



Universitat

de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL

2018

**EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, PALMA DE
MALLORCA. UNA INSTITUCIÓN SANITARIA
IMPRESINDIBLE**

Joaquín Boronat Rom



Universitat

de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL

2018

**Programa de Doctorado: Investigación
Translacional en Salud Pública y Enfermedades de
Alta Prevalencia**

**EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, PALMA DE
MALLORCA. UNA INSTITUCIÓN SANITARIA
IMPRESINDIBLE**

Joaquín Boronat Rom

Director: Dra. Berta Paz Lourido

Director: Dr. Joan March Noguera

Tutor: Dr. Francisco de Borja García-Cosío Piqueras



**Universitat de les
Illes Balears**

La Dra. Berta Paz Lourido, de la Universidad de las Illes Balears y el Dr. Joan March Noguera, ambos investigadores del IUNICS,

DECLARAN:

Que la tesis doctoral que lleva por título "El hospital San Juan de Dios, Palma de Mallorca. Una institución sanitaria imprescindible", presentada per Joaquín Boronat Rom, ha estado bajo nuestra su supervisión y cumple los requisitos necesarios para la obtención del título de doctor.

Y para que quede constancia, firman este documento

Firma

Dra. Berta Paz Lourido

Dr. Joan March Noguera

Palma de Mallorca, 6 de Marzo de 2018

A mi familia. A mi esposa Manuela, a mis hijos María Asunción, Margarita, Joaquín y Alfredo y
a mis nietos Nuria, Joan, Marc y Enric

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de los dos largos años que he necesitado para llevar a cabo la investigación histórica sobre el Hospital San Juan de Dios (HSJD) de Palma y algunas derivadas que han ido surgiendo en el transcurso de mis pesquisas, he obtenido la colaboración, afortunadamente siempre amable y desinteresada de diversas instituciones y personas específicas, las cuales aparecen debidamente citadas como fuentes al final de cada capítulo. Todos ellos, a la vez que fuente de información, han representado para mí, acicate y estímulo para ir perfeccionando la calidad del trabajo; a todos doy ya desde aquí mi más sincero agradecimiento.

Entre las entidades institucionales consultadas en Palma, Barcelona, Sant Boi de Llobregat y Granada, algunas de ellas pertenecen a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y otras a archivos y/o entidades oficiales de distinto orden. Hacia todas ellas he adquirido numerosas deudas de gratitud.

De una forma más específica debo manifestar mi agradecimiento a:

- La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, dentro de la misma, con especial mención: Curia Provincial de Aragón-San Rafael: Hno. Superior Provincial Jose Luis Fonseca Bravo y Hno. Secretario José Luis Marzo Calvo, los cuales mirando con simpatía mi propósito investigador me facilitaron el acceso a la documentación escrita y fotográfica existente en los archivos de la Curia Provincial de Aragón-San Rafael. A los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de Palma; a los que forman parte de la Comunidad actual y a tantos otros que han pasado por la misma y que ya no están. Con ellos pude conversar y conocer de primera mano muchos hechos y vivencias que se relatan en este texto. Mencionar especialmente al Hno. Felipe Romanos Mesa, agradeciéndole el acceso a la documentación y al archivo fotográfico existentes en Palma, facilitados desde el principio, lo que supuso una especie de motor de arranque para llevar a cabo todo el trabajo posterior y a los Hnos. Miguel Barceló Nicolau, Jesús Alberto Chornet Barceló, Narciso Mir Mir y Domingo Alcalá Berne por la transmisión oral de sus experiencias y recuerdos en los momentos de conversación que con ellos establecí; que me sirvieron de guía para ir hilvanando gran parte de la historia inicial de la Institución.
 - Los enfermos que durante 25 años asistí como médico en el HSJD de Palma.
 - Los Directores de esta tesis, Dr. Joan March Noguera y Dra. Berta Paz Lourido, por la constante ayuda y consejos recibidos durante el desarrollo de esta tesis y al tutor de la misma, Dr. Francisco de Borja García-Cosío Piqueras.
 - El Comité de Dirección del HSJD de Palma; cada uno de los miembros directivos, desde su particular función responsable en la gestión del centro hospitalario, ha apoyado mi investigación en aquellos aspectos que les competían.
 - Los profesionales, empleados, voluntarios y amigos que han colaborado con el HSJD y a los que siguen en esta senda que hace posible la realidad viva del hospital. Sin el concurso de cada uno de ellos, en la medida de sus aportaciones, posiblemente el hospital no sería el mismo que ha llegado a ser en estos 60 años de evolución.
 - Los profesionales y colaboradores laborales que forman parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del HSJD, a sus componentes actuales y a los egresados, especialmente por la aportación de datos que solo permanecían en el acervo y memoria personal de cada uno de estos profesionales.
 - A las instituciones sanitarias de la comunidad autónoma de les Illes Balears, de ámbito público y privado que me han aportado abundante información y referencias
-

para documentar y contextualizar este trabajo. Concretamente, al Servicio de Salud de les Illes Balears, al antiguo Hospital Militar, al Hospital de la Cruz Roja, al Centro Mater Misericordiae, a la Clínica Mútua Balear y a Mútua Universal.

- Los protagonistas de las entrevistas, referenciados en cada capítulo como fuentes orales, por su disponibilidad y por las aportaciones realizadas desde su experiencia personal.
 - Tantos amigos, relacionados con el HSJD o ajenos a la Orden, que me han ayudado, especialmente, Francisco Benavides Vázquez, Director y archivero del Museo San Juan de Dios “Casa de los Pisa” de Granada y Juan Luis Cerdo Alonso-Misol y Pedro Galiana Veiret, historiadores.
-

ÍNDICE

RESUMEN	1
RESUM	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I. LA DONACIÓN. EL PROYECTO DEL SANATORIO	16
I EL ORIGEN DE LA FUNDACION DEL SANATORIO DE PALMA. UN PRÓCER MALLORQUÍN: DON RAMÓN VALLESPÍR GARCÍAS	16
TESTAMENTO DE DON RAMÓN VALLESPÍR GARCÍAS	17
II LA REALIZACIÓN	21
II.1 Primeros contactos entre los albaceas y la orden de san Juan de Dios	21
II.2 Aceptación del legado	21
II.3 Compra del solar	22
II.4 Proyecto arquitectónico	22
III ARCHIVO DE IMÁGENES	25
IV FUENTES	28
CAPITULO II. EL LUGAR FISICO ELEGIDO	30
I UN SANATORIO INFANTIL EN EL COLL D' EN RABASSA DE PALMA DE MALLORCA	30
I.1 Son Manuel	30
I.2 Clima del lugar	34
II UN SANATORIO INFANTIL CERCA DEL MAR: AGUA DE MAR, BRISA Y SOL	36
II.1 El contacto antiguo de la hidroterapia	36
II.2 El contexto moderno de la hidroterapia. El movimiento higienista	40
II.3 Los beneficios de la talasoterapia, hidroterapia y climatoterapia	43
III EL PRIMER SANATORIO DE LA ERA MODERNA: SANATORIO ANTITUBERCULOSO	44
IV SANATORIOS MARÍTIMO-INFANTILES EN ESPAÑA	47
IV.1 Sanatorios infantiles no pertenecientes a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	47
IV.2 Sanatorios infantiles pertenecientes a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	48
V FUENTES	51
CAPÍTULO III. NACE UNA COMUNIDAD DE HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS EN PALMA	54
I EPOCA PRELIMINAR O FUNDACIONAL (AÑOS 1952-1955)	54
I.1 Año 1952	54
I.2 Año 1953	55
I.3 Año 1954	58
I.4 Año 1955	60
II INAUGURACIÓN OFICIAL DEL SANATORIO	62
III FUENTES	73
CAPÍTULO IV. LA SANIDAD EN MALLORCA: DÉCADA DE LOS AÑOS 50 Y SU EVOLUCIÓN	74
I CENTROS ESPECIALES PARA LAS MINUSVALIAS INFANTILES	75
I.1 Centro Mater Misericordiae	75
II HOSPITALES PÚBLICOS	76
II.1 Hospital Son Dureta	77
II.2 Hospital General	78
II.3 Hospital Joan March	78

II.4	Hospital Militar.....	79
II.5	Hospital Virgen de la Salud.....	79
II.6	Casa de Socorro.....	79
II.7	Hospital Psiquiátrico.....	80
III	HOSPITALES PRIVADOS SIN ÁNIMO DE LUCRO	80
III.1	Hospital-Dispensario de la Cruz Roja.....	80
IV	CENTROS PRIVADOS.....	82
IV.1	Centros Privados en funcionamiento	82
IV.2	Clínicas que coexistieron con el HSJD y que posteriormente cesaron su actividad	83
V	MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO	84
VI	COMPAÑÍAS DE SEGURO DE ACCIDENTES DE TRÁFICO	85
VII	ASEGURADORAS MÉDICAS.....	85
VIII	FUENTES	86
CAPÍTULO V. ESTUDIO DE POLIOMIELITIS EN ESPAÑA Y MALLORCA		88
I	INTRODUCCIÓN.....	88
II	PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA POLIOMIELITIS	89
III	HISTORIOGRAFÍA DE LA POLIOMIELITIS	90
III.1	El contexto histórico de la poliomielitis	90
III.2	Poliomielitis en España.....	92
III.2.1	Primera serie histórica (1931-1941). Casos totales de poliomielitis en España.....	93
III.2.2	Segunda serie histórica (1942-1963). Casos totales de poliomielitis en España.....	93
III.2.3	Tercera serie histórica (1964-1990). Casos totales de Poliomielitis en España	94
III.2.4	Caso particular de la poliomielitis en Baleares	96
III.2.5	Brote epidémico de 1932 en Mallorca	97
IV	RESPUESTA DE LA SOCIEDAD AL PROBLEMA DE LA POLIOMELITIS	99
IV.1	Agencias internacionales: NFIP, OMS y AEP.....	99
V	VACUNACIÓN Y REHABILITACIÓN. EJES DE LA LUCHA CONTRA LA POLIOMIELITIS	100
VI	ASPECTOS ESPAÑOLES DE LA LUCHA CONTRA LA POLIOMIELITIS	102
VII	ASOCIACIONES CIVILES EUROPEAS	103
VIII	ASOCIACIONISMO EN ESPAÑA	103
VIII.1	La Fraternidad Católica de Enfermos y Minusválidos (FRATER)	103
VIII.2	Asociación Española de Lucha contra la Poliomielitis (ALPE)	104
VIII.3	Otras Asociaciones Españolas	105
IX	FUENTES	107
CAPÍTULO VI. SANATORIO INFANTIL DE SAN JUAN DE DIOS DE PALMA DE MALLORCA PRIMERA ÉPOCA (AÑOS 1955-1975)		109
I	EL SANATORIO INFANTIL DE SAN JUAN DE DIOS	109
I.1	Acceso	109
II	ARQUITECTURA HOSPITALARIA	109
II.1	Exteriores	109
II.2	Interiores.....	110
II.2.1	Primer piso	110
II.2.2	Segundo piso.....	114
II.2.3	Sótano	114
II.3	Zona o área recreativa	114
II.3.1	Capilla.....	115
II.3.2	Dependencias auxiliares.....	116
III	FORMACIÓN ACADÉMICA Y RELIGIOSA	116
III.1	La Escuela dentro del Sanatorio. Enseñanza primaria.....	116
III.2	Consejo Escolar de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	116
III.3	La Formación religiosa.....	117

IV	NIÑOS HOSPITALIZADOS	118
IV.1	Patología asumida por el Sanatorio	119
IV.2	Tratamientos	120
V	PERSONAL ASISTENCIAL	132
V.1	Hermanos	132
V.2	Personal contratado	133
V.3	Médicos	133
VI	PRIMERA ETAPA SANATORIAL. AÑOS 1955-1969	137
VI.1	Año 1955	137
VI.2	Año 1956	137
VI.3	Año 1957	138
VI.4	Año 1958	138
VI.5	Año 1959	140
VI.6	Año 1960	140
VI.7	Año 1961	141
VI.8	Año 1962	144
VI.9	Año 1963	145
VI.10	Año 1964	145
VI.11	Año 1965	145
VI.12	Año 1966	146
VI.13	Año 1967	146
VI.14	Año 1968	146
VI.15	Año 1969	146
VII	SEGUNDA ETAPA SANATORIAL. AÑOS 1970-1974	149
VII.1	Año 1970	149
VII.2	Año 1971	155
VII.3	Año 1972	156
VII.4	Año 1973	157
VII.5	Año 1974	157
VIII	ACTIVIDADES FORMATIVAS	159
IX	ARCHIVO DE IMÁGENES.	160
IX.1	Planos e imágenes del sanatorio infantil de San Juan de Dios de Palma de Mallorca	160
IX.2	Vistas aéreas	161
IX.3	Imágenes exteriores del sanatorio	163
IX.4	Imágenes interiores	169
X	FUENTES	175
	CAPÍTULO VII. ESCUELAS PROFESIONALES	177
I	ESCUELA DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS-ENFERMERÍA DEL HSJD	177
I.1	Antecedentes	177
I.2	Creación de la escuela ATS del HSJD	179
I.3	Crónica de la escuela ATS del HSJD	186
II	ESCUELA DE FISIOTERAPIA	188
II.1	Antecedentes y disposiciones oficiales	188
II.2	Escuela de fisioterapia en Palma de Mallorca	189
II.3	Crónica de la escuela de fisioterapia del HSJD	193
III	FUENTES	195
	CAPÍTULO VIII. RELACIONES ENTRE SAN JUAN DE DIOS Y LA SOCIEDAD CIVIL	197
I	APOYOS DE LA SOCIEDAD A LA OBRA BENÉFICA DE LOS HERMANOS HOSPITALARIOS	197
I.1	Años 1950-1959	197
I.2	Años 1960-1969	200
I.3	Años 1971-1975	206
II	BENEFICENCIA, LIMOSNAS, SUSCRIPCIONES Y DONATIVOS	207
II.1	Años 1953-1959	207

II.2	Años 1960-1969	214
II.3	Años 1970-1975	215
III	CONTEXTO ACTUAL ESPAÑOL DE LA BENEFICENCIA EN LA ORDEN DE SAN JUAN DE DIOS	217
IV	FUNDACIÓ SANT JOAN DE DÉU SERVEIS SOCIALS DE MALLORCA	218
V	FUENTES	219
CAPITULO IX. CONVENIOS Y ACUERDOS CON INSTITUCIONES: SEGURIDAD SOCIAL, MUTUA BALEAR, UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES Y EJÉRCITO		220
I	CONVENIOS CON LA SEGURIDAD SOCIAL	220
I.1	Años 1968-1969	220
I.2	Años 1970-1979	221
I.3	Años 1980-1989	223
I.4	Años 1990-1999	224
I.5	Años 2000	226
II	CONVENIO CON MUTUA BALEAR.....	229
II.1	Establecimiento y firma del acuerdo.....	229
II.2	Edificio de Mutua Balear	231
III	PACIENTES ATENDIDOS	238
IV	DOTACIÓN DE PERSONAL.....	239
V	ACTIVIDAD DEL CENTRO.....	239
VI	ACUERDOS CON LA UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES.....	242
VII	RELACIONES CON EL EJÉRCITO	245
VIII	FUENTES	246
CAPÍTULO X. UN HOSPITAL DE ADULTOS. SEGUNDA EPOCA (1975-1997)		249
I	EQUIPOS O SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES	249
II	PARTICULARIDADES DE LA CIRUGIA DEL APARATO LOCOMOTOR DEL ADULTO	251
III	CARTERA DE SERVICIOS.....	252
III.1	Cartera de servicios en traumatología	252
III.2	Cartera de servicios en cirugía ortopédica	254
IV	AÑO 1975	255
V	AÑO 1976	258
VI	AÑO 1977	261
VII	AÑO 1978	266
VIII	AÑO 1979	269
IX	AÑO 1980	270
X	AÑO 1981	275
XI	AÑO 1982	277
XII	AÑO 1983	281
XIII	AÑO 1984	283
XIV	AÑO 1985	284
XV	AÑO 1986	285
XVI	AÑO 1987	290
XVII	AÑO 1988	290
XVIII	AÑO 1989	291
XIX	ESTAMENTO DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA EN LA DÉCADA DE LOS 80	292
XX	AÑO 1990	292

XXI	AÑO 1991	293
XXII	AÑO 1992	295
XXIII	AÑO 1993	298
XXIV	AÑO 1994	299
XXV	AÑO 1995	301
XXVI	AÑO 1996	304
XXVII	AÑO 1997	306
XXVIII	FUENTES	318
CAPITULO XI. HOSPITAL GERIÁTRICO. TERCERA ÉPOCA (AÑOS 1998-2006).....		321
I	MODELO DE ATENCION GERIATRICA INTEGRAL	321
II	AÑO 1998	321
III	AÑO 1999	324
IV	ESTAMENTOS DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA EN LA DÉCADA DE LOS 90	327
V	AÑO 2000	328
VI	AÑO 2001	330
VII	AÑO 2002	332
VIII	AÑO 2003	334
IX	AÑO 2004	337
X	AÑO 2005	341
XI	AÑO 2006	349
XII	FUENTES	356
CAPITULO XII. CENTRO ORIENTADO A LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA. CUARTA ÉPOCA (AÑOS 2007-2015).....		357
I	PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA.....	357
II	AÑO 2007	357
III	AÑO 2008	363
IV	AÑO 2009	368
V	AÑO 2010	372
VI	AÑO 2011	377
VII	AÑO 2012	381
VIII	AÑO 2013	386
IX	AÑO 2014	391
X	AÑO 2015	397
XI	ESTAMENTOS DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA EN LA DÉCADA DE LOS 2000	406
XII	FUENTES	414
CAPÍTULO XIII. EL HJSD Y EL CUERPO DE BOMBEROS DE PALMA DE MALLORCA		416
I	INTRODUCCIÓN.....	416
II	SAN JUAN DE DIOS, PATRONO DEL CUERPO DE BOMBEROS.....	416
III	EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PALMA Y LOS BOMBEROS	417
IV	FUENTES	424
CAPÍTULO XIV. EL FUTURO		425
CAPÍTULO XV. CONCLUSIONES.....		427

