad fue del 40% de los ingresados.

Fue en estos primeros comienzos cuando los profesionales que integrábamos el Equipo Asistencial comenzamos a formarnos en la disciplina de Cuidados Paliativos. Dos médicos, una enfermera, un psicólogo y una trabajadora social obtuvimos el Certificado de Especialización Universitaria en Cuidados Paliativos por la Universidad de Deusto.

4.7.- Dos décadas de atención integral centrada en el paciente y la familia.

Desde 1993 hasta la actualidad, son dos décadas de existencia de la Unidad de Cuidados Paliativos¹⁹⁶ en las que se ha encargado de atender a enfermos con enfermedades incurables avanzadas y en fase terminal centrándose en el paciente y en su familia.¹⁹⁷

La atención integral a enfermos con enfermedades avanzadas oncológicas o no, se desarrolla en nuestro Hospital con la siguiente **estructura** dentro lo que se denomina en la actualidad *Área de Cuidados*:

- 1.- Una *Unidad de Cuidados Paliativos de Hospitalización* con 30 camas en habitaciones individuales que pueden ser ampliables según las necesidades.
- 2.- Un *Programa de Atención Domiciliaria* que acerca la atención integral al domicilio del enfermo.
- 3.- Un *Programa de ayuda al cuidador* que se denomina "*Cuidando contigo-Zurekin Zainduz*, supervisado por el psicólogo y trabajadora social del propio Hospital.

Los perfiles de los **profesionales** que actualmente trabajamos en esta Área de Cuidados ha ido cambiando a lo largo de los años. En el contexto hospitalario general, el centro de la atención recae en el paciente, por lo que el objetivo prioritario es la asistencia médica y sanitaria al enfermo. El **médico** y el **personal de enfermería** conformaban el equipo básico de atención.

Con la incorporación de otros perfiles de usuarios en nuestra asistencia hospitalaria, se fueron incorporando nuevos profesionales que abarcaban aspectos más amplios de la persona, atendiendo a su dimensión psico-social, a sus necesidades de apoyo emocional, comprensión, acompañamiento,

¹⁹⁶ En sus comienzos se denominó *Unidad de Medicina Paliativa*, posteriormente se denominó *Unidad de Cuidados Paliativos* y actualmente se denomina *Área de Cuidados*. Esta última denominación es debida a que se prestan cuidados a enfermos con distintas patologías, no necesariamente en situación de últimos días (con enfermedades neurológicas avanzadas, grandes discapacitados, rehabilitación hospitalaria a enfermos con secuelas de ictus y con pluri-patología, etc.) además de los enfermos en fase terminal oncológicos y no oncológicos.

¹⁹⁷ Esta valoración está recogida en *Actualidad SECPAL*. Boletín de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Núm. 3, mayo-junio 2011

facilitación de su proceso de adaptación a la enfermedad, así como aspectos sociales como la accesibilidad a recursos sociales, adquisición de elementos técnicos adaptados, ausencia de cuidadores, etc. Por eso se integró en el equipo la figura del **trabajador social** y el **psicólogo** en el Área de Cuidados desde el año 1995. Posteriormente, y tras la creación del equipo de atención domiciliaria de cuidados paliativos como extensión de la atención paliativa hospitalaria, se integró la figura del trabajador social y del psicólogo en dicho equipo desde 2009. Todo ello permitió atender también las necesidades psico-educativas, emocionales y sociales que presentaba la familia del paciente, especialmente en aquellos familiares de pacientes en el final de su vida y familiares de pacientes atendidos en la *Unidad de Rehabilitación Hospitalaria*.

El **equipo asistencial** del Área de Cuidados está compuesto por los siguientes profesionales:

Médicos. Uno, como jefe del Área de Cuidados del Hospital. Otro, como responsable de la atención domiciliaria. Y un tercero, que comparte el tiempo en la atención hospitalaria y domiciliaria.

Trabajadoras sociales. Una, como coordinadora del Voluntariado y Pastoral de la Salud a tiempo completo. Otra, con dedicación a la atención hospitalaria y como coordinadora del Programa *Cuidando Contigo*. Una tercera, con dedicación a la atención domiciliaria.

Psicólogos. Uno, dedicado a la atención hospitalaria de los pacientes, familia y equipo, así como coordinador de los grupos de duelo. Otra psicóloga con dedicación a la atención domiciliaria.

Personal de enfermería. 7 DUEs y 9 auxiliares de enfermería. Una DUE se dedica a la atención domiciliaria,

Fisioterapeutas. Un fisioterapeuta específico para atender a los enfermos hospitalizados en el Área de Cuidados en un sistema de rotación cada 6 meses.

Logopeda. Compatibiliza su actividad profesional del Hospital con la atención a los pacientes ingresados en el Área de Cuidados a petición del jefe de la misma.

Terapeuta ocupacional. Se encarga de dinamizar las actividades ocupacionales de los enfermos ingresados.

Capellán. Lidera el equipo de Pastoral de la salud para atender las necesidades espirituales de los enfermos ingresados y llevar a cabo los ritos religiosos y administrar los sacramentos que le sean solicitados por los enfermos ingresados o por los familiares.

Voluntarios. Existe un grupo formado por 48 voluntarios que acompañan a los ingresados que no tienen compañía.

Existen cuatro **servicios complementarios** fundamentales para completar el plan de cuidados a los pacientes atendidos en el Área e Cuidados que son los siguientes:

Servicio de Voluntariado. El Hospital cuenta así mismo con un Servicio de Voluntariado creado en 1995 fuertemente integrado en la dinámica asistencial, con un Plan de Formación propio y coordinado desde el propio Servicio de Voluntariado creado específicamente. Entre las diversas funciones que realizan, se hallan las destinadas al acompañamiento y a la realización de actividades en el Área de Cuidados.

Servicio de Pastoral. El objetivo principal de este servicio es la atención espiritual y religiosa de las personas que son atendidas en nuestro Hospital: personas enfermas y sus familias, profesionales y voluntarios. Para ello se ofrece una propuesta de actuación desde el mayor respeto a la diversidad religiosa. La dimensión espiritual de la persona asociada

o no a un credo confesional está cubierta tanto por la presencia del capellán las 24 horas del día, como por conformación de un Servicio de Pastoral y el establecimiento de los canales pertinente que faciliten la presencia de un asesor espiritual en función de la libertad de credo del usuario.

Servicio de Logopedia. Este servicio está atendido por una profesional que se dedica a la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y evaluación integral de los trastornos de la comunicación humana, ya sean éstos trastornos del habla o del lenguaje. De especial relevancia para la atención de paciente con daño cerebral adquirido o con enfermedades neurodegenerativas que presentan, además, alteraciones en la deglución.

Servicio de Rehabilitación. Este servicio tiene el doble objetivo de recuperación funcional en la medida de lo posible o de mantenimiento de las capacidades y autonomía del paciente que convive con una enfermedad crónica cuyo progreso y pronóstico esperable incrementa gradualmente su nivel de dependencia.

Además, de contar con estos Servicios Complementarios, el Jefe del Área de Cuidados puede hacer uso de los distintos servicios del Hospital según las necesidades de los pacientes, como puede ser el Servicio de Urgencias, el Servicio de radiología y el Servicio de Laboratorio. También puede solicitar interconsultas a los distintos médicos especialistas existentes en el Hospital como del Servicio de Cirugía General, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Neurología, etc.

Con mucha frecuencia nos suelen preguntar sobre la cualidad de las personas que trabajamos en este Área de Cuidados. Podríamos decir que las personas que cuidamos a enfermos en fase terminal, a enfermos incurables, hemos tenido la oportunidad de elegir este tipo de atención por lo que nos encontramos motivados para prestar estos cuidados de confort. Consideramos que la gran cualidad que tenemos es *no sentirnos indiferentes* ante el

sufrimiento de los enfermos, por lo que vivimos con alegría su bienestar y con pena su disconfort.

El **trabajo en equipo** en el Área de Cuidados es indispensable, teniendo en cuenta que la coordinación de la asistencia se trabaja desde un modelo horizontal, deliberando la toma de decisiones entre las personas implicadas, teniendo en cuenta ante todo el beneficio del enfermo. Este trabajo en equipo, como en todos los modelos de cuidados paliativos, es el elegido en esta Área de Cuidados, aunque tenemos ciertas dificultades para encontrar tiempo para reuniones de todos los miembros. Puntualmente se convocan reuniones extraordinarias, pero todos los días el médico, el personal de enfermería y el psicólogo se comunican las incidencias de cada día. La enfermera responsable de la hospitalización tiene acceso directo telefónico y continuo con el médico responsable.

El beneficio de este trabajo en equipo es, en primer lugar, compartir los distintos criterios para enriquecer la asistencia al enfermo y a su familia. En segundo lugar, el enfermo y su familia pueden comprobar coordinación en los cuidados que le prestan y que todas sus preocupaciones y sus problemas los conocen todos los profesionales que le atienden. Todo esto les da confianza.

Los **espacios** del Área de Cuidados también se adaptan a las necesidades de los enfermos que están ingresados en ella. Actualmente los enfermos están ingresados en dos plantas del Hospital: en la planta segunda y en la planta baja. En estas plantas existen espacios complementarios:

En la **planta baja**, además del salón de estar para los familiares y también para los propios pacientes, existe el **Centro de Soporte Emocional**¹⁹⁸ como lugar para realizar diferentes actividades orientadas a talleres de relajación y reconstrucción de biografía personal, además de ofrecer espacios individuales de relax, tres puntos de informática y wi-fi, biblioteca, zona central de descanso (sofás, TV, DVD y utensilios

¹⁹⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=XFCFqbanb2Y> (última entrada: 6 agosto 2015)

para poder tomar una infusión) y zona más amplia para realizar actividades grupales como grupos de ayuda a afectado y familiares, grupos de duelo, etc.



Instalaciones del Centro de Soporte Emocional del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi
(Fotografías del Archivo del Hospital)

En la **segunda planta**, el salón es la parte más importante del área, un espacio diáfano con equipamiento que otorga al espacio unas connotaciones de familiaridad y hogar al considerar que el control de las condiciones ambientales facilita la adaptación al ingreso residencial. En este espacio global se ofrecen distintos ambientes en función de lo que desea el paciente o familiar: zona central para realización de actividades ocupacionales y lúdicas, así como zona de comedor, zona de informática y wi-fi, zona de TV y música, zona de relax y lectura con pequeña biblioteca y periódicos diarios, zona de terrazas de libre acceso para los enfermos y familiares con vistas tanto al mar como a la montaña.



Área de Cuidados de la segunda planta
(Fotografías del Archivo del Hospital)

El **tipo de asistencia** que se presta a los enfermos hospitalizados como a los enfermos que están en sus domicilios se realiza desde una filosofía de atención integral a la persona enferma y a su familia, teniendo en cuenta sus necesidades sin estar condicionados por los límites del pronóstico.¹⁹⁹

Se cuida a enfermos con grandes discapacidades por padecer enfermedades neurológicas avanzadas (esclerosis múltiple, tetraparesias por lesiones medulares, síndrome del cautiverio,²⁰⁰ síndrome hereditario autonómico recesivo de afectación de la moto-neurona superior e inferior, etc.), enfermedades oncológicas en fase terminal y enfermedades no oncológicas, también en fase terminal. En el domicilio de los enfermos también se presta una atención integral a enfermos en situación clínica de terminalidad con patología oncológica o no oncológica.

Desde nuestro Hospital se ofrece apoyo psicosocial a los equipos de cuidados paliativos de nuestro entorno a través del **Equipo de Atención Psicosocial (EAPS)**.²⁰¹ Este equipo está formado por un médico, dos psicólogos y dos trabajadoras sociales que tratan de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y terminales y sus familiares a lo largo de todo el proceso de su enfermedad y el duelo posterior y dar soporte a los propios profesionales de los equipos de cuidados paliativos de nuestro Hospital, del Hospital de Santa Marina, la Residencia Aspaldiko, el Hospital de Cruces y el Área de Salud (Ezkeraldea).

También ofrecemos atención a los cuidadores a través del **Programa “Cuidando contigo – Zurekin Zainduz”**,²⁰² mediante un servicio de call-center

¹⁹⁹ En la atención a enfermos en fase terminal se ha tenido e incluso se sigue teniendo en cuenta el pronóstico de los 6 meses de supervivencia para incluir a los enfermos en un programa de Cuidados Paliativos. En nuestro Hospital hemos establecido que el criterio de ingreso en el Área de Cuidados es que tenga una enfermedad avanzada y necesidades que nosotros podamos satisfacer.

²⁰⁰ También llamado “síndrome de enclaustramiento” o desconexión cuerpo-cerebro. En la medicina anglosajona se denomina *locked-in syndrom*.

²⁰¹ El EAPS está vinculado al Programa de la Caixa de Atención Psicosocial. <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/servicios-medicos/otros-servicios-asistenciales/unidad-de-apoyo-psico-social.html> (última entrada: 3 mayo 2014).

²⁰² <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/cuidando-contigo/> (última entrada: 3 mayo 2014)

y la posibilidad de consultas presenciales con la trabajadora social, el psicólogo o el médico para responder y orientar a los familiares en las tareas del acompañamiento y cuidado al familiar en situación de final de vida. Existe una web (www.hospital-sanjuandedios.es) desarrollada del programa con acceso a documentos prácticos, enlaces de interés y preguntas frecuentes, junto con la posibilidad de realizar consultas on-line, así como la realización de curso formativos para cuidadores, asociaciones de enfermos y voluntariado.

En el enunciado de este apartado me he referido que nuestra atención integral además de haberla centrado en el paciente la habíamos centrado también en **la familia**. En nuestro Hospital, y sobre todo en el Área de Cuidados, desde que comenzamos a cuidar a enfermos en fase terminal nos dimos cuenta que para el enfermo, en esa situación clínica, la familia lo es todo. La importancia de la familia nos hizo plantear una propuesta a los Servicios Públicos Sanitario de nuestra Comunidad Autónoma para que las familias pudieran tener acceso fácil a los cuidados de sus familiares ingresados en fase terminal en las Unidades de Cuidados Paliativos muy alejadas, en algunos casos de su lugar de residencia. Teniendo en cuenta esta dificultad en el año 2000 llevamos a cabo un trabajo de campo²⁰³ sobre las situación real en nuestro entorno sobre las dificultades que tenían las familias en el acompañamiento final de sus seres queridos (Bátiz J. et al, 2000).

A continuación voy a señalar los argumentos fundamentales para plantear la citada propuesta:

Ya he afirmado en párrafos anteriores que los profesionales que trabajamos en Cuidados Paliativos estamos convencidos de que para el enfermo que se encuentra en la etapa final de su vida, la familia lo es todo. Sin embargo, nosotros, en ocasiones, la convertimos en una etapa mecánica y despersonalizada y podemos “provocar” que la familia deje al enfermo solo, ingresado en grandes complejos hospitalarios, que ha sido diseñados sin tener en cuenta las necesidades reales de estos enfermos, donde las trabajas para

²⁰³ Este trabajo se publicó en la Revista de la Comarca Interior de Osakidetza *Barneko* referenciada en el apartado de Bibliografía de esta Tesis.

que los familiares puedan permanecer con ellos les pueda suponer un factor de soledad y de angustia.

Una de las preocupaciones que las familias nos plantean es la dificultad que supone para ellos la distancia desde sus domicilios a los lugares donde están ubicados los hospitales ofrecidos por las instituciones sanitarias públicas, como alternativas: Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Górliz y Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Santa Marina.

En algunos casos, los medios de transporte son escasos y han de realizarse varios trasbordos. Todo ello conlleva que tengan poca dedicación al acompañamiento por la pérdida de tiempo que supone el traslado. La familia tiene la sensación de confinar en un lugar alejado a su familiar enfermo. Quieren estar cerca de él en esta última etapa de su vida y nos piden a los profesionales un apoyo sanitario, pero sin llegar a ceder el aspecto asistencial más puramente suyo, el afectivo.

Para que se comprenda bien esa situación tendríamos que situar la Unidad de Cuidados Paliativos de nuestro Hospital geográficamente con respecto a las unidades ofrecidas como alternativas y dar algunos datos de la procedencia de los enfermos que atendemos.

El Hospital San Juan de Dios está situado en el municipio de Santurce, que pertenece a la Comarca Euzkeraldea. El 75% de los enfermos ingresados en nuestra Unidad los primeros cinco años podemos comprobar en la siguiente tabla que residían en los municipios del área de influencia de nuestro Hospital.

Tabla. Municipio de residencia de la Comarca Euzkeraldea de los enfermos ingresados en el Área de Cuidados entre los años 1994 y 1999

PORTUGALETE	30.32%
SESTAO	20.99%
SANTURCE	16.27%
BARAKALDO	6.38%
GALLARTA	0.79%
ZIERBANA	0.79%

Fuente: Registros de las Memorias de la UCP

A algunos de estos enfermos, al ser dados de alta del Hospital de referencia de esta Comarca (Hospital Universitario de Cruces) se les daba la alternativa de ingreso en las Unidades de Cuidados Paliativos del Hospital de Górliz y Hospital de Santa Marina. Ante las dificultades que conllevaba para trasladarse sus familias desde su lugar de residencia a estos hospitales para acompañarles y visitarles todos los días, muchas de estas familias optaban por volver con sus familiares enfermos en fase terminal a sus domicilios. Al menos, estarían más tiempo con su familia. A otros enfermos, también en fase terminal, ni siquiera se les ofrecía una alternativa de ingreso hospitalario.

Ante la situación de final de vida, en la familia del enfermo surgía una serie de necesidades que se convertían en ansiedades y podían llegar a surgir conflictos familiares que repercutirían directamente en la atención que el enfermo recibía de su propia familia, si no se captaban y se satisfacían a tiempo. El alivio de esta situación dependía, en parte de la familia y en parte del Hospital. Voy a centrarme en tres de las necesidades de las familias:

- 1.- Reajuste familiar en el tiempo del cuidado al enfermo. Cada miembro de la familia tiene su propio trabajo y su propia familia, por lo que tenían que llegar a un acuerdo entre ellos para atender al enfermo. Esto implicaba turnarse en el tiempo, “abandonar” temporalmente el trabajo o las atenciones a la propia familia. Si esto ya es difícil organizarlo, imaginemos lo que suponía si el trayecto desde casa hasta el hospital era de hora y media para la ida y hora y otro tanto para la vuelta.
- 2.- Tiempo para gestionar todos los recursos. Tiempo para cuidar y acompañar, sin prisas, al enfermo. Tiempo para hablar con los profesionales y compartir dudas y temores.
- 3.- El dinero es una de las principales preocupaciones de la familia. Una familia con bajos recursos económicos, si querían cuidar al familiar enfermo en sus momentos finales debían invertir en viajes.

Ilustro con un ejemplo esta problemática: un hombre anciano, de 85 años, ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Górliz y su esposa, de 80 años, en su residencia de Gallarta. La esposa tiene que gastar alrededor de 6,62 € al día (como mínimo, si ella fuera sola, y estamos seguros de que no iría sola) si hace dos viajes, uno de ida y otro de vuelta por la tarde. Otra opción sería que se quedara junto al enfermo durante todo el día. ¿Sería beneficioso para ella? ¿A qué hora se tendría que levantar para hacer la comida que llevaría al Hospital de Górliz? (porque si comiese en la cafetería del hospital el gasto se duplicaría y la señora, con su escasa pensión no se lo podría permitir) ¿y para arreglar la casa antes de ir al Hospital? ¿y si pierde el autobús por la razón que sea?. El tiempo se alargaría en exceso al de ya empleado en el trayecto (hora y media ida y hora y media vuelta).

Si pretendemos lograr la satisfacción de estas necesidades y otras (esto sería un buen criterio de calidad en la atención), hemos de propiciar la cercanía de las Unidades de Cuidados Paliativos con respecto al domicilio familiar, máxime si los cuidadores principales son personas mayores, como muchos de los casos de nuestro Área de Cuidados, o trabajadores con su propia familia que viven fuera del domicilio del enfermo.

En la siguiente tabla se puede visualizar la distancia, el tiempo empleado, el coste económico y los medios de desplazamiento para acudir a acompañar a su familiar ingresado en las Unidades de Cuidados Paliativos de Osakidetza: Hospital de Górliz y Hospital de Santa Marina.

Tabla. Condiciones de distancia, tiempo y coste económico para acompañar a su familiar²⁰⁴

Transporte empleado	Parámetros estudiados	Hospital de Górliz	Hospital de Santa Marina
Propio o Público	Kilómetros	66 kms.	43 kms.
Propio	Tiempo	90 minutos	50 minutos
Propio	Coste	660 ptas.	400 ptas.
Público	Tipo de transporte	Bus-P.Colg-Metro-Bus	Bus-Bus

²⁰⁴ El transporte y los parámetros estudiados corresponden a los utilizados desde la población de Santurtzi, siendo el recorrido estudiado de ida y vuelta. Este estudio se hizo durante el año 1999 por un grupo de voluntarios de nuestro Hospital.

Público	Tiempo	4 horas y 20 minutos	4 horas
Público	Coste	1.100 ptas.	1.140 ptas

Fuentes: BÁTIZ, J et al. *Para el enfermo en fase terminal la familia lo es todo*. Revista Barneko. Núm. 81. Sep. 2000. Pág. 17.

Otros motivos por los cuales la familia suele solicitar ingreso en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos son:

1. No poder cuidar al enfermo de forma activa por motivos laborales.
2. Edad avanzada del cuidador principal.
3. Enfermedad o cualquier incapacidad del cuidador principal.
4. Por tener otras personas enfermas en el domicilio, lo que supone un aumento del estrés.
5. Temor de abordar la muerte de su familia en el domicilio.
6. Condiciones precarias de la vivienda.
7. Dificultad que presenta la familia para la comunicación con el enfermo en fase terminal.
8. Dificultades económicas para poder acceder a otros recursos privados.
9. Excesiva burocracia de los Servicios Sociales (en tiempo y en requisitos) a la hora de gestionar las ayudas y las prestaciones adecuadas para la atención en el domicilio, o para el ingreso del paciente en centros adecuados.

Nuestro Hospital, con participación parcial del paciente, según sus recursos económicos, y con la financiación restante a cargo de la Fundación Benéfica Aguirre, cubre la estancia de un número importante de personas al final de sus vidas como se podrá comprobar a lo largo del apartado 4.9 de esta misma Tesis Doctoral.

De esta manera, la población de la Comarca Ezkerraldea ve en nuestro Hospital, en muchas ocasiones, la solución a los cuidados de su familiar enfermo cuando los recursos ofrecidos por Osakidetza y los Servicios Sociales no son los que la familia necesita en ese momento por ser insuficientes o por tener dificultades para utilizarlos, justamente por esas dificultades geográficas que he mencionado en párrafos anteriores. Por ello, nuestra propuesta concreta ha sido desde el año 2000 y sigue siendo en la actualidad, que los

enfermos en fase terminal de la Comarca Ezkeraldea, para los que esté indicado el ingreso en una Unidad de Cuidados Paliativos, tuviera la posibilidad de ingresar en nuestra Unidad como una alternativa más que les ofreciera Osakidetza.

Es muy importante que el enfermo se sienta cerca de su casa y más tiempo con los suyos en una fase en la que poco a poco se está despidiendo de su cama, de su casa, de su pueblo, de los suyos, de su vida. La pérdida no podría evitar, pero al menos el enfermo estaría hasta el final junto a su familia.

4.8.- Sensibilizar a la sociedad de que la Medicina Paliativa es una necesidad socio-sanitaria.

En 1999, con motivo del 75 aniversario del Hospital San Juan de Dios de Santurce nos comprometimos a organizar las Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) que corresponderían a ser las III Jornadas Nacionales.²⁰⁵ Era una buena ocasión para que desde nuestro Hospital asumiéramos la responsabilidad de sensibilizar a la sociedad de que la Medicina Paliativa es una necesidad socio-sanitaria. Éste fue el lema que se eligió para estas Jornadas, *La Medicina Paliativa, una necesidad socio-sanitaria*. Al final de las Jornadas se pudo responder afirmativamente, a través de las experiencias presentadas, que las Unidades de Cuidados Paliativos Socio-Sanitarias eran una necesidad. La Orden Hospitalaria San Juan de Dios ha estado y sigue estando dispuesta a cubrir esta necesidad, y en concreto, el Hospital San Juan de Dios de Santurce como deseo demostrar en esta Tesis Doctoral.

²⁰⁵ *Revista Hno. Hospitalarios San Juan de Dios*. Provincia de Castilla. Diciembre, 1999. Págs.. 510-521.

Era necesario comenzar a “hablar en alto y en público” de lo que los Hospitales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios estaban trabajando desde hace tiempo con los enfermos que están próximos a su final por diversas causas clínicas, para poder cubrir todas sus necesidades, no solo las biológicas, sino también las psicológicas, las sociales y las espirituales.

Cuando en marzo de 1998, se comenzó a programar la celebración del 75 Aniversario de la fundación de nuestro Hospital San Juan de Dios de Santurtzi, nos propusimos organizar un evento científico importante a nivel nacional, pero que además irradiara la humanización de nuestra actividad sanitaria como es característica de los Centros Sanitarios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Pensamos que si juntábamos todas nuestras fuerzas resultaría todo mejor. Para ello convocamos una primera reunión en el Hospital San Rafael de Madrid (el lugar equidistante de todos los centros de la Orden) de todos los responsables de Unidades de Cuidados Paliativos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Todos los representantes que habían respondido a nuestra invitación apoyaron nuestra propuesta y acordamos solicitar a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) para poder celebrara en Bilbao las III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos. Nos fue autorizada la organización de las mismas y nuestro Hospital de Santurtzi asumió la responsabilidad de organizarlas. En una segunda reunión, celebrada en el Hospital de Santurtzi, con todos los responsables de los centros de la Orden que se dedicaban a cuidar enfermos elaboramos un pre-programa que se concretó en una tercera reunión.

Con el programa consensuado el Comité Organizador de las Jornadas comenzó a contactar con los ponentes propuestos, aceptando cada uno de ellos a participar. Tuvimos, una vez más, el apoyo de la Fundación Benéfica Aguirre, del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (Osakidetza), y de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

600 fueron los congresistas que asistieron, no pudiendo admitir a más congresistas porque el aforo de la sala que habíamos alquilado en el Palacio de Euskalduna, recién estrenado, no tenía capacidad para más de 600 personas.

Acudieron de toda la geografía española como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla . Comunidades autónomas de los congresistas asistentes

PAÍS VASCO	52,00 %
ASTURIAS	4,17 %
ARAGÓN	3,83 %
NAVARRA	3,00 %
CANTABRIA	2,83 %
ANDALUCÍA	2,50 %
CASTILLA LA MANCHA	2,33 %
COMUNIDAD VALENCIANA	1,83 %
GALICIA	1,83 %
EXTREMADURA	1,00 %
BALEARES	1,00 %
ISLAS CANARIAS	1,00 %
LA RIOJA	0,83%
MURCIA	0,50 %

FUENTE: Datos aportados por el Comité Organizador de las III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos.

Las disciplinas profesionales de los congresistas fueron multidisciplinarias como caracteriza a los equipos de profesionales que atienden a los pacientes en Cuidados Paliativos. Se puede ver la distribución porcentual en la siguiente tabla:

Tabla . Disciplinas profesionales de los congresistas

DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS EN ENFERMERÍA	46,03 %
MÉDICOS	23,12 %
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	13,12 %
ESTUDIANTES DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y PSICOLOGÍA	5,94 %
TRABAJADORES SOCIALES	3,96 %
VOLUNTARIADO	3,30 %
PSICÓLOGOS	3,08 %
AGENTES DE PASTORAL	0,88 %

FUENTE: Datos aportados por el Comité Organizador de las III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos.

Para estas Jornadas se eligieron 13 temas de interés para los profesionales y se invitó a un total de 36 ponentes de prestigio a nivel nacional. En la siguiente tabla se podrán ver los temas y los ponentes que los abordaron:

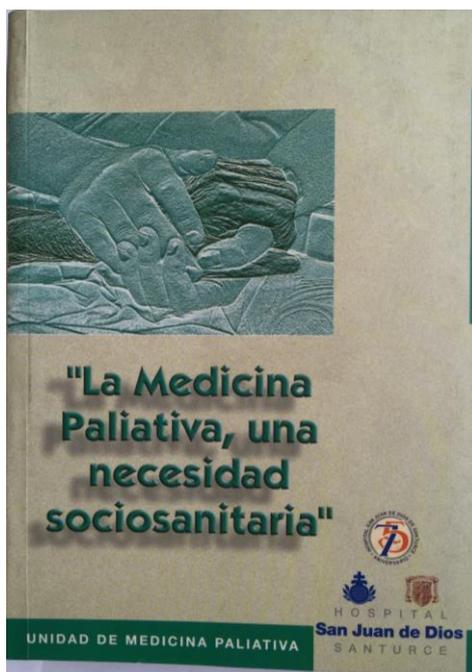
Tabla_. Temas abordados y ponentes de los temas

Temas	Ponentes
La filosofía de los cuidados paliativos	Jaime Sanz
Oncología Paliativa	Yolanda Vilches, Cristina López, Guillermo López Vivanco
Protocolo de Enfermería en Cuidados Paliativos	Amparo Ederra, María Asun Izcue, Carmen Arratibel
SIDA ¿qué ha cambiado?	J.M. Santamaría, Lidias Pascual, Joan Beltrán
Situación terminal en el niño	José M ^a Martín, Aurora Navajas, Sabel Gabaldón
La asistencia espiritual en el marco de los CP	Jesús Conde
Trabajo Social y Voluntariado en CP	Carlos Dominguez, Elsa Valenciano, Aurelia Todoli
Psicología en Cuidados Paliativos	María Díe Trill, Lory Thompson, Blanca Oviedo
Terminalidad en Geriatría	Elena Navarro, Pedro Gil, Emilio González
Dilemas éticos en el final de la vida	Javier Gafo, Françesc Torralba, José María Larrú
Atención integral del dolor del enfermo terminal	Marcos Gómez Sancho
Atención domiciliaria en Cuidados Paliativos	Javier García, J. M. Pérez, Victor Landa
Unidades de CP Socio-Sanitarias, ¿una necesidad?	Javier Rocafort, Xabier G. Batiste, Calixto Plumed

FUENTE: Programa Oficial de las III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos.

El Comité Organizador de las III Jornadas consideró que esta reunión de expertos en Cuidados Paliativos debiera ser bien aprovechada y además adecuadamente difundida a todos los profesionales que se dedican a esta disciplina. Para ello, se solicitó un esfuerzo más a los ponentes y se pudo elaborar un libro de ponencias²⁰⁶ y fue editado por el Hospital San Juan de Dios de Santurce. Se entregó un ejemplar a cada uno de los asistentes a las III Jornadas.

²⁰⁶ “La Medicina Paliativa, una necesidad socio-sanitaria”. Unidad de Medicina Paliativa. Hospital San Juan de Dios de Santurce, 1999.



Libro de ponencias de las III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos celebradas en Bilbao en 1999
(Foto: archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi)

Desde el año 1989, en distintos hospitales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de todo el Estado Español se habían creado programas de Cuidados Paliativos fundamentalmente con el modelo de atención socio-sanitaria, modelo en el que se tiene en cuenta en todo momento como elemento fundamental e imprescindible la dimensión personal y humana de los enfermos, de su familia y también del equipo terapéutico. Durante todos estos años, hasta el día de hoy, los profesionales que trabajamos en estos programas hemos observado la necesidad de ofrecer al enfermo, sino la curación, sí la atención global de sus necesidades bio-psico-sociales y espirituales priorizando la calidad de vida el bienestar de la persona.

4.9.- La actividad asistencial en el Área de Cuidados.