APÉNDICE I LA SANIDAD EN MALLORCA: EVOLUCIÓN POSTERIOR	429
Años 1970 a 2015.....	429
I CENTROS ESPECIALES PARA LAS MINUSVALIAS INFANTILES	429
I.1 CENTRO MATER MISERICORDIAE	429
I.2 OTROS CENTROS DE AYUDA A LA INFANCIA MINUSVÁLIDA	432
II HOSPITALES PÚBLICOS	432
II.1 Hospital Son Dureta	432
II.1.1 Fase de jerarquización.....	432
II.1.2 Fase de consolidación	436
II.1.3 Aspectos generales del Hospital Son Dureta	438
II.2 Hospital General.....	439
II.3 Hospital Joan March.....	440
II.4 Hospital Militar.....	441
II.5 Hospital Virgen de La salud	442
II.6 Casa de Socorro.....	442
II.7 Hospital Psiquiátrico.....	443
II.8 Hospital de manacor	444
II.9 Hospital Son Llàtzer.....	445
II.10 Hospital de Inca.....	445
II.11 Hospital Son Espases	446
III HOSPITALES PRIVADOS SIN ÁNIMO DE LUCRO	447
III.1 Hospital-Dispensario de la Cruz Roja.....	447
IV CENTROS PRIVADOS	449
IV.1 Centros Privados en funcionamiento en la actualidad	449
IV.1.1 Clínica Juaneda.....	449
IV.1.2 Clínica Mutua Balear	450
IV.1.3 Clínica Rotger	450
IV.1.4 Policlínica Miramar.....	450
IV.1.5 Clínica Palma Planas.....	450
IV.1.6 Hospital de Muro	450
IV.1.7 Hospital de Llevant.....	450
IV.1.8 Hospital de Alcudia.....	451
V MUTUAS DE ACCIDENTES LABORALES	451
VI COMPAÑÍAS DE SEGURO DE ACCIDENTES DE TRÁFICO	451
VII ASEGURADORAS MÉDICAS.....	451
VIII FUENTES	452
APÉNDICE II EVOLUCIÓN DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	454
I TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ESPECÍFICAS DE LA DECADA DE LOS AÑOS 70	454
I.1 Cirugía de la articulación de la cadera.....	454
I.2 Traumatología de la cadera-fémur.....	462
I.3 Cirugía de la articulación de la rodilla	463
I.4 Cirugía de la articulación del codo	470
I.5 Cirugía de la mano.....	470
I.6 Cirugía del pie.....	471
I.7 Cirugía implantológica de la columna vertebral.....	471
I.8 Traumatología. Osteosíntesis de grandes huesos	472
II TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ESPECÍFICAS DE LA DECADA DE LOS AÑOS 80	474
II.1 Cirugía de la articulación de la cadera.....	474
II.2 Cirugía de la articulación de la rodilla	479
II.3 Cirugía de la articulación del codo	481
II.4 Cirugía de la mano.....	481
II.5 Cirugía del pie.....	481
II.6 Cirugía implantológica de la columna vertebral.....	482
II.7 Cirugía artroscópica	482
II.8 Traumatología. Osteosíntesis de grandes huesos	483

III	INNOVACIONES EN TÉCNICAS QUIRÚRICAS ESPECÍFICAS EN LA DÉCADA DE LOS 90	485
III.1	Cirugía de la articulación de la cadera.....	485
III.2	Cirugía de la articulación de la rodilla	488
III.3	Cirugía de la articulación del hombro	491
III.4	Cirugía de la mano.....	492
III.5	Cirugía del pie.....	494
III.6	Cirugía implantológica de la columna vertebral.....	495
III.7	Cirugía artroscópica	495
III.8	Ortogeriatría	495
III.9	Fijación externa.....	496
IV	INNOVACIONES EN TÉCNICAS QUIRÚRICAS ESPECÍFICAS ENTRE 2000-2015	497
IV.1	Cirugía de la articulación de la cadera.....	497
IV.2	Cirugía de la articulación de la rodilla	502
IV.3	Cirugía de la articulación del hombro	505
IV.4	Cirugía de la mano.....	506
IV.5	Cirugía del pie.....	506
IV.6	Cirugía implantológica de la columna vertebral.....	507
IV.7	Osteotomías y artrodesis	508
IV.8	Cirugía artroscópica	509
	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	511

INDICE FIGURAS

Fig. I.1. Fragmento del testamento de Ramón Vallespir Garcias	18
Fig. I.2. Fragmento del testamento de Ramón Vallespir Garcias (continuación)	19
Fig. I.3. Fragmento del testamento de Ramón Vallespir Garcias (continuación)	20
Fig I.4. Proyecto inicial del año 1929 para el Sanatorio infantil de San Juan de Dios.....	25
Fig I.5. Plano del solar del Hospital de San Juan de Dios.....	25
Fig I.6. Imagen de Cala Gamba en 1953	26
Fig I.7. Proyecto definitivo del año 1940 para el Sanatorio infantil de San Juan de Dios.....	26
Fig I.8. Proyecto para el Sanatorio infantil de San Juan de Dios.....	27
Fig. II.1. Vista de las casas de la possessió de Son Manuel.....	31
Fig. II.2. Plano del solar del Hospital San Juan de Dios	32
Fig. II.3. Vista general de Cala Gamba	33
Fig. III.1 Fotografía del Hno. Serafín Fonseca	56
Fig. III.2 Fotografía de la comunidad inicial del Sanatorio infantil de San Juan de Dios.....	56
Fig. III.3 El Sanatorio infantil de San Juan de Dios en construcción. Años 1953 o 1954.....	58
Fig. III.4 Imágenes de la construcción del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	59
Fig. III.5 Vista del Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1954.....	60
Fig. III.6. Llegada de M.R.P. Auspicio Ochoa al Sanatorio infantil de San Juan de Dios.....	63
Fig. III.7. Llegada de monseñor Enciso al Sanatorio infantil de San Juan de Dios	64
Fig. III.8. El Gobernador Civil Sr. Honorato Martín Cobos cortando la cinta inaugural	64
Fig. III.9. Ceremonia de la bendición del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	65
Fig. III.10. El M.R.P provincial Auspicio Ochoa pronunciando el discurso inaugural	65
Fig. III.11. El M.R.P provincial Auspicio Ochoa recibiendo los parabienes del obispo.....	66
Fig. III.12. Visita de las autoridades a los enfermos asilados.....	68
Fig. III.13. Asistencia al acto inaugural del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	69
Fig. VI.1. Capilla del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	115
Fig. VI.2. Distribución de los pisos primero y segundo del sanatorio infantil en 1955.....	118
Fig. VI.3. Niños ingresados en el sanatorio infantil	118
Fig. VI.4. Niños ingresados en el sanatorio infantil en una jornada festiva.....	119
Fig. VI.5. Tratamientos de helioterapia en la terraza del sanatorio infantil	121
Fig. VI.6. Tratamientos de helioterapia marina	122
Fig. VI.7. Arte de enfermería	132
Fig VI.8. Primer cuerpo facultativo del Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1955	134
Fig. VI.9. Imagen del Dr. Manuel Mora Esteve	135
Fig VI.10. La tempestad del 22 de diciembre del 1958.....	139
Fig VI.11. Aparato distractor de Anderson	153
Fig.VI.12. Aparato distractor de Wagner	153

Fig. VI.13. Planos, fachadas y secciones del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios	160
Fig. VI.14. Vista aérea de Cala Gamba y el Sanatorio infantil de San Juan de Dios	161
Fig. VI.15. Vista aérea de Cala Gamba y el Sanatorio de San Juan de Dios	162
Fig. VI.16. Vista aérea del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	163
Fig. VI.17. Imagen de San Juan de Dios	163
Fig. VI.18. Vista de la fachada marítima y panorámica del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	164
Fig. VI.19. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	165
Fig. VI.20. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	166
Fig. VI.21. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	167
Fig. VI.22. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	168
Fig. VI.23. Imagen del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	169
Fig. VI.24. Imagen del vestíbulo de entrada del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	169
Fig. VI.25. Imágenes interiores del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	170
Fig. VI.26. Imágenes de la sala de recuperación funcional para niños	171
Fig. VI.27. Imágenes de la sala de recuperación funcional para adultos	172
Fig. VI.28. Imágenes del quirófano y sala de postoperados del sanatorio infantil	173
Fig. VI.29. Imágenes de la sala de rayos X del sanatorio infantil	174
Fig. VI.30. Imagen de la cocina del Sanatorio infantil de San Juan de Dios	174
Fig. VII.1. Manuales de lecciones teóricas para los tres cursos de ATS	182
Fig. VII.2. Título de ATS por la Escuela de ATS del Hospital San Juan de Dios	186
Fig. VII.3. Título de Diplomado de Fisioterapeuta	192
Fig. VIII.1. Folletos informativos de la obra de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	210
Fig. IX.1. Imágenes del edificio de Mutua Balear	234
Fig. IX.2. Área de hidroterapia	235
Fig. IX.3. Aparataje para técnicas de hidroterapia	235
Fig. IX.4. Aparataje de técnicas de hidroterapia	236
Fig. IX.5. Bañeras de hidroterapia	237
Fig. IX.6. Área de mecanoterapia y gimnasios	237
Fig. IX.7. Área de electroterapia	238
Fig. X.1. Imágenes del centro de rehabilitación de San Juan de Dios	262
Fig. X.2. Cuadro facultativo del Hospital San Juan de Dios en 1977	263
Fig. X.3. Hospital San Juan de Dios. Año 1978	266
Fig. X.4. Proyecto de ampliación del Hospital San Juan de Dios. Año 1978	267
Fig. X.5. Plano del detalle de una habitación tipo del Hospital San Juan de Dios	267
Fig. X.6. Plano primera planta del Hospital San Juan de Dios	267
Fig. X.7. Vistas aéreas del Hospital San Juan de Dios hacia 1980	271
Fig. X.8. Imágenes del gimnasio-sala de recuperación y cuidados intermedios en 1980	272
Fig XI. 1. Imagen actual de quirófano del Hospital San Juan de Dios	334

Fig. XI. 2. Imágenes de la zona de cirugía ambulatoria.....	338
Fig. XI. 3. Imágenes del 50 aniversario del Hospital San Juan de Dios de Palma.....	343
Fig. XI. 4. Imágenes de la construcción del nuevo edificio del HSJD en 2005.....	345
Fig. XII. 1. Inauguración del nuevo edificio del Hospital San Juan de Dios en 2007	357
Fig. XII. 2. Plano de las instalaciones reformadas del centro asistencial de San Juan de Dios	363
Fig. XII. 3. Imágenes del actual centro asistencial de San Juan de Dios	364
Fig. XII. 4. Inauguración del centro asistencial de San Juan de Dios.....	364
Fig. XII. 5. Equipo integrante del Servicio de COT del Hospital San Juan de Dios.....	368
Fig. XII. 6. Imágenes de las nuevas instalaciones de la Unidad de cirugía sin ingreso.....	382
Fig. XII. 7. Bendición de la nueva residencia de la Comunidad de Hermanos del hospital	382
Fig. XII. 8. Inauguración y bendición de la nueva capilla del Hospital San Juan de Dios	387
Fig. XII. 9. Imagen de San Juan de Dios.....	392
Fig. XII. 10. Aspectos de la remodelación del edificio antiguo del HSJD en 2014.....	393
Fig. XII. 11. Aspectos de la remodelación del edificio antiguo del HSJD en 2014.....	394
Fig. XIII.1. San Juan de Dios salvando a los enfermos del incendio del Hospital Real de Granada.....	417
Fig. XIII.2. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1960.....	418
Fig. XIII.3. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961	418
Fig. XIII.4. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961.....	419
Fig. XIII.5. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961	420
Fig. XIII.6. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961	420
Fig. XIII.7. Accidente ocurrido durante la exhibición del cuerpo de bomberos. Año 1961	421
Fig. XIII.8. Visita del Cuerpo de bomberos al Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1964	422
Fig. XIII.9. Visita del Cuerpo de bomberos al Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1966	422
Fig. XIII.10. Visita de autoridades y cuerpo de bomberos al Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1967.....	423
Fig. XIII.11. Celebración del patrón del cuerpo de bomberos en el Hospital San Juan de Dios. Año 1997	423
Fig. Ap II.1. Prótesis de cadera modelo McKee-Farrar	456
Fig. Ap II.2. Prótesis de Charnley	457
Fig. Ap II.3. Prótesis tipo Banana de Maurice E. Müller	458
Fig. Ap II.4. Prótesis tipo autobloqueante	459
Fig. Ap II.5. Prótesis de cadera modelo Huggler-Weber.....	460
Fig. Ap II.6. Prótesis de Thompson	460
Fig. Ap II.7. Prótesis bipolar de Bateman.....	461
Fig. Ap II.8. Prótesis en doble cúpula tipo Freeman	461
Fig. Ap II.9. Prótesis de Moore	462
Fig. Ap II.10. Placas acodadas AO	463
Fig. Ap II.11. Placas de osteosíntesis de la escuela AO Suiza.....	463
Fig. Ap II.12. Prótesis de rodilla modelo Shiers	465

Fig. Ap II.13. Prótesis de rodilla modelo GSB (Gschwend, Scheir y Bahler).....	466
Fig. Ap II.14. Prótesis de rodilla Insall-Burstein	467
Fig. Ap II.15. Prótesis de rodilla modelo Freeman (Mark I-VI).....	468
Fig. Ap II.16. Prótesis de rodilla modelo Freeman (Mark I-VI).....	469
Fig. Ap II.17. Prótesis de rodilla modelo ICHL de Freeman Samuelson	469
Fig. Ap II.18. Prótesis unicondilar de Freeman	470
Fig. Ap II.19. Prótesis de codo modelo Swanson	470
Fig. Ap II.20. Prótesis de articulaciones digitales de la mano modelo Swanson	471
Fig. Ap II.21. Prótesis de A. Viladot para el pie	471
Fig. Ap II.22. Instrumentación de Harrington	472
Fig. Ap II.23. Clavos de Ender femorales	472
Fig. Ap II.24. Clavos de Küntscher femorales.....	473
Fig. Ap II.25. Clavos de Rush	473
Fig. Ap II.26. Prótesis de cadera modelo Spotorno	475
Fig. Ap II.27. Prótesis de cadera modelos Zweymüller	477
Fig. Ap II.28. Prótesis de cadera modelo PCA	478
Fig. Ap II.29. Prótesis de cadera modelo isoelástico de Robert Mathys.....	479
Fig. Ap II.30. Vástagos de la prótesis de cadera Optifix.....	479
Fig. Ap II.31. Prótesis de rodilla PCA.....	480
Fig. Ap II.32. Prótesis de rodilla Insall-Burnstein	481
Fig. Ap II.33. Endoprótesis subastragalina de Giannini	482
Fig. Ap II.34. Placas de Louis.....	482
Fig. Ap II.35. Clavo gamma	483
Fig. Ap II.36. Clavo endomedular.....	484
Fig. Ap II.37. Tornillo deslizante.....	484
Fig. Ap II. 38. Prótesis de cadera modelo Furlong	486
Fig. Ap II. 39. Prótesis de cadera modelo Furlong Furlong de vástago largo.....	486
Fig. Ap II. 40. Prótesis de cadera modelo ABG-II estándar	487
Fig. Ap II. 41. Prótesis de cadera modelo ABG-II modular.....	487
Fig. Ap II.42. Prótesis de cadera Cerafit.....	488
Fig. Ap II. 43. Prótesis de rodilla Optetrak	489
Fig. Ap II.44. Prótesis de rodilla de Puy	490
Fig. Ap II. 45. Prótesis de rodilla Hermes	490
Fig. Ap II. 46. Prótesis de rodilla Anakine	491
Fig. Ap II. 47. Prótesis de hombro Aequalis.....	491
Fig. Ap II. 48. Prótesis de hombro Equinox.....	492
Fig. Ap II. 49. Prótesis de escafoides.....	493
Fig. Ap II. 50. Prótesis trapecio-metacarpiana Elektra	493

Fig. Ap II. 51. Prótesis trapecio-metacarpiana Ivory.....	494
Fig. Ap II. 52. Prótesis trapecio-metacarpiana Arpe.....	494
Fig. Ap II. 53. Tornillo tipo Barouk.....	494
Fig. Ap II. 54. Fijación-artrodesis lumbar mediante el sistema TSRH.....	495
Fig. Ap II. 55. Montaje de un sistema de osteotaxis orthofix en una fractura de tibia.....	496
Fig. Ap II. 56. Prótesis de cadera Furlong.....	498
Fig. Ap II. 57. Prótesis de cadera Zweymüller.....	498
Fig. Ap II. 58. Prótesis de cadera Cormet Resurfacing.....	500
Fig. Ap II. 59. Prótesis de cadera Birmingham.....	501
Fig. Ap II. 60. Miniprótesis de cadera Evolution.....	501
Fig. Ap II. 61. Prótesis de rodilla Génesis II.....	502
Fig. Ap II. 62. Prótesis de rodilla Apex.....	503
Fig. Ap II. 63. Prótesis de rodilla Accuris modelo unicompartimental.....	503
Fig. Ap II. 64. Prótesis de rodilla antialérgica.....	504
Fig. Ap II. 65. Prótesis femoro-patelar Avon.....	504
Fig. Ap II. 66. Prótesis de rodilla Nexgen.....	505
Fig. Ap II. 67. Prótesis de rodilla Nexgen en bisagra.....	505
Fig. Ap II. 68. Prótesis de hombro Aequalis.....	506
Fig. Ap II. 69. Prótesis Maïa.....	506
Fig. Ap II. 70. Sistema de fijación de columna Firebird.....	507
Fig. Ap II. 71. Sistema de fijación de columna Firebird.....	508
Fig. Ap II. 72. Implante Puddu en osteotomía tibial y femoral.....	508
Fig. Ap II. 73. Implante de artrodesis de rodilla Clavo Wichita.....	509
Fig. Ap II. 74. Implante de húmero Seidel.....	509

INDICE TABLAS

Tabla II.1. Valores climáticos de la zona del aeropuerto de Palma de Mallorca	35
Tabla II.2. Antecedentes de la hidroterapia y uso del agua a través de la historia	36
Tabla V.1. Casos de poliomielitis en España (1931-1941)	93
Tabla V.2. Casos de poliomielitis en España (1942-1963)	93
Tabla V.3. Casos de poliomielitis en España (1964-1990)	94
Tabla V.4. Tasas nacionales de morbilidad y mortalidad en España (1931-1975)	95
Tabla V.5. Tasas provinciales de morbilidad y mortalidad. Mallorca (1927-1974).....	96
Tabla V.6. Distribución temporal epidemia poliomielitis Mallorca 1932	97
Tabla V.7. Distribución geográfica epidemia poliomielitis Mallorca 1932	98
Tabla V.8. Distribución por edades epidemia poliomielitis Mallorca 1932	98
Tabla V.9. Distribución de formas clínicas epidemia poliomielitis Mallorca 1932	99
Tabla VI.1 Primer cuadro médico. Año 1955	133
Tabla VI.2. Horarios de consultas externas. Año 1955	136
Tabla VI.3. Régimen de visitas	137
Tabla VI.4. Cuadro de honor del sanatorio 1958.....	140
Tabla VI.5. Actividad Asistencial Comparativa 1969-1970	150
Tabla VI.6. Enfermos, procesos y estancias. Año 1970	155
Tabla VI.7. Estancias según proveedor, sexo y edad. Año 1970.....	155
Tabla VI. 8. Actividad asistencial. Enero 1971	155
Tabla VI.9. Actividad asistencial comparada años 1970-1971.....	156
Tabla VI.10. Distribución de camas. Año 1974	158
Tabla VI.11. Actividad asistencial comparativa 1969-1970	159
Tabla VII.1. Plan de estudios de la Escuela ATS	179
Tabla VII.2. Cuerpo de profesores de la Escuela de ATS del Hospital San Juan de Dios	181
Tabla VII.3. Plan de estudio de la Escuela de Fisioterapia	190
Tabla VII.4. Cuerpo de profesores de la Escuela de Fisioterapia del Hospital San Juan de Dios	191
Tabla IX.1. Tarifas pacientes ambulatorios. Año 1968	221
Tabla IX.2. Tarifas de hospitalización y rehabilitación. Año 1977	223
Tabla IX.3. Tarifas de hospitalización y rehabilitación. Año 1989	223
Tabla IX.4. Tarifas por concepto asistencial. Año 1990	224
Tabla IX.5. Cartera de servicios. Año 2000	227
Tabla IX.6. Pacientes atendidos. Año 1973	240
Tabla IX.7. Sesiones de fisioterapia. Año 1973	240
Tabla X.1. Capacidad de hospitalización. Año 1975	256
Tabla X.2. Actividad quirúrgica. Año 1975.....	258
Tabla X.3. Actividad quirúrgica. Año 1976.....	260
Tabla X.4. Actividad quirúrgica. Año 1977.....	265

Tabla X.5. Actividad quirúrgica. Año 1978.....	268
Tabla X.6. Actividad quirúrgica. Año 1979.....	269
Tabla X.7. Distribución de equipos quirúrgicos	275
Tabla X.8. Infección post-operatoria. Año 1983.....	282
Tabla X.9. Estadística asistencial del área quirúrgica. Año 1985.....	285
Tabla X.10. Estadística asistencial del área de rehabilitación. Año 1985	285
Tabla X.11. Estadística asistencial. Año 1986	286
Tabla X.12. Infección postoperatoria años 1980-1986.....	286
Tabla X.13. Recursos del Hospital San Juan de Dios en 1986.....	287
Tabla X.14. Protección pasiva.....	288
Tabla X.15. Protección activa. Plan de prevención.....	288
Tabla X.16. Plan de actuación.....	289
Tabla X.17. Estadística asistencial. Año 1990	293
Tabla X.18. Estadística asistencial del hospital (enero-septiembre 1991)	294
Tabla X.19. Estadística asistencial del centro asistencial (enero-septiembre 1991)	295
Tabla X.20. Estancias totales por garante. Año 1991	295
Tabla X.21. Redistribución de camas. Año 1992.....	296
Tabla X. 22. Composición del sector sanitario adscrito al Hospital San Juan de Dios	296
Tabla X. 23. Estadística asistencial. Año 1994	300
Tabla X. 24. Estadística asistencial. Año 1995	302
Tabla X.25. Comparación de procesos de los equipos del hospital y JAS. Año 1995	303
Tabla X. 26. Estadística asistencial. Año 1996	304
Tabla X.27. Comparación de procesos de los equipos del hospital y JAS. Año 1996	305
Tabla X. 28. Estadística asistencial por garante. Año 1996	305
Tabla X. 29. Facturación por actividad asistencial. Año 1996.....	305
Tabla X. 30. Servicios asistenciales del Hospital Sal Juan de Dios. Año 1997	307
Tabla X. 31. Estadística asistencial. Año 1997	309
Tabla X. 32. Estadística asistencial por sector hospitalario y área sanitaria. Año 1997	309
Tabla X. 33. Estadística asistencial por servicios. Año 1997	310
Tabla X. 34. Resultados económicos concertados con SS y otros garantes. Año 1997	310
Tabla X.35. Actividad quirúrgica. Año 1975.....	311
Tabla X.36. Actividad quirúrgica. Año 1976.....	311
Tabla X.37. Actividad quirúrgica. Año 1977.....	311
Tabla X.38. Actividad quirúrgica. Año 1978.....	312
Tabla X.39. Actividad quirúrgica. Año 1979.....	312
Tabla X.40. Estadística asistencial del área quirúrgica. Año 1985	312
Tabla X.41. Estadística asistencial. Año 1986	313
Tabla X.42. Estadística asistencial. Año 1990	313

Tabla X.43. Estadística asistencial del hospital (enero-septiembre 1991)	313
Tabla X.44. Estadística asistencial del centro asistencial (enero-septiembre 1991)	313
Tabla X. 45. Estadística asistencial. Año 1994	314
Tabla X. 46. Estadística asistencial. Año 1995	315
Tabla X. 47. Estadística asistencial. Año 1996	316
Tabla X. 48. Estadística asistencial. Año 1997	317
Tabla XI. 1. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 1999	325
Tabla XI. 2. Características de la plantilla. Año 1999	325
Tabla XI. 3. Actividad asistencial. Año 1999	326
Tabla XI. 4. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2000	328
Tabla XI. 5. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2000	329
Tabla XI. 6. Actividad asistencial Hospital San Juan de Dios. Año 2000	329
Tabla XI. 7. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2001	330
Tabla XI. 8. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2001	331
Tabla XI. 9. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2001.....	331
Tabla XI. 10. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2002	332
Tabla XI. 11. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2002	333
Tabla XI. 12. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2002.....	333
Tabla XI. 13. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2003	335
Tabla XI. 14. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2003	335
Tabla XI. 15. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2003.....	336
Tabla XI. 16. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2004	338
Tabla XI. 17. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2004	339
Tabla XI. 18. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2004.....	340
Tabla XI. 19. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2005	346
Tabla XI. 20. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2005	346
Tabla XI. 21. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2005.....	347
Tabla XI. 22. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2006	349
Tabla XI. 23. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2006	350
Tabla XI. 24. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2006.....	350
Tabla XI. 25. Composición de la facturación por garante. Año 2006.....	351
Tabla XI. 26. Composición del gasto. Año 2006.....	351
Tabla XI. 27. Actividad asistencial. Año 1999	352
Tabla XI. 28. Actividad asistencial Hospital San Juan de Dios. Año 2000	352
Tabla XI. 29. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2001.....	353
Tabla XI. 30. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2002.....	353
Tabla XI. 31. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2003.....	354
Tabla XI. 32. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2004.....	354

Tabla XI. 33. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2005.....	355
Tabla XI. 34. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2006.....	355
Tabla XII. 1. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2007	359
Tabla XII. 2. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2007	359
Tabla XII. 3. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2007.....	361
Tabla XII. 4. Calidad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2007.....	361
Tabla XII. 5. Composición de la facturación por garante. Año 2007.....	361
Tabla XII. 6. Composición del gasto. Año 2007	362
Tabla XII. 7. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2008	365
Tabla XII. 8. Características de la plantilla. Año 2008	365
Tabla XII. 9. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2008.....	366
Tabla XII. 10. Composición de la facturación por garante. Año 2008.....	366
Tabla XII. 11. Composición del gasto. Año 2008.....	366
Tabla XII. 12. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2008.....	367
Tabla XII. 13. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2008	367
Tabla XII. 14. Disposición del personal para ayudar. Año 2008.....	367
Tabla XII. 15. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2009	369
Tabla XII. 16. Características de la plantilla. Año 2009	369
Tabla XII. 17. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2009.....	370
Tabla XII. 18. Actividad de los EAPS. Año 2009.....	370
Tabla XII. 19. Composición de la facturación por garante. Año 2009.....	371
Tabla XII. 20. Composición del gasto. Año 2009.....	371
Tabla XII. 21. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2009.....	371
Tabla XII. 22. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2009.....	371
Tabla XII. 23. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2009	372
Tabla XII. 24. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2010	373
Tabla XII. 25. Características de la plantilla. Año 2010	374
Tabla XII. 26. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2010.....	374
Tabla XII. 27. Actividad de los EAPS. Año 2010.....	375
Tabla XII. 28. Composición de la facturación por garante. Año 2010.....	375
Tabla XII. 29. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2010.....	375
Tabla XII. 30. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2010.....	375
Tabla XII. 31. Disposición del personal para ayudar. Año 2010.....	375
Tabla XII. 32. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2010.....	376
Tabla XII. 33. Inversiones y donaciones benéficas. Año 2010	377
Tabla XII. 34. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2011	378
Tabla XII. 35. Características de la plantilla. Año 2011	378
Tabla XII. 36. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2011.....	378

Tabla XII. 37. Actividad de los EAPS. Año 2011.....	379
Tabla XII. 38. Composición de la facturación por garante. Año 2011.....	379
Tabla XII. 39. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2011.....	379
Tabla XII. 40. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2011.....	380
Tabla XII. 41. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2011.....	380
Tabla XII. 42. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2012.....	382
Tabla XII. 43. Características de la plantilla. Año 2012.....	383
Tabla XII. 44. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2012.....	383
Tabla XII. 45. Actividad de los EAPS. Año 2012.....	384
Tabla XII. 46. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2012.....	384
Tabla XII. 47. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2012.....	384
Tabla XII. 48. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2012.....	384
Tabla XII. 49. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2013.....	387
Tabla XII. 50. Características de la plantilla. Año 2013.....	388
Tabla XII. 51. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2013.....	388
Tabla XII. 52. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2013.....	389
Tabla XII. 53. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2013.....	390
Tabla XII. 54. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2014.....	395
Tabla XII. 55. Características de la plantilla. Año 2014.....	395
Tabla XII. 56. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2014.....	395
Tabla XII. 57. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2014.....	396
Tabla XII. 58. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2014.....	397
Tabla XII. 59. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2015.....	398
Tabla XII. 60. Características de la plantilla. Año 2015.....	399
Tabla XII. 61. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2015.....	401
Tabla XII. 62. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2015.....	402
Tabla XII. 63. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2015.....	402
Tabla XII. 64. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2007.....	409
Tabla XII. 65. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2008.....	409
Tabla XII. 66. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2009.....	410
Tabla XII. 67. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2010.....	410
Tabla XII. 68. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2011.....	411
Tabla XII. 69. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2012.....	411
Tabla XII. 70. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2013.....	412
Tabla XII. 71. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2014.....	412
Tabla XII. 72. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2015.....	413
Tabla Ap I. 1. Evolución cronológica Centro Mater Misericordiae.....	429
Tabla Ap I. 2. Centros instalados. Año 2015.....	431

Tabla Ap I. 3. Cartera de servicios. Año 2015	431
Tabla Ap I. 4. Personas atendidas. Año 2015	431
Tabla Ap I. 5. Personal. Año 2015	432
Tabla Ap I. 6. Evolución cronológica del Hospital Son Dureta	432
Tabla Ap I. 7. Actividad asistencial del Hospital Son Dureta. Año 2007	438
Tabla Ap I. 8. Evolución cronológica del Hospital General	439
Tabla Ap I. 9. Actividad asistencial del Hospital General. Año 2015	440
Tabla Ap I. 10. Evolución cronológica Hospital Joan March	440
Tabla Ap I. 11. Actividad asistencial del Hospital Joan March. Año 2015.....	441
Tabla Ap I. 12. Hospitalización por patologías.....	441
Tabla Ap I. 13. Evolución cronológica del Hospital Militar	441
Tabla Ap I. 14. Actividad asistencial del Hospital Militar. Año 1994	442
Tabla Ap I. 15. Evolución cronológica del Hospital Virgen de la Salud	442
Tabla Ap I. 16. Evolución cronológica de la Casa de Socorro	442
Tabla Ap I. 17. Evolución cronológica del Hospital Psiquiátrico	443
Tabla Ap I. 18. Actividad asistencial del Hospital Psiquiátrico. Año 2015	444
Tabla Ap I. 19. Actividad asistencial del Hospital de Manacor. Año 2015	444
Tabla Ap I. 20. Actividad asistencial del Hospital Son Llàtzer. Año 2015.....	445
Tabla Ap I. 21. Actividad asistencial del Hospital de Inca. Año 2015.....	446
Tabla Ap I. 22. Actividad asistencial del Hospital Universitario Son Espases. Año 2015	446
Tabla Ap I. 23. Evolución cronológica del Hospital de la Cruz Roja	447
Tabla Ap I. 24. Unidad de hospitalización socio-sanitaria del Hospital Cruz Roja	448
Tabla Ap I. 25. Procedencias y destinos de los pacientes atendidos en el Hospital Cruz Roja	448
Tabla Ap I. 26. Actividad quirúrgica Hospital Cruz Roja. Año 2015	449

INDICE DE ACRÓNIMOS

ABCOT	Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología	HSJD	Hospital de San Juan de Dios
AEP	Asociación Europea contra la Poliomielitis	INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
ALPE	Asociación de Lucha contra la Poliomielitis en España	LISMI	Ley de Integración Social de Minusválidos
ANIC	Asociación Nacional de Invalidos Civiles	NFIP	National Foundation for Infantil Paralysis
APPCAT	Associats de Polio y Post-polio de Catalunya	O.H.	Orden Hospitalaria
ATS	Ayudante Técnico Sanitario	OMS	Organización Mundial de la Salud
CEMFE	Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España	ONCE	Organización nacional de Ciegos
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad	PREDIF	Plataforma Representantes de Discapacitados Físicos
COCEMFE	Confederación de Coordinadoras Estatales de Minusválidos Físicos de España	SECCA	Sociedad Española de Cirugía de la Cadera
COT	Cirugía Ortopédica y Traumatología	SECOT	Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y traumatología
DUE	Diplomado Universitario de Enfermería	SEREM	Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos
		UIB	Universitat de les Illes Balears

RESUMEN

Este trabajo de investigación histórica versa sobre el Hospital de San Juan de Dios de Palma de Mallorca, Islas Baleares desde 1955 hasta 2015. En este trabajo se detallan las diferentes evoluciones de esta institución, iniciando con el trienio precedente a su inauguración, con especial énfasis en el contexto sanitario balear y en las epidemias de poliomielitis acontecidas en ese período.

Este trabajo se ha basado en la recopilación y análisis de fuentes primarias, como documentos originales de la Orden de San Juan de Dios y archivos del propio hospital, junto a otros procedentes de otras instituciones oficiales y particulares. Además, se han desarrollado entrevistas a personas que han participado de manera directa en diferentes etapas del hospital, contribuyendo todo ello a la configuración de un texto que refleja no sólo los acontecimientos históricos sino también los valores de hospitalidad característicos de la Orden de San Juan de Dios.

Fruto de este trabajo, en esta tesis se recogen de forma sistemática las distintas etapas del Hospital de San Juan de Dios: el funcionamiento como sanatorio infantil desde 1955 a 1974; el cambio hacia un hospital de adultos, desde 1975 a 1997; la conversión del centro en un hospital geriátrico, entre 1998 hasta 2006 y finalmente la fase actual, desde 2007 a 2015, en la que el Hospital de San Juan de Dios evoluciona hacia una institución especializada en la promoción de la autonomía de la persona. El origen y desarrollo del Hospital de San Juan de Dios ha estado relacionado con la salud en cada época, decantándose especialmente hacia la patología del aparato locomotor y la rehabilitación, por lo que también se incluye un análisis del desarrollo temporal de ciertos aspectos de la cirugía ortopédica durante este período.

Se incluye en el estudio no sólo la labor asistencial del Hospital de San Juan de Dios, sino también su labor formativa, educativa y social: la creación de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios y de Fisioterapia, previo al desarrollo de la Enfermería y la Fisioterapia en la educación superior; las relaciones con la sociedad civil mallorquina y balear, así como la obra benéfica; las relaciones y acuerdos con otras instituciones sanitarias baleares externas a la Orden y con la Universidad de les Illes Balears.

En conclusión, el Hospital de San Juan de Dios ha sido y es una institución sanitaria imprescindible en el contexto sociosanitario balear, habiendo pasado por diferentes etapas desde su constitución, adaptándose a las necesidades que en cada momento demandaba la sociedad balear siendo fiel a su carisma y a los principios y valores de hospitalidad.

RESUM

La present treball d'investigació versa sobre l' Hospital de Sant Joan de Déu de Palma de Mallorca, a les Illes Balears, des del 1955 al 2015. En el text es detalla l' evolució que ha sofert la institució, iniciant l'estudi en el trieni previ a la inauguració, fent especial èmfasi en el context sanitari balear i en les epidèmies de poliomièlitis existents en aquell període.

El treball està basat en la recopilació i anàlisi de fonts primàries recollides en documents originals de l'Orde, en arxius institucionals, oficials i de l'hospital. A més a més, s'han dut a terme entrevistes a persones que participaren de forma directa en les diferents etapes de l'hospital; contribuint en general a configurar un text que reflecteix no solament aconteixements històrics, sinó adhoc valors d'hospitalitat característics de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu.

Aquesta tesi registra sistemàticament les diferents etapes de l'Hospital de Sant Joan de Déu: la primera fase com a sanatori infantil des de l'any 1955 al 1974; el canvi cap a un hospital d'adults operant des de 1975 a 1997; la conversió en un hospital geriàtric entre 1998 i 2006 i finalment la fase actual, des del 2007 al 2015, en la que l'hospital evoluciona cap a un centre sanitari especialitzat en la promoció de l'autonomia de la persona. L'origen i el desenvolupament de l'Hospital de Sant Joan de Déu ha estat sempre relacionat amb l'estat de salut de cada època, especialment amb el vessant de la patologia de l'aparell locomotriu i la rehabilitació, motiu pel qual s'inclou una anàlisi temporal del desenvolupament de certs aspectes de la cirurgia ortopèdica durant tot el període.