Desde que comenzamos a cuidar a la persona enferma, hace algo más de 21 años, hemos ido creciendo en conocimientos, en habilidades, en motivación, en satisfacción de realizar una labor asistencial tan importante como es la de la atención al final de la vida. Creemos que, aunque son cifras discretas las que

podemos aportar, es un camino sin retorno el que decidió emprender el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi en la Navidad de 1993 para ayudar a los ciudadanos de Bizkaia que necesitan de nuestros cuidados.

Hemos transformado nuestra dedicación exclusiva a la persona enferma en la atención del binomio enfermo-familia y posteriormente, mediante la creación de un equipo interdisciplinar, al triángulo terapéutico enfermo-familia-equipo, con atención a la humanización del cuidado mediante la introducción del voluntariado en el acompañamiento al enfermo y a sus familias.

Cuidamos la formación de nuestro personal mediante el acceso a diferentes cursos de formación, tanto interna como externa, en la actividad asistencial del cuidar, así como en el análisis de cada caso concreto para tomar la decisión adecuada teniendo en cuenta los valores del enfermos y sus deseos.

Hemos comprobado que algunos de los puntos fuertes del Área de Cuidados son, por un lado, la capacidad de adaptación del equipo asistencial y el total apoyo institucional de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Por otro, el grupo de voluntariado coordinado por la trabajadora social en su organización y formación. Pero también consideramos que uno de los campos de mejora será el aumento de camas así como conseguir concierto con el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) para poder ser un recurso con accesibilidad universal de los posibles enfermos que necesiten de cuidados en nuestro entorno.

Haber podido atender a lo largo de estos años a personas enfermas tan vulnerables por enfermedades incapacitantes e incurables al final de sus vidas, así como confortar a sus familias, con un equipo interdisciplinar de personas con competencia profesional acreditada y un acercamiento humano demostrando día tras día, nos ha hecho crecer como personas porque ello nos ha enseñado algo tan importante como distinguir lo profundo de lo superficial. Estamos convencidos de que esta tarea es necesaria para ellos y satisfactoria para nosotros.

Faltan datos de la actividad asistencial: 1994, 1995, 1996, 1997, 1998,

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 1999²⁰⁷

Desde el 1 de enero de 1999 hasta 31 de diciembre del mismo año se cuidaron en esta Área de Cuidados un total de 96 enfermos.

El 64 % de los enfermos fueron mujeres y el 36 % fueron hombres.

Tabla. Distribución por edades

< 65 años	13,39 %
Entre 65 y 80 años	32,75 %
>80 años	54,04 %

FUENTE: Memoria 1999 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Teniendo en cuenta la patología que presentaron los pacientes, se distribuyeron en los siguientes grupos:

- a. GERIÁTRICOS: 66 enfermos (68,75 %) fueron enfermos que tenían más de 65 años con patología fundamentalmente neurológica (accidentes cerebro-vasculares, demencias...), así como enfermedad avanzada de un solo órgano (insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad obstructiva de flujo aéreo, insuficiencia renal...).
- b. ONCOLÓGICOS: 22 enfermos (22,91 %) presentaron patología oncológica localizada en los siguientes órganos: laringe (5 enfermos), pulmón (4 enfermos), próstata (4 enfermos), páncreas (2 enfermos), colon (2 enfermos), cerebro (2 enfermos), vulva (1 enferma), mieloma múltiple (1 enfermo).
- c. OTROS: 7 enfermos (7,29 %). En este grupo están recogidos los pacientes que presentaban situación de coma vigil persistente por traumatismos craneales, vertebrales.
- d. SIDA: 1 enfermo (1,04 %).

²⁰⁷ MEMORIA 1999 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla. Tipo de patología

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	22 enfermos	22,91 %
PATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA	74 enfermos	77,09 %

FUENTE: Memoria 1999 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Los enfermos geriátricos con patologías tales como demencia, enfermedad respiratoria obstructiva crónica e insuficiencia congestiva refractaria que llegarían a su estadio final en algún momento de su evolución por lo que consideramos adecuado incluirlos en nuestro programa de cuidados paliativos con las características socio-sanitarias que habíamos diseñado. Los enfermos con patología no oncológica creemos que son susceptibles de Cuidados Paliativos si su esperanza de vida es limitada y los esfuerzos terapéuticos van dirigidos al control de síntomas más que al tratamiento de la enfermedad de base (Bátiz J, 2013).

Procedencia de los enfermos

El 75,46 % de los enfermos ingresados en este Área de Cuidados residían en los municipios del área de influencia de nuestro Hospital (Comarca de la Margen Izquierda):

Portugalete (30,32 %)

Sestao (20,99 %)

Santurce (16,27 %)

Baracaldo (6,38 %)

Gallarta (0,79 %)

Ziérbana (0,79 %)

El 24,54 % restante procedía de otros municipios de la provincia de Vizcaya.

El 60,05 % procedía de su domicilio y el 39,95 % procedía de otro centro sanitario. Los enfermos de este último grupo lo hacían porque eran dados de alta a su domicilio y los familiares no podían hacerse cargo de sus cuidados por varias razones: falta de medios tanto económicos como humanos, gran impacto en la familia por tener que cuidar de su familiar en fase terminal.

A continuación expongo los motivos socio-familiares de solicitud de ingreso en nuestro Área de Cuidados que han referido los propios familiares de los enfermos:

- Distancia importante desde sus domicilios a los lugares de los hospitales ofertado como alternativas (Unidades de Cuidados Paliativos del Hospital de Górliz y Hospital de Santa Marina) por las instituciones sanitarias publicas.
- Medios de transporte escasos y con varios transbordos para acudir todos los días a acompañar a su familiar a las Unidades de Cuidados Paliativos ofertadas.
- Poca dedicación en el acompañamiento por pérdida de tiempo en el traslado para acompañar a su familiar.
- La familia tiene la sensación de confinar en un lugar alejado a su familiar enfermo. Ellos quieren estar cerca de él en esta última fase de su vida.
- No poder cuidar de forma activa a su familiar en el domicilio por sus obligaciones laborales, por su edad avanzada o por enfermedad del propio cuidador principal.
- Relaciones conflictivas en el seno de la propia familia.
- Agotamiento del cuidador.
- Temor a bordar la muerte de su familiar en el domicilio.
- Condiciones precarias de la vivienda.
- Situación económica que condiciona a acceder a otros recursos privados.
- Inexistencia de otros recursos socio-sanitario que responda a la situación presentada.

Tabla. *Financiación de los enfermos hospitalizados*

Fundación Benéfica Aguirre	78,12 %
Seguros Privados	19,79 %
Diputación Foral de Bizkaia	1,04 %
Privados	1,04 %

FUENTE: Memoria 1999 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla Destino al alta

Fallecieron en la Unidad	39,65 %
Volvieron a su domicilio	32,85 %
Traslado a una residencia	24,01 %
Traslado a otro Hospital	1,73 %
Traslado a institución no gubernamental (Proyecto Hombre, AECC...)	1,73 %

Fuente: Memoria 1999 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Nuestro programa de Cuidados Paliativos está incluido en el Directorio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)²⁰⁸ con las siguientes características: Se denomina *Unidad de Medicina Paliativa*. El tipo de programa es hospitalario. La actividad principal del programa es Unidad de Cuidados Paliativos. Ubicado como Centro Socio-Sanitario. Supervivencia (mediana) de los pacientes del 60,48%. Estancia media de pacientes ingresados de 33 días. Porcentaje de fallecimientos en la Unidad del 39%. Se encuentra en fase inicial.

Durante este año, además de la actividad asistencial se comenzó a realizar una **actividad docente** muy importante:

- Realizaron prácticas alumnas de la escuela Universitaria de la Universidad del País Vasco y alumnos del Curso de Especialización en Cuidados Paliativos de la Universidad de Deusto.
- Miembros del equipo participaron como ponentes en cursos, jornadas, mesas redondas sobre Cuidados Paliativos.
- Miembros del equipo participaron como docentes en el Curso de Geriatría y Gerontología (“Anciano terminal. Cuidados Paliativos”) que se impartía en la Escuela de Enfermería de la Universidad del País Vasco, así como en el Curso de Especialización en Cuidados Paliativos que se impartía en el Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto.
- Se publicaron artículos sobre Cuidados Paliativos en revistas profesionales (Labor Hospitalaria y Barneko).
- Se publicó el libro *“Medicina paliativa, una necesidad socio-sanitaria”* que recogía las ponencias de las III Jornadas Nacionales de Cuidados

²⁰⁸ Directorio de Cuidados Paliativos 2004 España. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Paliativos celebradas en Bilbao ese mismo año y que fueron organizadas por nuestro hospital en colaboración con el resto de los hospitales de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios que tiene en España.

- Divulgación sobre temas de Cuidados Paliativos en prensa escrita, radio y televisión.

De esta actividad asistencial se podría concluir lo siguiente:

- La Unidad de Medicina Paliativa de nuestro hospital es un espacio socio-sanitario donde se ofrece una atención adecuada, técnica y humana, a enfermos en situación terminal.
- Es una Unidad que está formada por un equipo asistencial completo según los estándares de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- Se puede destacar de esta actividad asistencial que hemos cuidado a una población anciana (más del 50% tenía más de 80 años de edad). A pesar de que el grupo patológico más numerosos es el llamado "geriátrico", el grupo "oncológicos", con casi un 33%, hay que considerarlo importante teniendo en cuenta que el 78,12% de los enfermos han sido financiados por la Fundación Benéfica Aguirre. El 75,46% de los enfermos ingresados residían en los municipios del área de influencia de nuestro hospital (Comarca Margen Izquierda). La estancia media de los pacientes ingresados fue de 33 días con un porcentaje de fallecimientos en la Unidad del 39%. Consideramos que la estancia media de ingreso para una Unidad de Cuidados Paliativos es elevada, pero es preciso tener en cuenta que aún el grupo de oncológicos es bajo.
- Los motivos de ingreso fundamentalmente eran motivos socio familiares entre los que había que destacar el tiempo empleado en el traslado por el alejamiento de las Unidades de Cuidados Paliativos que se les había ofrecido como alternativas de ingreso por las instituciones públicas sanitarias.
- Se realizó una actividad docente importante durante este año tanto como docencia externa como interna. Hay que destacar de manera

especial la Organización de las III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos con el lema *La Medicina Paliativa, una necesidad socio-sanitaria* que se celebró en Bilbao y de la que ya descrito con detalle a lo largo de esta Tesis. Así como la edición del libro de ponencias con 446 páginas recogiendo la totalidad de las ponencias que gracias a la ayuda de la Fundación benéfica Aguirre cada uno de los 600 asistentes a dichas jornadas se lo pudieron llevar como constancia escrita de lo que se había tratado en dicho evento nacional.

Los *proyectos* para el año 2000 eran muchos y muy interesantes pero habría que destacar fundamentalmente la colaboración con las instituciones sanitarias y sociales públicas para lo que se pretendía establecer concierto con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco para poder ingresar en nuestra Unidad pacientes en fase terminal de la Comarca Margen Izquierda.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2000 ²⁰⁹

Desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre del mismo año se cuidaron en esta área de Cuidados un total de 89 enfermos. De ellos, 78 ingresaron por primera vez.

El 53,93 % fueron mujeres y el 46,06 % fueron hombres.

Tabla. Distribución por edades

< 65 años	13,04 %
Entre 65 y 80 años	40,57 %
>80 años	46,37 %

FUENTE: Memoria 2000 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Teniendo en cuenta la patología que presentaban los enfermos se podían distribuir en los siguientes grupos:

²⁰⁹ MEMORIA 2000 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

- a. GERIÁTRICOS: 58 enfermos (65,16%) eran enfermos que tenían más de 65 años de edad y padecían patología fundamentalmente neurológica (accidentes cerebro-vasculares, demencias tipo Alzheimer, enfermedad de Parkinson avanzada), insuficiencia refractaria de un solo órgano (renal, cardíaca, respiratoria); también pacientes que habiendo sufrido fracturas eran totalmente dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria.
- b. ONCOLÓGICO: 26 enfermos (29,21%) presentaban patología oncológica (laringe, pulmón, próstata, lengua, cerebro, colon, hígado, estómago, mama, vejiga, boca, recto).
- c. OTROS: 4 enfermos (4,49%) tenían patología derivada de Traumatismos Craneoencefálicos y estaban en situación de coma vigil persistente.
- d. SIDA: 1 enfermo (1,12%)

Teniendo en cuenta que nuestra actividad se había centrado más en la atención a pacientes geriátricos con patología de demencias elaboramos un protocolo de CUIDADOS PALIATIVOS EN DEMENCIAS AVANZADAS (Describir el protocolo según documento)

Tabla_. Tipo de patología

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	26 enfermos	29,21 %
PATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA	63 enfermos	70,79 %

FUENTE: Memoria 2000 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Procedencia de los enfermos

El 76,81% procedían de sus domicilios. El 23,28% procedían de otros hospitales, clínicas o residencias.

Los Hospitales de la red pública sanitaria de los que procedían fueron el Hospital de Cruces, Hospital de Basurto, Hospital de San Eloy y Hospital de Górliz.

Durante el año 2000 aumentaron con respecto al año 1999 la procedencia de domicilio (de un 60,05% en 1999 al 76,81% del actual).

Tabla. Destino al alta

Volvieron a su domicilio	33,70 %
Fallecieron en nuestro Área de Cuidados	32,58 %
Se trasladaron a una Residencia	17,97 %
Se trasladaron a otro Centro Hospitalario	4,49 %

FUENTE: Memoria 2000 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Nuestra respuesta a una necesidad socio-sanitaria

En estos primeros años nos habíamos reafirmado que la Unidad de Medicina Paliativa era un espacio socio-sanitario donde se ofrecía una atención adecuada, tanto técnica como humana, a enfermos en situación clínica de terminalidad, así como a enfermos de larga estancia, como apoyo a sus familiares que, generalmente, coincidían con sus cuidadores habituales. Cuando los familiares manifestaban no poder llevar a cabo esta situación en el domicilio se hacía necesaria la intervención de profesionales formados en Cuidados Paliativos que ofrecieran sus cuidados con sus conocimientos técnicos así como con su sensibilidad humana a estos enfermos y a sus propias familias. Esto fijaría los siguientes objetivos de la Unidad de Medicina Paliativa de nuestro Hospital:

- 1.- Ofrecer una atención de calidad, intentando con todos los recursos disponibles (técnicos y humanos) la recuperación de los enfermos ingresados, así como el confort y el bienestar de todos aquellos en los que no va a ser posible curar, procurando nuestro alivio y nuestro acompañamiento.
- 2.- Lograr una relación humana y cercana al enfermo y a su familia.
- 3.- Ofrecer a sus familiares la información y el apoyo que en esos momentos necesitan.
- 4.- Ofrecer una alternativa a aquellas familias que por dificultades socio-económicas no pueden acceder a otros recursos.

Para poder ser coherentes con el principio de justicia se estableció un protocolo de ingreso, unos criterios de admisión y una condiciones de ingreso que paso a detallar:

Protocolo de ingreso.

Normalmente todos los casos que acogemos en nuestra Unidad a cargo del fondo de la Fundación Benéfica Aguirre tienen una problemática socio-sanitaria. Para poder distribuir los recursos de este fondo de manera más equitativa y justa, el proceso de ingreso de un enfermo en la Unidad se realizada mediante los siguientes pasos:

1.- Los Servicios Sociales del Centro Hospitalario remitente o de los Servicio Sociales de base se ponen en contacto con la Trabajadora Social de nuestro Hospital para solicitar el ingreso enviando los datos sociales y clínicos de los que se dispongan así como una primera valoración de la necesidad de nuestros cuidados.

2.- Se de o no este primer contacto, siempre se mantiene una relación directa con la familia a través de una primera entrevista por parte de la trabajadora social de nuestro hospital con los siguientes objetivos:

- Recogida de datos sociales y sanitarios del enfermo.
- Planteamiento de la situación-problema por parte de la familia, situaciones objetivas y subjetivas.
- Búsqueda conjunta de otras posibles alternativas.
- Si se ven posibilidades de ingreso en nuestra Unidad se ofrece información de los pasos a dar, condiciones del ingreso, así como de la documentación que han de aportar.

3.- Si se considera necesario, la trabajadora social realiza una visita domiciliaria para una mejor valoración del caso.

4.- La Comisión de Valoración de Ingresos, integrada por una enfermedad, la trabajadora social, el médico y el psicólogo, trabaja con todos los datos sociales y sanitarios de que dispone y prioriza los ingresos, dependiendo de cada situación particular.

5.- Se mantiene un nuevo contacto con la familia en la mayor brevedad posible y, en su caso, se ultiman detalles para el ingreso.

Criterios de admisión.

Estos criterios se establecen en base a indicadores sociales y sanitarios como son:

- Apoyo familiar y su entorno.
- Condiciones de la vivienda.
- Situación económica.
- Problemas importantes de salud que provocan una gran dependencia impidiéndoles realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Condiciones de ingreso.

- Temporalidad con fecha límite de estancia dependiendo de cada situación.
- Compromiso por parte de la familia, si la hay, en el acompañamiento necesario al enfermo (comidas, paseos,...). Si existe dificultad para ello, se estudia un plan de atención con la Trabajadora Social.
- Aportación de útiles y cuota económica asignada a cada caso.
- Actitud de aceptar las normas básicas de funcionamiento del Hospital (horarios, indicaciones que pudieran darles el personal, ...).

Motivos socio-familiares de solicitud de ingreso²¹⁰

Después de haber recorrido unos años en la actividad asistencial de cuidados hemos comprobado que los motivos de solicitud de ingreso en nuestra Unidad estaban siendo:

- La distancia importante que existía desde los domicilios (Margen Izquierda de Bilbao) de los enfermos a los hospitales que se les ofrecía a los enfermos como alternativas para recibir los cuidados al final de sus vida. Estos hospitales son el Hospital de Santa Marina (23 kilómetros) y el Hospital de Górliz (22 kilómetros).
- Los múltiples medios de transporte con varios transbordos que hay que realizar para acudir a dichos Hospitales.

²¹⁰ MEMORIA 2000 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

- El escaso tiempo que se puede dedicar al acompañamiento del familiar por haberlo consumido en el traslado.
- La familia tiene la sensación de confinar a su familiar en un lugar alejado. Ellos quieren estar cerca de su ser queridos en la última fase de su vida.
- No poder cuidar a su familiar en su propio domicilio de forma activa por estar trabajando, por tener una edad muy avanzada para poderlo hacer o por padecer una enfermedad el propio cuidador principal.
- Relaciones conflictivas en el seno de la propia familia.
- Agotamiento del cuidador principal.
- Temor a abordar la muerte de un familiar en el domicilio.
- Condiciones precarias de la vivienda.
- Situación económica que condiciona a acceder a los recursos privados.
- Inexistencia de otros recursos socio-sanitarios que respondan a la situación presentada.

Nuestro Hospital, a través de su Área de Cuidados trata de dar respuesta a una necesidad socio-sanitaria facilitando el ingreso de enfermos que teniendo escasez de recursos económicos desean ingresar en nuestro Centro por las razones que he expuesto en los párrafos anteriores.

A continuación, en la tabla siguiente, voy a adelantar los datos de una muestra de los últimos 12 años. En la tabla siguiente se pueden ver los enfermos que solicitaron a través de sus familias su ingreso, los que no ingresaron por algunas de las razones que posteriormente citaré, los que ingresaron y el % de nuestra respuesta socio-sanitaria a una necesidad real de los ciudadanos.

Tabla_ Respuesta a la solicitud de ingreso a través del Departamento de Trabajo Social

Año	Solicitudes de ingr.	No ingresados	Ingresados	% de respuesta
2003	161	115	46	28,57 %
2004	156	116	40	34,48 %
2005	145	114	31	21,37 %
2006	190	152	38	25,00 %
2007	144	128	16	11,11 %
2008	178	160	18	10,11 %
2009	83	69	14	16,86 %

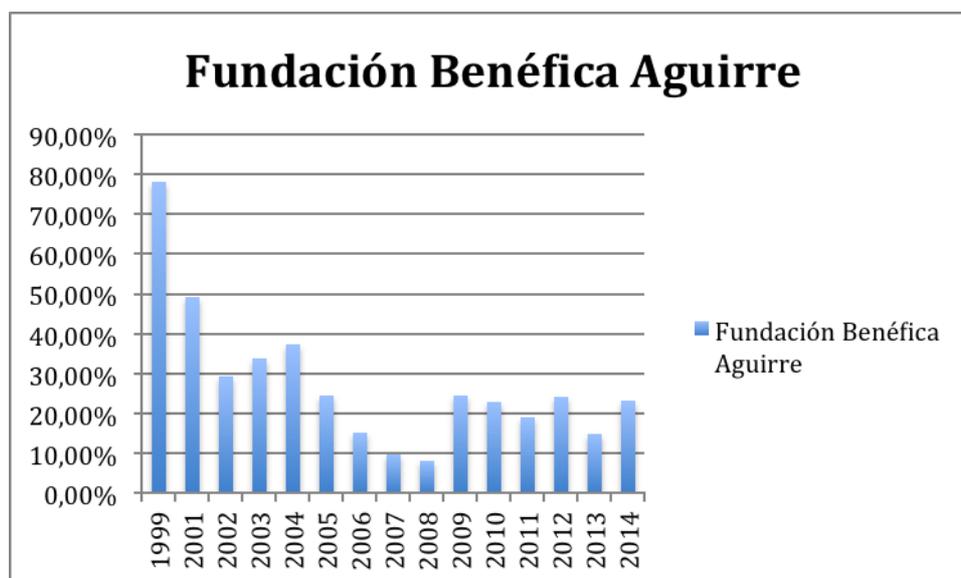
2010	115	83	32	27,82 %
2011	120	93	27	22,50 %
2012	101	83	18	17,82 %
2013	116	99	17	14,65 %
2014	130	112	18	13,84 %

Fuente: Memorias del Departamento de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Esta respuesta, como se puede apreciar, supone una ayuda para aquellos enfermos que carecen de los recursos económicos suficientes para poder ingresar en una Unidad de Cuidados Paliativos. El fondo de la Fundación Benéfica Aguirre del que dispone cada año nuestro Hospital para ayudar a resolver esta necesidad socio-sanitaria se distribuye con criterios de equidad y justicia que eran minuciosamente estudiados por la Dirección del Hospital y el Departamento de Trabajo Social.

Como podemos ver en el siguiente gráfico de la ayuda en la financiación por parte de la Fundación Benéfica Aguirre de los enfermos ingresados en el Área de Cuidados de nuestro Hospital en los últimos 15 años, dicha Fundación no ha abandonado su compromiso adquirido desde la inauguración de este Hospital, de favorecer a los “vizcaínos dolientes”.

Figura_ Enfermos ingresados ayudados por la Fundación Benéfica Aguirre



Los motivos por los que no habían ingresado el número de enfermos reflejados en la tabla anterior fueron los siguientes:

- El enfermo fallecía antes de llevar a cabo el ingreso.
- Se valoraba la opción por otros recursos como podían ser una residencia asistida o una asistencia domiciliaria por nuestro propio equipo domiciliario (PASSD).
- La familia asumía hacerse cargo del cuidados del enfermo en su domicilio.
- El Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) le había ofrecido una plaza en una de sus unidades.
- La familia no vuelve a ponerse en contacto tras la primera entrevista con la trabajadora social de nuestro Hospital.
- El enfermo no cumple el perfil requerido para asumir el ingreso en nuestro Área de Cuidados.
- La familia o el propio enfermo no se deciden por el ingreso.
- La falta de camas en el momento del solicitar el ingreso.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL 2001²¹¹

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2001 se cuidaron en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurce a 77 enfermos.

Tabla Distribución por sexo

Mujeres	40	51,95 %
Hombres	37	48,05 %

FUENTE: Memoria de 2001 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla Distribución etaria

< 65 años	14 enfermos	18,18 %
Entre 65 y 80 años	40 enfermos	51,95 %
> 80 años	23 enfermos	29,87 %

FUENTE: Memoria de 2001 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

²¹¹ MEMORIA 2001 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_ Distribución por tipos de patología

Enfermos con patología NO ONCOLÓGICA	55 enfermos	71,42 %
Enfermos con patología ONCOLÓGICA	22 enfermos	28,57 %

FUENTE: Memoria de 2001 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Patología NO ONCOLÓGICA: ictus, demencias, comas, politraumatismos, enfermedad de Parkinson, poli-ulcerados, insuficiencia de un solo órganos (respiratoria, renal), hemofilia, síndrome febril de origen desconocido. Destacando como las tres patología más frecuentes: ictus (25,45%), demencias (20 %) y comas (18,18%).

Patología ONCOLÓGICA: neoplasias de estómago, colon, hígado, vejiga, próstata, pulmón, cerebral, ovario, metástasis óseas, leucemias. Destacando la patología oncológica más frecuente fue la localizada en el aparato digestivo (45,45%).

Tabla_ Estancias totales y estancia media según tipo de patologías

TIPO DE PATOLOGÍA	ESTANCIAS TOTALES	ESTANCIA MEDIA
Enfermos NO ONCOLÓGICOS	3.397 estancias	61,76 días
Enfermos ONCOLÓGICOS	535 estancias	24,31 días
Estancias globales	3.932 estancias	51,06 días

FUENTE: Memoria de 2001 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla_ Procedencia de los enfermos

Procedieron del propio domicilio del enfermo	44 enfermos	57,14 %
Procedieron de otros centros hospitalarios	29 enfermos	37,66 %
Procedieron de Residencias	3 enfermos	3,89 %
Remitido del Serv de Medicina Interna HSJD	1 enfermos	1,29 %

FUENTE: Memoria de 2001 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Población de residencia de los enfermos

39 enfermos residían en poblaciones de la margen izquierda, lo que supone que el 50,64% de los enfermos ingresados residen en la Comarca de influencias donde esta ubicado nuestro Hospital. Basándonos en datos como

éstos creemos una vez más que nuestro Hospital es un recurso óptimo para los enfermos y sus familiares que se encuentran en nuestro entorno y necesitan “estar cerca” de su familia al final de la vida aunque no puedan pasar sus últimos días en su domicilio.

Tabla *Financiación del ingreso de los enfermos*

Entidad financiadora	Nº enfermos	%
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	38	49,35 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	17	22,07 %
FINANCIADO POR EL PROPIO PACIENTE	11	14,28 %
COMPAÑÍAS DE SEGURO DE ACCIDENTE	10	12,98 %
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	1	1,29 %

FUENTE: Memoria de 2001 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla *Destino al alta*

Fallecieron en la Unidad	26 enfermos	33,76 %
Fueron dados de alta a su domicilio	25 enfermos	32,46 %
Fueron trasladados a una Residencia	14 enfermos	18,18 %
Fueron trasladados a otro Centro Hospitalario	3 enfermos	3,89 %

FUENTE: Memoria de 2001 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

INAUGURACIÓN DE LA ACTUAL UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Desde 1993 hasta el año 2001 los enfermos que precisaron Cuidados Paliativos estaban ingresados en la planta baja de Hospitalización. Pero desde esta experiencia comprendimos que era necesario diseñar una Unidad con el objetivo que el final de la vida fuera confortable intentando aproximar el lugar donde iban a estar sus últimos días al ambiente acogedor y familiar de su domicilio. Desde el año 2001 tenemos una Unidad de Cuidados paliativos ubicada en la segunda planta del Hospital con criterio de confortabilidad para estos enfermos. Una vez más nos fijamos en Alemania. La primera vez fue el Dr. Salaverri quien se fijó en Alemania (Krüppelheim Oskar Helene-Hein) para reproducirlo en Santurce como lo hemos explicado en el capítulo I de esta Tesis . La Orden Hospital San Juan de Dios tenía un Hospice en Munich que

nos atrajo en su diseño.²¹²⁻²¹³ Pedimos a los arquitectos que diseñaron la Unidad que queríamos algo como tenían los Hermanos de San Juan de Dios en Munich.



Fotografía: Unidad del Área de Cuidados en la segunda planta del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.
Foto de archivo del Hospital

Fue en **septiembre** (comprobar el mes) de 2001 cuando se inauguró dicha Unidad. Una de las características de esta unidad es la privacidad; de las 17 habitaciones, 15 son individuales. Su carácter residencial se percibe a través de su mobiliario. Las cortinas, por ejemplo, son las habituales de una vivienda y ofrecen tonos cálidos; las camas disponen de mando electrónico con el que se pueden ajustar las posturas. El cuarto de baño está adaptado para minusválidos y presenta un suelo antideslizante para evitar tropiezos. Además, una silla de ruedas convencional se transforma en esta Unidad en una cómoda butaca multifuncional. Todo está reconvertido y orientado a las necesidades del enfermo. Las comodidades se trasladan al resto de la Unidad, cuyo mayor atractivo reside en las terrazas acristaladas con vistas al mar. Desde ellas se

²¹² <http://palliativ.barmherzige-muenchen.de/index.php?id=2603> (última entrada 10 agosto 2015).

²¹³ <http://www.barmherzige-johanneshospiz.de/5299.html> (última entrada 10 agosto 2015).

puede disfrutar de las mejores vistas que ofrece la Margen Izquierda sobre el Abra. Esta magnífica visión del mar les traslada de las cuatro paredes de la habitación, les relaja y les hace ver la vida de otra manera. Una vez más el mar juega un papel terapéutico para los enfermos ingresados en este Hospital. Como lo habíamos explicado en el capítulo I, la ubicación que se eligió para el Hospital era que estuviera cerca del mar para que junto con el sol sirviera de tratamiento para los niños ingresados durante los primeros años de existencia de este Hospital. Reproduzco a continuación una pequeña entrevista al esposo de una enferma que se encontraba en coma, una de las enfermas que inauguró la Unidad, que fue publicada en El Mundo-Bizkaia.²¹⁴

“He visto en la mirada de mi esposa una lucidez que antes no tenía”

Pablo se olvida por un instante del coma que sufre su esposa para contemplar la magnífica visión del Abra que ofrece la Unidad. Pasa la mayor parte del tiempo en compañía del personal sanitario que mitiga su dolor con simpatía. “Esto es como un hotel que me ha ayudado a superar la angustia”, destaca agradecido.

- *¿Qué le parece la Unidad?*
- *Más que un hospital, esto parece un hotel. Es precioso. Da gusto estar aquí. Me ha ayudado mucho a superar la angustia, me ha favorecido mucho.*
- *¿Qué diferencias observa con otros centros sanitarios?*
- *En otros hospitales no se podía ni abrir la ventana del ruido que hacía. A mi mujer, por su estado, estas circunstancias no le afectaban, pero yo estaba a disgusto.*
- *¿Y el trato?*
- *Del hospital en el que estaba ingresada antes no tengo ninguna queja. Pero aquí los médicos y las enfermeras son formidables. Todo lo que diga de ellos es poco. Son muy cariñosos y enseguida te explican todos los pormenores de la situación.*
- *¿Ha tenido alguna influencia el ambiente en su mujer?*

²¹⁴ El Mundo-Bizkaia. 14 septiembre 2001, pág.8

- Los especialistas dicen que, si oye algo, no puede comprenderlo, aunque yo he visto en su mirada una lucidez que antes ella no tenía.
- ¿Habría podido atender a su mujer en su domicilio?
- Me hubiera resultado imposible. Para empezar, no tengo suficiente espacio. Además, soy mayor y vivo solo porque mi hijo viaja mucho y mis nietos viven fuera. En casa mi mujer se habría muerto enseguida.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL 2002²¹⁵

Desde el día 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2002 se cuidaron en esta Unidad de Cuidados Paliativos 95 enfermos.