S'inclou a l'estudi realitzat, no només la labor assistencial de l'hospital, sinó també la seva tasca formativa, educativa i social: la creació de les Escoles d'Ajudant Tècnic Sanitari i de Fisioteràpia, prèviament al desenvolupament de l'Imfermeria i la Fisioteràpia dins l'educació superior; les relacions amb la societat civil mallorquina i balear, així con la labor benèfica; les relacions i acords amb altres institucions sanitàries balears alienes a l' Orde i els lligams establerts amb la Universitat de les Illes Balears.

En conclusió, l'Hospital de Sant Joan de Déu ha sigut i continua essent una institució sanitària imprescindible dins el context sociosanitari balear, havent passat per diferents etapes adaptant-se a les necessitats que en cada moment exigia la societat balear i mantenint-se sempre fidel al seu carisma constitucional i als seus principis i valors d'hospitalitat.

ABSTRACT

This historical research work was carried out on the Saint John of God Hospital in Palma de Mallorca, Balearic Islands, Spain from 1955 to 2015. This work details the different evolutions of this institution, beginning with the triennium preceding its inauguration, with a particular emphasis on the Balearic sanitary context and the polio epidemic that occurred throughout that period.

This work is based on the collection and analysis of primary sources, including original documents from the Saint John of God Order and archives from the hospital itself. Additionally, interviews have been conducted with people who have been directly involved at different stages throughout the hospital's lifespan. All these individuals have contributed to the development of a manuscript that, illustrated with photographs of the time, reflects not only historical events, but also portrays the values and hospitality characteristics of the Saint John of God Order.

As a result of this work, this thesis systematically includes the different stages of the Saint John of God Hospital: Operation as a Children's Sanatorium from 1955 to 1974; the change to an Adult Hospital, from 1975 to 1997; the conversion into a Geriatric Hospital between 1998 to 2006 and finally the current phase, from 2007 to 2015, in which the Saint John of God Hospital evolved into a specialised institution, promoting individual Independence. The origin and development of the Saint John of God Hospital is related to the health knowledge of the time, therefore, an analysis into the development of orthopaedic surgery during this period is also included.

This study not only comprises of the care work of the Saint John of God Hospital, but also includes its educational and social work, the foundation of the Sanitary Technical Assistant and Physiotherapy Schools previously to the development of Nursing and Physiotherapy in higher education, the relationship with the Majorcan and Balearic civil society, as well as charity work and affiliation and agreement with other Balearic health institutions.

In conclusion, the Saint John of God Hospital has been and currently still is an essential institution in the Balearic socio-health context. It has experienced various stages since its inception and has adapted to the needs and requirements of the Balearic society throughout the different eras, being faithful to the principles and values of the hospitality.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación representa la historia de 60 años de hospitalidad juandediana en Baleares, abarcando desde la creación del Sanatorio infantil de San Juan de Dios en 1955 hasta la realidad del Hospital San Juan de Dios de 2015. A lo largo de este recorrido de seis décadas el primitivo sanatorio infantil ha ido evolucionando hacia un hospital promotor de la autonomía de la persona, manteniendo como pilares sobre los que ha pivotado su realidad los siguientes paradigmas:

- *Una obra nacida bajo el espíritu y el carisma de San Juan de Dios*
- *Una institución sanitaria*
- *Una aportación de hospitalidad imprescindible en la sociedad balear*
- *Una prolongada y constante presencia que ha ido evolucionando con las necesidades sanitarias de la población*

He tenido el privilegio de haber podido desarrollar con vocación, una larga vida profesional como médico especialista en COT, durante más de 50 años; 25 de los cuales transcurridos en el HSJD de Palma de Mallorca. Estos años de contacto laboral con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, han sido los más constructivos y edificantes de mi vida profesional; y a pesar de los difíciles momentos que en alguna ocasión he tenido que enfrentar, el resultado final puedo decir que ha supuesto para mí una vivencia única y maravillosa.

Objetivos

En el lejano 1975, a mí llegada a Palma, contacté con el que había sido el primer director médico y especialista COT del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios, el Dr. Manuel Mora Esteve, a la sazón desvinculado ya del centro. Con él pasé horas intercambiando conceptos e ideas sobre un tema que a ambos nos motivaba: las parálisis infantiles. Aparte de contactos profesionales y personales con el hospital, habidos frecuentemente con ocasión de celebrar encuentros científicos y docentes, me incorporé laboralmente al HSJD en 1987, en comisión de servicios primero y como personal laboral después, y ya no abandoné el centro hasta mi jubilación en 2011.

Posteriormente, en mis pesquisas bibliográficas, constaté que no existía una crónica escrita sobre el centro, aunque sí multitud de datos publicados en revistas, referencias bibliográficas, documentales y archivísticas, así como abundantes testimonios orales de personas pertenecientes a la Orden Hospitalaria, profesionales relacionados con la institución o ajenos a la misma. Como consecuencia, surgió en mi interior el interés por acometer una investigación sobre el pasado de la institución.

Por ello, desde mi humilde perspectiva quiero corresponder aportando este trabajo histórico sobre el HSJD de Palma, aspecto este último, del que estimo adolece la bibliografía sanitaria dentro de la misma Orden Hospitalaria y también en comunidad balear.

He planteado un trabajo histórico que abarca desde los inicios, en 1955 hasta 2015. Durante este lapso de 60 años, el hospital ha recorrido un largo camino, adaptándose a las constantes necesidades de la sociedad balear, pasando de un sanatorio infantil a un hospital de adultos, orientado después a la geriatría y caminando en la actualidad por la vía de configurar un hospital promotor de la autonomía de la persona.

No he pretendido escribir una obra definitiva sobre el HSJD de Palma (sanatorio en su etapa inicial y hospital después); sino una aproximación histórica de la etapa en la que, por mis responsabilidades profesionales, he vivido la cotidiana experiencia en el hospital. También de sus inicios como sanatorio infantil, periodo que he podido investigar por la relativa proximidad en el tiempo y la confrontación de varias fuentes documentales y orales que me ha sido factible conseguir. En mi intención subyace el intento de dar a conocer a la sociedad balear, a los poderes públicos y a las generaciones posteriores la labor realizada en el hospital, sus aportaciones sanitarias y humanas, los valores emanados, su misión y su visión.

Para configurar un texto con solidez narrativa y máxima verosimilitud histórica, he debido hilvanar y compulsar cronológica y metódicamente todas las aportaciones escritas y orales sobre el HSJD hasta obtener un relato concluyente y ordenado que ponga en relieve la realidad histórica de la institución sanitaria.

Como en todo trabajo histórico, a lo largo de su recorrido han ido emergiendo multitud de temas derivados y colaterales, interesantes por sí mismos, pero que he debido orillar para no hacer interminable esta historia. Dejo libres estos aspectos para otros posibles investigadores que se presten a ello.

Es verdad que, por mi vertiente de cirujano ortopédico, he tendido a resaltar en este estudio los logros que la institución juanediana ha realizado en este campo a favor de la población, aunque he procurado dar una visión del conjunto del hospital, que básicamente y durante muchos años pivotó sobre la cirugía ortopédica y la rehabilitación, aunque en las últimas fases incluyó la geriatría y otros aspectos de la atención a los adultos. Si he pecado de observador sesgado, es achacable a mi propia formación profesional.

Sí que he de decir que he procurado el máximo rigor documental en la consulta de las fuentes escritas y la considerable confrontación de las numerosas fuentes orales que he consultado, para así elaborar un texto claro y de fácil comprensión.

Antecedentes y periodos

Enquadre de situación en el mundo de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios¹

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, fundada por Juan Ciudad Duarte (posteriormente San Juan de Dios) en Granada, España, entre 1538-1539, ha tenido como su fin principal la asistencia a los más necesitados; y constituye parte de su carisma la dedicación especial a las necesidades fehacientes de las capas de la sociedad civil que son más orilladas por los poderes públicos.

La obra de San Juan de Dios se caracteriza, con un estilo propio, por:

- Salida al encuentro de las personas necesitadas, con especial sensibilidad humana, social y cristiana.
- Universalidad de la asistencia.
- Desarrollo de una asistencia cualificada en la medida de las posibilidades de cada situación. Algunos historiadores consideran a la Orden la creadora del hospital moderno.

¹ Juan Ciudad Gómez, *Compendio de historia de la Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios* (Granada: Archivo Interprovincial,1963)

- Llamada a la solidaridad de toda la sociedad, sin establecer fronteras.
- Aglutinación de seguidores para dar continuidad a la Obra.
- Hilo conductor claro: atención integral a la persona enferma y/o necesitada, respetando su dignidad y defendiendo sus derechos.

No entra dentro del objetivo del presente trabajo presentar una visión pormenorizada de la obra de San Juan de Dios, que es inmensa y sobre la que existe amplia bibliografía desde hace siglos. A este respecto recordemos, siguiendo a Ciudad Gómez, de modo muy resumido los periodos históricos y los hitos de la Orden:

Periodo fundacional

- 1539: Fundación por San Juan de Dios del primer hospital en Granada en la calle Lucena de Granada.
- 1547: Fundación por San Juan de Dios del segundo hospital en la calle de los Gomeles de Granada.
- 1552: Fundación Hospital de San Juan de Dios, inicialmente Hospital de las Cinco Llagas, en Granada. Fue inaugurado por su primer discípulo Antón Martín ya que San Juan de Dios había muerto el 8 de marzo de 1550.

Periodo de expansión y propagación de la Orden en España, Europa, América latina y resto del mundo

Comprende desde 1550 a 1775.

Periodo de decadencia y extinción

Comprende de 1775 a 1820, hasta que finalmente se extingue en 1835 por el Real Decreto de J. Álvarez Mendizábal.

Periodo de restauración

En España, la Orden se había extinguido en 1835 por el Real Decreto de Juan Álvarez Mendizábal, reinstaurándose de nuevo a partir de 1867.

Restauración en España

El presente trabajo se inicia en la fase conocida como restauración española de la Orden por el Padre Benito Menni a partir de 1867.

La restauración de la Orden en España fue impulsada por el Papa Pío IX, y el motor de aquella renovación fue el Padre Benito Menni² (1841, Milán, Italia,-1914, Dinan, Francia), que puso el

² Ángelo Hércules Menni, conocido como el Padre Benedetto Menni Figini, restaurador de la Orden en España, Portugal y América Latina, nació en Milán (Lombardía, Italia) el 11 de marzo de 1841, siendo el quinto de los doce hermanos nacidos del matrimonio entre don Luis Menni y doña Luisa Figini. En su juventud estudió en la Universidad de Milán y trabajó como funcionario en un banco de su ciudad. A los 19 años abandonó su trabajo en el banco, para socorrer a los heridos de la batalla de Magenta. Entró en la Orden Hospitalaria y recibió el hábito de la Orden de San Juan de Dios en mayo de 1860, tomando el nombre de Benedetto. Después trabajó en el Hospital de Lodi. En 1866 fue ordenado sacerdote en Roma. Por indicación del Papa Pío IX vino a España en 1867 como restaurador de la Orden, efectuando su primera fundación en la ciudad de Barcelona, inaugurando un asilo-hospital para niños. En 1872 fue nombrado

foco de su actuación en tres necesidades: los niños lisiados, los adultos enfermos y pobres en general y por último los enfermos mentales. No fue un capricho del P. Menni³ la dedicación especial a estos tres aspectos, sino que a pesar de venir a España sin un plan preconcebido, fue la misma realidad de la situación del país lo que le impulsó a tomar conciencia de las lacras que por aquellas fechas aquejaban a la sociedad española.

La labor desarrollada por el P. Menni fue ingente y duró 36 años, desde su llegada a España en 1867 hasta que cesó en su cargo de Provincial en el año 1903. Durante este largo periodo llegó a fundar 25 establecimientos y realizó gestiones para abrir otros cinco, que no dieron el resultado apetecido.

A los tres aspectos mencionados al principio, dedicó su vida el P. Menni en su labor refundadora en España, promoviendo y fundando establecimientos benéficos hospitalarios con cargo a la Orden, si bien socorrido por la limosna y por las donaciones que concitó su caritativa y valiente iniciativa. De manera ordenada, sin ser exhaustiva, ya que solo se refieren las Casas en España, las principales fundaciones fueron:

1. Hospitales de niños⁴

A este fin se detectó por los responsables de la Orden Hospitalaria, recordemos que nos hallamos en pleno siglo XIX, que los lugares más apropiados para ejercer el carisma de hospitalidad propio de la Orden, eran las grandes ciudades donde existían aglomeraciones de población que con frecuencia vivían en condiciones deficitarias y con falta de higiene, que propiciaba el desarrollo y expansión de enfermedades. Dichas patologías infecciosas y carenciales afectaban muy especialmente a la población infantil como la tuberculosis, raquitismo, escrofulosis y depauperación infantil. Las fundaciones que inició el P. Menni para la infancia, fueron cronológicamente:

- Asilo-Hospital de la Inmaculada para niños lisiados de Barcelona cuya ubicación inicial fue en la Calle Muntaner, 18 de Barcelona. Fue la primera fundación del P. Menni, el 14 de diciembre de 1867. Esta institución posteriormente, en 1881, se trasladó a una finca del barrio de Les Corts de Barcelona, llamada Prat d' en Rull, continuando allí su labor benéfica.
- Asilo para niños huérfanos y lisiados en Granada instituido el 5 de noviembre de 1879.
- Asilo de San Bartolomé en Málaga inaugurado como asilo infantil en mayo de 1885.
- En Valencia el Asilo de San Juan de Dios para niños lisiados, escrofulosos, raquíticos y tiñosos (según el léxico de la época), inaugurado el año 1887.

Comisario General para España de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Fue el primer Provincial, Visitador Apostólico de la Orden, Superior general de toda la Orden Hospitalaria y fundador en 1881 de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Murió en Dinan, Côtes-d' Armour, en Bretaña, Francia el 24 de abril de 1914 a los 73 años. Sus restos descansan en Cienpозuelos, Madrid. Fue beatificado en 1985 y canonizado santo por Juan Pablo II en 1999. Se celebra su festividad el 24 de abril y es el patrono de los enfermos terminales. Nota bibliográfica extraída de la obra de Juan Ciudad Gómez, *"Historia de la restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan De Dios"*. (Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios, 1968)

³ Eduardo Pino Vicente, "Almería, Almas de barrio", *La Voz de Almería*, 8 (2012) p 256.

⁴ En la exposición de las Fundaciones de los Padre Menni y sucesivos Provinciales nos referimos únicamente a los establecimientos implantados en el estado español, eludiendo otras fundaciones en Portugal, Europa, América latina y resto del mundo. Nota del autor.

- Asilo del Sagrado Corazón de Jesús de Toledo para acoger a niños, asumido por la Orden a partir del 24 de enero de 1889. Al cabo de tres años se retiró la Orden de este establecimiento, finalizando el 15 de febrero de 1892.
- Asilo de San Juan de Dios de Gibraltar. La antigua congregación tuvo allí un hospital a partir de 1591. Al ser ocupada la plaza por los ingleses en 1704 los Hospitalarios abandonaron la plaza hasta 1890 que se reabrió la institución para niños huérfanos. Posteriormente, se trasladó el hospital a La Línea hasta el 29 de enero de 1910, que tuvo lugar el cierre del establecimiento.
- Asilo de San Rafael en Pinto, para niños lisiados, instalado a partir de 1892 en aquella población distante unos 20 Km de Madrid. En el año 1900 se trasladó a Madrid capital en el Paseo de las Acacias, 6. En 1912 nuevo traslado a nuevo edificio en los Altos del Hipódromo, Paseo de la Habana, donde permanece totalmente renovado en la actualidad, accediéndose al mismo por la Calle Serrano 199.
- El establecimiento sanitario nació dependiendo de la Casa de Salud de San José de Cienpuecos, y se le nombró como "*Asilo de San Rafael*". La advocación a la figura del Arcángel Rafael, tan utilizada a lo largo de la historia hospitalaria juanediana, no es una elección arbitraria. La razón está en la creencia transmitida por tradición, de que esta figura celestial había prestado ayuda en Granada a San Juan de Dios en la recogida y traslado de enfermos, cuando el Santo desfilaba o no podía con ellos.

En todos estos establecimientos para niños existía un reglamento interno particular relativo a la admisión de niños, su formación religiosa e intelectual y la marcha en general de la casa, dejando al cuadro de médicos lo concerniente a los tratamientos y la asistencia médico-quirúrgica. Más adelante, siendo el Muy Reverendo Padre Andrés Ayucar Nuin, segundo Provincial, fue aprobado un nuevo Reglamento que actualizaba y unificaba todas las disposiciones, de uso obligado en todas las casas, a partir de la junta celebrada el 26 de diciembre de 1903.

2. Hospitales para pobres y enfermos

Otros puntos específicos de atención en los que el restaurador de la Orden puso especial interés fueron el gran número de enfermos adultos y ancianos de ambos sexos que frecuentemente eran abandonados a sus propios medios, ya que ni la beneficencia provincial ni las empresas industriales o mineras se ocupaban de la atención sanitaria de estos obreros. Bajo este prisma las fundaciones fueron:

- Asilo-Hospital de Escoriaza (Guipúzcoa). Fue la segunda fundación del P.Menni pero fue de muy corta existencia. Inaugurado el 28 de noviembre de 1875 tuvo que cerrar el 30 de mayo de 1876.
- Casa de los Pisa, en Granada, para refugio de sacerdotes enfermos y pobres, inaugurada el 8 de marzo de 1884.
- Hospital de Nuestra Señora de la Paz⁵ en Sevilla, que era un hospital que había formado parte de la antigua congregación hospitalaria española desde 1574. Su reinstauración

⁵ El Hospital de Nuestra Señora de la Paz es un establecimiento hospitalario asentado sobre un solar ocupado por sucesivos hospitales desde el siglo XIV. Primero fue conocido como el Hospital de San Cosme y San Damian, posteriormente llamado Hospital del Salvador y de la Misericordia. En los primeros años del siglo XVI se convierte en hospital de bubas y en 1574 se dona a favor de los Hermanos de San Juan de Dios. En 1835 se declara la excomunión y los hospitalarios abandonan el inmueble. En 1880 vuelven los religiosos hasta 1978, fecha en la que se clausura por obras. Fue nuevamente restaurado entre 1982 y

tuvo lugar a partir del 26 de enero de 1880 y se dedicaría a acoger ancianos pobres y enfermos.

3. Hospitales psiquiátricos

- Centro San Juan de Dios de Cienpuzuelos de Madrid, antes, Sanatorio San José y otras denominaciones (Casa, Manicomio) que ha tenido a lo largo del tiempo, para enfermos mentales y pacientes desvalidos pobres. Fue la tercera fundación del P. Menni, inaugurada el 21 de diciembre de 1876. Según refiere Calixto A. Plumed Moreno en su obra: *Un siglo con el enfermo mental. Caminos abiertos*, el primer ingreso hospitalario se realizó el 15 de mayo de 1877.
- Casa de salud de Santa Ana en Osuna (Sevilla) dedicada a enfermos mentales. Se inauguró el 3 de junio de 1883 pero tuvo una corta vida debido al agotamiento del caudal de agua y tuvo que ser abandonada en pocos meses, el 4 de octubre de 1883.
- Manicomio de Jesús y San Vicente Ferrer de Valencia tramitado por la Orden entre 1887 y 1895.
- Manicomio de San Baudilio de Llobregat en Barcelona. Fundado previamente por el Dr. Antonio Pujadas Mayans el 27 de julio de 1852. En 1895 pasó a depender de la Orden de San Juan de Dios.
- Casa de salud de San Juan de Dios en Palencia, antiguo Hospital de San Blas de la Primera Congregación, dedicada a enfermos mentales a partir del 15 de septiembre de 1888.
- Casa de salud de Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza para pacientes mentales y que se puso en marcha a a partir del 1 de enero de 1889.
- Instituto Asilo de San José para epilépticos en Carabanchel Alto, Madrid. Se inauguró por el P. Benito Menni el 20 de junio de 1899. Su dedicación inicial estuvo orientada para enfermos de epilepsia.
- Casa de salud de Almería, dedicada a enfermos mentales pero que tuvo una corta vida entre 1898 y 1900.
- Casa de Salud de Santa Águeda fundada 1 de junio de 1898, en la actualidad Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, en Mondragon, Guipúzcoa.

En los siguientes provincialatos al P. Benito Menni, desde 1903 hasta la guerra civil española, se abren frenopáticos en Pamplona (1904), Murcia (1909), el Hospital de San Francisco de Paula en Madrid (1915-1916) y Sanatorios Infantiles como el Hogar-Clínica de San Juan de Dios en Santurce, Vizcaya (1924), Casa de salud de San José en Málaga (1923), Sanatorio Infantil de Santa Rosalía en Jerez de la Frontera (1927), Sanatorio Marítimo Infantil de Calafell, Tarragona (1929).

Algunos aspectos de la implantación de la Orden en Mallorca

Recordemos que ya en el año 1919, durante el provincialato del tercer Provincial, P. Federico Rubio Álvarez (1911-1919) y posteriormente en el provincialato del cuarto Provincial P. Juan Jesús Adradas Gonzalo (1919-1925), se hizo donación (ver Capítulo Donación) a la Provincia de un edificio en Palma de Mallorca para la fundación en el mismo de un asilo para niños lisiados. Dicho establecimiento debería sustentarse con las limosnas, toda vez que el donante no disponía de rentas para su mantenimiento posterior. La idea fue expuesta a los definidores que en principio fueron remisos a la aceptación del legado. Posteriormente, el Provincial Juan Jesús

1989. [https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_de-Nuestra_Señora_de_la_Paz_\(Sevilla\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_de-Nuestra_Señora_de_la_Paz_(Sevilla)). Acceso de la consulta realizado el 17/09/2017.

Adradas hizo un viaje ex profeso a Mallorca y quedó satisfecho con el proyecto, con lo que finalmente se dió vía libre a la aceptación del proyectado sanatorio infantil, aunque sugiriendo que la instalación se limitara a una capacidad inicial de 25 niños, toda vez que se disponía de un legado de 180.000 pesetas de la época a las que posteriormente otro donante añadió 60.000.

La guerra civil española entre 1936-1939 detuvo todos los proyectos y a su terminación se inició un cambio en el paradigma de las necesidades sociales y sanitarias del país. La guerra había añadido mayor depauperación en la sociedad civil que salía de ella, con apremiantes requerimientos en salud pública.

En los años de la posguerra civil española, la poliomielitis⁶, como enfermedad epidémica infantil contagiosa había producido un fuerte impacto en el conjunto de la sociedad civil, y este impacto era todavía más doloroso en las capas más humildes de nuestra sociedad de entonces, donde predominaba el estamento trabajador. La epidemia infantil se producía en un país, España, que no había desarrollado una infraestructura hospitalaria para atender convenientemente a su población. A mayor abundamiento, la atención sanitaria a la infancia era si cabe más deficiente. Esta situación era palpable en Baleares que sufría además las consecuencias de su situación insular.

En otro orden de cosas, se dio la circunstancia de que Mallorca especialmente había sufrido sucesivas oleadas de epidemia poliomielítica, entre las que debemos mencionar por su especial agresividad la del año 1932 (Durich, J *“Una epidemia de 76 casos de parálisis infantil en Mallorca”*. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1934). Esta lacra había dejado como secuela multitud de casos infantiles con secuelas físicas.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, alentada por su carisma benefactor, estimaba que podía ser muy adecuado orientar sus instituciones infantiles dedicadas a ocuparse del segmento poblacional más desasistido; y más cuando los casos epidémicos de la llamada parálisis infantil, hacían mella en la opinión pública, ante el creciente número de casos secuelares de graves parálisis infantiles y la escandalosa carencia de medios públicos. Apuntemos a este respecto que en este punto los llamados poderes públicos solo se ocupaban de los casos de deficiencias sensoriales: ceguera y sordera. El resto de enfermedades infantiles invalidantes no se contemplaba en la provisión de los servicios sanitarios. En definitiva, existía un hueco de asistencia en el que la Orden Hospitalaria podía y debía intervenir.

Mallorca y, Baleares en su conjunto, por sus características insulares y su relativo aislamiento del resto del país, y con un nivel de casos de poliomielitis no despreciable, era vista como una ubicación adecuada para la implantación de un centro sanitario que paliara aquellas deficiencias. De esta manera tiene lugar la implantación de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Mallorca (ver Capítulos I, II, III, IV, V y VI). Es la primera época del HSJD en Mallorca.

Posteriormente, a partir de 1975 (Capítulo X) se configura la segunda época del HSJD. Coincidiendo con la mejora de las condiciones económicas del país y la práctica desaparición de la poliomielitis, el hospital viró su campo de actuación hacia la población que se mostraba más necesitada en estas décadas de los 70, 80 y 90: la población más anciana y adulta.

⁶ La Poliomielitis es una enfermedad infecciosa y muy contagiosa causada por el virus Poliovirus. El germen infeccioso se transmite de persona a persona principalmente por la vía fecal-oral o con menor frecuencia a través de un vehículo común como el agua o los alimentos contaminados. Aclaración del Autor

En 1998 aparece la tercera época del hospital (Capítulo XI) con la aparición y eclosión de la geriatría entre las necesidades asistenciales de la población y el centro readapta sus planteamientos a las necesidades sociales.

A partir de 2007 entramos en la cuarta época del HSJD (Capítulo XII), donde paulatinamente aparece otro cambio de paradigma. Se plantea la idea de un hospital orientado a conseguir la máxima autonomía de la persona, en todos sus déficits: motores, neurológicos, psicológicos, sociales.

Metodología de trabajo

Estudio de las fuentes

Para este estudio se ha recurrido a dos tipos de fuentes de información, las fuentes documentales: primarias y secundarias y las fuentes orales primarias. Todas ellas se hallan referenciadas al final de cada capítulo.

1. Las fuentes documentales primarias

Los documentos hospitalarios, memorias, revistas de la Orden (*Informacion y noticias, Hospital Endins*) y archivos documentales y fotográficos se han obtenido mediante una estrategia de búsqueda de información, explotando archivos de la Orden (Archivo de la Casa de los Pisa, de Granada, Archivo de la Curia Provincial de Aragón-San Rafael y Archivo de la Comunidad de Palma). Se han consultado archivos oficiales (notariales, del Ministerio de Justicia, del Reino de Mallorca, archivos militares, municipales, del Colegio de Arquitectos de Cataluña y de Baleares, del Servicio de Salud de las Islas Baleares), archivos de profesionales particulares y archivos propios del autor.

Historia de la Casa. Años 1952-1986. Libro 1º

Entre el grupo de fuentes documentales primarias debo destacar por haber sido el punto de partida de todo el relato histórico, el *Manuscrito* perteneciente a la Comunidad de Palma titulado "*Historia de la Casa. Libro 1º*". Abarca desde 1952 hasta 1986 y contiene una crónica manuscrita y detallada de todos los acontecimientos acaecidos en el Hospital y en la comunidad: relatos clínicos, administrativos, de la vida espiritual y material de los sanjuanistas, de las donaciones y limosnas...etc.

A partir de la década de los 90 la existencia de memorias hospitalarias ha facilitado enormemente la elaboración del texto.

Los archivos fotograficos

Los abundantes archivos fotográficos consultados proceden del propio hospital, de la Curia provincial de Aragón-San Rafael, de la Mutua Balear de Palma, de personas particulares vinculadas profesionalmente o no con el centro hospitalario como es el caso del Dr Antonio Perez Feliu y del historiador don Pedro Galiana Veiret y archivos propios del autor; especialmente referidos a técnicas quirúrgicas utilizadas a lo largo de las seis décadas de existencia del hospital. Todos ellos me han permitido documentar las distintas etapas del hospital y algunas de sus instalaciones así como vislumbrar en parte la actividad funcional desarrollada.

2. Las fuentes documentales secundarias

En nuestro caso menos utilizadas, han consistido en la consulta bibliográfica de otros trabajos sobre instituciones hospitalarias de la Orden de San Juan de Dios o bien externas a la institución, bibliografía médica de la época, análisis de libros y revistas sobre situaciones epidémicas, revistas médicas, de la Orden Hospitalaria, páginas web e internet.

3. Las fuentes orales

En palabras de Paul Tompson, historiador y experto en metodología y técnicas de la historia oral « *La historia oral es la más nueva y la más antigua forma de hacer historia* ». Ya desde Herodoto, Tucídides, el medioevo, o incluso el ilustrado Voltaire, dichos autores utilizaron el testimonio oral en sus escritos; y si bien durante el XIX los historiadores despreciaron las fuentes orales, estas han resurgido a partir de la mitad del siglo XX. De modo que en la actual historiografía se han revalorizado los testimonios y las aportaciones verbales: ahora se tienen en cuenta los recuerdos, las experiencias y opiniones de los testigos y actores circunstantes en el periodo que se estudia. Así pues, hemos utilizado la entrevista y /o encuesta como herramienta del trabajo investigador.

“Una entrevista no es una conversación espontánea, es una situación artificial, donde el entrevistador busca información para su investigación y el entrevistado de alguna manera busca hacer pública su historia y sus puntos de vista.”

Además, para una buena encuesta se deben seguir unos requisitos necesarios: adecuada elección de los informantes, conocimiento del tema de estudio, clara definición de los problemas a tratar, amplitud de la muestra, registro de los datos suministrados pero también de los omitidos, elaborar un guión con la lista de ideas a tratar en el encuentro. La entrevista oral no persigue tanto obtener datos concretos, que también, sino registrar una vivencia, una experiencia y en general contenidos que den auténtico significado al tema que se investiga.

En mi caso, el número de entrevistados, a base de encuestas, entrevistas o conversaciones han sido muy abundantes, alcanzando hasta los 76 casos; todos ellas han sido fuentes primarias. La mayoría de estas fuentes orales se han desarrollado con la metodología de encuesta en secuencia encadenada, de manera que cada entrevistado actuó a la vez como informante clave permitiendo la localización y posterior contacto con nuevos relatores con experiencia directa en los diferentes momentos históricos del hospital de San Juan de Dios. Las encuestas podían estar dirigidas a un tema concreto, a una época determinada o a unas vivencias específicas. Otras veces han sido entrevistas de temática más amplia y las menos se han desarrollado como conversaciones sobre aspectos generales de la historia de la institución objeto de esta investigación. Con cada una de las 76 fuentes orales, he realizado al menos 3 entrevistas por lo que el número total de las mismas se acerca a las 230.

Han sido claves esenciales para el desarrollo del estudio histórico el poder contactar con: Hermanos de la Orden presentes en las distintas épocas del hospital; con profesionales médicos; farmacéuticos; enfermeros; fisioterapeutas; personal auxiliar clínico y administrativo, jubilados o activos; con personas externas al hospital pero allegadas a la obra de la Orden Hospitalaria; con historiadores locales, etc.

Las imágenes, figuras y tablas incluidas en los distintos capítulos que describe el proceso histórico del HSJD, han contado con la correspondiente autorización escrita por parte del autor o responsable de las mismas

Esquema del texto

La tesis abarca 60 años de existencia del hospital desde sus inicios en 1955, si bien se empieza con el periodo prologal (1952-1955) y finaliza en el año 2015. El trabajo se distribuye en:

Capítulos iniciales en los que se establecen las circunstancias que favorecieron la implantación del hospital en Mallorca y se enmarca el Sanatorio en el contexto sanitario y asistencial de las islas; la donación y el proyecto; el lugar físico elegido; el nacimiento de una Comunidad de Hospitalarios en Palma; el escenario de la Sanidad en la Mallorca de los años 50 del pasado siglo y la importancia y el efecto de la poliomielitis en aquella época fundacional.

Capítulos principales de historia hospitalaria y asistencial en los que se expone en forma de crónica la labor propiamente asistencial y hospitalaria del centro: El Sanatorio (abarca la etapa desde la fundación en 1955 hasta 1974); el Hospital de Adultos (comprende desde 1975 a 1997); el Hospital geriátrico (desde 1998 a 2006); el Hospital para la autonomía de la persona (desde 2007 a 2015).

Capítulos complementarios en los que se detallan acciones complementarias que afectan a la propia vida hospitalaria: Las escuelas de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y Fisioterapia; Los apoyos de la Sociedad mallorquina y la Obra benéfica de los sanjuanistas; Acuerdos con Seguridad Social, Mutua Balear, Ejército y Universidad de les Illes Balears; Los bomberos y el HSJD.

Capítulos finales que componen la visión sobre el futuro de la acción asistencial y hospitalaria y abordan unas pensadas conclusiones.

Finalmente, se incluyen dos Apéndices: el primero con la evolución posterior de la sanidad balear y el segundo con la recopilación de las técnicas quirúrgicas desarrolladas en las sucesivas décadas de actividad quirúrgica.-

Fuentes

Fuentes documentales secundarias

- Alted, Alicia. « El testimonio oral como fuente histórica. Aproximación metodológica». *Perspectiva Contemporánea, Volumen I, nº 1*, 1998
- Arostegui, Julio. *La investigación histórica: teoría y método*. Barcelona: editorial Crítica, 1995
- Barraclough, Geoffrey. *Introducción a la historia contemporánea*. Madrid: Editorial Gredos, 1979
- Bedarida, François. « Definición, método y práctica de la Historia del Tiempo Presente». *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 20 (1998), pag.22
- Benavides Vazquez, Francisco « Nuevas aportaciones documentales a la historia de la Restauración de la Orden en España: La fundación del Sanatorio San José de Cienpuzuelos a través de las primeras actas capitulares 1878-1881». *Archivo hospitalario. Revista histórica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, numero 13* (2015): 55-93.
- Boadas, Joan LLuis; Casellas, Esteve y Suquet, Maria dels Angels. *Manual para la gestión de fondos y colecciones fotográficas*. Girona. Centre de Recerca i Difusió de la Imatge. 2001.
- Ciudad Gómez, Juan. *Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. Granada: Archivo interprovincial. 1963.
- Ciudad Gómez, Juan. *Historia de la restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios. 1968.
- Cuesta, Josefina. *Historia del presente*. Madrid: EUEDEMA, 1993
- "El tratamiento del documento oral" en *Debats*, nº 10 (1984), pp. 72-87
- Febvre, Lucien. *Combates por la historia*. Barcelona: Editorial Ariel, 1975.
- Foix, Laia. Institut d' Estudis Fotogràfics de Catalunya. *La gestión de fondos fotográficos en entidades no comerciales*. (On-line). « Hipertext.net», nº 1, 2003.< [http:// www. Hipertext.net](http://www.Hipertext.net)>
- Folguera, Pilar. *Cómo se hace la historia oral*. Madrid: EUEDEMA, 1994.
- Fuentes de Cia, Angel María. *La conservación de Archivos Fotográficos*. Asociación Española de Documentación e Información (SEDIC). Documento de Trabajo. Octubre 2012. 1ª Revisión. Editor SEDIC
- Hobsbawn, Eric. *Ecrire l' Histoire du Temps Present*. Paris: CNR Editions, 1993
- Joutard, Philippe. *Esas voces que nos llegan del pasado*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1986 (ed. Francesa 1983)
- Mariezcurrena Iturmendi, David «La historia oral como método de investigación histórica». *Gerónimo de Uztariz, números 23-24* (2008): 227-233.
- Marinas, J. M. y Santamarina, Cristina (eds.). *La historia oral: Métodos y experiencias*. Madrid: Editorial Debate, 1993.
- Muñoz Benavente, Teresa « El patrimonio fotográfico: la fotografía en los archivos». *Manual para el uso de archivos fotográficos. Fuentes para la investigación y pautas de conservación de fondos documentales fotográficos*. Santander. Ministerio de Educación y Cultura. 1997, pp.37-69.
- Pasamar, Gonzalo. *La Historia contemporánea. Aspectos teóricos e historiográficos*. Madrid: editorial Síntesis, 2000

- Passerini, Luisa. *Storia e suggestività. Le fonti orali, la memoria*. Florencia, 1988.
- Pereira Rodriguez, Teresa. « Fuentes orales e historia contemporánea: Un archivo en formación». *Espacio, Tiempo y Forma V*, nº 3 (1990), pp. 17-42.
- Pereira Rodriguez, Teresa. « Un archivo audio-visual para el estudio de la Historia Contemporánea en España y de las Relaciones Internacionales». *A distancia* (1997), pp. 10-12
- Pino Vicente, Eduardo. “Almeria. Almas de barro”. *La voz de Almería*. 8 (2012), pag 256
- Plumed Moreno, Calixto A. *Un siglo con el enfermo mental. Caminos abiertos...* Madrid: Fundacion Juan Ciudad, 2000.
- Portugal, Mercedes; Guzzo, Sivana y Rodriguez, Amancio « Los materiales fotográficos: su organización y tratamiento en la biblioteca». *Informacion, Cultura y Sociedad (Version On-line)*, nº 8 (2003), pp. 85-105
- Rodriguez Jimenez, J.L. y Rubio, Antonio (eds.). *Las fuentes orales: metodología para trabajar con una fuente oral que buscas y te busca*. Primer Encuentro entre el periodismo de Investigación y la Historia. Homenaje a Kapuscinski. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos e Instituto de Humanidades de la URJC, 2008.
- Schnapper, D. y Hanet, D. « Sources orales, archives orales». *Annales*, enero-febrero 1980
- Thompson, Paul. *La voz del pasado. La historia oral*. Valencia: Edicions El Magnànim, 1988 (ed. inglesa 1978)
- Thuillier, Guy y Jean Tulard. *Como preparar un trabajo de historia. Métodos y técnicas*. Barcelona: Oikos-tau. 1989.
- Vansina, Jan. *Oral Tradition as History*. London: Ed. Harmondsworth, 1998
- Vilanova, Mercedes. “El combate, en España, por una historia sin adjetivos con fuentes orales”. *Historia y Fuente Oral. Volumen2, nº 1* (1995), pp 95-116
- Vilanova, Mercedes. « La historia presente y la historia oral. Relaciones, balance y perspectivas». *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 20 (1998), pag.70

CAPITULO I. LA DONACIÓN. EL PROYECTO DEL SANATORIO

I EL ORIGEN DE LA FUNDACION DEL SANATORIO DE PALMA. UN PRÓCER MALLORQUÍN: DON RAMÓN VALLESPÍR GARCÍAS

El Sanatorio Infantil de San Juan de Dios de Palma de Mallorca debió su origen a una donación realizada por el abogado mallorquín Ramón Vallespir Garcías⁷ en 1909, quien junto a su esposa Antonia Ferrá Aloy, dispusieron en su testamento una partida dineraria para la construcción y equipamiento de una institución sanitaria, destinada con fines benéficos a la infancia desvalida y que había de ser entregada a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios para su dominio y gestión.