Tabla Distribución de enfermos según sexo

Mujeres	48	50,52 %
Hombres	47	49,47 %

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla Distribución etaria de los enfermos ingresados (rango de edad: 22-99 años)

< 65 años	28 enfermos	29,47 %
Entre 65 y 80 años	35 enfermos	36,84 %
> 80 años	32 enfermos	33,68 %

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla Distribución según tipo de patología

Con patología NO ONCOLÓGICA	78 enfermos	82,10 %
Con patología ONCOLÓGICA	17 enfermos	17,89 %

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

La patología NO ONCOLÓGICA que padecían los enfermos cuidados en nuestra Unidad durante este año fue: fracturas en pacientes dependientes de terceras personas que precisaban tratamiento rehabilitador (18 enfermos), secuelas de accidentes cerebrovasculares en pacientes pluripatológicos que precisaban tratamiento rehabilitador y cuidados generales (16 enfermos), pacientes con daño cerebral (12 enfermos), demencias (11 enfermos),

²¹⁵ MEMORIA 2002 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

enfermedades neurológicas degenerativas avanzadas (6 enfermos), insuficiencia respiratoria avanzada (5 enfermos), tetraplejía (2 enfermos), insuficiencia renal avanzada (2 enfermos), enfermos multi-ulcerados (2 enfermos), Sida en fase terminal (1 enfermo), control del dolor (1 enfermo), distocia social (1 enfermo).

La patología ONCOLÓGICA que padecían los enfermos cuidados en nuestra Unidad durante este año fue: neoplasias de hígado (3 enfermos), de estómago (2 enfermos), de vesícula biliar (1 enfermo) y de páncreas (1 enfermo). Tumores cerebrales (3 enfermos). Neoplasia de mama (2 enfermas) y de ovario (1 enferma). Neoplasias de pulmón (2 enfermos), de laringe (1 enfermo) y mieloma múltiple (1 enfermo).

Tabla Estancias totales y estancias medias según el tipo de patología

	Total de estancias	Estancia media
ESTANCIAS DE TODOS LOS PACIENTES	6.111	64,32 días
Pacientes NO ONCOLÓGICOS	5.533	70,93 días
Pacientes ONCOLÓGICOS	578	34 días

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla Estancias según las entidades financiadoras

ENTIDAD FINANCIADORA	TOTAL DE ESTANCIAS	MEDIA DE ESTANCIAS
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	1.243	44,39 días (1)
SEGUROS DE ACCIDENTES	1.139	71,18 días (2)
PRIVADOS	643	32,15 días
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICOS (IMQ)	1.253	52,20 días (3)
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	1.739	289,83 (4)

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

- (1) Esta media se ajusta bastante a la oferta de 30 días que la Fundación Benéfica Aguirre establece como límite aproximado para poder llegar al mayor número posible de enfermos con nuestra asistencia.
- (2) Consideramos que esta es una media aceptable ya que los enfermos atendidos en este apartado han sido enfermos de Daño Cerebral, poli-traumatizados.
- (3) Esta media no supera los dos meses y teniendo en cuenta que son enfermos complejos, se puede considerar una media muy aceptable.
- (4) Esta media es alta ya que son enfermos de larga estancia.

Tabla Procedencia de los enfermos

De otros centros sanitarios	47 enfermos (1)	49,57 % (2)
Del domicilio del enfermo	38 enfermos	40 %
De Residencias	7 enfermos	7,36 %
De Servicios de nuestro propio Hospital	3 enfermos	3,15 %

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

- (1) De la Clínica San Sebastián (17), del Hospital de Cruces (12), del Hospital de Basurto (6), del Hospital de Górliz (4), del Hospital de Santa Marina (2), de la Clínica Virgen Blanca (1), del Hospital Borja de Gandía (1), del Hospital Gómez Ulla de Burgos (1), del Hospital San Eloy (1), del Hospital de Santiago de Vitoria (1), de la Clínica Intermutual (1).
- (2) Este porcentaje elevado de procedencia de otros centros sanitario merece un comentario teniendo en cuenta que durante el año 2001 la procedencia de los enfermos de otros centros sanitario fue de 37,66%. El significativo aumento que se observa durante este año 2002 (37,66% → 49,57%) nos hace pensar que no solo son los enfermos los que confían en los cuidados de nuestra Unidad sino que son los distintos centros sanitarios lo que comienzan a valorar nuestro trabajo.

Tabla Población de residencia de los enfermos ingresados

Residentes en BILBAO	15 enfermos
Residentes en BARACALDO	14 enfermos
Residentes en GETXO	12 enfermos
Residentes en PORTUGALETE	11 enfermos
Residentes en SANTURCE	9 enfermos
Residentes en SESTAO	8 enfermos
Residentes en ABANTO-CIÉRVANA	3 enfermos
Residentes en TRAPAGA	3 enfermos
Residentes en AMOREBIETA	2 enfermos
Residentes en BASAURI	2 enfermos
Residentes en CASTRO URDIALES (Cantabria)	2 enfermos
Residentes en LUJUA	2 enfermos
Residentes en LEIOA	2 enfermos
Residentes en ARRIGORRIAGA	1 enfermo
Residentes en BERGARA	1 enfermo
Residentes en BERMEO	1 enfermo
Residentes en GUATEMALA	1 enfermo
Residentes en LLODIO	1 enfermo
Residentes en GUENES	1 enfermo
Residente en ORTUPELLA	1 enfermo
Residente en SOPUERTA	1 enfermo

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

51 enfermos residían en la Margen Izquierda, Comarca Sanitaria de influencias donde está ubicado nuestro Hospital, lo que suponía el 52,63%. Este dato nos indica que nuestra Unidad presta un gran servicio a los enfermos y a sus familias que residen cerca de nuestro Hospital lo que favorece que sus familias pueden estar muy cerca de sus seres queridos enfermos en la etapa final de

sus vidas, uno de las condiciones básicas en Cuidados Paliativos, favorecer el acompañamiento de los enfermos por parte de la familia y de sus amigos.

Tabla Financiación de la hospitalización de los enfermos

Entidades financiadoras	Enfermos	%
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	28	29,47 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	24	25,26 %
FINANCIADOS POR EL PROPIO ENFERMO	20	21,05 %
COMPANÍAS DE SEGUROS ACCIDENTES	17	17,89 %
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKA	6	6,31 %

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

A la vista de los datos que refleja esta tabla se puede considerar que la financiación de los enfermos ingresados en esta Unidad de Cuidados Paliativos se puede considerar como un “sistema de financiación dispersa” lo que puede facilitar la viabilidad de esta Unidad como podremos comprobar a lo largo de esta Tesis.

Tabla Destino de los enfermos al alta

Al domicilio del enfermo	37 enfermos	38,94 %
Fallecieron en la Unidad	28 enfermos	29,47 %
Trasladados a otros centros sanitarios (1)	6 enfermos	6,31 %
Trasladados a Residencias de Tercera Edad	5 enfermos	5,26 %

FUENTE: Memoria de 2002 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

- (1) 2 enfermos fueron trasladados al Centro de Rehabilitación Especializado Aita Menni, 2 enfermos al Hospital de Cruces, 1 enfermo a la Clínica San Sebastián y 1 enfermo al Hospital de Basurto.

ACTIVIDADES INTERDISCIPLINARES

Para poder satisfacer las distintas necesidades de los enfermos ingresados en nuestra Unidad durante este año, como son las necesidades biológicas, emocionales, sociales y espirituales, realizamos las siguientes actividades:

1.- REUNIONES DE EQUIPO

Los distintos miembros del equipo teníamos una reunión semanal de una hora de duración. En esta reunión se abordaban temas de los propios enfermos, de las familias y de los propios miembros del equipo. Entendemos que estas reuniones periódicas sirven para poder conocer las opiniones de cada uno de los miembros del equipo y poder discutir algunos casos complejos. Además estas reuniones nos servían como terapia personal para cada uno de los miembros del equipo.

2.- INTERCONSULTAS CON OTRAS ESPECIALIDADES

Para poder resolver algunas dudas de las necesidades biológicas que se nos presentaban al equipo asistencial se realizaron distintas interconsultas a especialistas de nuestro propio Hospital (Traumatología, Otorrinolaringología, Hematología, Cirugía General, Medicina Interna, Oftalmología, Anestesia, Cardiología, Dermatología, Cirugía Plástica, Neurología, Urología, Ginecología...).

3.- INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Este Departamento ofrece atención personalizada a los enfermos y a sus familias en aquella problemática socio-sanitaria que presentan desde que se acercan al Hospital hasta su alta. Durante este año ha intervenido en el 55,78 % de los enfermos ingresados. Así mismo, ha participado en la Comisión de Ingresos de los enfermos que fueron financiados por la Fundación Benéfica Aguirre.

El Grupo de Voluntarios, tan importante para el acompañamiento de nuestros enfermos, ha sido coordinado por este Departamento.

4.- INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Este Departamento ha intervenido en el 75,78% de los enfermos que hemos cuidado junto a sus familias. También ha intervenido con los miembros del Equipo Asistencial que precisaron de su ayuda en cuadros de quemamiento profesional.

5.- INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD

Las necesidades espirituales de los enfermos y sus familias se han satisfecho a través de este Departamento que a través del Sacerdote que ofrecía sus servicios a la totalidad de los enfermos ingresados.

ACTIVIDAD DOCENTE DURANTE EL AÑO 2002

Además de realizar docencia interna dirigida a los Voluntarios también se realizó docencia a las distintas disciplinas de Cuidados Paliativos que había solicitado realizar sus prácticas en nuestra Unidad:

- 3 médicos residentes de Familia que estuvieron rotando en nuestra Unidad. Los objetivos marcados en estas rotaciones fueron: la comunicación con el enfermo en fase terminal y con la familia, valoración clínica de los criterios de terminalidad en enfermos oncológicos y no oncológicos, control de síntomas, trabajo en Equipo Interdisciplinar, valoración de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los enfermos. Dos de estos médicos-residentes fueron autorizados para su rotación a nivel oficial (Insalud y Osakidetza). Otro de los médicos procedente del Hospital San Juan de Dios de Tenerife rotó como asistente voluntario.
- 2 alumnos del último curso de Psicología de la Universidad de Deusto a través del Convenio que tenía establecido nuestro Hospital con dicha Universidad para realizar el Practicum de Psicología.
- 1 psicóloga Becaria de la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto.
- 4 alumnos del Curso Especialista Universitario en Cuidados Paliativos de la Universidad de Deusto.
- Así mismo, realizaron prácticas alumnas de DUE de la Escuela de Enfermería de la Universidad de la Universidad del País Vasco (Capus de Leioa) y alumnas de Auxiliar de Clínica del Colegio San José de Calasanz.

También se impartió docencia externa y se compartieron experiencias como ponentes en: Congreso Internacional de Alzheimer celebrado en Barcelona, Jornada de Daño Cerebral en la Universidad de Deusto, Master de Cuidados Paliativos en la Universidad de Sevilla, Curso Avanzado Intensivo de Cuidados Paliativos en Mérida para instruir a los 8 equipos que la Junta de Extremadura decidió formar para su Plan Estratégico de Cuidados Paliativos, Curso Avances en el Tratamiento Paliativos en San Sebastián, Curso para familiares de Alzheimer organizado por AFA, Curso de Geriátrica y Gerontología para el personal de residencias, Curso de Cuidados Paliativos en Geriátrica para Médicos de Residencias.

INVESTIGACIÓN DURANTE EL AÑO 2002

Se hizo una revisión bibliográfica sobre Cuidados Paliativos No Oncológicos, tema de estudio e investigación que nos había encargado la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

PROYECTOS

Se diseñó durante este año el *Programa Piloto de Asistencia Socio-Sanitaria a Domicilio en Cuidados Paliativos* que se llevaría a cabo junto al Centro de Salud de Cabieces.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2003 ²¹⁶

Durante este año se cuidaron en la Unidad un total de 83 enfermos son las siguientes características:

Tabla_ Distribución por sexo

Mujeres	49	59,03 %
---------	----	---------

²¹⁶ MEMORIA 2003 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Hombres	34	40,97 %
---------	----	---------

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla *Distribución por edades (1)*

< 65 años	28 enfermos	33,73 %
Entre 65 y 80 años	26 enfermos	31,32 %
> 80 años	29 enfermos	34,93 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

- (1) El rango de edad estaba entre 22 años, el más joven y 98 años, el enfermo de más edad.

Tabla *Distribución por tipo de patología*

Patología Oncológica	16 enfermos (1)	19,27 %
Patología No Oncológica	67 enfermos (2)	80,72 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

- (1) Patología neurológica (4 tumores cerebrales, 1 mieloma múltiple). Patología digestiva (2 colon, 1 recto, 2 estómago). Patología respiratoria (2 pulmón, 1 mediastino). Patología Orofaringea (1 cavum, 1 lengua). Patología Ginecológica (1 utero).
- (2) Accidentes cerebro vasculares (18), Rehabilitación por politraumatismo con pluripatología de base (16), demencias (6), Comas (5), enfermedades neurológicas degenerativas (4), multiescaras (3), traumatismos craneoencefálico (3), tetraplejías (2), insuficiencia renal (2), insuficiencia hepática (2), distocia social (1), lesión medular (1), insuficiencia vascular periférica (1), insuficiencia cardiaca (1), insuficiencia respiratoria (1), hemofilia (1).

Tabla *Estancias totales y estancias medias según tipo de patología*

	Total de estancias	Estancia media
Estancias globales y estancia media global	6.415	77,31 días
Enfermos con patología Oncológica	515	32,18 días
Enfermos con patología No Oncológica	5.900	88,05 días

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla *Estancias totales y estancias medias según entidad financiadora*

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia medica
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	1.040	37,14 días
SEGUROS DE ACCIDENTES	1.126	93,83 días
PRIVADOS	524	37,43 días
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	1.780	77,39 días
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	1.945	324,17 días

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla *Procedencia de los enfermos*

de otros centros sanitarios (1)	41 enfermos	49,39 %
---------------------------------	-------------	---------

Del propio domicilio	30 enfermos	36,14 %
Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital	6 enfermos	7,22 %
de Residencias asistidas	4 enfermos	4,81 %
del Programa de Asistencia Socip-sanitaria a Domicilio	2 enfermos	2,40 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

- (1) Relación de centros sanitarios de donde procedieron los 41 enfermos: Hospital de Cruces (14), Clínica San Sebastián (12), Hospital de Basurto (4), Clínica Guimón (2), Hospital de Górliz (2), Hospital San Eloy (2), Clínica Indautxu (1), Hospital Gómez Ulla de Burgos (1), Hospital Santiago de Vitoria (1), Hospital del Mar de Barcelona (1), Centro Intermutual (1).

Tabla Población de residencia de los enfermos ingresados

Residentes en BILBAO	22 enfermos
Residentes en PORTUGALETE	12 enfermos
Residentes en SANTURCE	12 enfermos
Residentes en SESTAO	12 enfermos
Residentes en BARACALDO	9 enfermos
Residentes en GETXO	6 enfermos
Residentes en DURANGO	2 enfermos
Residente en GUATEMALA	1 enfermo
Residente en ABANTO Y CIÉRVANA	1 enfermo
Residente en AMOREBIETA	1 enfermo
Residente en GÜENES	1 enfermo
Residente en MIOÑO (Cantabria)	1 enfermo
Residente en Barrika	1 enfermo
Residente en Castillo Elejabeitia	1 enfermo
Residente en Balmaseda	1 enfermo

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

48 enfermos (el 57,83 %) tenían su residencia en la Margen Izquierda, es decir, en la Comarca de influencia de nuestro Hospital. Estos datos nos hacen seguir pensando que un año más nuestra Unidad de Cuidados Paliativos presta un gran servicio a los enfermos que residen cerca de nuestro Hospital lo que favorece que su familia pueda estar muy cerca de ellos en la etapa final de sus vidas, uno de los elementos básicos de los Cuidados Paliativos, favorecer el acompañamiento de los enfermos a la familia y a sus amigos. También hay que destacar que un porcentaje bastante alto, el 26,50 %, proceden de Bilbao.

Tabla Financiación de la hospitalización en el Área de Cuidados

Entidades financiadoras	Núm. enfermos	% enfermos
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	28 enfermos	33,73 %

IGUALATORIO MEDICO QUIRÚRGICO	23 enfermos	27,71 %
PRIVADOS	14 enfermos	16,86 %
COMPAÑÍAS DE SEGUROS	12 enfermos	14,45 %
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	6 enfermos	7,22 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tener distintas fuentes de financiación de los enfermos ingresados en el Área de Cuidados creemos que es un sistema de “financiación dispersa” que favorece la viabilidad de la misma.

Tabla Destino al alta

a su domicilio	33 enfermos	39,75 %
fallecieron en la Unidad	18 enfermos	21,68 %
trasladados a otros centros	9 enfermos	10,84 %
trasladados a Residencias asistidas	8 enfermos	9,63 %
a su domicilio en seguimiento por el PASSD	2 enfermos	2,40 %
Continuaban ingresados en la Unidad	13 enfermos	

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

PROGRAMA “ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DOMCILIARIA (PASSD)

El movimiento Hospice y de Cuidados Paliativos en los países anglosajones a finales de la década de los 70 y primeros 80 son hito que han “reinventado” el domicilio como lugar idóneo de atención en procesos que como en el caso de los Cuidados Paliativos, la hospitalización tradicional no solo no añade mejoras en la calidad de vida y de atención sanitaria de los enfermos, sino que en muchos casos las empeora.

Este Hospital apostó, como ya lo hemos explicado a en el capítulo V de esta Tesis, por dedicar sus escasos recursos a atender a los enfermos con enfermedades incurables que precisaban de Cuidados Paliativos a finales de 1993. Fue entonces cuando comenzamos a practicar la Medicina Paliativa.

Pero día a día nos dábamos cuenta que el mejor lugar para morir era su propio hogar, junto a los suyos. Al menos teníamos que conseguir que el hogar del

enfermo fuera el lugar idóneo para éste pasase todo el tiempo posible. Ante esta reflexión nos planteamos las siguientes preguntas:

¿Por qué era necesario este servicio domiciliario en nuestro entorno?

Para ello procedimos a analizar las necesidades que nos planteaban las familias a lo largo del tiempo que llevábamos trabajando con el Programa Socio-Sanitario de la Fundación Benéfica Aguirre. Por otro lado cuantificaríamos los enfermos que podrían ser subsidiarios de este tipo de atención.

¿Qué podíamos aportar nosotros?

En primer lugar nos planteamos que esta asistencia no debiera interferir con la actividad sanitaria desarrollada por los profesiones de Osakidetza a través de sus servicios de hospitalización a domicilio, Atención Primaria y Asistencia Social del base. Teniendo en cuenta esta condición nuestra asistencia podría aportar la satisfacción de aquellas necesidades que son tan importantes como las necesidades físicas en Cuidados Paliativos, las necesidades emocionales, sociales y espirituales, así como los cuidados generales que complementarían la asistencia sanitaria.

¿Cómo lo podríamos realizar?

Un primer paso sería acercarnos al domicilio de los enfermos que soliciten el ingreso para poder detectar sus verdaderas necesidades, examinarlas en el seno del Equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos y orientar sobre la estrategia a seguir para poderlas resolver. Cuando fuera posible dar de alta a los enfermos ingresados en la Unidad programar una visita para hacer seguimiento y conocer sus necesidades una vez de nuevo en su domicilio.

Para poder dar respuesta a estas preguntas se propuso un Proyecto del Programa de Asistencia Socio-sanitaria a domicilio (PASSD) dentro del marco de nuestras posibilidades tanto institucional, económica como humana.

Creímos que la implantación de un programa de atención domiciliaria siempre debía obedecer a una necesidad de la Comunidad. Nos planteamos en primer

lugar detectar las necesidades de los enfermos y de sus familias, porque de esta manera podríamos cumplir mejor nuestra labor asistencial con este Programa si teníamos en cuenta estas necesidades en nuestra área de ubicación.

Durante los años 2001 y 2002 pudimos identificar las ayudas que se habían solicitado a nuestra Unidad de Cuidados Paliativos, necesidades que expongo a continuación:

- *Necesidades sanitarias:* enfermedades graves en situación terminal, enfermedades crónicas con deterioro progresivo, dependencia de terceras personas para todas las actividades básicas de la vida diaria, necesidad de curas importantes de escaras por úlceras de presión y falta de atención domiciliaria suficiente por parte de Atención Primaria, inmovilización y encamamiento que conlleva la necesidad de un cuidador continuo para realizar cambios posturales frecuentes, necesidad de control de síntomas (dolor, estreñimiento, vómitos, depresión, insomnio...).
- *Necesidades sociales:* Graves dificultades por parte de la familia para prestarles los cuidados necesarios, edades avanzadas de los cuidadores principales, enfermedades graves de los cuidadores principales, familias con pocos miembros y viviendo fuera del domicilio familiar, enfermos soltero y sin familiares directos que les pudieran atender, enfermos con un solo hijo al que le desbordaba la atención, fallecimiento reciente de los familiares más cercanos (esposa, hijos...) que hasta entonces se hacían cargo de la atención del enfermo, falta de otros familiares en los descendientes que impiden hacerse cargo del enfermo, conflictos de relación entre los miembros de la familia que como consecuencia provocan la falta de implicación y la desatención en el cuidado del enfermo, imposibilidad de poder acompañar las 24 horas por obligaciones laborales y familiares, claudicación familiar, necesidad de descanso temporal del cuidador principal, necesidad de un “tiempo libre”, sin tener que estar pendiente del enfermo para poder hacer gestiones en búsqueda de solución a sus casos, servicio doméstico domiciliario insuficiente para atender la situación de dependencia grave,

problemas de habitabilidad en la vivienda necesitando reformas para poder continuar en su domicilio, desconocimiento de los recursos socio-sanitario, miedo a abordar la muerte de su familia, necesidad de formación básica para cuidar en la alimentación, movilización, higiene, etc.

Durante este estudio de campo comprobamos que los enfermos y sus familias tiene fundamentalmente las siguientes necesidades: cuidados de enfermería de las úlceras de presión, supervisión de alimentación por sondas, cuidados de higiene, formación del cuidador, acompañamiento, desbordamiento emocional, desconocimientos de recursos socio-sanitarios y control de síntomas no suficientemente controlados.

Durante este periodo de estudio (2001-2002) comprobamos que se podrían haber beneficiado un número importante de enfermos junto a sus familias por lo que propusimos este programa para ampliar nuestros cuidados que ya estábamos ofreciendo en régimen de hospitalización. La principales razones que justificaban este programa de Cuidados Paliativos Domiciliarios eran las siguientes:

- La razón prioritaria es la de respetar el deseo del enfermo en fase terminal quiere ser atendido y morir en su domicilio.
- Otra razón es que el domicilio puede ofrecer mejores posibilidades para controlar los síntomas por las siguientes ventajas:
 - o La seguridad que da el conocimiento del entorno.
 - o La posibilidad de tener compañía continuada de la familia, amigos o vecinos sin limitaciones de normas u horarios.
 - o La tranquilidad que proporciona el propio domicilio, siempre que éste reúna condiciones de habitabilidad, comparada con el ajetreo de un centro hospitalario.

El Programa de Asistencia Socio-Sanitaria a Domicilio pretendía ofrecer lo siguiente:

- Garantizar la atención y el acompañamiento al enfermo y a su familia durante el proceso de la enfermedad y hasta que se produzca la muerte.

- Dispensar una atención integral en los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- Lograr un buen control de síntomas.
- Establecer una comunicación eficaz con el enfermo y la familia.
- Dar aporte emocional al enfermo y a la familia.

Este programa comenzó sus actividades asistenciales en el mes de marzo de 2003 realizando las primeras visitas a los enfermos y a sus familias en los domicilios de éstos.

Desde el mes de comienzo hasta diciembre de este año 2003 se atendieron a 26 enfermos en sus domicilios.

Tabla Lugar de residencia de los primeros 26 enfermos atendidos en sus domicilios

LAS ARENAS	4 %
ALGORTA	4 %
BARACALDO	8 %
BILBAO	19 %
PORTUGALETE	23 %
SANTURCE	15 %
SESTAO	27 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Dada la escasa difusión y conocimiento del Programa, la mayoría de que quienes solicitaban nuestra ayuda era para un ingreso en nuestra Unidad de un modo “permanente” o “temporal”, como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla Solicitudes de nuestros servicios

Solicitud de ingreso en nuestra Unidad hasta el fallecimiento	50 %
Solicitud en nuestra Unidad con carácter temporal	35 %
Solicitud de atención domiciliaria	15 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla.- Distribución etaria de los primeros 26 enfermos atendidos en sus domicilios

< 60 años	15 %
Entre 60 y 79 años	31 %
Entre 80 y 89 años	35 %
> 90 años	19 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla Atención domiciliaria según tipo de patología

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	23 %
DEMENCIAS	23 %
PATOLOGIAS ONCOLÓGICAS	31 %
OTRAS PATOLOGÍAS EN FASE TERMINAL	23 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Después de la evaluación tras la primera visita al enfermo se plantean las siguientes alternativas que se reflejan en la tabla siguiente:

Tabla Destino al alta

Fallecen antes de hacer el seguimiento por nuestro equipo	15 %
Son incluidos en nuestro programa domiciliario (PASSD)	20 %
Se decide el ingreso	25 %
Están pendientes del ingreso	35 %
Se orienta a otros servicios	5 %

FUENTE: Memoria de 2003 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

El número total de familias con las que se ha trabajado la posibilidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos, bien sea de forma temporal o indefinida han sido 161. De todas estas solicitudes se han podido satisfacer con el ingreso en nuestra Unidad en número de 63 (39,13 %).

ACTIVIDAD DOCENTE

Durante este año 2003 se realizó docencia interna dirigida a los voluntarios. Además se puso en práctica una actividad de compartir experiencias con otros profesionales que se dedicaban a los Cuidados Paliativos en otros Centros de la Comunidad Autónoma Vasca. Actividad que se denominó TERTULIAS PALIATIVAS. Se celebraron 2 durante este año, a las que acudieron una media de 20 profesionales.

Han estado integrados en nuestra Unidad realizando el Practicum varios alumnos de la Universidad de Deusto con quien teníamos firmado un convenio de colaboración docente: una alumna de 3º de la escuela de Trabajo Social, dos alumnas de 5º de la Facultad de Psicología, y cuatro alumnos del Curso Especialista Universitario en Cuidados Paliativos, curso del que fui docente en sus clases teóricas en la propia Universidad de Deusto. También estuvo integrada en nuestra Unidad una psicóloga, alumna del Máster de Gerontología de la Universidad de Salamanca.

Varios miembros de nuestra Unidad impartimos un Curso de 30 horas, titulado CÓMO CUIDAR EN EL FINAL DE LA VIDA, en el Colegio San José Calasanz, a 40 alumnos de formación profesional en la rama sanitaria.

Nuestro Hospital editó 5.000 ejemplares del libro MI VIDA AL FINAL DE SU VIDA que escribimos varios profesionales de nuestra Unidad. El objetivo del libro fue ofrecer a los familiares-cuidadores una guía fácil de asimilar para prestar los cuidados adecuados al final de la vida. Fue presentado en el Congreso Nacional de la SECPAL de Cuidados Paliativos que se celebró en 2004 en Las Palmas de Gran Canaria. 10 años después editó la 2ª edición.

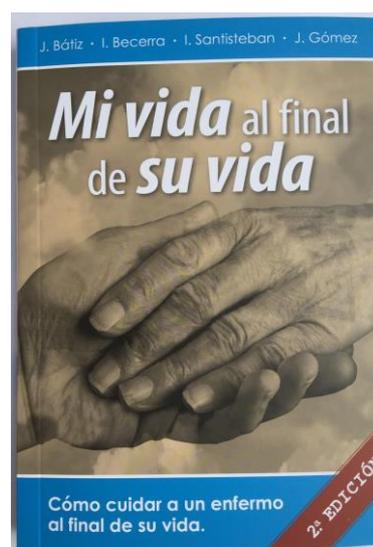


Figura 1ª y 2ª edición del Libro MI VIDA AL FINAL DE SU VIDA
(Fotografías del archivo del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi)

A lo largo de nuestra experiencia junto a los enfermos que se encontraban en la fase final de sus vidas y junto a sus familiares, nuestro equipo consideró que las familias de estos enfermos además de nuestra ayuda diaria y de nuestro consejos necesitaban orientaciones concretas para cuidar a sus seres queridos. Siempre hemos dado importancia a la familia del enfermo y fue por eso por lo que escribimos este libro como ayuda para las familias y cuidadores.

A continuación transcribo parte del prólogo a nuestro libro del Dr. Marcos Gómez Sancho, uno de los pioneros de los Cuidados Paliativos en España además de gran amigo mío con el que trabajo desde hace años en tareas docentes y de divulgación sobre Medicina Paliativa (Gómez M, 2003):

“A lo largo de la fase terminal de una enfermedad, la familia tendrá una importancia decisiva. Durante este proceso, los familiares van a desempeñar una doble misión con respecto al paciente: serán receptores de cuidados y serán dadores de cuidados.

Que serán receptores de cuidados es algo que conocen muy bien todos los profesionales que atiendan a enfermos en estas circunstancias. Muchas veces los familiares lo pasan peor que el propio enfermo, por lo que nos sorprenderemos empleando más tiempo y esfuerzos en ellos que con el propio enfermo. No tengo reparos en afirmar que las personas cuando se van a morir son tan generosas que la mayor parte de su sufrimiento viene condicionado por ver sufrir a sus seres queridos. La consecuencia es que, por bien que atendamos y cuidemos al enfermo, si los familiares están mal, es imposible que el enfermo esté bien. La primera enseñanza es que todo lo que hagamos por mejorar la situación de los familiares, indirectamente estará colaborando para mejorar la situación del enfermo. Y viceversa, dicho sea de paso: los familiares estarán bien si el enfermo está bien. Es suficiente que el enfermo empiece a tener dificultades para respirar, dolor, vómitos o cualquier otro síntoma para que sus seres queridos dejen de estar bien. Entonces, todo lo que hagamos por mejorar al enfermo, mejorará a los familiares y ya nos encontramos con la enseñanza definitiva: no se puede separar bajo ningún punto de vista al enfermo y a los suyos. Constituyen un todo y por eso la unidad a tratar siempre e inexcusablemente serán el enfermo y su familia.

Y también serán dadores de cuidados. La familia se encuentra en las mejores condiciones para ser los mejores cuidadores del enfermo. Los acontecimientos se van a desarrollar la inmensa mayoría del tiempo en la casa del enfermo, al lado de los que siempre han estado a su lado. Pero, además, nadie conoce al enfermo como sus seres

queridos y nadie lo quiere como lo quieren sus familiares. Una vez aceptada esta realidad, a los profesionales nos incumbe enseñar a los que están cerca del enfermo por los lazos familiares que les unen qué es lo que tienen que hacer con el enfermo y cómo hacerlo de la mejor manera posible. Y aquí adquiere una importancia definitiva la tarea educativa de enfermeros y auxiliares: cómo proceder a la higiene corporal, cómo prepararle y darle la comida, cómo suministrarle la medicación, los cuidados de la boca y tantas otras cosas que los familiares podrán hacer por el enfermo. Todo esto, además, tiene una importancia decisiva en beneficio de los propios familiares porque sabemos que 'hacer algo' disminuye el impacto que invariablemente sufrirán los seres queridos. Tampoco hay que infravalorar el hecho de que tras la muerte del paciente, los familiares van a elaborar su duelo más fácilmente sin las pesadas culpas que a veces quedan por no 'haber hecho lo suficiente'.

Este libro es una gran aportación para divulgar los Cuidados Paliativos y para ayudar a la familias que cuidan a sus seres queridos en los domicilios. Después de 11 años de su 1ª edición se ha publicado la 2ª edición ante las solicitudes continuas de profesionales y familiares.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2004 ²¹⁷

Durante este año se cuidaron en la Unidad de Hospitalización 80 enfermos. El 52,50 % (42 enfermos) fueron hombres y el 47,59 % (38 enfermos) fueron mujeres.

Tabla. Distribución por edades

< 65 años	31,25 %
Entre 65 y 80 años	33,75 %
>80 años	35 %

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla. Tipo de patología

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	12 enfermos	15 %
PATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA	68 enfermos	85 %

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

²¹⁷ MEMORIA 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_. Estancias

TOTALES	5.795	72,43 estancias/enfermo
Enfermos oncológicos	266	22,16 estancias/enfermo
Enfermos NO oncológicos	5.529	69,11 estancias/enfermo

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla_. Estancias totales y estancia media según entidades financiadoras

Estancias financiadoras	Total de estancias	Estancia media
Igualatorio Médico Quirúrgico	1.844	61,46
Diputación Foral de Bizkaia	1.754	219,25
Seguros de Accidente	1.079	107,90
Privados	698	36,73
Fundación Benéfica Aguirre	420	32,30

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla_. Financiación de los enfermos hospitalizados

Igualatorio Médico Quirúrgico	30 enfermos	37,50 %
Diputación Foral de Bizkaia	19 enfermos	23,75 %
Seguros de Accidente	13 enfermos	16,25 %
Privados	10 enfermos	12,50 %
Fundación Benéfica Aguirre	8 enfermos	10,00 %

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla_. Procedencia de los enfermos

De otros centros hospitalarios	45 enfermos	56,25 %
Del domicilio del enfermo	17 enfermos	21,25 %
Del PASSD ²¹⁸	8 enfermos	10,00 %
De otros Servicios de nuestros Hospital	6 enfermos	8 %
De Residencias Geriátricas	4 enfermos	5 %

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla_. Lugar de residencia de los enfermos

Margen Izquierda	32 enfermos	40,00 %
Bilbao	25 enfermos	31,25 %

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla_. Destino al alta

²¹⁸ PASSD corresponde a las siglas del Programa de Asistencia Socio Sanitaria Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Al domicilio del enfermo	30 enfermos	37,50 %
Fallecieron en la Unidad	18 enfermos	22,50 %
A Residencia Geriátrica	10 enfermos	12,50 %
Al PASSD	4 enfermos	5,00 %
A otros centros hospitalarios	2 enfermos	2,50 %

FUENTE: Memoria 2004 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2005 ²¹⁹

Durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2005, se cuidaron en la Unidad de Cuidados Paliativos un total de 77 enfermos, 48 mujeres (62%) y 29 hombres (38%) que precisaron satisfacer necesidades sanitarias, emocionales, sociales y espirituales en las fases avanzadas de enfermedades terminales o de enfermedades incurables.

Tabla. Distribución por edades

< 65 años	27,27 %
Entre 65 y 80 años	41,55 %
> 80 años	31,16 %

FUENTE: Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Conviene destacar que el grupo de edad más numerosos de los enfermos que se cuidaron en la Unidad de Cuidados Paliativo durante este año estaba por encima de los 65 años y esa tendencia aumentó con respecto al año anterior, lo que estaba caracterizando como una unidad de cuidados paliativos geriátricos.

Tabla. Distribución por tipos de patología

PATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA	79,22 %
Patología Neurológica	54,09%
Patología A. Locomotor/Rehabilitación	36,06 %
Insuficiencia de un solo órgano	09,83 %
PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	20,78 %

²¹⁹ Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Neoplasia del Sistema Nervioso	37,50 %
Neoplasia del Aparato Digestivo	25,00 %
Neoplasia de Aparato Genito-Urinario	18,75 %
Neoplasia del área otorrinolaringológica	06,25 %
Neoplasia hematológica	06,25 %
Neoplasia del Aparato Locomotor	06,25 %

FUENTE: Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Estancias durante el año 2005

Durante este año se generaron un total de 5.948 estancias en el Área de Cuidados. La estancia media global de los enfermos cuidados fue durante este año de 77,24 estancias por enfermo. Los enfermos oncológicos generaron un total de 639 estancias, lo que supuso una media de 39,93 estancias por enfermo. Los enfermos no oncológicos generaron un total de 5.309 estancias, lo que supuso una media de 87,03 estancias por enfermo. Todos estos datos se pueden visualizar en la siguiente tabla:

Tabla . Estancias en el Área de Cuidados en el año 2005 según grupos patológicos

ESTANCIAS TOTALES	5.948	77,24 estancias/enfermo
Enfermos oncológicos	639	39,93 estancias/enfermo
Enfermos No oncológicos	5.309	87,03 estancias/enfermo

FUENTE: Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla . Estancias en el Área de Cuidados en el año 2005 según entidad financiadora

ENTIDAD FINANCIADORA	TOTAL DE ESTANCIAS	ESTANCIA MEDIA
Diputación Foral de Bizkaia	2.190	365
Igualatorio Médico Quirúrgico	1.945	60,78
Fundación Benéfica Aguirre	861	45,31
Seguros de Accidente	676	67,70
Privados	189	31,50
Sanitas	45	15
Lagun Aro	23	23

FUENTE: Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Esta tabla refleja unas estancias medias que obligan a hacer algunos comentarios explicativos. La estancia media elevada de 365 días por enfermo financiado por la Diputación Foral de Bizkaia responde al Convenio **(conviene citar fecha de este convenio y el contenido del mismo, aportándolo como**

documentación) que el Hospital San Juan de Dios de Santurce firmó con esta Institución para el ingreso indefinido de los enfermos hasta su fallecimiento. La estancia media que corresponde a los enfermos financiados por la compañía de seguros Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) se ajustaba, como otros años, a los dos meses de estancia media que precisaban estos enfermos que había ingresado en nuestra Unidad para tratamiento rehabilitador por secuelas de procesos cerebro-vasculares o del Aparato Locomotor. La estancia media de los enfermos que fueron financiados por la Fundación Benéfica Aguirre se mantuvo dentro del periodo de estancia que ofrecía esta Institución para poder redistribuir sus recursos de manera equitativa a todos aquellos ciudadanos que solicitaban el ingreso en nuestra unidad por carecer de recursos propios para poderlo hacer frente, de manera privada. También la estancia media de los enfermos ingresados a cargo de las compañías de seguros de accidente se ajustó a unos dos meses, tiempo prudencial para estabilizar o recuperar hasta conseguir autonomía, motivo de su ingreso. Los enfermos privados mantuvieron una constante estancia media de un mes como había ocurrido en años anteriores lo que nos sugiere que a pesar de ser una unidad que puede parecer muy costosa para financiarla de forma privada, un mes puede ser asumible, en situación clínica de terminalidad, para sus familias.

Procedencia

Como se puede apreciar en la tabla siguiente, el mayor porcentaje de los enfermos procedieron de otros centros sanitarios (Hospital de Cruces, Hospital de Górliz, Hospital de Galdakao, Hospital de Santa Marina, Hospital de Basurto, Clínica San Sebastián, Clínica Virgen Blanca, etc.).

Tabla . *Procedencia de los enfermos al Área de Cuidados en el año 2005*

Centros Sanitarios Públicos	37,66 %
Domicilio de los enfermos	33,76 %
Centros Sanitarios Privados	20,77 %
Otros Servicios del propio Hospital San Juan de Dios de Santurtzi	6,49 %
Residencias Geriátricas	1,29 %

FUENTE: Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Hay que señalar que el 37,66 % de los enfermos ingresados en esta Unidad procedieron de Centros Sanitarios del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

con quien por entonces, ni en la fecha de la redacción de esta Tesis, el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi tiene un concierto para el ingreso de este tipo de enfermos. Ingresaron a petición del propio paciente o de sus familias por motivos diferentes, a cargo de distintas entidades privadas o a cargo del propio enfermo.

Teniendo en cuenta la población de residencia de los enfermos, hay que destacar que el 44,15 % de los enfermos que se cuidaron el citado año residían en poblaciones de la Comarca de la Margen Izquierda (Ezkerraldea) donde está ubicado este Hospital.

Tabla_. *Financiación del ingreso de los enfermos en el Área de Cuidados en el año 2005*

Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ)	41,55 %
Fundación Benéfica Aguirre	24,67 %
Compañía de Seguros de Accidentes	12,98 %
Diputación Foral de Bizkaia	7,79 %
Privados	7,79 %
Sanitas	3,89 %
Lagun Aro	1,29 %

FUENTE: Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

Tabla_. *Destinos al alta del Área de Cuidados en el año 2005*

Al domicilio del enfermo	45 enfermos	58,44 %
Fallecieron en la Unidad	17 enfermos	22,07 %
Traslado a otro centro sanitario	1 enfermo	1,29 %
A una residencia geriátrica	1 enfermo	1,29 %

FUENTE: Memoria 2005 de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Santurtzi.

El equipo de profesionales del Área de Cuidados no nos conformábamos con realizar este trabajo asistencial que he resumido en estas tablas. Varios miembros del equipo participamos en Jornadas Nacionales, así como Congresos Nacionales y Cursos de Cuidados Paliativos, para continuar formándonos en esta disciplina y para compartir nuestra experiencia con otros profesionales. También participamos en actividades de docencia externa e interna como tutores de alumnos en prácticas de Psicología, Enfermería y

Medicina. Así mismo, hemos aportado nuestras opiniones y nuestras experiencias en trabajos escritos con el objetivo de divulgar la Filosofía de los Cuidados Paliativos con el carisma juandediano.

Cada año, cuando realizamos la memoria de la actividad del Área de Cuidados, comprobamos que el beneficio que obtienen los enfermos, sus familias y la sociedad de un modelo asistencial como el de este Hospital, nos motiva para continuar trabajando en este mismo sentido porque un Área de Cuidados como la de nuestro Hospital puede tener un importante papel como Unidad Socio Sanitaria de Cuidados Paliativos en nuestro área de influencia.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2006 ²²⁰

Una actividad importante de nuestro Hospital la constituye el espacio socio-sanitario donde se atienden a pacientes, tanto en régimen de hospitalización como domiciliario. Es un programa enfocado a la atención de discapacitados físicos gravemente afectados y de cuidados paliativos a pacientes en las últimas fases de su vida que se realiza a través de la unidad de hospitalización de cuidados paliativos y de la atención domiciliaria del equipo de cuidados paliativos.

Durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2006 fueron cuidados en la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos un total de 59 enfermos (el 39% mujeres y el 61% hombres) lo que generaron un total de 6.569 estancias hospitalarias.

Tabla_. Distribución por edades de los enfermos ingresados en el Área de Cuidados en el año 2006

< 65 años	30,50%
Entre 65 y 80 años	44,06 %

²²⁰ Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

>80 años	25,44%
----------	--------

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Durante este año descendió notablemente el porcentaje de los enfermos con edad por encima de los 80 años. Este obedeció al aumento de enfermos por debajo de los 65 años (edades en las que están comprendidos los enfermos de la Diputación Foral de Bizkaia) y la estabilización de los enfermos entre 65 y 80 años (edades en las que estaban comprendidos los enfermos del IMQ que eran los que requerían tratamiento rehabilitador por secuelas de ACV y por convalecencias postoperatorias complejas del Aparato Locomotor), teniendo en cuenta que estos dos grupos de enfermos eran los que habían aumentado sus estancias ese año.

Tabla. Tipo de patología de los enfermos ingresados en el Área de Cuidados en el año 2005

Patología Oncológica	15,55 %
Patología No Oncológica	87,45 %

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Durante este año se cuidaron en el Área de Cuidados un total de 37 (62,71 %) enfermos con patología neurológica oncológica y no oncológica por lo que fue la patología predominante de los enfermos cuidados durante este año en la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos. Esto hizo que se profundizara en el trabajo de los Cuidados Paliativos en Neurología y fuera objeto de comunicaciones²²¹ en Jornadas y Máster de la especialidad en la que habitualmente participamos (Demencia tipo Alzheimer, Esclerosis Múltiple, Coma Vigil Permanente, etc.), así como de publicaciones.²²²

²²¹ Ponencia Cuidados Paliativos en la demencia severa en I Simposium "Atención al enfermo desde las comunidades religiosas". Residencia Orue. Amorebieta (Vizcaya). Febrero 2006. Ponencia Retos de patología no oncológica en el VI Congreso Nacional de Cuidados Paliativos de la SECPAL. San Sebastián. Junio 2006. Ponencia Estado vegetativo persistente y coma en el Seminario "Aliviar el sufrimiento". Universidad Internacional Menéndez y Pelayo. Santander. Julio 2007. "Factores pronósticos en la demencias avanzadas". Ponencia en el Congreso Nacional de Cuidados Paliativos. Salamanca. Junio/2008. "¿Cómo cuidar a un enfermo con demencia avanzada?". Jornada Alzheimer. Bilbao. Septiembre/2008

²²² Publicación: Algunas reflexiones éticas desde los Cuidados Paliativos a los enfermos con daño cerebral irreversible. Revista Hermanos Hospitalarios. 2ª época. Nº 19 junio-agosto 2011. Págs. 134-136. Editorial ¡Cuidados Paliativos para todos, también para los pacientes no oncológicos!. Gaceta Médica de Bilbao. Volumen 110. Núm. 1. Enero-Marzo 2013, págs... 3-5

Estancias

Durante el año 2006 se generaron un total de 6.569 estancias, siendo la estancia media global de 111,33 estancias por enfermo.

Tabla_. Estancias según tipos de patología en el Área de Cuidados en el año 2006

Tipo de enfermos	Estancias totales	Estancia media
No Oncológicos	490	61,25 %
No Oncológicos	6.079	119,19 %

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tanto las estancias medias globales como por grupos de patologías no oncológicas y oncológicas aumentaron con respecto al año 2005. Este aumento tal vez se pueda explicar porque el tipo de patología que fue atendida en esta Unidad era patología neurológica cuya evolución es más larga en su progresión hacia la terminalidad ya que se estabilizan en las fases de dependencia total de terceras personas.

Tabla_. Estancias según las entidades financiadoras en el Área de Cuidados en el año 2006

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	2.967	269,72
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	2.184	80,88
SEGUROS/ACCIDENTE	825	117,85
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	455	50,55
PRIVADOS	138	27,6

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Procedencia de los enfermos

Tabla_. Procedencia de los enfermos ingresados en el Área de Cuidados en el años 2006

de Centros Sanitarios Públicos	27,11 %
del Domicilio del enfermo	27,11 %
de Centros Sanitarios Privados	32,20 %
de otros Servicios del propio Hospital San Juan de Dios de Santurtzi	6,77 %
Residencia Geriátrica	1,69 %
Programa de Asistencia Socio Sanitaria a Domicilio (PASSD)	5,08 %

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Como se puede observar en esta tabla, un 27,11 % de los enfermos ingresados en esta Unidad, en el año 2006, procedía de Centros Sanitarios Públicos. Este dato conviene explicarlo porque, a pesar de que el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi no tiene concierto con el Servicio Vasco de Salud para la actividad asistencial en Cuidados Paliativos, son los familiares o los propios enfermos los que solicitan el ingreso en nuestro Hospital cuando se les propone desde los Hospitales de la Red Sanitaria Pública traslado a las Unidades de Cuidados Paliativos de la propia Red Pública (Hospital de Górliz u Hospital de Santa Marina) o a su domicilio. La razones para solicitar el traslado a nuestra Unidad en estos casos obedecen a la cercanía de nuestro Hospital a su lugar de Residencia (Bátiz J, 2000).

Tabla Población de residencia de los enfermos

Gran Bilbao	25
Portugalete	6
Barakaldo	4
Santurtzi	3
Getxo	3
Sestao	3
Orozco	2
Bermeo	1
Galdakao	1
Ondarroa	1
Durango	1
Zalla	1
Leioa	1
Basauri	1
Castillo Elejabeitia	1
Amboto	1
PALESTINA	1
Amorebieta	1
Erandio	1
Tolosa	1

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

En esta tabla se puede constatar que nuestra Unidad de Cuidados Paliativos es una referencia que no solo se circunscribe al de su área de influencia (Margen Izda).

Financiación de los ingresos de enfermos

Como se puede comprobar en la siguiente tabla existe una financiación diversificada de los ingresos en la Unidad de Cuidados Paliativos. Creemos que es una buena fórmula de financiación para poder mantener la viabilidad de una Unidad de estas características.

Tabla_ Financiación de los ingresos de enfermos en la Unidad

IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	45,76 %
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	18,64 %
FUNDACION BENÉFICA AGUIRRE	15,25 %
COMPAÑIAS DE SEGUROS/ACCIDENTES	11,86 %
PRIVADOS	8,47 %

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Destinos al alta

Tabla_ Destinos al alta

A SU DOMICILIO	29 enfermos	49,15 %
FALLECIERON	5 enfermos	8,47 %
TRASLADADOS A OTRO CENTRO	3 enfermos	5,08 %
A UNA RESIDENCIA	4 enfermos	6,77 %

FUENTE: Memoria 2006 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL AÑO 2007 ²²³

Durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2007 se atendieron en la Unidad un total de 52 enfermos. Durante este periodo ingresaron 34 enfermos nuevos.

Tabla_ Edad de los enfermos

< 65 años	29 enfermos	55,76 %
Entre 65 y 80 años	15 enfermos	28,84 %
> 80 años	8 enfermos	15,38 %

FUENTE: Memoria 2007-2008 Hospital San Juan de Santurce.

Es interesante destacar el cambio de la distribución etaria que se ha comenzado a dar este año como se puede observar en la tabla siguiente.

²²³ Memoria 2007-2008. Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Tabla Distribución etaria en los últimos cuatro años

Rangos de edades	2004	2005	2006	2007
< 65 años	31,25 %	27,27 %	30,50 %	55,76 %
Entre 65 y 80 años	33,75 %	41,55 %	44,06 %	28,84 %
> 80 años	35 %	31,16 %	25,44 %	15,38 %

FUENTE: Memorias 2004, 2005, 2006 y 2007-2008 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Mientras que hasta el año 2007 nuestra Unidad se caracterizó por atender enfermos con una distribución etaria más o menos homogénea, a partir de este año vemos que esta distribución se ha concentrado en pacientes menores de 65 años siendo el rango de este grupo de edad de 25-63. Esta variación responde al ingreso de personas con enfermedades neurológicas progresivas, en algún caso, a través del Programa de la Diputación Foral de Bizkaia. Veremos cómo en los años siguientes se mantiene esta variación.

Tabla Tipos de patología

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	17,30 %
PATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA	82,70 %

FUENTE: Memoria 2007-2008 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Estancias según tipos de patología

	Total de estancias	Estancia media
ENFERMOS ONCOLÓGICOS	392	43,55
ENFERMOS NO ONCOLÓGICOS	6.913	160,76
DATOS GLOBALES	7.305	140,48

FUENTE: Memoria 2007-2008 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Estancias según la entidad financiadora

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	5.092	280,31
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	717	44,81
SEGUROS DE ACCIDENTE	460	76,66
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	445	89,00
PRIVADOS	288	72,00
LAGUN ARO	53	53,00
OSAKIDETZA	17	17,00

FUENTE: Memoria 2007-2008 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

En la tabla anterior hay que destacar dos aspectos importantes:

1. El total de estancias más numeroso es el que correspondía a los enfermos de la Diputación Foral de Bizkaia. El aumento es muy destacado (70%) con respecto al año 2006. Esto se corresponde con la distribución etaria de la tabla () en la que se observa que el rango de edad en este año es más joven debido a este aumento de enfermos de la Diputación con enfermedades neurológicas progresivas y avanzadas.
2. Las estancias medias se ajustaban al objetivo de las entidades financiadoras: los enfermos ingresados por cuenta de la Diputación Foral de Bizkaia tenían una estancia prevista en nuestra Unidad con carácter indefinido, hasta su fallecimiento. Los seguros de accidente, Igualatorio Médico Quirúrgico, Lagun Aro y Osakidetza financiaban sus ingresos para rehabilitación y/o convalecencia, ajustándose entre mes y medio o dos meses y medio. La Fundación Benéfica Aguirre financia la estancia a enfermos para descanso del cuidador principal o control de síntomas ajustándose a una estancia media de 2 meses y medio. Y por último, los enfermos privados que financian su ingreso necesitan una estancia media de algo más de dos meses para recibir los cuidados al final de la vida hasta su fallecimiento o para control de síntomas.

Tabla_ Procedencia de los enfermos ingresados

DE CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS	36,53 %
DE SUS PROPIOS DOMICILIOS	34,61 %
DE CLÍNICAS PRIVADAS	19,23 %
DE SERVICIOS DE NUESTRO PROPIO HOSPITAL	7,69 %
DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS	1,92 %

FUENTE: Memoria 2007-2008 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Financiación de la hospitalización de los enfermos

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	19 enfermos	36,53 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	16 enfermos	30,76 %
SEGURO DE ACCIDENTES	6 enfermos	11,53 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	5 enfermos	9,61 %
POR LOS PROPIOS ENFERMOS (PRIVADOS)	4 enfermos	7,69 %
Otros seguros (OSAKIDETZA, LAGUN ARO)	2 enfermos	3,84 %

FUENTE: Memoria 2007-2008 Hospital San Juan de Dios de Santurce.

La financiación por la Diputación Foral de Bizkaia de los 19 enfermos que figuran en esta tabla está complementada por la Fundación Benéfica Aguirre además de los que esta Fundación financia en su totalidad a los 5 enfermos.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2008 ²²⁴

Durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2008 se han cuidado en la Unidad de Cuidados del Hospital San Juan de Dios de Santurce un total de 49 enfermos. Durante este periodo ingresaron 27 enfermos nuevos.

Tabla *Edad de los enfermos ingresados*

< 65 años	65,30 %
Entre 65 y 80 años	10,20 %
> 80 años	24,50 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Tipo de patología*

Patología Oncológica	18,37 %
Patología No Oncológica	81,63 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según tipo de patología*

	Total de estancias	Estancia media
Enfermos Oncológicos	650	72,22
Enfermos No Oncológicos	7.340	183,5
Estancias totales	7.990	163,06

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según la entidad financiadora*

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	6.539	326,95
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	502	125,5
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	476	43,27
PRIVADOS	323	29,36
SEGUROS DE ACCIDENTE	87	43,5
OSAKIDETZA	53	53

²²⁴ Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi, "Un hospital próximo"

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Procedencia de los enfermos ingresados

Lugar de procedencia	nº de enfermos	%
Centros hospitalarios públicos	21	42,85 %
Domicilios de los enfermos	20	40,81 %
Centros hospitalarios privados	5	10,20 %
Residencias geriátricas	3	6,12 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Financiación del ingreso de los enfermos

Entidades financiadoras	nº de enfermos	%
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	20	40,81 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	11	22,44 %
PRIVADOS	11	22,44 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	4	8,16 %
SEGUROS DE ACCIDENTE	2	4,08 %
OSAKIDETZA	1	2,04 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Destino al alta

Fueron a su domicilio	12 enfermos	24,48 %
Fallecieron en nuestra Unidad	10 enfermos	20,40 %
Fueron trasladados a otros centros hospitalarios	3 enfermos	6,12 %
Seguimiento en sus domicilios por el PASSD	1 enfermo	2,04 %

Fuente: Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Durante este mismo año, dentro del Área de Cuidados, se contempló la necesidad de establecer la llamada **Unidad de Rehabilitación Hospitalaria**. En esta Unidad podrían ingresar pacientes que presentaran secuelas de daño cerebral provocado fundamentalmente por accidentes cerebrovasculares, así como convalecientes de cirugía traumatológica asociada a patologías concomitantes, gran dependencia de terceras personas y precariedad en recursos asistenciales en su domicilio.

Los objetivos del tratamiento rehabilitador en el Área de Cuidados eran los siguientes:

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Por un lado, recuperar las funciones locomotoras a través de la rehabilitación específica y fomento de su autonomía por medio de las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado, mejorar las funciones cognitivas y relacionales del paciente mediante logopedia, estimulación cognitiva y participación en actividades ocupacionales grupales.

OBJETIVOS GENERALES: Orientar en la toma de decisiones, informar de la situación clínica y ajustar expectativas en la familia en su proceso de adaptación a la enfermedad del paciente. Garantizar cuidados básicos de Enfermería (aseo, asistencia en la alimentación, curas específicas, cambios posturales, traslados cama-silla, etc.). Estabilizar síntomas agudos más frecuentes en estos pacientes (infecciones, complicaciones de traqueostomía, de sondajes vesicales, de sondas gastrostomía o nasogástricas). Administrar y controlar los distintos tratamientos farmacológicos. Así como controlar los factores de riesgo (dislipemias, hipertensión arterial, diabetes...) y las complicaciones médicas que puede sobrevenir durante el ingreso.

No obstante, antes de establecer esta Unidad de Rehabilitación Hospitalaria con los objetivos que he indicado todos los enfermos ingresados en el Área de Cuidados reciben como un cuidado más sesiones de fisioterapia con el fin de aliviar los dolores por el encamamiento, conseguir la máxima autonomía posible, y por otro lado, mantener el contacto físico con la persona enferma que como tal también tiene efectos terapéutico de acompañamiento.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2009²²⁵

Durante el periodo comprendido desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009 se atendieron un total de 45 enfermos en la Unidad de Cuidados Paliativos de nuestro Hospital. Durante este periodo ingresaron 23 enfermos nuevos.

²²⁵ Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla *Edad de los enfermos ingresados*

< 65 años	27 enfermos	60 %
entre 65 y 80 años	10 enfermos	22 %
> 80 años	8 enfermos	18 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por sexo*

Mujeres	22	49 %
Hombres	23	51 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por tipo de patología*

Patología NO Oncológica	39 enfermos	87 %
Patología Oncológica	6 enfermos	13 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según tipo de patología*

	Total estancias	Estancia media
Patología NO Oncológica	8.015	205 días
Patología Oncológica	478	80 días
Estancias totales	8.493	188 días

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Financiación del ingreso de los enfermos*

Entidades financiadoras	Nº de pacientes	%
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	20	36,36 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	11	24,44 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	9	20 %
PRIVADOS	3	6,66 %
SEGUROS DE ACCIDENTE	2	4,44 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según la entidad financiadora*

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	6.733	336,65 días
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	740	67,27 días
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	459	51 días
PRIVADOS	59	19,66 días

SEGUROS DE ACCIDENTE	502	251 días
----------------------	-----	----------

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Procedencia de los enfermos ingresados*

Lugar de procedencia	nº de enfermos	%
Centros hospitalarios públicos	16	35,55 %
Domicilios de los enfermos	19	42,22 %
Centros hospitalarios privados	5	11,11 %
Residencias geriátricas	3	6,66 %
Programa Asistencia Socio-Sanitaria Domiciliaria (PASSD)	2	4,44 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Población de residencia de los enfermos*

BILBAO	10
SANTURCE	6
PORTUGALETE	4
BARAKALDO	4
GETXO	3
BERMEO	3
SESTAO	2
LEIOA	2
BASAURI	2
TRAPAGA	2
TOLOSA (Guipuzcoa)	1
BALMASEDA	1
URDULIZ	1
ERMUA	1
MUNGUÍA	1
ARTEA	1
CIÉRVANA	1

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Destino al alta*

Fueron a su domicilio	14 enfermos	31 %
Fallecieron en la Unidad	5 enfermos	11 %
Fueron trasladados a otros Centros Sanitarios	3 enfermos	7 %
Fueron trasladados a Residencias Geriátricas	1 enfermos	2 %

Fuente: Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2010 ²²⁶

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2010, en el Área de Cuidados (Hospitalización) se atendieron 61 enfermos. De ellos, 38 ingresaron durante el presente año y 23 estaban ingresados ya.

Tabla *Edad de los enfermos ingresados*

< 65 años	30 enfermos	49,18 %
entre 65 y 80 años	24 enfermos	39,34 %
> 80 años	7 enfermos	11,47 %

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por sexo*

Mujeres	26	42,62 %
Hombres	35	57,37 %

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por tipo de patología*

Patología NO Oncológica	44 enfermos	72,13 %
Patología Oncológica	17 enfermos	27,86 %

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Destino al alta*

Fueron a su domicilio	23 enfermos	37,70 %
Fallecieron en la Unidad	14 enfermos	22,95 %
Fueron trasladados a otros Centros Sanitarios	2 enfermos	3,27 %
Fueron trasladados a Residencias Geriátricas	2 enfermos	3,27 %

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según tipo de patología*

	Total estancias	Estancia media
Patología Oncológica	527	31 días
Patología NO Oncológica	8.135	184,88 días
Estancias totales	8.662	142 días

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Financiación del ingreso de los enfermos*

Entidades financiadoras	Nº de pacientes	%
-------------------------	-----------------	---

²²⁶ Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	21	34,42 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	14	22,95 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	7	11,47 %
PRIVADOS	17	27,86 %
SEGUROS DE ACCIDENTE	2	3,27 %

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Estancias según la entidad financiadora

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	6.868	327,04 días
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	726	51,85 días
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	407	58,14 días
PRIVADOS	224	13,17 días
SEGUROS DE ACCIDENTE	437	218,5 días

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Procedencia de los enfermos ingresados

Lugar de procedencia	nº de enfermos	%
Centros hospitalarios públicos	19	31,14 %
Domicilios de los enfermos	30	49,18 %
Centros hospitalarios privados	6	9,8 %
Residencias geriátricas	3	4,91 %
Programa Asistencia Socio-Sanitaria Domiciliaria (PASSD)	2	3,27 %
Servicios de nuestro propio Hospital	1	1,63 %

Fuente: Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Población de residencia de los enfermos ingresados

Residentes en BILBAO	6 enfermos
Residentes en PORTUGALETE	12 enfermos
Residentes en SANTURCE	4 enfermos
Residentes en SESTAO	4 enfermos
Residentes en BARACALDO	6 enfermos
Residentes en GETXO	10 enfermos
Residentes en LEIOA	3 enfermos
Residente en TOLOSA	1 enfermo
Residente en BASAURI	4 enfermos
Residente en URDULIZ	1 enfermo
Residente en BERMEO	3 enfermos
Residente en ERMUA	1 enfermo
Residente en TRAPAGA	1 enfermo
Residente en ZAYA	1 enfermo
Residente en BALMASEDA	1 enfermo
Residente en ERANDIO	1 enfermo
Residente en ARTEA	1 enfermo
Residente en ARCENALES	1 enfermo

FUENTE: Memoria de 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2011²²⁷

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2011 en el Área de Cuidados (Hospitalización) se han atendido 42 enfermos. De ellos 22 estaban ya ingresados y 20 ingresaron durante el presente año.

Tabla_ Edad de los enfermos ingresados

< 65 años	29 enfermos	69,04 %
entre 65 y 80 años	7 enfermos	16,66 %
> 80 años	6 enfermos	14,28 %

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Distribución por sexo

Mujeres	19	45,23 %
Hombres	23	54,76 %

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Distribución por tipo de patología

Patología NO Oncológica	32 enfermos	76,19 %
Patología Oncológica	10 enfermos	23,80 %

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Destino al alta

Fueron a su domicilio	5 enfermos	11,90 %
Fallecieron en la Unidad	12 enfermos	28,57 %
Pisos tutelados de la Diputación Foral de Bizkaia	2 enfermos	4,76 %

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Estancias según tipo de patología

	Total estancias	Estancia media
Patología Oncológica	616	61,6 días
Patología NO Oncológica	6.773	211,65 días
Estancias totales	7.389	175,92 días

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Financiación del ingreso de los enfermos

²²⁷ Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Entidades financiadoras	Nº de pacientes	%
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	24	57,14 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	8	19,04 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	1	2,38 %
PRIVADOS	7	16,66 %
SEGUROS DE ACCIDENTE	2	4,76 %

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Estancias según la entidad financiadora

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	6.799	283,29 días
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	287	35,87 días
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	11	11 días
PRIVADOS	197	28,14 días
SEGUROS DE ACCIDENTE	95	47,5 días

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Procedencia de los enfermos ingresados

Lugar de procedencia	nº de enfermos	%
Centros hospitalarios públicos	10	23,80 %
Domicilios de los enfermos	22	52,38 %
Centros hospitalarios privados	1	2,38 %
Residencias geriátricas	5	11,90 %
Programa Asistencia Socio-Sanitaria Domiciliaria (PASSD)	3	7,14 %
Servicios de nuestro propio Hospital	1	2,38 %

Fuente: Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla Población de residencia de los enfermos ingresados

Residentes en BILBAO	2 enfermos
Residentes en PORTUGALETE	9 enfermos
Residentes en SANTURCE	5 enfermos
Residentes en SESTAO	6 enfermos
Residentes en BARACALDO	4 enfermos
Residentes en GETXO	4 enfermos
Residentes en LEIOA	2 enfermos
Residente en KENIA	1 enfermo
Residente en BASAURI	2 enfermos
Residente en URDULIZ	1 enfermo
Residente en BERMEO	1 enfermo
Residente en ERMUA	1 enfermo
Residente en ORTUELLA	1 enfermo
Residente en ORDUÑA	1 enfermo
Residente en BALMASEDA	1 enfermo
Residente en ERANDIO	1 enfermo

FUENTE: Memoria de 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL AÑO 2012 ²²⁸

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012 en el Área de Cuidados (Hospitalización) se han atendido 70 enfermos. De ellos, 23 estaban ya ingresados y 47 ingresaron durante el presente año.