Poco sabemos de los pormenores de la vida familiar y civil del filantrópico prócer que fue don Ramón Vallespir Garcías, aunque si existen testimonios escritos en la prensa de la época que nos recuerdan que fue un prestigioso abogado con ejercicio profesional en Palma. En su faceta de letrado, destaca una activa y prolífica vida profesional, participando como defensor o acusador en numerosos pleitos de tipo penal, administrativo, civil y mercantil en la ciudad de Palma. También se le sitúa como fundador de una academia de derecho en Palma para preparación de oposiciones a distintos organismos.

Asimismo, tuvo una intensa implicación en la actividad colegial del Ilustre Colegio de Abogados, formando parte de muchas de sus iniciativas y siendo nombrado Juez de paz en diversas ocasiones. Otra faceta muy destacada de su personalidad era su actitud benefactora, dando muestras de ello en donaciones, participaciones, cuestaciones, etc. acreditadas en los medios de difusión. Todo ello se acredita y viene reflejado consultando la numerosa y variada prensa histórica de la época⁸.

Don Ramón Vallespir había casado con Doña Antonia Ferrá Aloy, que le sobrevivió 8 años. La decisión del donativo la había tomado el matrimonio en conjunto y quedó plasmada al otorgar Don Ramón Vallespir, testamento ante el notario de Palma, Don Mateo Jaume y Servera, en fecha de 20 de Septiembre de 1909. Ambos esposos en sus viajes por la península tuvieron ocasión de visitar y admirar los hospitales y sanatorios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, destinados a curar niños pobres y enfermos, surgiendo en ellos la noble idea de dedicar alguna parte de su fortuna a estos caritativos fines. Don Ramón Vallespir Garcías falleció en Palma, a los 79 años de edad, el 18 de Octubre de 1909⁹.

Mediante el testamento otorgado por Don Ramón Vallespir el 20 de septiembre de 1909, el testador que no tenía hijos, instituía heredera universal de sus bienes a su hermana Catalina Vallespir Garcías, designando a su esposa Antonia Ferrà Aloy usufructuaria, y una vez fallecida ésta, no habiendo hijos, se destinaba un legado a la construcción de un hospital para niños pobres enfermos, regentado por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y enclavado en el

⁷ El segundo apellido de D. Ramón Vallespir aparece escrito en distintos documentos con alguna variación (Gracia o Gacias) a lo largo de los documentos y bibliografía consultados. En el certificado de defunción el segundo apellido consta como *Gacias*; en el archivo de Protocolos del Colegio Notarial de Palma, consta como *Garcías*; y en *Crónica Hospitalaria* de José Cruset, Ed. Hospitalaria. Barcelona, 1971 aparece como *Gracia* en la página 490. Nota del autor

⁸ Al final del capítulo se relacionan del 1 al 16 las referencias halladas en la prensa histórica de Palma relacionadas con la actividad profesional de D. Ramón Vallespir. Nota del autor

⁹ El certificado de defunción de D. Ramón Vallespir está registrado en el tomo 104, página 174 de la Sección 2 del Registro Civil de Palma. Nota del autor

término de Palma de Mallorca. El legado no pudo ser efectivo hasta que falleció su esposa Antonia Ferrá Aloy, en el año 1917.

Para el momento de la extinción del usufructo, ordenaba, entre otras disposiciones, la venta de bienes y la distribución del haber, con sujeción a determinadas condiciones y aparte instituía unos legados a la servidumbre. Cláusulas adicionales a la expresión de su última voluntad completaban esta donación:

- si la Orden de San Juan de Dios no aceptase el legado, se entregaría aquél al Obispo de la diócesis para su destino a Propaganda Fide de Roma;
- si por cualquier circunstancia sobrevenida no pudiese la Orden de San Juan de Dios continuar con su misión, pasaría el establecimiento al Prelado de la diócesis. En último caso el prelado quedaba autorizado a disponer de su importe y destinarlo a su discreción a fines benéficos.

Para la sustanciación de su voluntad, el testador nombraba unos albaceas administradores. Los designados eran: Don Juan Mas Vallespir, presbítero y sobrino del donante; Don Mariano Garcias Garau, primo del testador, y Don Pedro Sampol Roselló, amigo de Don Ramón Vallespir o en su defecto su hijo, Pedro Sampol.

Por lo que a la Orden de San Juan de Dios interesa, en el testamento se decía textualmente: *“Una mitad- se entiende de los bienes relictos- se aplicará en adquirir o construir en el término de Palma, un edificio para los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, a los cuales se entregará con el ajuar necesario para que lo destinen a Asilo o Sanatorio, según las reglas del Instituto. Si esto no fuera posible por cualquier motivo, dicha cantidad se remitirá a la congregación de Propaganda Fide de Roma para que se aplique íntegra a las misiones en países infieles. Y si cumpliéndose lo antes dicho, la Orden Hospitalaria, no pudieran luego y en cualquier tiempo continuar sosteniendo su establecimiento benéfico dichos Hermanos Hospitalarios por no permitirlo el gobierno o por cualquier otra causa, se entregará el establecimiento al prelado diocesano para que, vendiéndolo, aplique su producto según su prudente arbitrio a satisfacer necesidades benéficas...”*

Una serie de circunstancias y demoras ocasionadas por la naturaleza y cuantía del legado y por la guerra civil española hicieron, pasando con indemnidad el periodo de la República, que aquella noble idea no tomara cuerpo y realidad hasta muchos años después

TESTAMENTO DE DON RAMÓN VALLESPÍR GARCÍAS¹⁰

Obtenido del Archivo del Colegio Notarial de Palma de Mallorca, donde se explicita el legado o donación que efectúa a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Se muestra imagen del documento original.

¹⁰ Se aporta fotocopia del testamento existente en el Archivo de Protocolos del Ilustre Colegio Notarial de Palma. Nota del autor

Fig. I.1. Fragmento del testamento de Ramón Vallespir Garcias

— Mil y cuatrocientos sesenta y seis. —
En la ciudad de Palma capital de la pro-
vincia de las Baleares, a las diez y seis horas del día
de Septiembre de mil novecientos nueve. —
Yo D. Ramón Vallespir y Garcias, de ochenta y una
años de edad, casado, abogado, hijo legítimo
de los difuntos conyugales D. Pedro Foré y D. Juana
Ara, natural y vecino de esta ciudad; hallán-
dome en mi pleno juicio y clara facultad,
previa invocación del Santo nombre de Dios y
profesión solemne de fe de nuestra santa ma-
dre la iglesia católica, apostólica y romana,
cuyo seno vivo, querido y seguro me veré,
este mi último y deliberado testamento co-
municado abierto, en esta forma: —
Recomiendo mi alma a Dios y a nuestros al-
baceas a mi esposa D. Antonia Foré; a mi her-
mana D. Catalina Vallespir, a mi sobrino D.
Juan Mas y a mi pariente D. Mariano Garcia,
juntos o a solas, a quienes luego acepto este

Fechado el 20 de septiembre de 1909. Fuente: archivo de Protocolos del ilustre Colegio Notarial de Palma

Fig. I.2. Fragmento del testamento de Ramón Vallespir Garcias (continuación)

quiblica subasta por ante Notario, distribuyén-
dole en productos en la forma siguiente:—

Una mitad se aplicará en adquirir ó construir
en el término de Palma un edificio para los Hon-
rarios Hospitales de San Juan de Dios, á los
cuales se entregará con el agua necesario para
que lo destinen á asilo ó sanatorio según las
reglas de su instituto. Si esto no fuere posible
por cualquier motivo, dicha cantidad se remitir-
á á la Congregación de la Propaganda Fide de
Roma, para que se aplique íntegra á las Misio-
nes en países infieles. Y si cumpliéndose lo an-
tes dicho, no pudieran luego y en cualquier tiempo
continuar sosteniendo su establecimiento los
señores dichos Hermanos Hospitales por no
poderlos el Gobierno ó por cualquier otra cau-
sa, se entregará el establecimiento al Poderío Dio-
cesano para que vendiéndolo aplique su pro-
ducto según su prudente arbitrio á satisfacer
necesidades benéficas.—

De la otra mitad se harán tres lotes: Uno se
invertirá en la celebración de misas rezadas li-
mosa ordinaria en sufragio de mi alma y

Fuente: archivo de Protocolos de Ilustre Colegio Notarial de Palma

Fig. I.3. Fragmento del testamento de Ramón Vallespir Garcias (continuación)

Y redactado por mí D. Mateo Gausme y Ferrera, Doctor graduado en Derecho Civil y Canónico, Abogado y Notario del Ilustre Colegio de las Reales, con residencia en esta ciudad, este testamento, si instancias y según instrucciones recibidas del testador y leído íntegro a todos, en alta voz y en un solo acto por un usar el derecho les advertí teniéndole leído por sí, se ratificó aquel declarándolo según su voluntad en todas sus cláusulas. De todo lo cual, de concertar al mismo quien me exhibe su cédula personal de octava clase, número 258, expedida el siete de Julio de este año, de su capacidad legal a mi juicio en Derecho necesaria para este acto, de haber observado en su otorgamiento las solemnidades legales y de firmar uno y otros yo el notario doy fe. Los pliegos que preceden serie B, llevan los números 6.700.270 y 6.700.271. He con mi aprobación y firma, adito con la de mi esposa y acuerdo con los administradores de ésta que forma la ciudad.

graf. 8.

Fuente: archivo de Protocolos de Ilustre Colegio Notarial de Palma

II LA REALIZACIÓN

II.1 PRIMEROS CONTACTOS ENTRE LOS ALBACEAS Y LA ORDEN DE SAN JUAN DE DIOS

Previamente, en anteriores provincialatos, (Provincialatos de los P. Federico Rubio Álvarez, 1911-1919 y el P. Juan Jesús Agradas Gonzalo, 1919-1925) se habían realizado ofertas para establecer un asilo para niños lisiados en las Islas Baleares.

En febrero de 1926, uno de los albaceas, el presbítero Sr. Mas, insta a la Orden a tomar alguna determinación, advirtiéndole que, en caso de no recibir respuesta, los albaceas iniciarían por su cuenta las obras, y entregarían el centro a la Orden Hospitalaria; o en caso de rechazo definitivo el legado pasaría a la Congregación de Propaganda Fide de Roma, tal como estipulaba el testador.

Nuevas actuaciones de los administradores testamentarios y tomas de contacto con la Orden juandediana tienen lugar en mayo de 1926, fecha en la que el Provincial de la Provincia Española era el padre Faustino Calvo León¹¹.cuadragésimo segundo Hermano general de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Sea como fuera, se realiza esta nueva oferta al P. General Faustino Calvo, quien envía a dos hermanos a Mallorca para que se informen de las circunstancias de la donación del Sr. Vallespir, ya que el donante solo legaba el edificio, pero no disponía de renta alguna para su sostén. En principio, los informes no eran excesivamente favorables por lo que se dió largas al asunto sin desestimarlos ni aceptarlos de entrada.

II.2 ACEPTACIÓN DEL LEGADO

Finalmente, en el mes de mayo de 1926, el Provincial realiza una nueva visita a Mallorca. A su regreso, en la Junta del 5 de Junio de 1926 se da el visto bueno a la aceptación. El legado es aceptado por la Orden.

Por otra parte, los bienes de los esposos Vallespir consistían en fincas situadas en los alrededores de Palma, pero ninguna de ellas reunía las condiciones requeridas para la construcción de un sanatorio, por lo que de común acuerdo, la Orden y los albaceas, estimaron que se debía proceder a la compra de una finca o solar apropiado. En vistas a la realización del proyecto se

¹¹ Faustino Calvo León nace en Castromocho, Palencia, el 15 de febrero de 1864. Acude a la escuela local. Queda huérfano de madre a los 4 años y de padre a los 15 años, quedando bajo la tutela de la abuela paterna. Ya de mozo sintió la necesidad de hacerse religioso. Entra a realizar el postulante en Cienpozuelos en julio de 1883. El 15 de octubre recibe el hábito de manos de San Benito Menni. El 6 de enero de 1885 hizo la primera profesión y en julio de 1890 la profesión solemne. Es nombrado vicario prior de Cienpozuelos y después pasa a Barcelona, Pinto y Zaragoza. En 1895 es destinado a Nazaret. Regresa a España en 1908, y de aquí pasa a Zapopan (Méjico) con el cargo de prior. En 1911 regresa a España como prior del Asilo-Hospital de san Rafael de Madrid. En el Capítulo de 1925 es elegido Provincial de España y en el Capítulo General, celebrado en Roma en 1928, fue elegido general de la Orden. Al finalizar su cargo en Roma, regresa a España donde preside el Capítulo provincial como delegado del padre general. En 1934 tiene lugar la división de la provincia española en 3 provincias: Bética, Castilla y Aragón. El P. Calvo es nombrado Provincial de Castilla. El 6 de enero de 1935 celebra sus bodas de oro de la profesión religiosa. Estando en Palencia realizando ejercicios espirituales, fallece en esta ciudad el 4 de diciembre de 1936. Reseña biográfica obtenida por consulta de los archivos existentes en la Curia Provincial de Aragón-San Rafael en Sant Boi (Barcelona).

tomaron en cuenta varias oportunidades que surgieron, especialmente una finca en el interior de la Isla con casa y jardín que finalmente no interesó por su alejada situación.

II.3 COMPRA DEL SOLAR

Definitivamente, en noviembre de 1927 se procedió a la compra, por parte de los albaceas, de un terreno en la ciudad de Palma, en la barriada del Coll d'en Rabassa, a unos cinco kilómetros de la capital, concretamente en la zona denominada Cala Gamba, de cuya compra dieron inmediato conocimiento al P. Provincial.

La compra-venta se realizó ante el notario de Palma don José Socias, el 19 de noviembre de 1927. Se inscribió en el folio 182, tomo 370 del Registro del Ayuntamiento de Palma, sección de término, finca 13.544, inscripción 1ª. Mediante dicho otorgamiento, los albaceas testamentarios de Don Ramón Vallespir adquirieron el dominio útil sobre la heredad que venían obligados a entregar a la Orden de San Juan de Dios, como solar donde construirse el asilo. La finca en cuestión era una porción de tierra, llamada "huerto d'en matalobos", procedente por segregación del predio de Son Manuel, del término de Palma, de cabida 194 áreas, 99 centiáreas (dos cuarteradas y doscientas cincuenta y tres destres), cuyo término directo pertenecía a D. Bartolomé Pons Garau.

II.4 PROYECTO ARQUITECTÓNICO

De conformidad con los señores albaceas, el Muy Reverendo Padre Francisco de Paula Itoiz, Superior de la Casa de Barcelona en aquel entonces (1925-1928), encargó los planos del futuro sanatorio al arquitecto barcelonés Sr. Sixto Illescas y Mirosa. Se hicieron algunos bocetos previos, y una vez elegido el definitivo, se remitieron a los albaceas para realizar los trámites ante los centros oficiales de Mallorca. Todo ello lo llevó a cabo el también arquitecto mallorquín Sr. José Alomar Bosch, futuro arquitecto del sanatorio, persona muy conocida en Palma por ser arquitecto de la Diputación Provincial de Baleares y de la confianza de los albaceas. Lamentablemente Don José Alomar fallecería antes de que terminarse la obra.

En el proyecto de 1927, se dió por descontado que el nuevo edificio debería construirse cercano a la primera línea de la playa, donde habían existido restos de una antigua edificación, y con una orientación que permitiera el máximo aprovechamiento de la luz solar y la brisa marina.

En la junta del 8 de junio de 1928, presidida por el P. Faustino Calvo se acordó que el P. Provincial Guillermo Llop se desplazara a Mallorca para unas últimas entrevistas con los albaceas y los arquitectos, en orden a revisar los planos que se habían levantado y decidir al fin el comienzo de las obras.

Proyectos realizados alrededor de 1929 que obran en el Expediente nº 402 (catalogación provisional en noviembre de 2016) del arquitecto Sixto Illescas Mirosa, depositado en el Archivo Histórico del Colegio de Arquitectos de Cataluña, no acabaron de satisfacer las expectativas, prolongando más si cabe la realización del proyectado sanatorio.