Tabla *Edad de los enfermos ingresados*

< 65 años	38 enfermos	54,28 %
entre 65 y 80 años	14 enfermos	20,00 %
> 80 años	18 enfermos	25,71 %

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por sexo*

Mujeres	29	41,42 %
Hombres	41	58,57 %

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por tipo de patología*

Patología Oncológica	17 enfermos	24,28 %
Patología NO Oncológica	53 enfermos	75,71 %

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Destino al alta*

Fueron a su domicilio	17	24,28 %
Fallecieron en la Unidad	19	27,14 %
Fueron trasladados a otros Centros Sanitarios	2	2,85 %
Fueron trasladados a Residencias Geriátricas	3	4,28 %

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según tipo de patología*

	Total estancias	Estancia media
Patología NO Oncológica	9.779	184,5 días
Patología Oncológica	1.162	68,35 días
Estancias totales	10.941	156,3 días

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

²²⁸ Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Tabla_ Financiación del ingreso de los enfermos

Entidades financiadoras	Núm. pacientes	%
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	28	40,02 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	17	24,28 %
PRIVADOS (financiados por el propio paciente)	8	11,42 %
SEGUROS DE ACCIDENTES	6	8,57 %
SEGUROS PRIVADOS (IMQ, SANITAS)	11	15,71 %

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

En la siguiente tabla se representa el desglose las estancias totales y las estancias medias según la entidad financiadora para poder hacer una valoración más objetiva sobre los estándares adecuados de días de ingreso en el Área de Cuidados.

Tabla_ Estancias totales y estancias medias según la entidad financiadora

Entidad Financiadora	Estancias totales	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	8.212	293,28 días
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	598	35,17 días
SEGUROS PRIVADOS (IMQ, SANITAS)	577	72,12 días
SEGUROS DE ACCIDENTES	1.030	171,66 días
PRIVADOS	524	47,63 días

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Tabla_ Procedencia de los enfermos ingresados

Lugar de procedencia	nº de enfermos	%
Centros hospitalarios	22	31,42 %
Domicilios de los enfermos	36	51,42 %
Residencias geriátricas	6	8,57 %
Servicios de nuestro propio Hospital	6	8,57 %

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Lugar de residencia de los enfermos ingresados

Bilbao	14	20 %
Santurtzi	10	14,28 %
Portugalete	10	14,28 %
Getxo	9	12,85 %
Barakaldo	6	8,57 %
Sestao	4	5,71 %

Bermeo	2	2,85 %
Galdakao	2	2,85 %
Mondragón	2	2,85 %
Balmaseda	1	1,42 %
Basauri	1	1,42 %
Leioa	1	1,42 %
Erandio	1	1,42 %
Orduña	1	1,42 %
Trápaga	1	1,42 %
Gernika	1	1,42 %
Amurrio	1	1,42 %
Artea	1	1,42 %
Abanto	1	1,42 %
Burgos	1	1,42 %

Fuente: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL AÑO 2013 ²²⁹

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre se han cuidado en el Área de Cuidados (Hospitalización) un total de 61 enfermos, de los cuales 29 ya estaban ingresados y 32 ingresaron durante este año.

Tabla *Edad de los enfermos ingresados*

< 65 años	37 enfermos	60,65 %
entre 65 y 80 años	14 enfermos	22,95 %
> 80 años	10 enfermos	16,39 %

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por sexo*

Mujeres	25	40,98 %
Hombres	36	59,01 %

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Distribución por tipo de patología*

Patología NO Oncológica	48 enfermos	78,68 %
Patología Oncológica	13 enfermos	21,31 %

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

²²⁹ Memoria 2013 Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Tabla_ Destino al alta

Fueron a su domicilio	16 enfermos	26,22 %
Fallecieron en la Unidad	16 enfermos	26,22 %
Fue trasladado a otro Centro Sanitario	1 enfermo	1,63 %
Fueron trasladados a Residencias Geriátricas	4 enfermos	6,55 %

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Estancias según tipo de patología

	Total estancias	Estancia media
Patología Oncológica	1.059	81,46 días
Patología NO Oncológica	9.717	202,43 días
Estancias totales	10.776	176,65 días

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Financiación del ingreso de los enfermos

Entidades financiadoras	Nº de pacientes	%
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	25	40,98 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	9	14,75 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	8	13,11 %
PRIVADOS	14	22,95 %
SEGUROS DE ACCIDENTE	5	8,19 %

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Estancias según la entidad financiadora

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	8.214	328 días
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	707	78,55 días
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	310	38,75 días
PRIVADOS	1.224	87,42 días
SEGUROS DE ACCIDENTE	321	64 días

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Procedencia de los enfermos ingresados

Lugar de procedencia	nº de enfermos	%
Centros hospitalarios públicos	17	27,86 %
Domicilios de los enfermos	27	44,63 %
Centros hospitalarios privados	4	6,55 %
Residencias geriátricas	7	11,47 %
Programa Asistencia Socio-Sanitaria Domiciliaria (PASSD)	2	3,27 %
Servicios de nuestro propio Hospital	4	6,55 %

Fuente: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Población de residencia de los enfermos ingresados

Residentes en BILBAO	9 enfermos
----------------------	------------

Residentes en PORTUGALETE	8 enfermos
Residentes en SANTURCE	9 enfermos
Residentes en SESTAO	6 enfermos
Residentes en BARACALDO	6 enfermos
Residentes en GETXO	6 enfermos
Residentes en LEIOA	1 enfermos
Residente en ORDUNA	2 enfermo
Residente en BASAURI	1 enfermos
Residente en GALDAKAO	2 enfermo
Residente en BERMEO	2 enfermos
Residente en GUERNIKA	1 enfermo
Residente en ZIERVANA	1 enfermo
Residente en ORTUJELLA	1 enfermo
Residente en BALMASEDA	1 enfermo
Residente en ERANDIO	1 enfermo
Residente en ARTEA	1 enfermo
Residente en LEMONA	1 enfermo
Residente en ARGEL	1 enfermo
Residente en CASTRO URDIALES	1 enfermo

FUENTE: Memoria de 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL AÑO 2014 ²³⁰

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre se han cuidado en el Área de Cuidados (Hospitalización) un total de 56 enfermos, de los cuales 24 ya estaban ingresados y 32 ingresaron durante este año.

Tabla_ Edad de los enfermos ingresados

< 65 años	31 enfermos	55,35 %
entre 65 y 80 años	9 enfermos	16,07 %
> 80 años	16 enfermos	28,57 %

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Distribución por sexo

Mujeres	29	51,78 %
Hombres	27	48,21 %

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

²³⁰ Memoria 2014 Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla *Distribución por tipo de patología*

Patología NO Oncológica	39 enfermos	69,64 %
Patología Oncológica	17 enfermos	30,35 %

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Destino al alta*

Fueron a su domicilio	15 enfermos	26,78 %
Fallecieron en la Unidad	12 enfermos	21,42 %
Fue trasladado a otro Centro Sanitario	2 enfermo	3,57 %

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según tipo de patología*

	Total estancias	Estancia media
Patología Oncológica	1.253	73,70 días
Patología NO Oncológica	9.167	235,05 días
Estancias totales	10.420	186,07 días

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Financiación del ingreso de los enfermos*

Entidades financiadoras	Nº de pacientes	%
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	23	41,07 %
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	13	23,21 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO (IMQ)	8	14,28 %
PRIVADOS	11	19,64 %
SEGUROS DE ACCIDENTE	1	1,78 %

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Estancias según la entidad financiadora*

Entidad financiadora	Total de estancias	Estancia media
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA	7.966	346,34 días
FUNDACIÓN BENÉFICA AGUIRRE	686	52,76 días
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	478	59,75 días
PRIVADOS	1.128	102,54 días
SEGUROS DE ACCIDENTE	162	162 días

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla *Procedencia de los enfermos ingresados*

Lugar de procedencia	nº de enfermos	%
Centros hospitalarios públicos	15	26,78 %
Domicilios de los enfermos	23	41,07 %
Centros hospitalarios privados	5	8,92 %
Residencias geriátricas	7	12,5 %
Programa Asistencia Socio-Sanitaria Domiciliaria (PASSD)	5	8,92 %
Servicios de nuestro propio Hospital	1	1,78 %

Fuente: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Tabla_ Población de residencia de los enfermos ingresados

Residentes en BILBAO	6 enfermos
Residentes en PORTUGALETE	5 enfermos
Residentes en SANTURCE	10 enfermos
Residentes en SESTAO	4 enfermos
Residentes en BARACALDO	7 enfermos
Residentes en GETXO	7 enfermos
Residentes en BALMASEDA	1 enfermo
Residente en ORDUNA	1 enfermo
Residente en BASAURI	1 enfermos
Residente en GALDAKAO	2 enfermos
Residente en BERMEO	2 enfermos
Residente en DURANGO	2 enfermos
Residente en ZIERVANA	1 enfermo
Residente en TRAPAGA	2 enfermos
Residente en GUIPUZCOA	1 enfermo
Residente en ERANDIO	1 enfermo
Residente en ARTEA	1 enfermo
Residente en LEMONA	1 enfermo
Residente en SOPELANA	1 enfermo

FUENTE: Memoria de 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Además de la actividad asistencial del Área de Cuidados en la Unidad de Hospitalización que he descrito en este apartado, esta actividad asistencial no estaría reflejada de manera completa sin explicar la atención integral a enfermos con enfermedades avanzadas y a sus familias en colaboración con la Obra Social “la Caixa” que desde 2009 hasta la actualidad está desarrollando nuestro Área a través de uno de los dos Equipos de Atención Psico Social (EAPS) que hay en Euskadi. Estos dos equipos de atención psicosocial funcionan como apoyo y complementando la atención sanitaria de la Comunidad Autónoma Vasca, cuyos ámbitos de actuación son los centros sanitarios, las unidades de atención domiciliaria y la atención primaria.

Ciñéndonos al EAPS de nuestro Hospital, su ámbito de actuación es la Unidad de Hospitalización del Área de Cuidados de nuestro propio Hospital, la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Santa Marina, 8 equipos de hospitalización de domicilio del Hospital Universitario de Cruces y 5 centros de

Salud de Santurce y Portugalete de Atención Primaria. En las siguientes tablas quedan reflejados los datos de dicha actividad asistencial.

Tabla_ Pacientes y familiares atendidos desde 2009 hasta 2014 por el EAPS del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº pacientes	207	249	370	385	413	444
Niños-Adoles	1	0	2	0	1	3
Adultos	66	65	103	98	107	112
>65 años	140	184	265	287	305	329
Nº familiares	357	414	503	513	423	495
Niños-Adoles	4	3	2	5	5	4
Adultos	262	281	365	371	293	376
>65 años	91	130	136	137	125	115

Fuente: Informe de Obra Social "la Caixa" 2015

En la tabla siguiente se detallan las intervenciones del Equipo de Atención Psico Social (EAPS) de nuestro Centro en los distintos equipos receptores durante el año 2014.

Tabla_ Actuaciones del EAPS de nuestro Hospital durante el año 2014

Equipo receptor	Número de pacientes paliativos al año	Horas de atención semanal del psicólogo	Pacientes atendidos por el EAPS	Familiares atendidos por el EAPS durante la enfermedad y el duelo
Hospital San Juan de Dios (Hospitalización)	54	9,30	34	63
Hospital San Juan de Dios (Equipo domiciliario)	310	28	163	102
Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Santa Marina	550	22,5	168	230
Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario de Cruces	300	15	25	40
Comarca Ezkerrakdea. Centros de Salud Santurtzi y Portugalete (5)	60	9,5	54	60
TOTAL	1.274		444	495

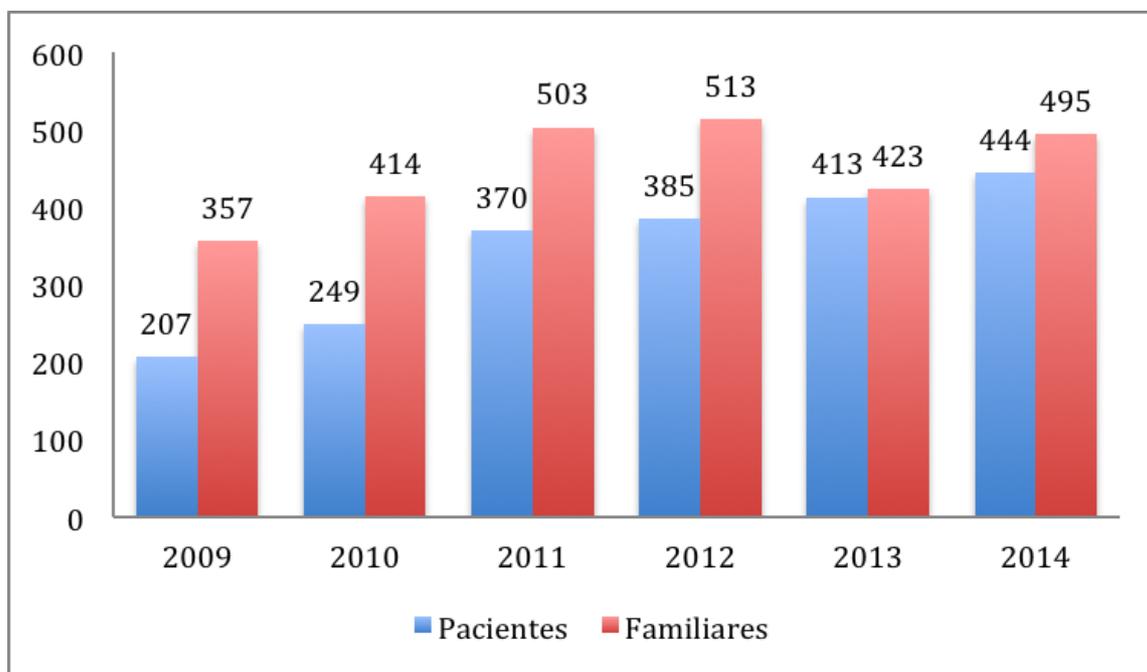
Fuente: Informe de Obra Social "la Caixa" 2015

Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y de sus familiares, mediante la atención a los aspectos emocionales, sociales y espirituales, además de aliviar los síntomas físicos, ofreciendo una atención integral ha sido el objetivo principal del Área de Cuidados de nuestro Hospital. Por ello, desde el comienzo, ha contando con un equipo asistencial interdisciplinar completo (profesionales sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales y agentes de Pastoral de la Salud). Pero en el año 2009, cuando nace el Programa Obra Social "la Caixa", con el reconocimiento del Ministerio de

sanidad, de las Comunidades Autónomas y de la OMS (Organización Mundial de la Salud), nuestro Hospital se ofreció a participar en este Programa y como se puede apreciar en las tablas (_ y _) la aportación fue muy importante.

En el gráfico siguiente se puede apreciar mejor a cuántos pacientes y familiares se les pudo atender en los aspectos psico-sociales durante los 6 años desde su comienzo.

Figura_ Pacientes y Familiares atendidos por el EAPS del HSJD de Santurtzi (2009-2014)

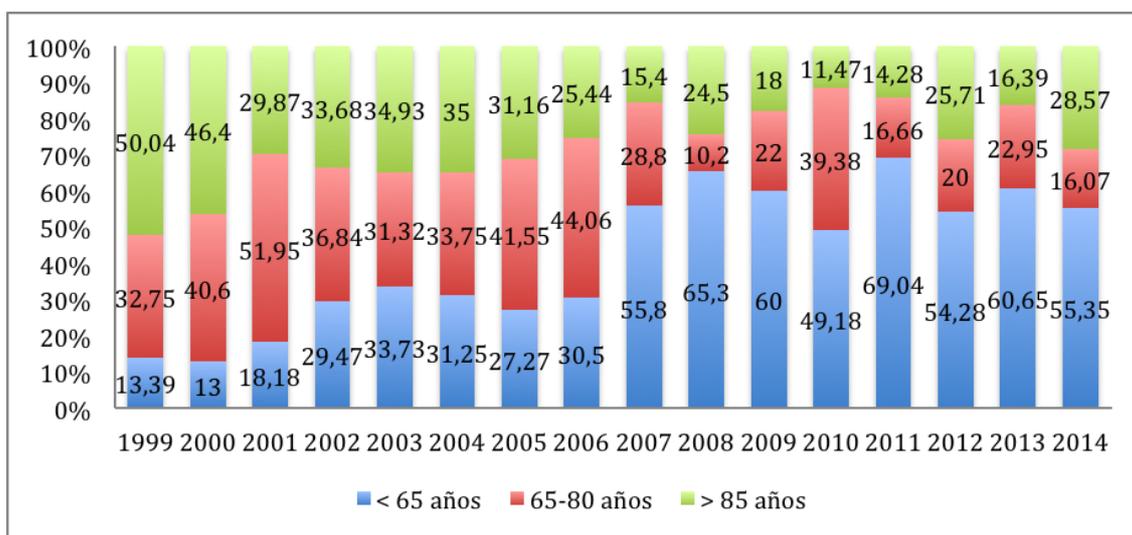


Fuente: Informe de Obra Social "la Caixa" 2015

4.10.- Análisis de algunos datos significativos de la actividad asistencial de esta cuarta etapa.

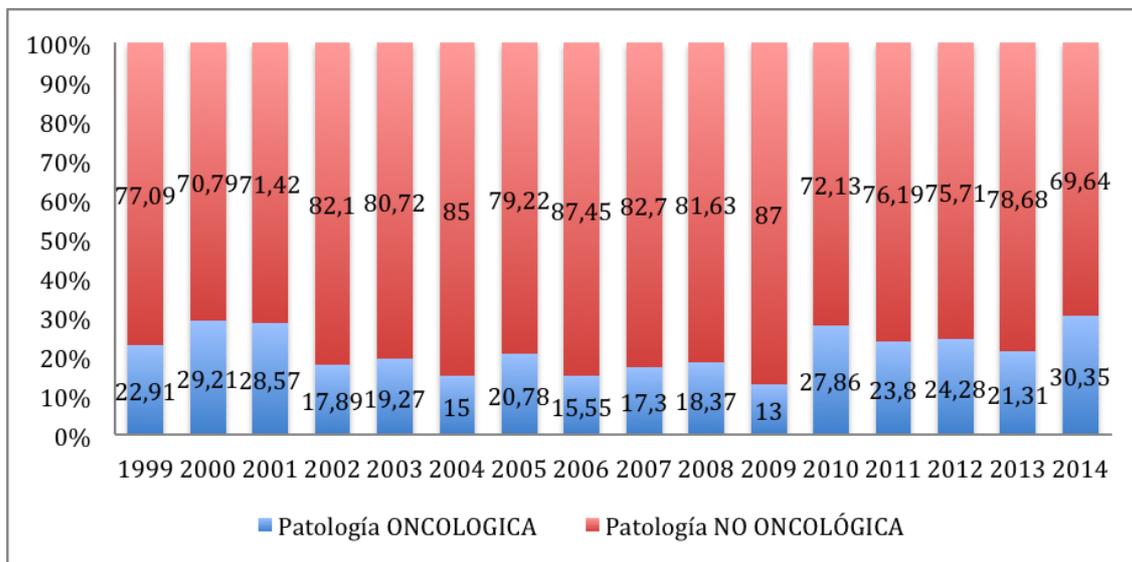
En este apartado voy a analizar aquellos datos que considero significativos de la actividad asistencial en el Área de Cuidados Paliativos y que podrán ayudar a comprender mejor las distintas tablas que reflejan los distintos registros de la actividad asistencial de cada año.

Figura_ Evolución de los grupos etarios



Con este gráfico deseo resaltar que el porcentaje del grupo de edad < 65 años ha ido aumentando a lo largo de los años y que a partir del año 2007 se ha mantenido hasta la fecha. Esto es debido que el mayor porcentaje de enfermos ingresados en el Área de Cuidados a partir de esa fecha han sido pacientes financiados por la Diputación Foral de Bizkaia y como ya he señalado en el apartado correspondiente el perfil etario de estos enfermos era muy joven (una media de 40 años).

Figura_ Tipo de patología de los enfermos



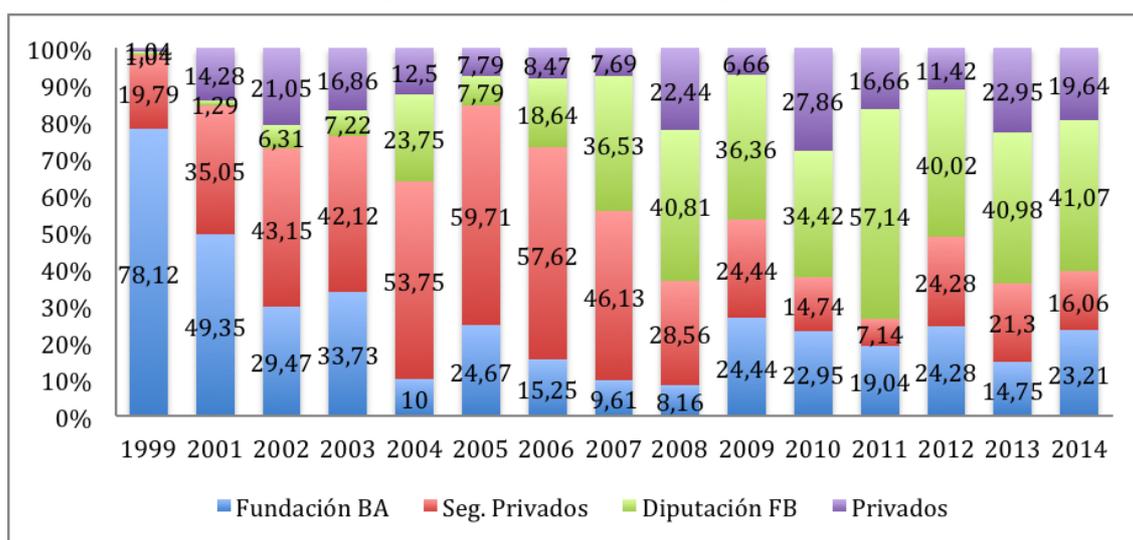
En la Unidad de Hospitalización del Área de Cuidados, los enfermos que hemos cuidado padecían fundamentalmente patología NO ONCOLÓGICA a diferencia de los atendidos domicilio como podremos comprobar que padecían patología ONCOLÓGICA. Esto tiene varias explicaciones: por un lado la procedencia de los enfermos ingresados es fundamentalmente de la Diputación Foral de Bizkaia con enfermedades neurológicas no oncológicas y no tener concierto con Osakidetza para derivar a los enfermos en fase terminal de Oncología del Hospital de Cruces a nuestro Hospital. Sin embargo, el equipo asistencial domiciliario atienden a enfermos que están en su domicilio y quienes solicitan los cuidados son los propios familiares o los médicos de Atención Primaria sin ningún coste por la asistencia.

Los enfermos con patología NO ONCOLÓGICA son enfermos, en su gran mayoría, pluri-patológicos. Esto nos hizo plantearnos la siguiente cuestión: *¿Qué cambios suponen los pacientes pluri-patológicos como nuevo clúster clínico paliativo en nuestra atención hospitalaria?* Fue la Dra. Cecily Saunders quien dijo: *“El cuidado en la terminalidad no debería ser solamente parte de la Oncología, sino también de la Geriátría, la Neurología, la Medicina General y de todas las medicinas”*.

Hemos comprobado que los cambios fueron importantes: Teníamos que cuidar a enfermos con comorbilidad, con pluripatología, con fragilidad, con discapacidad, con dependencia nos hizo adaptarnos a objetivos con cada pacientes con patologías distintas. Nos teníamos que adaptar a pronósticos más largos por lo que la adaptación del equipo al fallecimiento también es distinto así como la ayudar a sus familias también es distinta.

Todo esto nos planteaba una nueva cuestión: *¿Cuáles son los nuevos retos y cuestiones éticas que promueven la atención a los enfermos pluripatológicos?* Nos hemos dado cuenta a lo largo de nuestra larga experiencia que los aspectos éticos del modelo de intervención paliativa en pacientes pluripatológicos los debemos tener muy en cuenta y saber manejar porque la adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico es más compleja que en los enfermos oncológicos, porque la predicción del pronóstico en estos enfermos es muy difícil. Además necesitamos informar a su familia y a sus cuidadores porque con la estimación de la supervivencia de su ser querido pueden tomar las decisiones adecuadas y los profesionales podemos hacer lo adecuado para adecuar la planificación asistencial y la planificación de recursos para no insistir en curar lo incurable.

Figura_ Financiación de los ingresos

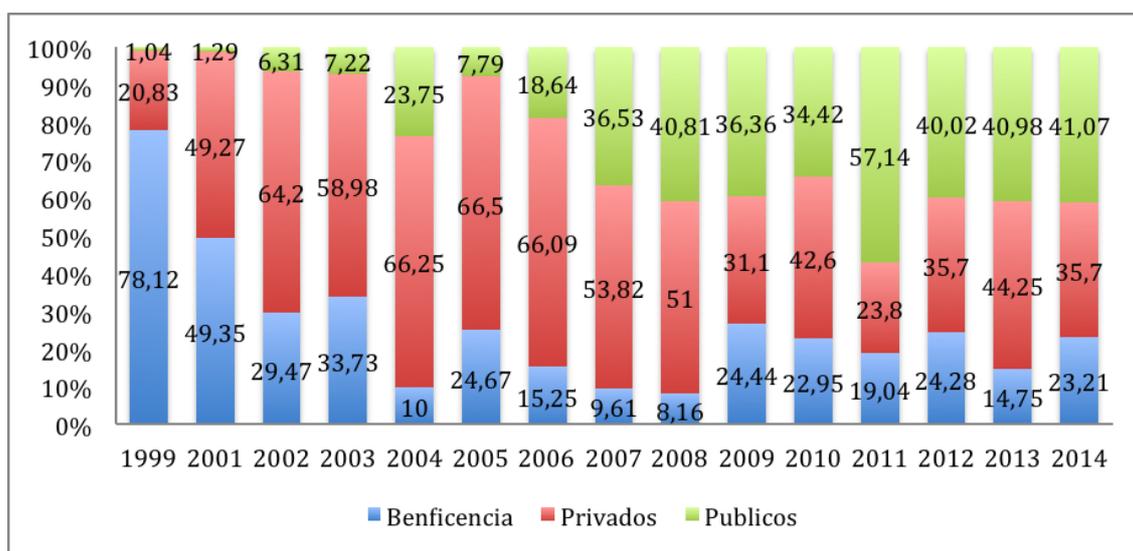


En la figura se puede comprobar en primer lugar que la Fundación Benéfica Aguirre no ha dejado de financiar a los enfermos que carecían de recursos

suficientes para estar ingresados en nuestro Centro debido a sus necesidades tanto sanitarias como sociales. La Fundación Benéfica Aguirre, como concluyo en esta Tesis, nunca ha dejado de contribuir a las necesidades socio-sanitarias de los ciudadanos que las tenían. De esta manera, a lo largo de los 90 de existencia ha mantenido su espíritu fundacional con la ayuda fundamental de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

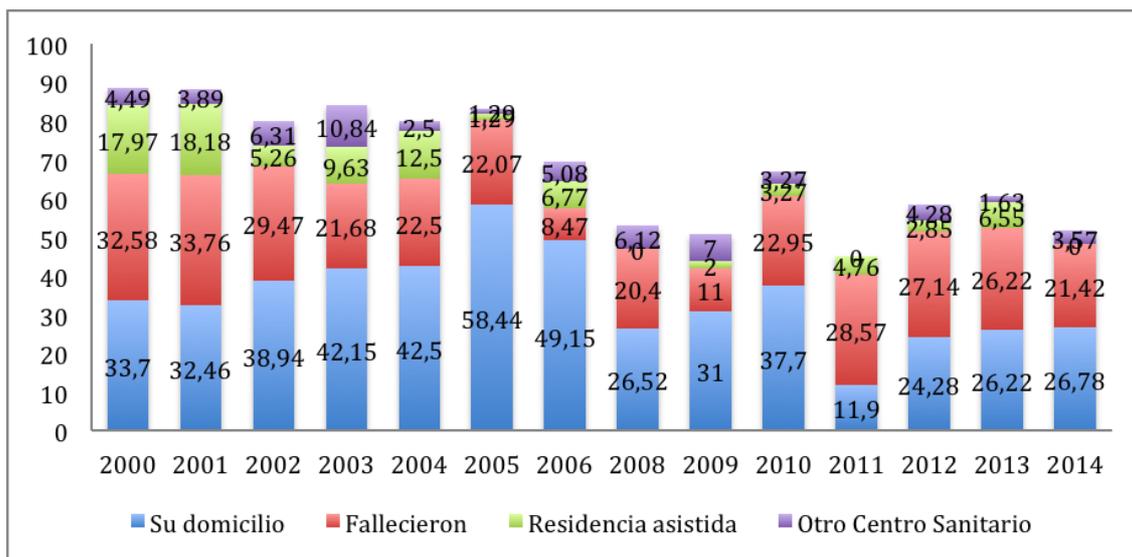
Por otro lado, se destaca cómo a partir del año 2007 es la Diputación Foral de Bizkaia que asume un gran protagonismo en esta financiación. Institución que ha sabido optimizar el recurso de nuestro Centro para ofrecer un servicio a los ciudadanos.

Figura_ Recursos públicos, privados y benéficos



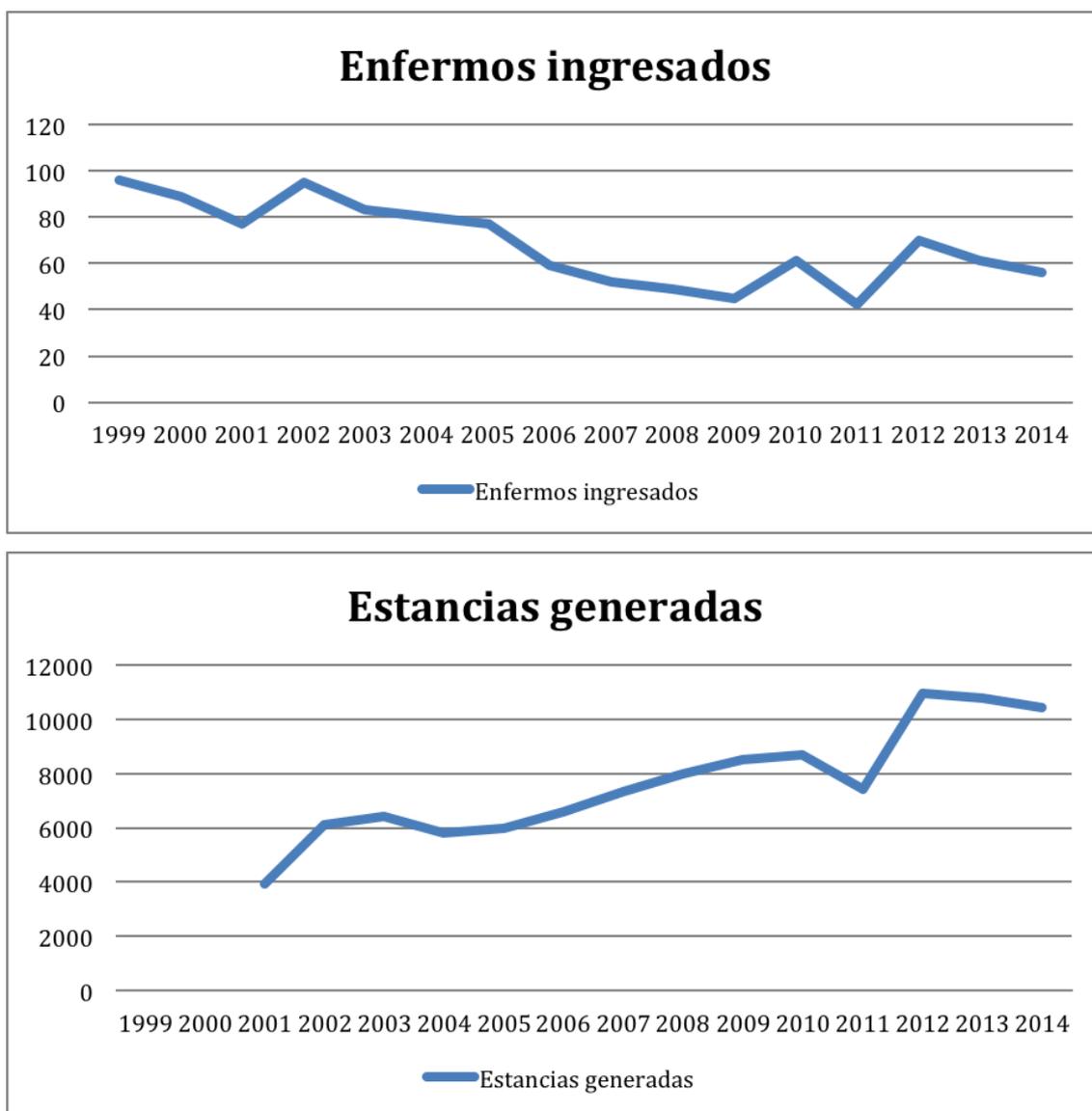
Con esta figura deseo demostrar que nuestro Hospital San Juan de Dios ha sabido gestionar la atención a los enfermos que nos han necesitado empleando tres tipos de recursos: recursos públicos, privados y benéficos. Esto significa, desde mi punto de vista, una gestión eficaz y justa.

Figura_ destinos de los enfermos que causaron alta



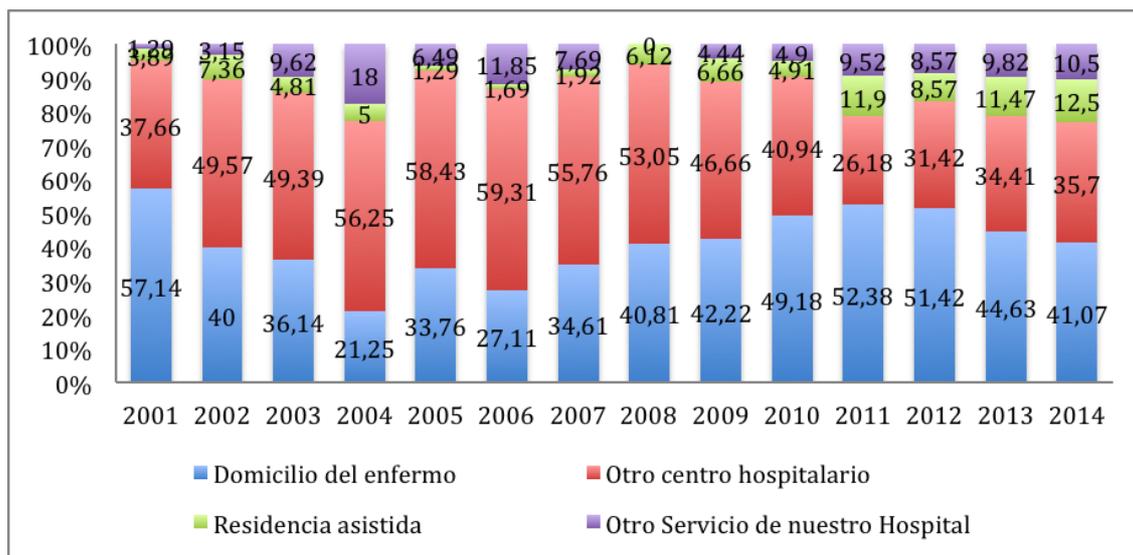
En este gráfico podemos destacar dos aspectos del destino de los enfermos que causaron alta: Por un lado, que los dos destinos destacables por frecuencia son dados de alta a su propio domicilio y por fallecimiento. Es preciso recordar que una Unidad de Cuidados Paliativos no es una unidad en la que tengan que fallecer todos los enfermos que ingresan; en nuestra unidad la media de fallecimiento al año podemos estimar en un 23,44 %. Un objetivo muy importante es estabilizar en el control de síntomas físicos y emocionales del enfermo así como descargar temporalmente al cuidador principal y poder hacer posible que vuelva a su domicilio. En nuestra Unidad la media de pacientes que han vuelto a su domicilio han sido de un 34,41 %. Por otro lado, hay que señalar que a partir del año 2008 se observa el porcentaje de enfermos que no son dados de alta (como se puede ver en el gráfico que el espacio libre de barras hasta el 100% es más amplio) aumenta. Esto es debido a que a partir de ese año comenzaron a ingresar los enfermos a través del Convenio con la Diputación Foral de Bizkaia cuyas estancias medias eran muy altas como se puede comprobar en las tablas del apartado anterior de esta Tesis.

Figura_ Correlación de enfermos ingresados y estancias generadas



He querido mostrar estos dos gráficos por separado para que se pueda observar las tendencias inversas: a menos ingresos más estancias. Aunque esto parezca contradictorio tiene una explicación. La tendencia a menos ingresos es debido a que la rotación de los enfermos disminuía a medida que ingresaban los enfermos de la Diputación Foral de Bizkaia que eran de estancias medias largas (346,34 días). Por otro lado, hay que significar que la tendencia al aumento de las estancias garantizan la viabilidad de esta Unidad para seguir ofreciendo los cuidados a quienes nos lo solicitan. (citar el apartado donde se documenta las solicitudes y la aceptación de los ingresos).

Figura_ Procedencia de los enfermos ingresados



Como se puede observar en esta figura los enfermos que ingresan en nuestra Unidad de Hospitalización del Área de Cuidados proceden de sus propios domicilios o de otros centros hospitalarios que no disponen de un equipo interdisciplinario para poder ayudar en la situación clínica de enfermedad incurable avanzada.

4.11.- Perfil de los enfermos ingresados a través del Programa de la Diputación Foral de Bizkaia.

Desde el año 2000 se están atendiendo enfermos en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos a través del Programa de la Diputación Foral de Bizkaia. Son pacientes muy jóvenes y con patologías incapacitantes, progresivas y en fase avanzada.

Los rangos de edad de estos enfermos son: 26 el más joven y 54 años el de más edad. La media de edad es de unos 40 años, una edad muy joven para estar caminando ya hacia el final de su vida.

La totalidad de los enfermos cuidados presentan patología neurológica: parálisis cerebral infantil, distrofia muscular progresiva, tetraplejía por síndrome medular transversos de origen isquémico, tetraplejía postraumática, afectación de motoneurona superior e inferior, hemorragia cerebelosa en paciente con Síndrome de Marfan, enfermedad degenerativa multisistémica del SNC, coma vigil permanente postraumático, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), ataxia cerebelosa, síndrome demencial secundario a crisis epiléptica, epilepsia mioclónica progresiva (Enfermedad de los Cuerpos de Lafora).

Todos los enfermos portadores de alguna de estas enfermedades precisaron de cuidados integrales: cuidados de traqueostomías como cambio de las cánulas, higiene y aspiración de secreciones, ayuda en la alimentación mediante sondas enterales, higiene diaria, cambios de pañales, control y cambio de sondas urinarias, curas de úlceras de presión, cambios posturales, traslados cama-sillón, acompañamiento, laborterapia, logo-foniatría, estimulación cognitiva, fisioterapia, apoyo emocional, apoyo espiritual, apoyo social, administración de medicamentos (estos enfermos están poli-medicados), vigilancia de signos y síntomas de posibles complicaciones (convulsiones, episodios febriles, atragantamientos, espasmos bronquiales...).

Las enfermedades que padecen estos enfermos tienen como característica común ser progresivas y presentar complicaciones que pueden adelantar su fallecimiento. El pronóstico de sus enfermedades es de un fallecimiento temprano por complicaciones infecciosas (respiratorias, urinarias y de las propias úlceras de presión).

La problemática social que motivan su ingreso en la mayoría de los casos es la imposibilidad de hacer frente a sus cuidados en el domicilio por parte de sus familias. No obstante, una vez ingresados, la implicación de las familias es muy variable.

¿La Medicina Paliativa, puede ayudar a estos enfermos? Esta Medicina que tiene como objetivo los cuidados de confort a los enfermos incurables, hasta el

año 2000²³¹ se consideraba que era aplicable solamente a los enfermos que padecían cáncer. Los profesionales que trabajamos en la Unidad de Cuidados Paliativos de este Hospital no tenemos ninguna duda ante esta pregunta. Creemos que desde la Medicina Paliativa podemos ayudar a estos enfermos a tener calidad de vida procurándoles cuidados de confort y a ayudarles a que su final, cuando llegue, sea un final digno y sin sufrimiento.²³² Durante el año 2007, en España habrían necesitado cuidados paliativos 230.394 personas, de las cuales 130.150 (56%) padecerían una enfermedad mortal no oncológica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Comprendemos que se puede tener dudas en la respuesta o incluso estar en desacuerdo con la que hemos dado nosotros porque habitualmente los programas de Cuidados Paliativos están centrados en la atención a los enfermos afectados por el cáncer, aunque recientemente se está extendiendo esta modalidad de cuidados a enfermos afectados por otras enfermedades no oncológicas. Las Unidades de Cuidados Paliativos, desde su creación, han dirigido su atención a enfermos de cáncer debido a su número y al gran impacto que esta enfermedad provoca en la sociedad. En la actualidad, la mayoría de las Unidades han madurado lo suficiente para ir ampliando el campo de sus cuidados a enfermos no curables de todas las patologías (Bátiz J, 2013). Pero aún, la cobertura de atención a enfermos no oncológicos es muy baja y sin embargo la necesidad de control del sufrimiento en estos enfermos es muy alta, por lo que creemos que estos enfermos, cuyo perfil atendemos en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos se benefician de estos cuidados.

²³¹ En este año se comenzó a plantear en la Sociedad Española de Cuidados Paliativos los criterios de terminalidad para enfermos no oncológicos. El Comité Científico de las Jornadas Nacionales de la SECPAL celebradas en A Coruña me invitaron a participar en una mesa redonda sobre Cuidados Paliativos a Enfermos No Oncológicos con la ponencia "Criterios de Terminalidad en Enfermos No Oncológicos. A partir de entonces sería uno de los temas emergentes entre los profesionales paliativistas. A partir de entonces, en todos los congresos y jornadas de Cuidados Paliativos se abordaba este tema y comenzaron las publicaciones por autores nacionales.

²³² Sobre esta necesidad de Cuidados Paliativos a pacientes no oncológicos recomiendo la lectura del documento *Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras*, publicado por el servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz-2012.

Los enfermos que atendemos a través del Programa de la Diputación Foral de Bizkaia son enfermos que padecen enfermedades permanentes, irreversibles e incapacitantes; enfermedades que merman su capacidad funcional y, a veces, mental, haciéndoles dependientes para las actividades básicas de la vida diaria. Además, son enfermos con problemática social acompañada, con problemas para la comunicación y para el acceso a los servicios sociales y sanitarios que precisan. Ingresan en nuestra Unidad hasta su fallecimiento.

4.12.- Área de Cuidados del Hospital de San Juan de Dios después de 21 años de existencia. Perspectiva actual y proyección de futuro.

El Área de Hospitalización cuenta con 35 camas disponibles para ingresar enfermos que precisen cuidados paliativos. La Unidad Domiciliaria atiende a más de 230 enfermos al año (solicitar datos, memorias a Julio). El Programa de apoyo psico-social cuenta con más de 4.477 actuaciones (desde 2009 hasta 2014). El call-center y web informativa de Cuidando Contigo registra más de 10.000 actuaciones (calcular según tabla del apartado 4.13)). (ACTUALIZAR TODOS ESTOS DATOS) Además, esta Área está implicada en formación, investigación e innovación.

Tiene un Proyecto en marcha para conformar una red de soporte para la atención continuada del enfermo en situación avanzada basada en la detección precoz del paciente, la clasificación del nivel de complejidad y coordinación entre niveles y protocolos de derivación. (solicitar datos este proyecto a Kepa) Todo ello, con el objetivo de garantizar la continuidad de cuidados.

El Área de Cuidados de nuestro Hospital aspira a ser un “nudo” en la red de cuidados del País Vasco en colaboración con la Universidad del País Vasco, la Red Sanitaria Pública Vasca (Comarca Ezkerraldea, Hospital de Santa Marina, Hospital de Cruces), la Diputación Foral de Bizkaia, la BBK y la Fundación La Caixa.

Perspectiva histórica y presente

En el año 1993 empezamos con la experiencia de cuidar a un enfermo joven, en situación clínica de Estado Vegetativo Permanente por anoxia cerebral en el contexto de una atención hospitalaria general. El objetivo del ingreso y las necesidades que presentaba eran significativamente diferentes a lo que se ofrecía de forma genérica mediante los procesos y los procedimientos estándar a pacientes de Cirugía General o Medicina Interna. Paralelamente atendíamos a personas que adecuaban al perfil de pacientes en fase terminal, es decir, personas en situación de final de vida con una serie de síntomas cambiantes donde también era necesario abordar las circunstancias familiares. A su vez, con el acuerdo de otras instituciones, se atendía a pacientes de media estancia en proceso de rehabilitación por daño cerebral adquirido (accidentes cerebrovasculares, traumatismos cráneo-encefálicos...).

De estas experiencias percibimos la necesidad de planificación de una nueva infraestructura, recursos humanos y formación específica para la atención de un perfil determinado de personas hospitalizadas en nuestro Hospital, concretamente aquellos pacientes en situación de final de vida y aquellas que, presentando una cronicidad por padecer una enfermedad incurable que conllevaba diferentes niveles de dependencia, el objetivo no era curar su enfermedad, cuidarle y atender todas sus necesidades de manera integral.

En el año 2002, se inauguró una nueva planta, coincidiendo con la colaboración desde el 17 de diciembre de 2001 con el departamento de Acción Social, Área de Discapacidad de la Diputación Foral de Bizkaia (**conviene hacer referencia al documento de este acuerdo**). En esta planta de hospitalización se

atendía a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas cuyo objetivo de ingreso era residencia. Inicialmente fueron 5 pacientes los ingresados según el citado acuerdo.

Desde entonces, y hasta el presente, el volumen de pacientes en las tres áreas ha ido aumentando. Actualmente, el Área de Cuidados está formada por dos plantas en donde se definen diferentes unidades en función del perfil de los pacientes que están ingresados:

1.- UNIDAD RESIDENCIAL en la que están ingresados los pacientes derivados del Área de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Estos pacientes, como hemos explicado anteriormente padecen enfermedades crónicas incurables, progresivas y deteriorantes, con alto nivel de dependencia para sus cuidados básicos (aseo, traslado, vestido, alimentación...) y grave problemática social y familiar que hace que prácticamente no exista apoyo familiar alguno en un 70% de los casos. Estos pacientes hacen del Hospital su lugar de residencia, por lo que se han desarrollado una serie de programas con el objetivo de reforzar sus capacidades, organizar su tiempo libre y mejorar las condiciones ambientales, facilitando su proceso de adaptación e integración en un ámbito asistencial, siendo la calidez en la atención la herramienta principal de nuestros cuidados. Son personas que, con su enfermedad integrada en su biografía personal residen de por vida en nuestro Hospital, lo que nos obliga a cambiar el marco de relación asistencial de acuerdo con sus necesidades integradas en la totalidad de su persona.

2.- UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA donde se atiende a pacientes de media estancia para su rehabilitación funcional por daño cerebral adquirido o por politraumatismo.

3.- UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS tanto hospitalaria como domiciliaria para prestar los cuidados integrales a pacientes con patología oncológica o no, en fases avanzadas y final de vida, así como a sus familiares.

A modo de ejemplo, durante el año 2012, el número de estancias hospitalaria en el Área de cuidados han ascendido a 10.776 y el número de pacientes atendidos en sus domicilios fue de 225.

Objetivos del Área de Cuidados

El objetivo general es proporcionar la mejor asistencia posible a los enfermos respetando su dignidad como persona, tanto en lo que hace referencia a la aplicación de recursos en los cuidados sanitarios concretos, como en lo referente a la actitud de los profesionales implicados teniendo como marco de referencia los valores propios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios como son: *hospitalidad, respeto, responsabilidad, espiritualidad, compromiso y caridad.*²³³

1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD RESIDENCIAL

- La atención a sus necesidades sanitarias y de cuidados básicos facilitando la coordinación e interconsultas con diferentes especialistas durante su ingreso hospitalario.
- La orientación, tramitación y gestión de recursos de apoyo social.
- La atención a las necesidades de acompañamiento, apoyo emocional e información de sus familiares.
- La organización del tiempo de estancia en la Unidad mediante el *Programa General de Actividades Ocupacionales y Lúdicas* que está establecido en el Hospital a tal efecto.
- La creación de sentimiento de pertenencia al grupo de ingresados mediante celebraciones de carácter especial (cumpleaños, Navidad, etc.).
- Potenciar el desarrollo de actividades individuales en función de los intereses particulares de los ingresados.
- Facilitar el acceso a actividades externas en colaboración con otras asociaciones.

²³³ <http://www.ohsjd.es/ConocelaOrden/Valores.aspx> (última entrada: 08.12.2014).

- Organizar actividades culturales en la propia Unidad en colaboración con grupos externos (teatro, espectáculos de magia, coro musical, etc.) a través del Servicio de Voluntariado.
- Estimular las salidas al exterior mediante acompañamiento de voluntarios y participación de los familiares.
- Coordinar el acompañamiento específico de los ingresados en situación de escasa participación familiar mediante el Servicio de Voluntario.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACION HOSPITALARIA

- La atención a su salud general facilitando la coordinación e interconsulta con diferentes especialistas durante su ingreso hospitalario.
- La integración en programas de rehabilitación de su mejora de autonomía y rendimiento funcional en la medida de sus posibilidades a través de Rehabilitación, Logopedia y Psicología.
- En los pacientes que con escasa recuperación funcional, facilitar la participación en actividades que potencien su autoestima y posibiliten el mantenimiento y/o retraso en la pérdida de sus capacidades motrices y cognitivas.
- Adiestrar a la familia en aspectos del cuidado anticipado y planificando el alta hospitalaria.
- Orientar, tramitar y gestionar los recursos de apoyo social.

3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA

- La atención integral a las diferentes necesidades del paciente en situación del final de la vida, haciendo énfasis en el control del dolor y la atención a la dimensión emocional, social y espiritual de la persona.
- La coordinación con las estructuras del entorno como Atención Primaria de Ezkerraldea y asociaciones como ADELA...) para la atención a domicilio de pacientes en situación clínica de terminalidad.

- Colaborar con HOSPIDOM del Hospital Universitario de Cruces y la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Santa Marina en la atención de las necesidades emocionales de familiares.
- Orientar, tramitar y gestionar los recursos de apoyo social.
- La atención a las necesidades de acompañamiento y apoyo emocional de los familiares.
- Orientar en pautas de cuidados y acompañamiento a los familiares.
- Preparar para la situación de los últimos días y preparación para el afrontamiento de la pérdida.
- Atender durante el duelo de los familiares que presentan cortejo sintomático.

Espacios integrantes del Área de Cuidados

El Área de Cuidados se compone de dos plantas donde hay disponibilidad de 35 camas (19 en la planta segunda y 16 en la planta baja). 25 habitaciones son individuales.



Área de Cuidados en la Planta baja del Hospital San Juan de Dios de Santurce
Foto del archivo del Hospital

Específicamente, en la Unidad Residencial del Área de Cuidados (en la planta segunda), el salón es la parte más importante de la Unidad. Es un espacio diáfano con equipamiento que otorga al espacio unas connotaciones de familiaridad y hogar al considerar que el control de las condiciones ambientales facilita la adaptación al ingreso residencial. En este espacio global, se ofrecen distintos ambientes en función de lo que desea el usuario o familia:

- Zona central para la realización de actividades ocupacionales y lúdicas, así como zona de comedor.
- Zona de informática y wi-fi.
- Zona de televisión y música.
- Zona de relax y lectura con pequeña biblioteca y periódicos diarios.
- Zona de terrazas de libre acceso para ingresados y familiares, con vistas tanto al mar como a la montaña. Además de las actividades ocupacionales, es el comedor de la Unidad Residencial, a la vez que permite diferentes espacios.

Así mismo, en la planta baja, además de salón de estar, se ofrece el *Centro de Soporte Emocional* como lugar para realizar diferentes actividades orientadas a talleres de relajación y reconstrucción de la biografía personal, además de ofrecer espacios individuales de relax, tres puntos de informática y wi-fi, biblioteca, zona central del descanso (sofás, televisión, DVD y posibilidad de hacerse una infusión...) y zona inicial para la realización de actividades grupales como grupo de ayuda a afectados y familiares, grupos de duelo, etc.

Actividades formativas del Área de Cuidados

Desde el Área de Cuidados, a lo largo de estos años, se ha potenciado la participación de profesionales de distintas especialidades en la formación no sólo dentro del Hospital a través del plan de formación interna a los profesionales que se incorporan al Área de Cuidados, sino también hacia el exterior a través de diferentes fórmulas:

1. Colaboración con la Universidad del País Vasco (EPV-EHU) para el desarrollo de acciones formativas hacia otros profesionales como el desarrollo del Máster “Atención Integral en Cuidados Paliativos”.
2. Plazas para realizar prácticas por parte de alumnos de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) y de la Universidad de Deusto, procedentes de las facultades de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (Trabajo Social y Psicología).
3. Colaboración con otras entidades (Lambide, San José de Calsanz, Academia Almi...) para la formación en prácticas de alumnos que cursan disciplinas en el área de la salud. **(solicitar cifras a Mónica)**
4. Charlas divulgativas a asociaciones de afectados, agentes de Pastoral, etc., en colaboración con otras entidades y asociaciones (Adela, Asociación Parkinson Nervion-Ibaizabal, Diócesis de Bilbao, Cáritas Bizkaia...).
5. Formación a personas que se incorporan al Servicio de Voluntariado y al Servicio de Pastoral. **(solicitar a Inés datos)**
6. A través de la página web del propio Hospital, posibilitando el acceso a enlaces de interés y documentación práctica sobre el cuidado de personas en situación de final de vida o con enfermedades crónicas avanzadas, así como sobre la experiencia del duelo.
7. **Acreditación como Unidad Docente para Rotación de Médicos Residentes de Familia (R-4). Número de médicos.**

Durante los años 2012, 2013 y 2014 se impartieron un total de 6.215 horas de formación (rotación práctica) en Cuidados Paliativos a un total de 134 alumnos con la distribución que se puede ver en las siguientes tablas:

Tabla Horas de formación (rotación práctica) en Cuidados Paliativos durante el año 2012

Profesionales	Núm.	Horas
MÉDICOS	17	935
ENFERMERAS	8	400
TRABAJADORAS SOCIALES	2	100
BIOLOGOS	1	10

Total	28	1445
--------------	-----------	-------------

FUENTE: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla Horas de formación (rotación práctica) en Cuidados Paliativos durante el año 2013

Profesionales	Núm.	Horas
ESTUDIANTES DE 3º DE MEDICINA	20	355
MÉDICOS	17	1.240
ENFERMERAS	2	65
PSICÓLOGOS	1	50
Total	40	1.710

FUENTE: Memoria 2013 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla Horas de formación (rotación práctica) Cuidados Paliativos durante el año 2014

Profesionales	Núm.	Horas
ESTUDIANTES DE 3º DE MEDICINA	21	420
MÉDICOS	25	1.450
ENFERMERAS	14	980
PSICÓLOGOS	3	210
Total	63	3.060

FUENTE: Memoria 2014 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

La docencia en Cuidados Paliativos ha sido uno de los objetivos del Área de Cuidados de nuestro Hospital en los últimos años. Los profesionales que trabajamos en esta área somos conscientes de que tradicionalmente la formación académica en Medicina se ha centrado en la curación como objetivo, lo que ha provocado que en muchos casos los profesionales carezcan de herramientas clínicas y personales para enfrentarse a situaciones en la que no es posible curar al enfermo. Esto lo demuestra una encuesta realizada (G Sancho M, 2003) a 6.783 médicos de Atención Primaria (el 32,17% de todos los médicos de España), 6.351 (el 93,63%) reconoció no haber recibido formación adecuada para atender correctamente a los enfermos en fase terminal y a sus familias. De esta encuesta se deduce que sólo 432 (el 7,37%) médicos de los encuestados dijeron haber recibido formación adecuada para atender correctamente a los enfermos en fase terminal y a sus familias. Esta falta de formación suele derivar en tres tipos de actitudes:

- a. Los que consideran que se encuentra ante una situación compleja y deciden evitarla y dejan a la persona enferma y a su familia a la libre evolución de su proceso, entendiendo además que los cuidados paliativos sólo deben ser aplicados en las fases agónicas.
- b. Los que consideran una situación nimia y de escasa complejidad que puede ser fácilmente manejada con unos mínimos conocimientos técnicos y la atención de los síntomas físicos.
- c. Los que ante el miedo y las reticencias a aceptar la situación, emprenden actitudes más intervencionistas y evitan la comunicación y los encuentros incómodos con el enfermo y su familia.

Estas tres actitudes pueden provocar que la persona al final de la vida y su familia sufran la falta de atención integral del proceso, la falta de apoyo domiciliario, la escasez de cuidados continuados.

Por esto consideramos muy oportuno realizar alianzas para formar y cuidar mejor porque consideramos que la formación es fundamental para cuidar mejor. De esta manera se realizaron alianzas con la Universidad del País Vasco para impartir el Máster Atención Integral en Cuidados Paliativos y realizar las prácticas en el Área de Cuidados de nuestro Hospital, con la Unidad Docente de Médicos de Familia de Bizkaia para que sus médicos residentes de familia (R-4) pudieran realizar una rotación de 4 semanas en nuestro Área de Cuidados (en Hospitalización y domicilio) para lo que nuestro Centro fue acreditado como Unidad Docente para Cuidados Paliativos (**citar el documento de acreditación y fotocopiarlo para añadirlo como documentación**), y con la Facultad de Medicina a través del proyecto Académico 2012-103 para la rotación de prácticas voluntarias de los estudiantes de 3º de Medicina. (**citar el documento y fotocopiarlo para adjuntarlo a la Tesis**)

La finalidad de la rotación en nuestro Área de Cuidados es la de un acercamiento a la realidad asistencial de las personas que padecen enfermedades avanzadas incurable y en fase terminal, así como a sus familias tanto en situación de ingreso hospitalario como en atención domiciliaria. Las

áreas específicas de esta rotación son: área de atención domiciliaria, área de atención hospitalaria y área de apoyo psico-social.

(conseguir documentos de las distintas alianzas para citar fechas concretas; elaborar tablas de resultados: número de alumnos de medicina, del Máster y médicos residentes, así como algunos resultados de sus manifestaciones sobre lo que han aprendido; revisar correos para enumerar lo temas que ellos han destacado de sus rotaciones con algunas frases de ellos mismos)

Colaboración con otras entidades en el desarrollo de programas

Esta Área de Cuidados colabora en el desarrollo de distintos programas con las siguientes entidades:

1. Con la Fundación Benéfica Aguirre y la BBK para la implementación del Programa de Atención Domiciliaria. (concretar fecha nombre concreto del programa y otros datos de interés).
2. Con la Fundación Benéfica Aguirre y la BBK para la creación de la planta segunda del Área de Cuidados en el año 2002.
3. Con la Fundación Benéfica Aguirre para el ingreso hospitalario de determinados pacientes en situación de desventaja socio-económica y para la implementación del Programa de Actividades Ocupacionales y Lúdicas, así como el Servicio de Voluntariado.
4. Con la Fundación Caixa en el Programa de Apoyo Psicosocial (EAPS).²³⁴

Propuestas de actividad futura

1. Desde la creación del Área de Cuidados se ha atendido a una media de 2 pacientes por año en Estado Vegetativo Permanente (EVP) que ha estimulado a la Dirección del Hospital a plantearse la posibilidad de crear

²³⁴ <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/servicios-medicos/otros-servicios-asistenciales/unidad-de-apoyo-psico-social.html> (última entrada 28 agosto 2015).

una unidad específica para enfermos incluidos en este perfil debido a las características propias y especificidades de atención tanto al paciente en EVP como a sus familiares.

2. Así mismo, se quiere asentar la actividad en el Área de Cuidados como un puente intermedio entre el Hospital General (Hospital de Cruces, Hospital de Basurto, etc.) u otras entidades sanitarias privadas y la atención en centros especializados (Centro de Aita Meni de Mondragón, por ejemplo) de aquellos enfermos con traumatismo craneoencefálico reversible, debido al número de pacientes atendidos incluidos en este perfil.
3. En la misma línea que el punto anterior, también ha sido el punto intermedio donde pacientes geriátricos o pacientes con enfermedades crónicas irreversibles que no podían ser cuidados en el domicilio por causas socio-familiares, han precisado una estancia temporal hasta el traslado a la plaza residencial apropiada. Así como buscar acuerdos para este servicio de estancia temporal es otra de las líneas futuras de acción.

En todos los casos anteriores, los pacientes se han beneficiado no solo de la atención sanitaria, sino también de la posibilidad de rehabilitación y de la atención a su dimensión psico-social a través de los servicios de Psicología y Trabajo Social cuando así era requerido.

4.13.- Programa “Cuidando Contigo-Zurekin Zainduz”

En el año 2010 al Programa “Cuidando Contigo-Zurekin Zainduz”²³⁵ le fue otorgado el Premio Alma Solidaria 2010 en su III edición.²³⁶

²³⁵ <http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/cuidando-contigo/> (última entrada: 17 agosto 2015)

²³⁶ <http://www.vidasolidaria.com/noticias/2010-09-22/premios-alma-solidaria-2010-1906.html> (última entrada: 17 agosto 2015).

En la atención al paciente con enfermedad crónica avanzada o en situación de final de vida, el objetivo prioritario en sus inicios era la asistencia sanitaria del enfermo, desde el punto de vista médico y de enfermería. Desde nuestra experiencia, se fueron incorporando nuevos profesionales que abarcaban aspectos más amplios de la persona, atendiendo a sus necesidades psicológicas de apoyo, comprensión, acompañamiento en el proceso de su muerte, preparación al duelo, facilitación de la comunicación, así como aspectos sociales como la problemática familiar, ausencia de cuidadores, etc. Es por ello que consideramos que en la atención actual sea una atención bio-psico-social, siendo atendido por personal sanitario, psicólogo y trabajador social para poder abarcar de forma integral a la persona enferma.

Fuimos conscientes de que era imposible separar la atención al paciente de la atención a su familia. Aspectos como el pacto de silencio, el qué decir ante las preguntas difíciles, el proceso de adaptación a la enfermedad, el afrontar la pérdida, la preparación para los momentos finales, qué hacer en la situación de la agonía... nos exigió a los profesionales un compromiso de atender, cuidar, apoyar y formar a los cuidadores en aspectos básicos y esenciales para realizar la tarea tan difícil y para la que nadie ha nacido sabiendo, de acompañar a un ser querido en su enfermedad crónica o en los momentos finales de su vida.