El advenimiento de la Segunda República Española en 1931 y el posterior estallido de la guerra civil supusieron un parón en dichos planteamientos, los cuales no se retomaron hasta el año 1940. Ambos profesionales, Sixto Illescas y Mirosa y José Alomar Bosch, trabajando en connivencia, presentaron el proyecto definitivo a partir de septiembre de 1940, que fué el que finalmente se llevó a cabo entre aquella fecha y 1943; y cuyos planos se encuentran actualmente en el Archivo Histórico del Colegio de Arquitectos de Cataluña. El fallecimiento en 1952 del Sr. José Alomar Bosch motivó que la obra fuera terminada por el Sr. Sixto Illescas.

Así pues, entre 1940 y 1943 los albaceas dieron principio a la obra, que tenían obligación según el testamento, de entregarla terminada y amueblada con la siguiente secuencia: 5 de septiembre de 1940, proyecto definitivo con una estimación presupuestaria de 246.085,62 pesetas; 10 de octubre de 1942, solicitud de licencia de obras; 4 de diciembre de 1942 concesión de la licencia; 1943 inicio formal de las obras; capacidad prevista de 53 internos y 10 hermanos hospitalarios

Dado que los tiempos y los medios de vida habían cambiado notablemente, con continuos aumentos en el precio de los materiales y los jornales, el capital destinado a dicho fin, se hacía insuficiente para la construcción total del edificio según el plano del arquitecto Illescas. Al cabo de 8 años de iniciada la construcción, en 1951, hubieron de pararse las obras por falta de liquidez. Se había construido solo una parte de lo planificado por lo que decidieron informar a la Orden de la situación en que se hallaba el proyecto.

En aquella situación se hacía preciso que la Orden Hospitalaria aportara dinero adicional para la terminación de la obra.

Ya en el año 1949, el entonces Provincial de Aragón, P. Francisco de Paula Itoiz, después de haberse cruzado correspondencia de puro trámite referente a la marcha de las obras, y ante la necesidad de concretar el destino y garantía del dinero que la Orden aportará, escribe una carta exponiendo a los albaceas la necesidad de hacer entrega de todo lo realizado con el importe del legado mediante acta notarial, en la que se especificara claramente lo desembolsado por la herencia de Don Ramón Vallespir. Se contempla también la parte del sanatorio construida a expensas de la Orden para que el título de propiedad de ésta quedara perfectamente aclarado, evitando confusiones en el futuro, confusiones que, como en dicho escrito comentaba muy inteligentemente el Ilustre Hospitalario, podrían surgir como consecuencia de la naturaleza misma del legado, visto que resultaba necesario el desembolso de mayores cantidades que las invertidas por el albaceazgo. Este desembolso era necesario para poder destinar el edificio al servicio y fin ordenado por Don Ramón Vallespir. Precisamente por esta razón y por la naturaleza de las disposiciones subsidiarias establecidas por el testador: *“...Y si cumpliendo lo antes dicho no pudieran luego y en cualquier tiempo continuar sosteniendo su establecimiento benéfico dichos Hermanos Hospitalarios, por no permitirlo el gobierno o por otra cualquier causa, se entregará el establecimiento al prelado diocesano...”*.

De no especificar la aportación económica de la Orden, razona bien el Padre Itoiz: *“... el día que lo abandone por alguna de las causas indicadas no se le reconocerán (a la Orden) las mejoras realizadas en el inmueble, ni menos podrá reclamarlas en otra época desfavorable a la causa religiosa”*.

Esta directriz cristalizó. El 27 de septiembre de 1951, siendo Provincial de Aragón el P. Francisco José Gorostieta, se otorgó un acta de entrega al Instituto Hospitalario ante el notario de Palma Sr. Asterio Unzué Undiano en la que, incluido un informe del aparejador Sr. Llabrés, dictaminando sobre el estado de la obra en esta fecha, constan de manera fehaciente todos los gastos y desembolsos verificados con cargo a la herencia del Sr. Vallespir (228.185,13 ptas.); quedando así el asunto delimitado y salvaguardados los intereses de la Orden. Dicha escritura de entrega fue firmada por los albaceas y por el P. Provincial José Gorostieta. Con estas nuevas perspectivas, se retomó la obra de construcción del sanatorio a partir de 1952.

El 21 de julio de 1952, el Obispo de Palma de Mallorca, a norma del canon 497, concedió la autorización para el establecimiento de la Comunidad del proyectado sanatorio y el 13 de agosto del mismo año la Sagrada Congregación concedió licencia para la erección canónica de la fundación. El permiso de Sanidad de Palma se obtuvo el 25 de noviembre de 1955.

Al finalizar las obras se calcula que el coste y habilitación del sanatorio representa un desembolso de 5.084.000 ptas.

- **Sixto Illescas y Mirosa y Jose Alomar Bosch¹²**

Ambos profesionales trabajando en colaboración fueron los responsables de todo el proceso participando en las sucesivas fases desde el encargo de la obra, la propuesta y posterior aceptación de honorarios, los primeros bocetos arquitectónicos, algunos de los cuales fueron desestimados, la redacción del proyecto definitivo, la obtención de la licencia de obras, el inicio de la misma con el seguimiento preceptivo y finalizando con el documento protocolario del final de obra. Lamentablemente, D. José Alomar falleció en 1952, quedando todo el proceso constructivo a cargo en exclusiva de D. Sixto Illescas

¹² **Sixto Illescas y Mirosa**

Conocido arquitecto racionalistacatalán. Nace en Barcelona el 16 de junio de 1903 y muere en la misma ciudad el 21 de diciembre de 1986.

Se titula en 1923 y fue uno de los miembros fundadores en 1930 del conocido Grupo del GCATSPAC (Grupo Catalán de Arquitectos Técnicos para la Solución de Problemas de la Arquitectura Contemporánea). Junto a Josep Lluís Sert, Germán Rodríguez Arias, Ricardo de Churruga y Francesc Fábregas participó en septiembre de 1930 en la exposición del Ateneo Guipuzcoano de San Sebastián, de la que surgió un mes más tarde en Zaragoza el GATEPAC, que incluía a profesionales del conjunto de España, en el que se integraron como Grupo Este o GATCPAC (Grupo de Artistas y Técnicos Catalanes para el Progreso de la Arquitectura Contemporánea). Este grupo abordó la arquitectura con voluntad renovadora y liberadora del clasicismo novecentista, así como la de introducir en España las nuevas corrientes internacionales derivadas del racionalismo practicado en Europa por arquitectos como Le Corbusier, Ludwig Mies van der Rohe, Walter Gropius y J.J. P. Oud. El GATCPAC defendía la realización de cálculos científicos en la construcción, así como la utilización de nuevos materiales, como las placas de fibrocemento o la uralita, además de materiales más ligeros como el vidrio.

La mayoría de sus obras están en Barcelona. Entre ellas destacan: la Casa Vilaró (Avenida Coll del Portell, 43, 1929-1930), una obra de estilo "barco", característico de los primeros tiempos del racionalismo, estructurada en diferentes niveles debido a la pendiente del terreno, con un diseño que señala la tipología más frecuente de las realizaciones del GATCPAC y la casa Illescas (Calle Padua, 96, 1934-1935), un edificio de viviendas del que era propietario, de claro diseño funcionalista. Otras obras suyas son: la Casa Masana (Paseo de San Gervasio, 1-3, 1935-1940) y el edificio de viviendas de la calle Santjoanistes, 37 (1941-1944). Realizó también varios proyectos no elaborados: uno de estación para un aeropuerto en la exposición de las Galerías Dalmau (1929), otro de feria agrícola en colaboración con Josep Lluís Sert y Cristófol Alzamora (1932- 1933) y otro para el concurso de ideas para la urbanización de la parte baja de la montaña de Montjuic (1935). Colaboró con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en varios proyectos, entre ellos el Sanatorio Infantil de Palma de Mallorca.

Gran Enciclopedia Catalana y https://es.wikipedia.org/wiki/Sixto_Illescas. Acceso el 16 de julio de 2017

Jose Alomar Bosch

Nacido en Palma en 1877 y fallecido en la misma ciudad en 1952 a la edad de 75 años. Se formó como arquitecto en la Facultad de Arquitectura de la Universidad Central de Madrid y terminó su licenciatura en 1905. Fue redactor de diversos proyectos urbanísticos, por diferentes municipios de la isla de Ibiza, entre otros la ampliación del Paseo Vara del Rey de Ibiza (1915), la urbanización de la Avenida de España y Ses Figueretes (1934). Construyó en Ibiza el edificio de la Ebusitana en la Avenida de España y la casa Puget. En conjunto contribuyó a la arquitectura urbana de principios del siglo XX en Ibiza. Fue arquitecto de la Diputación provincial de Baleares. Participó activamente en los proyectos y edificación del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios de Palma de Mallorca, en cuyo empeño le sorprendió la muerte.

https://www.myheritage.es/names/jos%C3%A9_alomar%20bosch. Acceso el 16 de julio de 2017

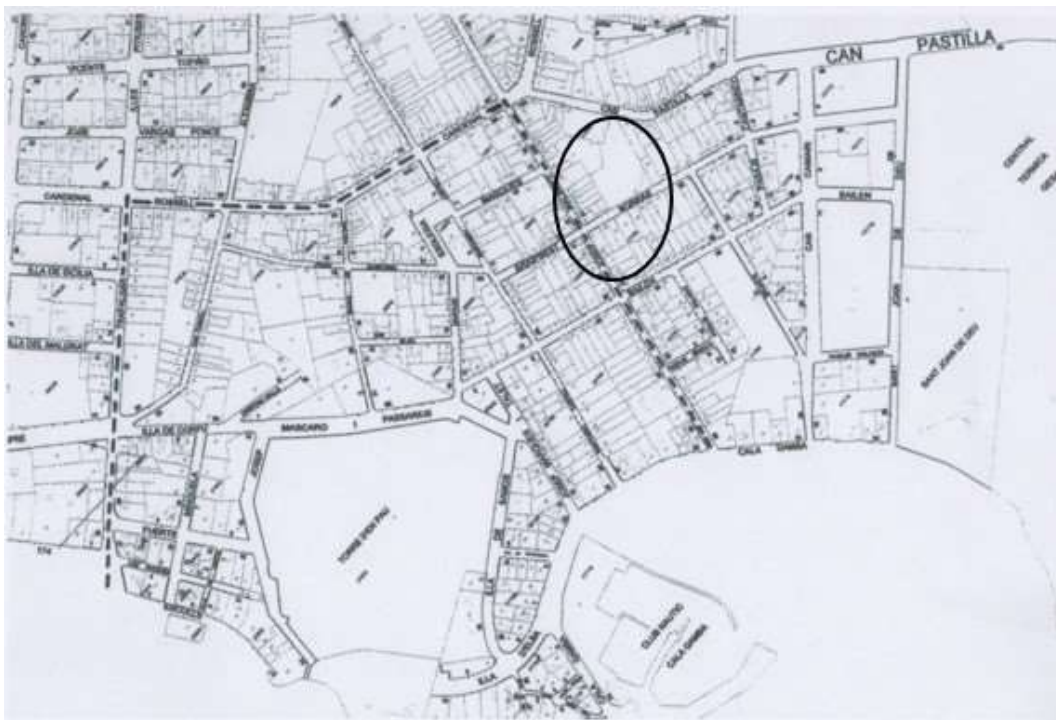
III ARCHIVO DE IMÁGENES

Fig I.4. Proyecto inicial del año 1929 para el Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Proyecto del año 1929 (descartado) para el Sanatorio Infantil de San Juan de Dios de Palma de Mallorca, que obra en el Expediente nº 402 (catalogación provisional en noviembre de 2016) del arquitecto Sixto Illescas y Mirosa, depositado en el Archivo Histórico del Colegio de Arquitectos de Cataluña.

Fig I.5. Plano del solar del Hospital de San Juan de Dios.



Fuente: archivo fotográfico particular de P. Galiana Veiret

Fig I.6. Imagen de Cala Gamba en 1953



En primer lugar: muchas canteras, Cas Metge Matas i Can Matalobos, Cas Capellans, el núcleo central de la cala, y al fondo: s'Amarador y la punta des Carregador. (Fotografía realizada por Ramón Rullán Frontera desde su avioneta). Gentileza de P. Galiana Veiret.

Fig I.7. Proyecto definitivo del año 1940 para el Sanatorio infantil de San Juan de Dios

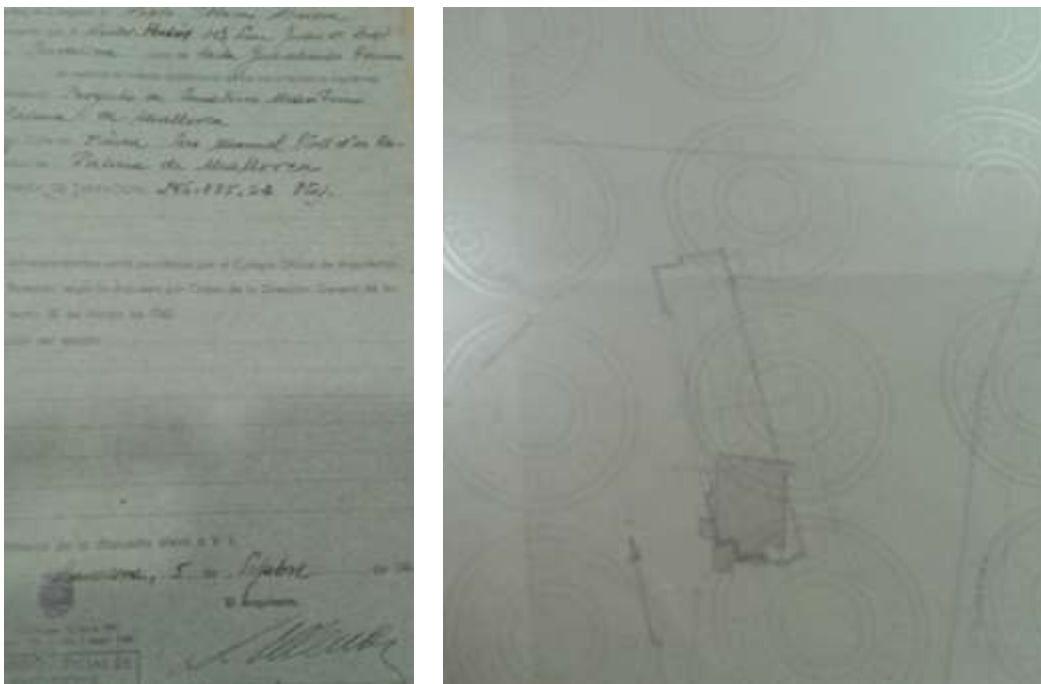


Imagen derecha: esquema de la ubicación del primer edificio del Sanatorio de San Juan de Dios de Palma, sobre la base de una construcción anterior. Expediente nº 402 (catalogación provisional en noviembre de 2016) del arquitecto Sixto Illescas y Miroso, depositado en el Archivo Histórico del Colegio de Arquitectos de Cataluña.

Fig I.8. Proyecto para el Sanatorio infantil de San Juan de Dios

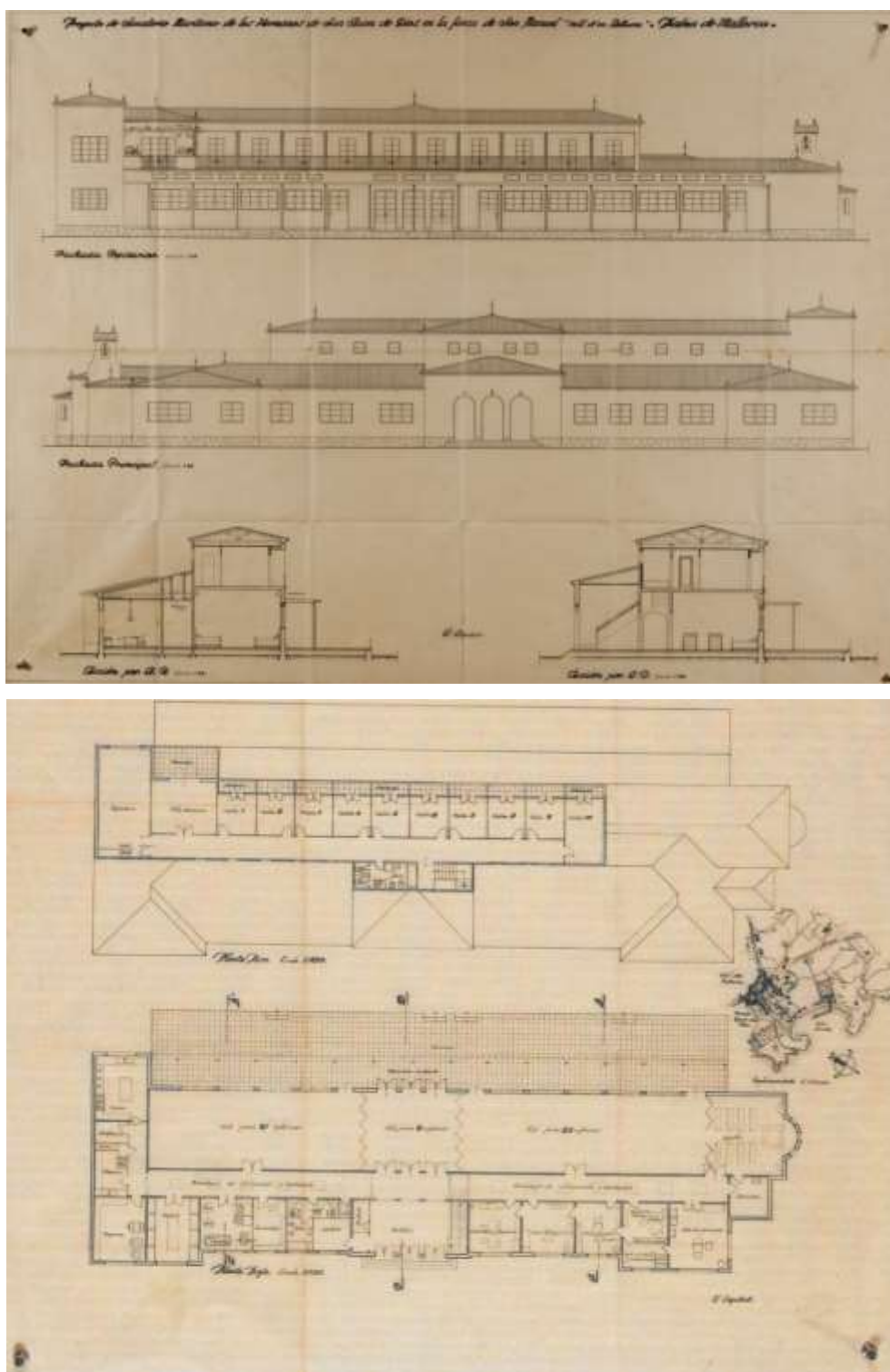


Imagen superior: fachadas norte, sur y perfiles. Imagen inferior: Primera y segunda planta. Año 1940. Expediente nº 402 (catalogación provisional en noviembre de 2016) del arquitecto Sixto Illescas y Miroso, depositado en el Archivo Histórico del Colegio de Arquitectos de Cataluña.