Paralelamente, observamos que no bastaba con la atención al enfermo y a la familia, sino que había que formar asimismo a los profesionales en una atención integral ofreciendo habilidades de comunicación, de contención emocional, de propia capacidad para afrontar la muerte del paciente al que atienden, criterios para la toma de decisiones de tipo ético, etc., algo prácticamente desconocido por ser, en aquellos momentos, un ámbito nuevo para el Hospital.

Como rasgo diferencial de nuestro Hospital con respecto a otros centros sanitarios, cuenta con un *servicio de voluntariado* creado en 1995 fuertemente integrado en la dinámica asistencial, con un Plan de Formación propio y

coordinado por la Trabajadora Social del Hospital. Las funciones del voluntariado son:

1. Acompañamiento individual al enfermo en fase final de su vida durante su ingreso hospitalario.
2. Acompañamiento grupal a los enfermos en el desarrollo de las diversas actividades que se realizan en la Unidad de Cuidados Paliativos dentro del Programa de Actividades Ocupacionales y Lúdicas específico para esta Unidad.
3. Acompañamiento puntual a los enfermos en sus gestiones externas al Hospital, desde las consultas a médicos hasta la compra de ropa.
4. Labores más específicas (costura de ropa de los pacientes, manejo de Internet junto al paciente, etc.).

Justificación

1. De los años de experiencia con intervenciones sobre familiares se deriva nuestro interés y apuesta por la creación de Grupos de Ayuda tanto a profesionales como a cuidadores y voluntarios. El contenido versaría sobre aspectos del cuidado asistencial, comunicación paciente-cuidados, cuidado del propio cuidador y preparación ante el fallecimiento o irreversibilidad de la enfermedad.
2. Por otro lado, constatamos en la gran afluencia a las *Aulas de la Salud* de la falta de información y formación sobre aspectos prácticos del cuidados y acompañamiento al enfermo, así como del propio autocuidado del familiar y cuidador. Consideramos la divulgación a los ciudadanos de la realidad en la atención al enfermo crónico avanzado o en el final de su vida como algo prioritario para sensibilizar a la sociedad de que el acompañamiento en el buen morir es labor de todos y no solo de los profesionales. Creemos que es imprescindible un proceso de “exteriorización” de dicha realidad desde las capacidades innatas que cada ciudadano tiene y puede aportar en esta tarea de acompañar en el proceso de morir.

3. A su vez, dado el avance tecnológico en la era Internet que facilita una comunicación más flexible, una puesta al día y divulgación hacia el exterior era la habilitación de una página web con documentación, enlaces de interés, bibliografía actualizada, orientaciones y recomendaciones sobre el cuidado asistencial, así como proporcionar la posibilidad de consulta vía e-mail.
4. Ante la tendencia por la falta de tiempo actual por parte de familiares para realizar acompañamiento y/o gestiones administrativas del paciente (acompañamiento a consultas externas, gestión de recursos sociales, etc.) creemos poder dar cobertura a una nueva necesidad mediante la diversificación en la acción de nuestro voluntariado. Por ello pretendemos estructurar de manera oficial un servicio de voluntariado para acompañamiento a pacientes residenciales o a sus familiares, consultas y gestiones externas al Hospital que el paciente debe realizar (citas médicas en otros centros, compras, gestiones en bancos o instituciones, etc.).
5. Relacionado con el punto anterior, se detecta también la necesidad de una acompañamiento individual en el domicilio del paciente por falta de tiempo en el apoyo familiar.

Objetivos del Programa “Cuidando contigo-Zurekin Zainduz”

El objetivo general de este Programa es la mejora en la calidad de atención en el acompañamiento y cuidado al enfermo discapacitado mediante el aprendizaje de las habilidades necesarias por parte de aquellos familiares y voluntarios con responsabilidad en la atención directa sobre personas enfermas y dependientes, atendiendo a sus necesidades.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Crear espacios variados de cuidado y de intercambio de formación, información, sensibilización, apoyo e intercambio de experiencias entre familiares y cuidadores de personas enfermas dependientes y los

- profesionales, ajustando cada espacio a las necesidades de los usuarios del programa (Grupos de Ayuda).
2. Potenciar la incorporación del voluntariado en la tarea de acompañamiento a los enfermos hospitalizados o en sus domicilios.
 3. Incorporar de manera explícita en el Servicio de Voluntariado la función de acompañamiento al enfermo en sus gestiones personales cuando el paciente no dispone de familiar alguno que le pueda acompañar en dichas acciones: consultas interhospitalarias, gestiones con instituciones (ayuntamientos, etc.).
 4. Creación de una página web de consulta.
 5. Creación de un “call-center” de orientación a familiares, cuidadores y voluntarios.
 6. Fomentar charlas de divulgación y/o formativas a familiares, cuidadores y voluntarios.
 7. Poner a disposición de las familias y cuidadores una consulta externa en el Hospital para facilitar la orientación y el apoyo psico-social sin necesidad de la atención directa al paciente.
 8. Creación de un link relacionado con los objetivos del programa (divulgación, orientación, formación e intercambios de experiencias).
Divulgación a la sociedad de la atención integral a la persona enferma.

Destinatarios

El Programa Cuidando Contigo está destinado a la Comarca de Ezkerraldea, principalmente a los municipios de Santurtzi, Portugalete, Sestao, con posibilidad de incluir a usuarios de otros municipios en función de la capacidad real de dar respuesta, bien de manera directa mediante la Consulta Externa o la participación en Grupo de Ayuda, además de la participación en las ya instauradas *Aulas de la Salud*, bien de manera indirecta mediante el uso de la página web creada específicamente para el Programa.

Se incluye también a familiares, cuidadores y a los voluntarios de nuestro Hospital, en la realización de las *Aulas de Apoyo*, colaboración en el

mantenimiento de la página web (mediante aportación de documentación, etc.) y funcionamiento del “*call-center*”.

Se pretende llevar a cabo acciones conjuntas con otras asociaciones de enfermos de donde pueden derivarnos familiares que se puedan beneficiar del Programa.

Resultados y consecuencias de los objetivos

Tabla_ Llamadas atendidas en el *call-center* en el primer año

A través del teléfono	251
A través del correo electrónico	19

FUENTE: Memoria 201 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Los temas más frecuentes de solicitud de información a través de las llamadas han sido: sobre la comunicación con el enfermo, información sobre recursos asistenciales e información sobre el propio programa y diversos servicios ofrecidos por el Hospital.

En la siguiente tabla se describen las derivaciones que se facilitaron a través del programa a otros programas de cuidados existentes dentro de nuestro Hospital y gestionados económicamente desde su Obra Social.

Tabla_ Transversalidad del Programa: derivaciones

al Programa de Cuidados Paliativos Domiciliarios	23
al Departamento de Voluntariado	22
a consulta del Hospital	1
Ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital	3

FUENTE: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_ Consultas presenciales

Total de consultas	356
con el psicólogo	204
con la trabajadora social	145
con la coordinadora del Voluntariado	5

con el médico	2
---------------	---

FUENTE: Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Creación de Grupos de Ayuda

A través del Programa Cuidando Contigo se han creado los siguientes Grupo de Ayuda:

1. Grupo de Ayuda en el afrontamiento de la pérdida. En el año 2012 se realizaron 19 encuentros.
2. Grupo de Ayuda Afectados de Parkinson. En el año 2012 se realizaron 12 encuentros.
3. Grupo de Ayuda Familiares Afectados de Parkinson. En el año 2012 se realizaron 7 encuentros.
4. Inicio del Grupo “*Conviviendo con la enfermedad*”. Orientado a familiares de enfermos de media estancia y residenciales hospitalizados. Este grupo está liderado por un voluntario.
5. “*Hora del café*”. Consiste en un encuentro informal con periodicidad semanal entre familiares de enfermos de media estancia y residenciales hospitalizados. También esta actividad está liderada por un voluntario.

Impacto y desarrollo de la web

El número de accesos a la página web en los dos años del Programa (2011-2012) han sido un total de 9.332 en el año 2011 y de 6.717 en el año 2012.

Tabla_ Accesos a la página web

Documentación	55 documentos	Documentos relacionados con aspectos prácticos del cuidado al final de la vida, suelo, información sobre la Ley de Dependencia.
Preguntas frecuentes	10 preguntas	Preguntas relacionadas con comunicación de información, acompañamiento y fases de adaptación a la enfermedad terminal y dos relatos vivenciales.
Enlaces de interés	31 enlaces	Enlaces con páginas de Cuidados Paliativos, duelo, asociaciones de afectados, etc.
Noticias	43 noticias	Noticias seleccionadas entre los diferentes artículos de periódicos relacionados con el mundo de los Paliativos en sus diferentes ámbitos.

FUENTE: Memoria de 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Tabla_ Charlas formativas a través del Programa Cuidando Contigo

Formativas y divulgativas sobre Cuidados Paliativos	35
Divulgativas del Programa Cuidando Contigo	8

FUENTE: Memoria de 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

El balance de este programa desde su inicio hasta 31 de diciembre de 2014 se puede contemplar en la siguiente tabla:

Tabla_ Balance del Programa Cuidando Contigo-Zurekin Zainduz (2011-2014)

Consultas presenciales	1.400
Llamadas telefónicas	720
Reuniones con grupos de ayuda	93
Visitas a la página web del Programa	37.000
Descarga de documentos específicos	18.000
Consultas realizadas a través de la web	40
Documentos colgados en la sección "documentación" de la web	66
Enlaces de interés	39
Preguntas frecuentes	10
Noticias relacionadas con los cuidados	59
Charlas formativas	90
Derivaciones a atención domiciliaria a través del Programa	60
Derivaciones para ingreso hospitalario	58
Derivaciones para Voluntariado	20
Derivaciones para consulta médica externa de Cuidados Paliativos	12

Fuente: Memoria 2014 de Trabajo Social del Hospital San Juan de Santurtzi.

4.14.- El compromiso con la docencia, la investigación y la innovación en Cuidados Paliativos.

Leyendo la obra *"Velad conmigo"* (Saunders C, 2003) y el resto de los escritos de Cicely Saunders (1918-2005) comprendí que nuestro Hospital San Juan de Dios de Santurce tiene cierto paralelismo con su labor desarrollada a favor de los Cuidados Paliativos en el St. Christopher's Hospice de Londres. A raíz de un episodio concreto, la donación de David Tasma, un paciente al que asistió en el final de su vida, la Dra. Cicely Saunders creó el citado Hospice para poder atender a aquellos que se encontraran cerca del final de su vida centrándola en tres actividades vinculadas: cuidados clínicos, docencia e investigación. Posteriormente amplió sus servicios para incluir la atención domiciliaria, promovió la investigación sobre el tratamiento del dolor, desarrolló un centro de formación especializado y además produjo un flujo constante de publicaciones

que han sido verdaderas referencias para los profesionales que actualmente nos dedicamos a esta filosofía del cuidar.

En el recorrido que he ido desarrollando en este cuarto capítulo creo haber podido demostrar la actividad asistencial al final de la vida tanto en la hospitalización como en el domicilio del enfermo. En este apartado desarrollaré nuestra actividad docente e investigadora como un compromiso asumido con todas las consecuencias con el objetivo de innovar y contribuir a la *universalización* de los Cuidados Paliativos.

La actividad asistencial de este Hospital ha sido el objetivo desde sus inicios, casi 90 años. Esta actividad asistencial realizada desde criterios científicos, siempre actualizados, y desde la humanización, ha ayudado a miles de ciudadanos que han solicitado alguna solución socio-sanitaria. El buen hacer de todos los profesionales de este Hospital ha hecho que actualmente sea un referente como centro sanitario donde se emplea la ciencia más avanzada junto a una humanización cálida, es decir, una atención integral a la persona enferma y a sus familias. Este logro no hubiera sido posible sin los recursos humanos de los que siempre ha dispuesto y actualmente dispone, sin los recursos materiales (un edificio, su entorno y sus servicios, en constante renovación a las necesidades de cada momento), sin la ayuda y continua de la Fundación Benéfica Aguirre, de la BBK y de la Fundación Caixa y sin la gestión de los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Prestar unos Cuidados Paliativos de calidad no solo es atender al enfermo y a su familia en nuestro Hospital o en sus domicilios como desde el año 1993 lo estamos haciendo. Los profesionales y la Dirección de este Hospital hemos comprendido que debiéramos estar comprometidos también con facilitar estos cuidados a todos aquellos ciudadanos que lo necesiten y que estén atendidos por otros profesionales de nuestro entorno. Por todo esto, se ha tratado de compartir nuestra experiencia con aquellos que se han acercado a conocerla. Durante los últimos años han sido muchos los alumnos de Enfermería, Auxiliares de Clínica, Celadores, alumnos de Medicina, alumnos de Psicología, alumnos de Trabajo Social, de las distintas Escuelas y Facultades y también

han sido muchos los médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales que han rotado por los servicios del Hospital para conocer lo que hacemos y cómo lo hacemos.

Esto motivó que en los últimos años hayamos trabajado con **Programas de Formación** para profesionales de las distintas disciplinas asistenciales. Para ello, se firmó un convenio con la Universidad del País Vasco para impartir cursos postgrado: durante el curso 2011-2012 se impartió el *Curso Postgrado Especialista Universitario “Atención Integral en Cuidados Paliativos”*; durante los cursos 2012-2013 y 2013-2014 se impartió la 1ª edición del *Máster Propio “Atención Integral en Cuidados Paliativos”*; el curso 2014-2015 comenzó la 2ª edición del *Master Propio “Atención Integral en Cuidados Paliativos”* que completará durante el curso 2015-2016. Hacer frente con profesionales sanitarios altamente especializados a una demanda creciente de cuidados paliativos fue la premisa que motivó que el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi establecieran una alianza con la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) para impartir este Master. En la tabla siguiente se detalla el número de alumnos y sus distintas disciplinas a quienes se ha formado y se están formando en la Atención Integral en Cuidados Paliativos.

Tabla_ Número de alumnos de los tres cursos postgrado de la UPV/OHSJD

	Curso Postgrado Especialista Universitario 2011-2012	1ª Edición Máster Propio 2012-2013/013-2014	2ª Edición Máster Propio 20142015/2015-2016	TOTAL
MÉDICOS	11	11	16	38
DUEs	9	5	13	27
PSICÓLOGOS	0	1	3	4
TRABAJ. SOCIALES	2	0	0	2
TOTAL	22	17	32	71

Fuente: Datos aportados por la Comisión Académica del Master

“La actividad formativa está sustentada en la alianza entre el Hospital y la Universidad y pretender construir puentes sólidos entre la clínica y la

*investigación en el área de los cuidados, promoviendo la investigación en este campo”.*²³⁷

Esta alianza es fundamental para aprender a conjugar la ciencia que nos dice lo que hay que hacer en la mayoría de los casos y la sabiduría práctica basada en la prudencia que nos dice lo que hay que hacer en ese caso concreto para humanizar el proceso de morir. Desde nuestra experiencia hemos comprobado que la formación es fundamental para cuidar mejor, por eso optamos por esta alianza que mantenemos con la Universidad del País Vasco.

Las horas lectivas del Master son 600, distribuidas entre 430 horas de clases presenciales, 100 horas de trabajos tutorizados y 70 horas de prácticas. Las clases teóricas se imparten en la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU y en el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi; las clases prácticas se realizan en las unidades hospitalaria y domiciliaria del Área de Cuidados de este Hospital y son impartidas por los profesionales de dichas unidades. En el programa de las clases teóricas participan en un 20% del profesorado, profesionales del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Este Máster cuenta con el apoyo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la Organización Médica Colegial de España (OMC), el Colegio de Médicos de Bizkaia, la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia y el Colegio de Enfermería de Bizkaia.

²³⁷ Palabras dichas en la sesión inaugural de la 2ª edición del Máster por la profesora Miren Agurtzanes Ortiz, vicedecana de Profesorado, Euskera y Plurilingüismo de la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU y directora académica del Máster.



Foto: Sesión inaugural de la 2ª Edición del Master Atención Integral en Cuidados Paliativos en el Salón Docente del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. (Foto del Archivo del Hospital).

A continuación citaré algunas de la reflexiones que los alumnos del Master compartieron con los profesores y considero que es una muestra del resultado de esta alianza formativa entre nuestro Hospital y la Universidad del País Vasco:

“Es curioso que entre el colectivo médico se de tantísimo valor al conocimiento científico (que lo tiene y por supuesto que es fundamental) y que se trabaje tan poco en cómo tratar al paciente de una forma integral, transmitir la información correctamente... cuando es para ello para los que trabajamos, es a ellos a quienes nos debemos”.

“He podido comprobar que si se tiene el tiempo suficiente desde el diagnóstico de una enfermedad fatal, hasta que llegue la muerte, uno llega a asumir su destino con más tranquilidad de la que nos podemos imaginar. A mi, personalmente, eso me da muchísima tranquilidad, el saber que si tienes tiempo, asumes tu destino y no mueres con rabia”.

“Cuando os he acompañado a los domicilios de los enfermos he vivido las distintas tareas que se han llevado a cabo para cubrir las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes y sus familias. He comprendido lo importante que es la atención integral”.

“Sin duda, creo que el contacto con el sufrimiento y la muerte nos enseña a vivir de una manera más consciente e intensa”.

“En la visita a los enfermos en la planta de la Unidad destaco la labor del equipo asistencial que les acompaña cada día, la apuesta por el amor, la compasión, la valentía de un gesto de ternura hacia esos cuerpos deteriorados, mostrándonos la alegría de vivir, no la enfermedad”.

“He vuelto a constatar la importancia de la presencia sin prisas, sin más metas en principio que escuchar, dejando expresarse a los pacientes y así nos cuentan sus vivencias, sus miedos, sus deseos. No había tiempos, solo el que necesitaba el enfermo y su familia”.

Estoy seguro que estos profesionales, después de haber formado en Cuidados Paliativos, cuidarán mejor a sus enfermos. Por eso considero que la docencia también es una aportación socio-sanitaria de nuestro Hospital a la sociedad vasca.

El Área de Cuidados ha sido acreditada como Unidad Docente en Cuidados Paliativos para Médicos Residentes de Familia de 4º año por el Servicio Vasco de Salud (tener fotocopia de esta acreditación; hacer una tabla con las rotaciones, o al menos indicar la cifras que han rotado hasta el momento de cerrar la Tesis). También en este mismo año (citar el año; ver documento y fotocopia) se ha firmado un Convenio de colaboración con la Facultad de medicina de la UPV para que alumnos de 3º de Medicina realicen un mes de prácticas en distintos servicios de nuestro Hospital (Área de Cuidados, Servicio de Anestesia, Servicio de Urgencias, Servicio de Radiología y Servicio de Traumatología). Estas actividades de rotación ha supuesto más de 3.000 horas de docencia práctica.

En el octubre de 2014 el Hospital San Juan de Dios firma un convenio de colaboración con la Fundación de Estudios Sanitarios del Colegio de Médicos

de Bizkaia²³⁸ para articular la colaboración en actividades sanitarias formativas y divulgativas en áreas de Cuidados paliativos entre otras entidades.

Se han realizado cursos de formación interna en Aspectos éticos, comunicación y acompañamiento en Cuidados Paliativos a profesionales del Hospital, lo que ha supuesto unas 408 horas lectivas.

(Hacer una relación de la formación del personal del Hospital; pedir a Mónica estos datos).

Estas actividades formativas fueron acreditadas por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias²³⁹

Tabla Actividades formativas acreditadas e impartidas durante el año 2012

ACCIÓN FORMATIVA	Alumnos	Horas	Profesionales acreditados	Nº registro	Nº créditos
Aspectos éticos y toma de decisiones en Cuidados Paliativos (I)	10	80	Medicina, enfermería	222/12	1,3
Toma de decisiones en Cuidados Paliativos (II). Aplicación en la práctica clínica	14	112	Medicina, enfermería y psicología clínica	761/12	1,8
La relación de ayuda y el acompañamiento	9	108	Medicina, enfermería, farmacia, fisioterapia, psicología clínica, TER, técnico en cuidados, auxiliares de enfermería	671/12	2,1
La comunicación en el ámbito sanitario	9	108	Medicina, enfermería, fisioterapia, técnico en cuidados, auxiliares de farmacia	493/12	2,2

Fuente: Memoria Anual de actividades formativas año 2012. Hospital San Juan de Dios de Santurce.

²³⁸ <https://www.colegiomedicosbizkaia.com/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=c51ff9ef-9593-4951-bd52-de1d46676c41&Cod=db595a5d-e033-4543-be6e-a35695441017&Idioma=es-ES> (última entrada: 4 abril 2015)

<http://www.hospital-sanjuandedios.es/cas/noticias/noticias-hsjd/la-fundacion-de-estudios-sanitarios-del-colegio-de-medicos-de-bizkaia-y-el-hospital-san-juan-de-dios-de-santurtzi-firman-un-convenio-de-colaboracion.html> (última entrada: 4 abril 2015)

²³⁹ Memoria Anual de actividades formativas año 2012. Hospital San Juan de Dios de Santurce

También se ha tenido en cuenta que la sociedad pudiera estar implicada en los Cuidados Paliativos por lo que se consideró que era preciso formar a los cuidadores informales de los enfermos en fase terminal como son las familias. Para ello, desde septiembre de 2010 se está desarrollando el programa “Cuidando Contigo – Zurekin Zainduz” y en el que en el primer años se beneficiaron 1.200 usuarios. Se realizaron 28 charlas formativas y de divulgación a las que asistieron 800 personas interesadas e implicadas en los cuidados. (Revisar este texto: hay que adecuarlo a lo que ya se ha escrito sobre este programa actualizando los datos, así como referirse al apartado en el que se ha abordado este Programa con más detalle)-

Creemos que debemos dar algún paso más para innovar cada día la atención sanitaria en nuestro centro y por eso nos proponemos comenzar con proyectos de Investigación en Cuidados Paliativos.

Una vez consolidada la filosofía asistencial, deseamos continuar trabajando en la formación académica y en la investigación de los Cuidados Paliativos porque estamos comprobando que aunque no supone ninguna rentabilidad económica, si no más bien un coste económico para el Hospital, sí supone una rentabilidad humana en la tarea de cuidar cuando no ha sido posible curar.

Publicaciones por profesionales del Área de Cuidados del Hospital

Otras de las aportaciones que este Hospital ha aportado a los ciudadanos y a los profesionales, con el objetivo de divulgar la Filosofía de la Medicina Paliativa y compartir nuestra experiencia profesional con otros profesionales para contribuir a cuidar mejor, han sido las publicaciones a través de libros, artículos, comunicaciones a Jornadas o Congresos y que detallo en la siguiente tabla:

Tabla_ Publicaciones por profesionales del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Título	Autores	Año de publicación	Lugar de publicación
Mi vida al final de su Vida	Bátiz J, Becerra I, Santisteban I, Gómez J	2004	Editado por Hospital San Juan de Dios de Santurtzi

Reflexiones desde los cuidados a enfermos de Alzheimer	Bátiz J	2010	AFA Bizkaia. Hospital San Juan de Dios Santurtzi
¿Cómo cuidar en el final de la vida? Nola zaindu bizitzaren amaieran?	Bátiz J	2009	Cáritas Bizkaia
Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en Cuidados Paliativos	Bátiz J	2014	Gac Med Bilbao. 2014; 111(3):57-62
Cuidados Paliativos para todos, también para los enfermos no oncológicos	Bátiz J	2013	Gac Med Bilbao. 2013. 110(1) 3-5
Cuidar con caricias	Bátiz J	2010	Gac Med Bilbao. 2010; 107(2) 39-40
Para el enfermo en fase terminal la familia lo es todo	Bátiz J	2000	Revista Barneko, nº 81, Sep 2000
Aspectos éticos de la analgesia en Cuidados Paliativos	Bátiz J	2008	Revista Mexicana de Algología Vol 6 nº 1
Cuidar siempre es posible	Gómez J	2011	Plataforma Editorial
La hora de la verdad	Gómez J	2014	Plataforma Editorial
Ayudar a morir bien	Bátiz J	2007	Gac Med Bilbao, 2007; 104 (3) 2007; 97
La comunicación y trato con los anciano. Sus necesidades y nuestras dificultades	Bátiz J	1998	Revista Barneko, nº 66 Nov 1998
La vida durante el coma	Bátiz J	2003	Revista Barneko, nº 95 Nov 2003
Cuidados Paliativos en la Vejez	Bátiz J	2005	Revista Letras Deusto. Univ Deusto. Vol.35, nº 107. Abril-junio 2005
Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Paliativos	Bátiz J	2006	Universidad Pontificia de Comillas. En Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid, 2006: 111-123
Limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida	Bátiz J	2006	Rev Labor Hospitalaria. Nº 281. Sept-octubre/2006: 21-32
¿Bioética para qué?	Bátiz J	2006	Gac Med Bilbao. Vol 99 (2); 31-32. 2006
Enfermos cuidados, no eliminados	Bátiz J	2007	Gac Med Bilbao. Vol 104 (3) 2007; 45-50
Making good decisions	Bátiz J	2008	Walsh J, Ed Palliative Medicine. New York, ELServier, 2008

Actividad investigadora en Cuidados Paliativos de nuestros profesionales.

Los profesionales del Área de Cuidados de nuestro Hospital en colaboración con profesionales de Atención Primaria hemos desarrollado varios trabajos de investigación que han sido presentados en distintos Congresos y Jornadas de

Cuidados Paliativos. A continuación cito algunas de las conclusiones de los trabajos de investigación realizados:

- *Hospital o domicilio, donde fallecemos en el siglo XXI.*²⁴⁰ En 1990, la OMS recoge la necesidad de promocionar y favorecer que el paciente sea cuidados en su domicilio, sin que ello suponga una disminución en la calidad de los cuidados. Aún así, el lugar elegido para morir ha variado, pasando del hogar apoyado por los familiares a los macro-hospitales actuales. La intervención de un Equipo de Cuidados Paliativos que ofrece un soporte domiciliario muestra la tendencia al fallecimiento en domicilio, siempre disponiendo de todos los recursos necesarios para la atención del paciente y su entorno, Esta intervención también afecta a los pacientes que fallecen en el hospital, siendo en su mayoría en hospitales de larga-media estancia, los cuales disponen de unidades especializadas en Cuidados Paliativos que favorecen mayor calidad en la atención al paciente y a su entorno familiar. El soporte domiciliario prestado por un Equipo de Cuidados Paliativos se realiza coordinadamente con Atención Primaria reportando no solo beneficios para el paciente sino para los integrantes de Atención Primaria.
- *Detección de las necesidades paliativas en el paciente crónico.*²⁴¹ Este proyecto nace de la colaboración con el Instituto Catalán de Oncología en el marco del trabajo de constitución de una red de soporte de atención continuada para los pacientes con enfermedad avanzada, coordinando los servicios de atención primaria con un equipo específico de cuidados paliativos con el fin de identificar los pacientes crónicos con necesidades paliativas y aumentar la codificación del paciente paliativo en el sistema informático de Osakidetza. Las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes: 1.- Bajo la codificación de paciente crónico domiciliario encontramos una alta prevalencia de pacientes con necesidades paliativas. 2.- Es necesario incorporar esta herramienta a la

²⁴⁰ Comunicación nº 93 en las Jornadas Nacionales de AEPAL (faltan datos: año y lugar)

²⁴¹ Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Atención sanitaria al Paciente Crónico. Sevilla. (Falta la fecha y número de comunicación)

práctica diaria para mejorar la calidad de la atención a estos pacientes. 3.- El uso de la herramienta NECPAL no puede separarse de una adecuada formación de los profesionales y protocolos de atención a las necesidades paliativas. 4.- La alta participación de los profesionales demuestra la implicación en el tratamiento del paciente crónico y paliativo. 5.- Sería interesante, además aplicar otra herramienta a estos pacientes que identifique el grado de complejidad que presentan.

- *La gestión de casos, un enfoque socio-sanitario.*²⁴² La incorporación del profesional en trabajo social a un Equipo de Cuidados Paliativos para la acogida y gestión de las demandas de atención, aporta una visión más integral de las necesidades del paciente y la familia. Las conclusiones fueron: 1.- Los pacientes crónicos se benefician de una evaluación y su posterior tratamiento integral. 2.- La actuación temprana sobre los síntomas con intensidades moderadas facilita el control adecuado del paciente. 3.- Aunque estamos avanzando en la comunicación con el paciente, ésta sigue siendo sesgada. 4.- La asistencia integral (bio-psico-social-espiritual) es la más requerida cuando se encuentra disponible. 5.- La figura del trabajador social aporta una nueva visión, logrando la adecuada atención del paciente desde todos los aspectos de la persona, lo que recomienda su incorporación en los equipos de cuidado.

- *Eficacia de la intervención psicológica en sintomatología ansiosa y malestar en pacientes paliativos.*²⁴³ Se observa que el nivel de ansiedad y malestar disminuye significativamente en los grupos donde ha habido más de una visita, siendo más evidente en el grupo donde los pacientes han recibido entre cuatro y siete visitas, por lo que parece evidente que la intervención psicológica es altamente eficaz.

²⁴² Comunicación presentada en el VI Congreso Nacional de Atención sanitaria al Paciente Crónico. Sevilla. (Falta la fecha y número de comunicación)

²⁴³ Comunicación presentada en la X Jornada de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Toledo. 14/15 noviembre 2013.

- *Actuación Unidad de Cuidados Paliativos. La satisfacción como índice de calidad.*²⁴⁴ Tras la experiencia de evaluar la satisfacción percibida por los cuidadores de los pacientes en términos absolutos, planteamos un estudio comparativo entre pacientes en situación terminal que reciben atención exclusivamente por Atención primaria y los que además son atendidos por el Equipo de Soporte Paliativo. Las conclusiones de este trabajo fueron: 1.- La rentabilidad económica que otros estudios muestran sobre la intervención de un equipo de soporte, éste demuestra que esta intervención supone una mejoría en términos de rentabilidad humana (calidad y satisfacción). 2.- La intervención de un Equipo de Soporte Domiciliario muestra un mayor grado de satisfacción en todos los ítems evaluados con significación estadística en e 86%, destacando los relacionados con el control de síntomas y evolución, apoyo emocional y espiritual, e información y trato.

- *Morir donde desea la persona enferma. Realidad o ficción.*²⁴⁵ En las últimas décadas, el lugar elegido para morir ha variado. Hemos pasado del calor del hogar rodeado de nuestros seres queridos, a las frías paredes blancas de los hospitales. Las conclusiones fueron: 1.- La intervención de un Equipo de Soporte Domiciliario muestra la tendencia al fallecimiento en domicilio, con una diferencia de 20 puntos aproximadamente. 2.- Con este Equipo de Soporte Domiciliario, los pacientes que fallecen en el hospital lo hacen en su defecto en unidades especializadas en cuidados paliativos, mostrando también una diferencia de 20 puntos. 3.- Ambas tendencias favorece mayor calidad en la atención al paciente y a su entorno familiar, además de una mayor adecuación de los servicios e impacto económico.

²⁴⁴ Comunicación PO013 al X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid, noviembre 2014.

²⁴⁵ Comunicación PO014 al X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid, noviembre 2014.

CAPÍTULO V

PRESENTE Y FUTURO DEL HOSPITAL

(localizar esta fuente bibliográfica de la reunión provincial en febrero 2010.
Joseba Vidorreta)

5.1.- Razón de ser del Hospital

La misión del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi, como institución religiosa sin ánimo de lucro perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, con vocación de servicio a la sociedad, consiste en prestar servicios sanitarios con las siguientes características:

- Prestar los servicios sanitarios que su entorno próximo pueda precisar, poniendo más énfasis en las necesidades emergentes.
- Que estos servicios proporcionen una asistencia integral para conseguir un tratamiento humanizado y de calidad científica de aquellas necesidades del enfermo y de su familia.
- Defendiendo los derechos de los colectivos más desfavorecidos.
- Con el estilo y carisma de San Juan de Dios.

Para que todo esto se pueda llevar a cabo, se velará por:

- Disponer de un equipo humano integrado y responsable.
- Contar con un modelo de gestión que garantice el sostenimiento, autosuficiencia y una correcta adecuación de los recursos de la Institución.
- Ejercer su actividad con justicia, transparencia y compromiso solidario.

Los valores que se consideran necesarios para desarrollar esta actividad asistencial son los siguientes:

- Ser próximos a los enfermos y a sus familias de forma profesional e integral.
- Ser solidarios con aquellos que más lo necesitan.
- Ser cercanos y responsables ante las necesidades emergentes del entorno.
- Poseer un alto sentido de pertenencia a la Institución por parte de los profesionales del Hospital.
- Actuando con hospitalidad al estilo de San Juan de Dios.
- Estar comprometidos con la Justicia Social de una forma transparente.
- Y estar sensibilizados por cuestiones medioambientales.

5.2.- Perspectivas

El Hospital San Juan de Dios de Santurtzi, alineado con los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, aspira a continuar prestando servicios sanitarios medico-quirúrgicos con una Institución de referencia para las personas de Santurce, Portugalete y zona minera:

- Que proporcione rápida respuesta a los problemas de salud de los ciudadanos de su entorno, en colaboración con otras instituciones sanitarias, mediante la oferta de servicios asistenciales (consultas, urgencias, pruebas diagnósticas, rehabilitación, actividad quirúrgica).
- Reconocida por contar con una línea de acción centrada en los cuidados (paliativos, rehabilitadores, etc.) con equipos humanos multidisciplinares e innovadores, especializados en la atención humana integral y espiritual.
- De prestigio en el ámbito rehabilitador y traumatológico.

- Que impulse y colabore en iniciativas solidarias relacionadas con la salud, viviendo y manifestando el carisma de la hospitalidad al estilo de San Juan de Dios.

Para ello este Hospital:

- Continuará con su línea de colaboración con otras instituciones públicas y privadas.
- Fomentará la innovación en sistemas, técnicas y formas de hacer.
- Profundizará en sus participación y vinculación con la sociedad de su entorno próximo.
- Velará por la incorporación de conocimientos mediante la selección de personas y profesionales.
- Apostará por la excelencia en la calidad.

Colaboración con entidades públicas:

En el mes de septiembre de 2014 se firmó **un acuerdo de colaboración entre la Viceconsejería de Salud del Gobierno Vasco y el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi**. Este acuerdo fue firmado por D. Guillermo Viñegra García en calidad de Viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco y por D. Joseba Vidorreta Gómez en calidad de Director General de Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. Ya existían antecedentes de colaboración en el área de investigación en el proyecto *Red de soporte para la atención continuada del enfermo en situación avanzada*” financiado por la Fundación ETORBIZI. Una vez conocidos los resultados (**exponer estos resultados; preguntar a Kepa**) se había considerado por ambas instituciones la conveniencia de aprovechar la experiencia mediante la materialización del citado acuerdo.

El objetivo principal de este acuerdo era el establecer vínculos de colaboración entre el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi y la Consejería de salud a través de los cuales se promueva el desarrollo de experiencias conjuntas en materia de cuidados al paciente crónico y/o paliativo en el ámbito de la

atención, la formación y la I+D+I. Las actividades de este trabajo en común abarcarían: Por un lado, programas de gestión del proceso asistencial y programas formativos para profesionales relacionados con el tratamiento de personas en situación de enfermedad avanzada y terminal. Por otro, la divulgación de conocimientos y resultados que sean el producto de la colaboración que las partes lleven a cabo y, por tanto, publicar y fomentar la aplicación de recomendaciones, guías y estándares.

Podemos deducir de este acuerdo que nuestro Hospital, en el Área de Cuidados, puede ser un colaborador útil para el Servicio de Salud del Gobierno Vasco. Creemos que estos son pasos de esperanza para que podamos ayudar a los ciudadanos de nuestro entorno que necesiten atención al final de sus vidas.

5.3.- Modelo futuro para el Hospital San Juan de Dios de Santurce

La Orden de San Juan de Dios se encuentra inmersa desde hace algunos años en una profunda reflexión sobre lo que se llama *gestión carismática*. A la propia Orden de San Juan de Dios lo que la define es su carisma de *hospitalidad*. Pero es necesario medir su implantación, debe ser contrastado y evaluado. Esta gestión carismática nos obliga a evaluar para mejorar porque para mejorar hay que evaluar. Se pretende que la gestión de los hospitales de la Orden sea una gestión excelente a la que debe aspirar una empresa convencional, aplicada, en este caso, a una organización, cuyos objetivos siguen una ideología altruista, sin ánimo de lucro con una cierta *visión de trascendencia* para que se gestionen al estilo *juandediano*, llevando a cabo una atención integral al paciente, usuario, así como una implantación plenamente humanizada en la asistencia (Varona Alonso MA y Castejón García R, 2015).

Atendiendo a la trayectoria de los últimos años y su situación actual, el Hospital San Juan de Dios opta por mantener y consolidar su actual modelo de trabajo, centrándolo en la mejora y desarrollo de éste con las siguientes directrices estratégicas:

- Vocación pública del Centro manteniendo el peso de la actividad privada.
- Oferta global de Actividades/Servicios.
- Posicionamiento en especialidades de mediana complejidad.
- Eficiencia y rapidez en la prestación de servicios.
- Atención a pacientes de Santurce, Portugalete y Zona Minera.

Desde la perspectiva del crecimiento cabe destacar que éste no es un objetivo directo de este Hospital. Se aspira a mantener un proceso de crecimiento ordenado y estructurado que permita optimizar la capacidad y hacer una utilización eficiente de los recursos del Centro.

La excepción corresponde al Área de Cuidados Paliativos, para la que sí se esperan unos ritmos de crecimiento importantes.

Ya en el Capítulo de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, celebrado en 1998, se llegó a una conclusión práctica para proyectar los hospitales de Orden para el siglo XXI (Plumed Moreno C, 2009):

“Cualquier institución que permanezca anclada en su pasado no avanza; pero cualquiera que no conozca y proyecte su historia hacia el futuro, tampoco es creativa, pues ignorar la historia es estar siempre inventando el pasado con la inseguridad que implica a falta de aprendizaje. La memoria y el olvido son imprescindibles para poder adaptarse a los retos del futuro. Han de convivir en simbiosis creadora. Si no olvidamos, el pasado nos abrumba, y si no aprendemos del mismo nos movemos en la zozobra”.

CONCLUSIONES

- Esta Institución ha tenido una gran empeño a lo largo de sus años de existencia: la continuidad en sus actividad asistencial a los enfermos a pesar de cualquier circunstancia que pudiera dificultar esta asistencia (la guerra, la escasez de recursos, la necesidad de obras de mejora...).
- Con la Hospitalidad que caracteriza a los centros de la Orden, el Hospital San Juan de Dios de Santurce se ha anticipado a aquellos que tenían la responsabilidad de resolver los problemas de los enfermos en el final de la vida.
- El Hospital San Juan de Dios de Santurce ha dado y sigue dando respuestas a carencias existentes.
- La formación y la docencia en las Disciplinas de Cuidados Paliativos y Bioética han sido una constantes hasta la actualidad.
- En este hospital se ha atendido de manera integral a quien lo ha necesitado (en el hospital o en su domicilio), adaptándose al progreso de la ciencia sin abandonar el acercamiento humano, procurando la formación de sus profesionales, compartiendo experiencias con para contribuir al cuidado de calidad de más personas, investigando para seguir innovando.

Después del recorrido de 90 años que he realizado por la historia de este Hospital en sus distintas etapas, caracterizadas por los diversos condicionamientos económicos, sociales, políticos y científicos, expongo a continuación las siguientes conclusiones como resultado de esta Tesis Doctoral que trata sobre las *aportaciones sociosanitarias del Hospital Sam Juan de Dios de Santurtzi desde 1924 a 2014*.

Primera

Procuró una gran ayuda social y sanitaria a los niños vizcaínos que padecían enfermedades que de no haber insistido en sus tratamientos y cuidados les

hubiesen dejado grandes secuelas físicas y sociales. La ayuda económica de la Fundación Benéfica Aguirre, el carisma hospitalario y de ayuda a los más necesitados de los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios y el altruismo junto con la ciencia de los médicos bilbaínos, facilitaron el acceso a la solución de los problemas médicos de estos niños ayudando en sus problemas sociales.

Segunda

Teniendo en cuenta a la persona y no a sus ideologías también los Hermanos de San Juan de Dios procuraron acogida, cuidados y tratamientos a quienes como consecuencia de la guerra lo necesitaban. No se dirigió la mirada ni a la derecha ni a la izquierda, ni a los unos ni a los otros, sino a la persona que lo necesitaba.

Tercera

En la postguerra, el Hospital se fue adaptando a una era moderna, con el objetivo de continuar cumpliendo a las nuevas necesidades sanitaria y sociales que iban surgiendo. Para ello el Hospital adaptó sus instalaciones a los nuevos avances médicos, optimizando los recursos y no dejando de cumplir la misión fundacional del Hospital que era ayudar a quienes más lo necesitaran. Pero la evolución económica hizo necesaria la búsqueda de otros recursos (diversificación de fuentes de financiación) que pudieran financiar la ayuda sanitaria y social a los vizcaínos que confiaban en nuestro Hospital como una institución que les podría aportar los beneficios de la ciencia y la satisfacción de un acercamiento humano.

Cuarta

El broche de oro de este Hospital es la dedicación a quienes más lo necesitan en versión siglo XXI a través de la Medicina Paliativa. Igual que lo que motivó hace más de 90 años, cuando se estaba gestando el nacimiento de este Hospital, no olvida que debe continuar ofreciendo soluciones médicas y sociales, desde una atención integral e intentando que sea también una atención integrada en las distintas instituciones sanitarias y sociales de nuestra Comunidad Autónoma Vasca. Para ello, como se ha podido comprobar a lo largo de este trabajo, se ha colaborado con entidades sanitarias privadas y

públicas, con entidades sociales privadas y públicas y con otras instituciones con programas sociales, solidarios.

Quinta

Desde que se inauguró el Hospital se emplearon y se emplean las técnicas médicas más avanzadas. La innovación científica es continua como resultado de la propia investigación haciendo que sea un hospital que ofrece resultados de eficacia y eficiencia. La solidaridad es una característica que exporta nuestro Hospital pero que también recibe. Comparte la experiencia asistencial de sus profesionales y contribuye a la formación en valores éticos de la sociedad. La *asistencia* desde una ciencia de vanguardia y desde una humanización exquisita es una de sus cualidades, sin olvidar la *innovación*, la *investigación* y la *docencia*.

Bibliografía

ABREU, L (edra.). *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: Iglesia, Estado y Comunidad (siglos XV-XX)*. Universidad del País Vasco, Bilbao, 2007.

AREILZA ARREGUI, E.: *El Sanatorio de Górliz*. Edit. Diputación Foral de Bizkaia, 1921. Recopilado en VILLANUEVA EDO, A. *El Sanatorio Marítimo de Górliz*. Edit. Diputación Foral de Bizkaia, 1991.

Acta Interprovincial (A.I.P.). Libro I de Definitorio de la Provincia Española. Pág.. 6

ALCALÁ, C. *La tercera Guerra Carlista (1872-1876)*. Grupo Medusa Ediciones. Madrid, 2004.

ARÓSTEGUI, J: *La guerra civil, 1936-1939: le ruptura democrática*. CARR, R: *España 1808-1939*. Oxford University Press, Oxford, 1966.

JACKSON, G: *La República Española y la Guerra Civil, 1931-1939*. Grijalbo, México, 1967.

SECO SERRANO, C: "De la democracia republicana a la guerra civil", en *Historia General de España y América*, tomo. XVII: *La Segunda República y la Guerra*. O. Ruiz Manjón Cabeza (ed.). Rialp, Madrid, 1986.

SECO SERRANO, C: *La Guerra Civil española*. Dastin Export, Madrid, 2004;

PAYNE, STANLEY, G. y TUSELL, J: *Una nueva visión del conflicto que dividió a España*. Temas de hoy, Madrid, 1996;

THOMAS, HUGH: *Historia de la Guerra Civil Española*. Diario 16, Madrid, 1985, 6 vols.

REVUELTA GONZÁLEZ, M: *La exclaustración (1833-1840)*. Edica. Madrid. 1976, págs.: 468-469;

TOMÁS Y VALIENTE, F: *El marco político de la desamortización en España*. Ariel. Barcelona. 1971,

CARO BAROJA, J: *Historia del anticlericalismo español*. Caro Regio. Madrid, 2008.

CRUSET, J. *Crónica Hospitalaria*. Editorial Hospitalaria. Barcelona, 1971. Pág.. 244

SÁNCHEZ GRANJEL, L. y GOTI ITURRIAGA, J.L: *La Historia del Hospital de Basurto*. Bilbao Bizkaia Kutxa, Bilbao, 1983;

GONZÁLEZ PORTILLA, M: *Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884-1936*. Bilbao, 1998.

ALZOLA y MIRONDO, P. "El problema sanitario", en *Revista de Vizcaya*, II, 15, 16 (1886), págs..85-95 y 121-131.

AZCONA PASTOR, J. M: *Los desastres de la Guerra Civil Española: la represión en Bilbao*. Dykinson, Madrid, 2007;

GARCÍA DE CORTÁZAR, F y MONTERO, M: *Historia Contemporánea del país vasco. De las Cortes de Cádiz a nuestros días*. Txertoa, Donostía-San Sebastián, 1995, págs.. 62-68.

GARCÍA DE CORTÁZAR, F y FUSI, J. P: *Política, Nacionalidad e Iglesia en el País Vasco*. Editorial Txertoa, San Sebastián, 1968, pág. 83

GARCÍA DE CORTAZAR, F y FUSI, J: *Política, Nacionalidad e Iglesia en el País Vasco*. Editorial Txertoa, San Sebastián, 1968, pág. 81

ARBAIZA, M. "Causas sociales de la mortalidad durante la industrialización vizcaína (1877-1930)", en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. XLIL, 1 (1997), págs.. 245-283.

BÁTIZ J. et al. *Para el enfermo en fase terminal, la familia lo es todo*. Revista Barneko. Núm. 81, septiembre 2000. Págs. 14-17.

BÁTIZ, J. Editorial: *¡Cuidados paliativos para todos, también para los enfermos no oncológicos!* Gaceta Médica de Bilbao. 2013. 110 (1): 3-5

BÁTIZ J et al. *Para el enfermo en fase terminal la familia lo es todo*. Revista Barneko. Núm. 81. Septiembre, 2000.

BÁTIZ J. *¡Cuidados paliativos para todos, también para los enfermos no oncológicos!*. Gaceta Médica de Bilbao, 2013. 110 (1): 3-5

BÁTIZ, J: Editorial: “¡Cuidados paliativos para todos, también para los enfermos no oncológicos! Gaceta Médica de Bilbao, 2013. 110 (1): 4-6.

BÁTIZ, J: Artículo especial: *Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en Cuidados Paliativos*. Gaceta Médica Bilbao. 2014;111(3):57-62

BIEDMA LÓPEZ, E. “Aproximación al estudio de la Helioterapia. Revisión Histórica”, en *Medicina Naturista*, Vol. 1, Nº. 2, págs.:86-100, 2007.

Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Provincia de Castilla. Curia Provincial de Castilla. 1975, pág..5

Boletín Informativo Clínica San Juan de Dios Santurce. Núm. Monográfico II. Curia Provincial de Castilla. 1975, pág..11

CARO BAROJA, J. *Historia del anticlericalismo español*. Caro Regio. Madrid, 2008.

CASTRO, F. *Historia de la vida y santas obras de San Juan de Dios y de la Institución de su Orden y principios de su Hospital*. Córdoba, 1995 (edición facsímil), Cap. XXII, págs..98-99.

CENTENO C, GÓMEZ M, NABAL M, PASCUAL A. *Manual de Medicina Paliativa*. EUNSA. Pamplona, 2009. Pág. 35

ECHEVARRIA, M. *Higienización de Bilbao*. 1894.

Haramburu. *Enciclopedia Historico-Geográfica de Vizcaya*. San Sebastián, 4 vols.
[es.wikipedia.org/wiki/Benito Menni](http://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Menni).

ESCUADERO, A. *Minería e industrialización en Vizcaya*. Crética, Barcelona, 1998.

GALLASTEGUI, G y PASCUAL D.P. *La higiene en Bilbao*, 1902.

ARBAIZA, M: "Causas sociales de la mortalidad durante la industrialización vizcaína (1877-1930)", en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. XLIL, 1 (1997), págs.: 245-283

ALZOLA y MIRONDO, P: "El problema sanitario", en *Revista de Vizcaya*, II, 15, 16 (1886), págs.: 85-95 y 121-131;

GALLASTEGUI, G. y PASCUAL, D. P: *La higiene en Bilbao*. Bilbao, 1902.

GÓMEZ, G: *Cómo se vive y se muere en Bilbao. Reseña demográfica de la Ilustre Villa*. Bilbao, 1896.

GÓMEZ J. C. Fray. *Historia de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios*. Archivo interprovincial. Granada, 1936. Pág.. 560.

El Médico Mariano Echeverría contemporáneo higienista, en su famosa obra *Higienización de Bilbao*", 1894;

PÉREZ FUENTES, P: "El discurso higienista y la moralización de la clase obrera en la primera industrialización vasca" en *Historia Contemporánea*, vol. 5 (1991), págs.: 127-156.

URRUTIA, V: "La ideología higienista y la vivienda en Bilbao a comienzos del S.XX", en *Cuadernos de Sección. Historia y Geografía*, 21 (1993), págs.: 329-344.

Revista *La Caridad*. Año XXVII. Nov-Dic 1968. Núm. 218. Número especial en la Clausura del Centenario de la Orden de San Juan de Dios. págs.. 441-456.

GARCIA ABAD, R. *Historia de emigración. Factores de expulsión y selección del capital humano en la emigración a la Ría de Bilbao (1877-1935)*. Universidad del País Vasco, Bilbao (2005).

M, MONTERO, M, en la novela de V, BLASCO IBAÑEZ, V: *El Intruso*. Bilbao, 1999

GARCÍA DE CORTÁZAR, F y FUSI, J. P: *Política, Nacionalidad e Iglesia en el País Vasco*. Editorial Txertoa, San Sebastián, 1968, págs.. 81-82.

GARCÍA VIÑAL, S. *Climatología e hidrología*. Casa Ed. Bailly-Baillere S.A. Madrid, 1926.

GARMENDIA, J.M. y otros: *Historia General de la guerra civil en Euzcadi*. San Sebastián, 1979, 4 vols;

GARITANOINDIA, C; DE LA GRANJA, J.L. (eds.): *La Guerra Civil en el País Vasco*. Universidad del País Vasco, Bilbao, 1987;

IRUJO, M: *La guerra civil en Euskadi antes del Estatuto*. Ed. E.D, Madrid, 1978;

JIMÉNEZ DE ABERASTURI, L. M. Y J. C: *La guerra civil en Euskadi*. Plaza y Janés, Barcelona, 1978;

MEER DE, F: "El PNV ante la guerra civil", en *Historia* 16, núm. 132, abril 1987, págs.. 95-107:

OLABARRI, I y MEER DE F: *Aproximación a la Guerra Civil en el País Vasco (1936-1939), como un conflicto de Ideas*. Eusko Ikaskuntza, Donostia-San Sebastián, 1990, págs.. 141-172;

TAMAMES, R: *La República...*op. cit., págs. 306-307.

TORRALBA I ROSELLÓ, F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 2002. Pág.18.

GÓMEZ, G. *Cómo se vive y se muere en Bilbao. Reseña demográfica de la Ilustre Villa*. Bilbao, 1896.

GOMEZ, JC Fr. *El Resurgir de una Obra. Historia de la restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Archivo Interprovincial. Granada, 1968, págs.. 446-448.

GÓMEZ, J. C. Fray. *El Resurgir de una Obra. Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Archivo Interprovincial. Granada, 1968, págs..446-448.

GÓMEZ, J.C. Fray. *El Resurgir de una Obra. Historia de la restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Archivo interprovincial. Granada, 1968. Págs.. 219-220.

GÓMEZ J.C. OH: *El resurgir de una Obra. Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Archivo interprovincial. Granada, 1968, pág..590.

GÓMEZ J.C. OH: *El resurgir de una Obra. Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Archivo interprovincial. Granada, 1968, pág..628.

GÓMEZ SANCHO, M: Prólogo. En Bátiz J, Becerra I, Santisteban I, Gómez J *Mi vida al final de su vida. Cómo cuidar a un enfermo terminal*. Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. 1ª edición, 2003.

GONDRA REZOLA, J. VILLANUEVA EDO, A. *Los Hospitales civiles de Bilbao*. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008, págs.... 280-281.

ESCUADERO, A: *Minería e industrialización en Vizcaya*. Crítica, Barcelona, 1998;

GARCÍA ABAD, R: *Historia de la emigración. Factores de expulsión y selección del capital humano en la emigración a la Ría de Bilbao (1877-1935)*. Universidad del País Vasco, Bilbao, 2005.

GONDRA REZOLA, J. VILLANUEVA EDO, A. *Los Hospitales civiles de Bilbao*. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008, págs.. 280-281.

GÓMEZ J.C. OH: *Historia de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios*. Archivo Interprovincial. Granada, 1963, pág..540.

GONZALEZ PORTILLA, M, ARBAIZA VILALLONGA, M, BEASCOECHEA GANGOITI, JM, PAREJA ALONSO, A. *Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya. 1884-1936*. Osakidetza Servicio Vasco de Salud, Hospital de Basurto, Bilbao Bizkaia Kutxa. Bilbao, 1998.

GONZÁLEZ PORTILLA, M. *El Hospital de Basurto y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884-1936*. Bilbao, 1998.

GONZALEZ PORTILLA, M. *La formación de la sociedad capitalista en el País Vasco (1876-1913)*. Haramburu, San Sebastián, 1981, 2 vols.

GRANJEL, LS, GOTI ITURRIAGA, JL. *Historia del Hospital de Basurto*. Santo Hospital Civil de Basurto. Bilbao, 1983.

GARCÍA DE CORTÁZAR, F y MONTERO, M: *Diccionario de Historia del País Vasco*. Txertoa, San Sebastián, 1983, Tomo. I, págs.. 375-380.

GÓMEZ SANCHO, M. El médico ante la muerte de su enfermo. En *Avances en Cuidados Paliativos*. Marcos Gómez Sancho. GAFOS. Las Palmas de Gran Canaria, 2003. Tomo I, pág. 75

VILLANUEVA EDO: *El Sanatorio Marino de Górliz*. Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao, 1991.

VILLANUEVA EDO, A. *El sanatorio marino de Górliz*. Diputación Foral de Bizkaia, 1991, págs.. 123-124.

CASTRO, F: *Historia de la vida y santas obras de Juan de Dios y de la Institución de su Orden y principios de su Hospital*. Córdoba, 1995 (edición facsímil). Cap. XXII, Págs.: 98-99;

MARTÍNEZ GIL, J. Fray: *San Juan de Dios, Fundador de la Fraternidad Hospitalaria*. B.A.C. Madrid, 2002.

MARTIN CARRASCO, M: *Benito Menni y la asistencia psiquiátrica en España en el siglo XIX*. Imprenta Monte Carmelo Burgos. Pamplona, 1994.

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 238

ABREU, L (edra.): *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: Iglesia, Estado y Comunidad (S. XV-XX)*. Universidad del País Vasco, Bilbao, 2007.

IBERGARAY BARRENA, S. *Monografías de pueblos de Bizkaia*. Santurce. Diputación Foral de Bizkaia. 2004.

LARRINAGA LARAUDOGOITIA, L.: *Los Sanatorios Marítimos*. Edit. Diputación Foral de Bizkaia, 1925. Recopilado en VILLANUEVA EDO, A. *El Sanatorio Marítimo de Górliz*. Edit. Diputación Foral de Bizkaia, 1991.

Marcos, O, Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. En Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid, 1969. pág..48.

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla, 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid, 1969. Pág.. 346.

Marcos, O, Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid. 1969. pags..48-49.

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla, 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid, 1969. Pág.. 348

MARCOS O. OH. *La Provincia de San Juan de Dios, Castilla, 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid, 1969, pág..50

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 239

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 239

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla, 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid, 1969, pág.. 352.

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 240

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 240

Marcos, O, Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. En Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid. 1969. Pág.: 49.

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 240

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid, 1969. Pág.. 347

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla, 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid. 1969. Págs.. 241-242

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 240-241

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Págs.. 238-239

MARTÍN CARRASCO, M. *Benito Menni y la asistencia psiquiátrica en España en el siglo XIX*. Imprenta Monte Carmelo Burgos. Pamplona, 1994.

MARTINEZ GIL, J. Fray. *San Juan de Dios, Fundador de la Fraternidad Hospitalaria*. B.A.C., Madrid, 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones. Ministerior de Sanidad y Consumo. 2008.

MONTERO, M. En Blasco Ibáñez, V, *El intruso*. Bilbao. 1999.

MONTERO, M. *Mineros, banqueros y navieros*. UPV/EHU. Leioa. 1990.

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial Madrid. 1969. Pág.. 239-240

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial de Castilla. 1969, pág.. 351

MARCOS, O. Pbro. OH. *La Provincia de San Juan de Dios. Castilla. 1934-1968*. Hermanos de San Juan de Dios. Curia Provincial. Madrid, 1969. Pág.. 347

BIEDMA LÓPEZ, E: "Aproximación al estudio de la Helioterapia. Revisión histórica", en *Medicina naturista*, Vol. 1, Nº. 2, 2007, págs.. 86-100.

ORTIZ ISLAS, A: *Los Hospitales de la Orden de San Juan de Dios en la Nueva España*. Siglos XVII-XVIII. Innovación Editorial Logares de México SA; 2004; págs..269-270.

PÉREZ FUENTES, P. “El discurso higienista y la moralización de la clase obrera en la primera industrialización vasca” en *Historia Contemporánea*, vol. 5 (1991), págs.. 127-156.

PLUMED MORENO, C: *Aproximación a la evolución asistencial de la orden hospitalaria en España durante el siglo XX*. En *Archivo hospitalario*. Revista de Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Núm 7, año 2009. Págs. 466-467

PLUMED, C. *Respuesta de la OHSJD a la necesidad de los Cuidados Paliativos*. En “La Medicina Paliativa, una necesidad socio-sanitaria”. Hospital San Juan de Dios Santurce. 1999, pág. 401.

PRESTON, P: *El holocausto español. Odio y exterminio en la Guerra Civil y después*. Debate, Barcelona, 2011, 4ª ed.

Publicaciones de la Excm. Diputación de Vizcaya. *Evacuación y repatriación del Sanatorio de Górliz. Un episodio de la Guerra Española*. Bilbao, 1937.

Revista de historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. *Archivo Hospitalario*. Núm. 7. Año 2009.

Revista *La Caridad*. Año XXVII. Nov-Dic, 1968. Núm. 218. Número especial en la Clausura del Centenario de la Orden de San Juan de Dios, págs..441-456.

Revista *La Caridad*. Memoria Histórica. 1867-14. Diciembre 1942. Año II. Núm. 24, págs..243-244.

REVUELTA GONZÁLEZ, M. *La exclaustración (1833-1840)*. Edica. Madrid, 1976, págs..468-469.

ROJO VEGA, A. *Los hospitales del País Vasco*. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 2. Donostia: Eusko Ikaskuntza. 1992, págs.. 155-169.

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. *Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras*. Informes de Evaluación de Tecnología Sanitarias. Osteba. Núm. 2006/04. Vitoria-Gasteiz. 2012.

TAMAMES, R: *La República. La Era de Franco*. Alianza Universidad, Madrid, 1975, 4ª ed., págs.. 259-263.

TAMAMES, R: *La República. La Era de Franco*. Alianza Universidad, Madrid, 1975, 4ª ed., pág. 307

SANCHEZ GRANJEL, L y GOTI ITURRIAGA, J.L. *La Historia del Hospital de Basurto*. Bilbao Bizkaia Kutxa. Bilbao, 1983.

SAUNDERS, C. *Velad conmigo, inspiración para una vida en Cuidados Paliativos*. Edición original en Inglés: *Watch with me: inspiration for a life in hospice care*. 2003. Primera edición en Castellano. SECPAL, 2011.

ALCALÁ, C: *La tercera Guerra Carlista (1872-1876)*, Grupo Medusa Ediciones. Madrid, 2004.

www.Aitamenni.Org/AM/Castellano/Web/100.../Fundación.htm.

TOMÁS Y VALIENTE, F. *El marco político de la desamortización en España*. Ariel. Barcelona, 1971.

URRUTIA, V. "La ideología higienista y la vivienda en Bilbao a comienzos del siglo XX", en *Cuadernos de Sección. Historia y Geografía*, 21 (1993), págs.. 329-334.

VILLANUEVA EDO, A. *El Sanatorio Marino de Górliz*. Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao, 1991.

VILLANUEVA EDO, A. *Historia Social de la Tuberculosos en Bizkaia 1882-1958*. Diputación Foral de Bizkaia. 1989.

VILLANUEVA A.: *Historia social de la Tuberculosis en Bizkaia, 1882-1958*. Diputación Foral de Bizkaia, 1989.

VILLANUEVA A.: *El Sanatorio Marino de Górliz*. Diputación Foral de Bizkaia, 1991. pág.. 193.

VILLANUEVA A.: *Historia Social de la Tuberculosis en Bizkaia, 1882-1958*. Diputación Foral de Bizkaia, 1989, pág..362

GONZALEZ PORTILLA, M: *La formación de la sociedad capitalista en el País Vasco (1876-1913)*. Haramburu., San Sebastián, 1981, 2 vols;

MONTERO, M: *Mineros, banqueros y navieros*. UPV/EHU. Leioa. 1990.

GOMEZ, JC Fr. *El Resurgir de una Obra. Historia de la restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Archivo Interprovincial. Granada, 1968, págs. 219-220.

GARITANOAINDIA, C y DE LA GRANJA, J. L (eds.): *La Guerra Civil en el País Vasco*. Universidad del País Vasco, Bilbao, 1987.

VILLANUEVA, A. *Historia Social de la Tuberculosis en Bizkaia*. Edit. Diputación Foral de Bizkaia, 1989.

VARONA ALONSO MA y CASTEJON GARCIA R. Gestión por valores: Audits de evaluación. A propósito de la gestión carismática. Hermanos de San Juan de Dios. Curía Provincial. Madrid, 2015. Pág. 9 y 85.

Libro-Historial del Hogar y Clínica de S. Juan de Dios. Escrito por cada uno de los Hermanos Superiores de la Comunidad, desde el año 1920 hasta 2009.

www.aita-menni.org/AM/Castellano/Web/100_anos_de_historia/Fundación.htm

www.fundacioninstitutosanjose.com/historia

Memoria 1983 Clínica San Juan de Dios de Santurce.

Memoria 1984-1985 Clínica San Juan de Dios de Santurce.

Memoria 2006 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Memoria 2007-2008 del Hospital San Juan de Dios de Santurce

Memoria 2009 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Memoria 2010 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Memoria 2011 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

Memoria 2012 del Hospital San Juan de Dios de Santurce.

CARTAS DE IDENTIDAD de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. La asistencia a los enfermos y necesitados según el estilo San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad. Madrid, 2000.

LA MEDICINA PALIATIVA, UNA NECESIDAD SOCIOSANITARIA. Hospital San Juan de Dios de Santurce. 1999.