IV FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.

Fuentes archivísticas y registrales primarias

- Archivo fotográfico de Pedro Galiana Veiret, Coll d' en Rabassa, Palma.
- Archivo Histórico del Colegio Oficial de Arquitectos de Cataluña. Expediente 402 (catalogación provisional 2016) del arquitecto Sixto Illescas y Mirosa.
- Archivo Provincial, documento número 10, Casa de Palma.
- Registro Civil nº 2. Ministerio de Justicia. Palma.
- Registro General de los actos de última voluntad. Ministerio de Justicia. Palma.
- Registro Notarial de Palma.

Fuentes documentales secundarias

- Biurrun Eslava, Juan O.H. « Apuntes para la historia del nuevo Sanatorio Infantil». *Labor Hospitalaria.* Año IX. Enero-Febrero 1956. Número 49. (1956): 27-31
- Ciudad Gómez, Juan, O.H. *Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. El resurgir de una obra.* (Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios, 1968).
- Ciudad Gómez, Juan, OH. *Compendio de historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.* (Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios, 1963)
- Cruset, José. *Crónica Hospitalaria.* (Barcelona: Editorial Hospitalaria. 1.971), pp.487-495
- Martínez Gil, José Luis, OH. *Iconos de hospitalidad de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios 1536-2011. Volumen II.* (Madrid: Editorial hospitalaria, 2011)
- Martínez Gil, José Luis, O.H. *Superiores Generales, Santos y Beatos de la Orden de San Juan de Dios. 1536-2010.* (Madrid: Editorial hospitalaria, 2010)
- GRAN ENCICLOPEDIA CATALANA. Sixt Illescas i Mirosa

Prensa histórica de Palma

- Diario Constitucional de Palma de Mallorca. Número 74.1837.Marzo 15
- Diario de Palma. Numero 1. 1861. Enero 1
- El áncora: diario católico popular de las baleares. Año VII. Numero 1955. 1886. Junio 2
- El Balear. Año III. Numero 748. 1884. Julio 16
- El Balear. Año IV. Numero 1095. 1885. Septiembre 18
- El bien público. Año XVI. Numero 4695. 1888. Agosto 29
- El centinela. Año IV. Número 177. 1889. Mayo 27
- El Isleño. Año II. Numero 468.1858. Diciembre 5
- El Isleño. Año II Número 470. 1858. Diciembre 7
- El Isleño. Año XXXVII. Numero 11915. 1893. Julio 1
- El magisterio balear. Año XVII. Número 40. 1889. Octubre 15

- El Noticiero balear. Año III. Numero 874. 1893. Octubre 3
- Las Baleares: diario republicano. Año II. Número 415. 1892. Septiembre 28
- Las Baleares: diario republicano. Año IV. Número 709. 1893. Septiembre 29
- Mallorca dominical. Año III. Tomo II. Número 116. 1899. Abril 23
- Semanario católico. Año I. Número 37. 1888. Setiembre 15

Páginas web

- Miralles, Fransesc. *Historia de l' art català VIII. L' època de les avantguardes 1917-1970* Barcelona. Edicions62, 2001. Acceso el 16/07/2017 https://es.wikipedia.org/wiki/Sixt_Illescas.
- https://www.myheritage.es/names/jos%C3%A9_alomar%20bosch. Acceso el 16/07/2017.

CAPITULO II. EL LUGAR FISICO ELEGIDO

I UN SANATORIO INFANTIL EN EL COLL D' EN RABASSA DE PALMA DE MALLORCA

La primera cita documentada del Coll d'en Rabassa aparece en el siglo XIII. Según las crónicas, el nombre de Coll deriva del accidente geográfico del terreno, cuya cota va subiendo a medida que nos acercamos al centro de la población; siendo el patronímico Rabassa el de tres caballeros (Guillermo, Berengario y Pedro Rabassa) de la familia catalana a la que, en el Repartiment de 1232, le fue asignada la propiedad de la zona. El linaje de los Rabassa aparece acompañando al Rey Jaime I en su conquista de Mallorca en 1229 y viene documentado en *El Codex Català del Llibre del Repartiment de Mallorca* de R. Soto i Company, Palma 1984¹³, y en *El Solar Catalán, Valenciano y Balear* de A. y A. García Carraffa, San Sebastián, 1968¹⁴.

La extensión del Coll d'En Rabassa era de 294,16 hectáreas y en 1681 a modo de defensa contra la piratería se levantó la Torre d'en Pau (citada por el Archiduque Luis Salvador en su obra: *Mallorca, Las Baleares descritas por la palabra y el dibujo*, tomo 1, pág 399. Editor Jose de Olañeta. Palma de Mallorca. 2000). Dicho emplazamiento fue fortificado en 1898 en previsión de una invasión por parte de los EEUU.

Geológicamente, este asentamiento cercano a "ciutat" (referido al nombre de Palma de Mallorca) y en el litoral de la bahía de Palma, ha presentado unos ricos yacimientos dunares¹⁵ de marés (dunas tipo Riss y Wurm), formadas por los vientos dominantes procedentes del suroeste durante el Pleistoceno medio y superior que hasta el siglo XIX, han sido utilizados para la construcción de las murallas de Palma e Ibiza así como insignes edificios de la capital, tales como la Seo (nombre de la Catedral de Mallorca), los Institutos Ramón Llull y Guillem Sagrera y otros templos y casas de "ciutat".

Precisamente los cimientos del Sanatorio infantil de San Juan de Dios se excavaron en dichas dunas de marés, de la edad rissense y las de mayor potencia, y se aprovechó dicho material para los sillares de la fábrica del sanatorio.

En el entorno rústico de la zona del Coll d'en Rabassa, las posesiones más conocidas eran Son Mosson, Son Moix, Son Perera, Son Rossinyol, Son Banyà, Son Llebre, Son Metge, Son Sunyer, Sa Torre Rodona, Son Gallard, Son Garcias y Son Manuel. Esta última posesión, Son Manuel, es la que dará origen a la mayor parte del territorio del Coll d'en Rabassa, a través de sucesivas divisiones y parcelaciones que va sufriendo la gran posesión, a medida que la demanda poblacional crece en esta zona próxima a Palma.

I.1 SON MANUEL

Su nombre procede del patronímico de los antepasados de la familia Palou de Comassema, propietarios de la finca durante generaciones. Las "cases de possessió" se hallan sobre un

¹³ Ricard Soto i Company, *Codex Català del Llibre del Repartiment de Mallorca*. (Barcelona. Conselleria d' Educació i Cultura del Govern Balear. Direcció General de Cultura, 1984), 1v en pág. 44, 4r/4v en pág. 49-50, 6v en pág. 54 y 21 r en pág. 83.

¹⁴ A. y A. García Carraffa, *El Solar Catalán, Valenciano y Balear*. (San Sebastián: Librería Internacional, 1968), tomo IV, pág. 1 y 2.

¹⁵ Juan Cuerda Barceló, *Los tiempos Cuaternarios en Baleares*. (Palma de Mallorca: Diputación Provincial de Baleares. Instituto de Estudios Baleáricos. Patronato "José M^a Quadrado". Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 1975), Capítulo 1^o, pág. 54.

montículo de 100 metros de altura, al sur de la actual superficie del centro comercial “Carrefour”, a la izquierda de la autopista Ma-19, pasado el desvío del Coll d’en Rabassa. Son Manuel es la possessió más significativa para la historia del Coll d’en Rabassa, ya que en el año 1874 sus terrenos fueron parcelados en solares y vendidos, dando origen al núcleo urbano del actual Coll d’en Rabassa.

Pertenecían a Son Manuel todas las tierras del levante del Coll hasta el límite con Son Moix Vell. Según escrituras de 1884 a 1898 Son Manuel tenía los siguientes límites: Son Gallard, Son Mosson Nou, Son Mosson Vell, el mar, Torre d’en Pau (la del siglo XVII lindando al mar), Son Moix, Ses Cases Noves, Son Rossinyol y s’ Olivaret.

La documentación más antigua de la que se dispone hasta el presente es el padrón de la parroquia de Santa Eulalia del año 1816, en donde figuran como “amos” de Son Manuel Antoni Vila de 52 años y su esposa Catalina Oliver de 42. Figura también documentada en el censo de 1831. En el año 1867 tenía una extensión de 200 cuarteradas con pinar, huerta, tierra de cereales y tierras arenosas que no permitían cultivo alguno.

Son Manuel (ver más adelante) aparece nuevamente documentada en el “Apeo” de 1818, según Gaspar Valero i Martí¹⁶

Son Manuel era propiedad de Juan Palou de Comasema Pérez, que murió el 5 de junio de 1891 y la dejó en herencia a su hijo mayor Manuel Palou de Comasema Truyols, dejando la parte legítima a sus otros hijos: Fernando, Juan Antonio, Francisco, Juan y Concepción. Previamente, en 1873, Miguel Guasp Pujol había sido nombrado apoderado de la familia Palou de Comasema.

En 1893 Manuel Guasp, en nombre de los hermanos Palou de Comasema, vendió la parcela de 14,5 cuarteradas en donde estaban ubicadas las casas originales de la possessió. Estas antiguas casas se mantienen en perfecto estado de conservación.

Fig. II.1. Vista de las casas de la possessió de Son Manuel



Fig. II.1. Fotografía del archivo personal de P. Galiana Veiret.

¹⁶ Gaspar Valero i Martí, *Els noms de fora porta de la Ciutat de Mallorca. Toponimia documentada del terme de Palma (1230-1901)* (Palma: Ajuntament de Palma, 2008).

Fig. II.2. Plano del solar del Hospital San Juan de Dios



Fotografía del archivo personal de P. Galiana Veiret.

Urbanización de las tierras de Son Manuel y del Coll d'en Rabassa

Una parte de las tierras de Son Manuel fueron expropiadas para la ubicación de las nuevas baterías de la Torre d'en Pau¹⁷.

El barrio del Coll fue urbanizado a finales del siglo XIX por la familia Guasp, levantándose un templo parroquial bajo la advocación de la Mare de Déu del Carme. Posteriormente, ya en el siglo XX empieza a urbanizarse Cala Gamba y nace Ciudad Jardín, ambos asentamientos en el entorno próximo del Coll d'en Rabassa.

Hasta principios del siglo XX la zona cultivable, rica en agua dulce de buena calidad, situada entre la carretera de Manacor, Son Ferriol, el Molinar y el mar, era conocida como s' Horta d'Avall o d'Abaix, aunque posteriormente la capa freática se salinizó. En esta zona se localiza el solar del futuro sanatorio infantil.

El Sanatorio infantil de San Juan de Dios se construyó dentro del ámbito de un huerto de dos "quarteradas" y doscientas cincuenta "destres", o sea, 194 áreas y 99 centiáreas, finca conocida como "Can Matalobos", derivada de la primitiva parcelación de la antigua possessió de Son Manuel. Hasta hace relativamente poco, concretamente en 2005, todavía quedaban restos de "les cases" donde había vivido "en Toni Ca Mort", del aljibe o "safareig" y de la torre del molino de agua.

En el predio se habían cultivado hortalizas y había cerdos para el engorde y matanza. En el linde de la playa la existencia de dunas de arena fina, servían para que los más jóvenes de la zona practicasen el juego de dejarse caer dando vueltas por la pendiente de las dunas. La abundante cantidad de alga que el mar expulsaba era aprovechada y se vendía "a duro" la carretada, para

¹⁷ Archivo Intermedio Histórico Militar de Baleares. Instituto de Historia y Cultura Militar. Palma de Mallorca

ser utilizada como sustitutivo de la paja en establos o vaquerías y que después servía de abono natural para la tierra de cultivo.

Este lugar de la costa, ligeramente elevado y con buena visibilidad y perspectiva, era utilizado por carabineros y guardias civiles para controlar los movimientos de la costa y el posible contrabando.

Según Gaspar Valero i Martí en su libro: *“Els noms de fora porta de la Ciutat de Mallorca”*, Son Manuel sale documentada como sigue: “ L’ Apeo de 1818 diu: D. Juan Mut Son Manuel en S. Eulalia. Casa i 3 quarteradas de huerta 2ª, 900 libras; 37 quarteradas 3ª, 4000 libras; 40 quarteradas monte i pedreras, 100 libras (ARM D-1530, Apeo de 1818, f 112). L: Vora es Coll d’ en Rabassa. Actual Hospital de Sant Joan de Deu”

Aquel terreno, como ya hemos señalado, era propiedad de D. Bartolomé Pons Garau y fue adquirido por los albaceas testamentarios de Don Ramón Vallespir.

Se inicia un primer periodo de obras entre 1940 y 1943 siguiendo los planos del arquitecto catalán Sixto Illescas. Se utiliza marés del subsuelo (variedad Wurm) extraído de un pequeño montículo cercano al molino de agua y de la parte del linde de la playa. El primer maestro de obras documentado era Joan Salvà Cardell, apodado “Reviu”, quien durante seis meses procedió a estas tareas previas junto a dos peones. A lo largo de los primeros años se sucedieron diversos maestros de obras. El que permaneció por un mayor tiempo fue el maestro Francisco Estarellas Homar, hombre de gran serenidad y paciencia y con especial predisposición a colaborar con las obras y proyectos de la Iglesia.

Fig. II.3. Vista general de Cala Gamba



Se muestra la punta des Reflector y el destacamento del Proyector, en una fotografía realizada por Enrique Hausmann en 1947. (Col•lecció Foto Balear). Se aprecia el estado inconcluso de las obras del Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Fuente: archivo fotográfico particular de Don P. Galiana Veiret.

Después de un periodo de 10-12 años de paralización de las obras, estas se reinician en noviembre de 1952. Se comienza por los trabajos de cantería, extrayendo sillares de marés de las pequeñas canteras existentes en la finca. Trabajan ocho hombres especializados en este oficio y abriendo los sótanos debajo de la futura terraza trabajan otros cuatro hombres. Se

aprovecha la tierra extraída de los sótanos para aportarla a la zona de cultivo y así ampliar el huerto. Para este trabajo se utilizan dos vagonetas metálicas prestadas con sus correspondientes raíles, procedentes de una obra de “Portopí” y que por el momento no tenían uso alguno. Para la conducción de las vagonetas viene muy bien la mula comprada al vecino del Coll que realmente hace un servicio inmejorable.

En el mes de agosto de 1953 se contabilizan un total de 14 obreros trabajando en las obras: cinco “trencadors” continúan sacando marés de los sótanos del edificio, cinco albañiles proceden a levantar las paredes del ala derecha que se encontraban obradas hasta la mitad y otros cuatro hombres se ocupan de acarreo de tierra.

I.2 CLIMA DEL LUGAR

Dada la importancia que los estamentos médicos, higienistas y planificadores sanitarios de principios del siglo XX conferían al medio ambiente y al clima, en cuanto se refiere a la ubicación de establecimientos sanitarios, es interesante reseñar el aspecto climatológico del lugar, el Coll d’ en Rabassa, elegido para la construcción del futuro Sanatorio infantil de San Juan de Dios.

Régimen de vientos

En Baleares, y más concretamente en la zona de Palma y su bahía que incluye el Coll d’ en Rabassa, se presentan los siguientes vientos a lo largo del año:

1. Viento de norte (N). Es la Tramontana, que puede ser fuerte en el norte de la isla. En Palma su velocidad no sobrepasa los 18Km/hora. Puede soplar durante varios días, pero solo suele hacerlo en invierno y primavera.
2. Viento de noreste (NE). Es muy frecuente, pero de distribución muy irregular. Es el llamado Gregal.
3. Viento del Este (E). Es frecuente en verano. No suele durar mucho y se calma por la noche. En la zona de Palma este viento se percibe como cálido y bochornoso por aportar mucha humedad ambiental.
4. Viento de sureste (SE). Es el Xaloc o Siroco, muy poco frecuente en la zona de Palma.
5. Viento del sur (S). Puede soplar fuerte en la bahía de Palma y en la costa sureste de Mallorca, reforzando el viento isobárico con la brisa diurna. Es el viento llamado, en Mallorca, Mitjorn.
6. Viento del suroeste (SW). En Palma este viento es dominante y tiene la misma dirección que la brisa diurna. En verano dura de 9 a 10 horas. Es el llamado Llebeig o Garbí.
7. Viento del oeste (W). Suele ser duro y racheado pero es poco frecuente. Es el llamado Ponent.
8. Viento de noroeste (NW). Es el llamado Mistral, el más violento de los que se registran en Palma, pero es de muy corta duración.

En invierno predominan los vientos de componente norte: el Mistral (NW) y la Tramontana (N). En verano los vientos que predominan son los de componente sur: el Xaloc (SE) y el Llebeig (SW).

Régimen de calmas y brisas

Las calmas, en Palma, son preferentemente nocturnas. Su frecuencia es del 30% global durante todo el año. Durante el día son vencidas por la brisa del mar.

En relación a las brisas, su hora de comienzo en Palma es de 8 a 9h de la mañana y alcanzan su pleno entre las 11 y las 16h. En velocidad nunca sobrepasan los 14-16 nudos equivalentes a 25-30Km/hora. Decrecen rápidamente a partir de las 18h para finalizar a las 20h, apareciendo entonces las calmas. Las brisas son vientos de un espesor limitado de entre 200 a 300 metros de grosor.

En este punto recordemos que es precisamente este régimen frecuente de brisas, una de las características que se buscan en la planificación de un centro sanatorial infantil, como así se documenta en el resto de sanatorios infantiles próximos a la línea del mar.

Valores climáticos normales en la zona (Palma de Mallorca. Aeropuerto)

El clima de las islas Baleares entra de lleno en el llamado clima mediterráneo marítimo tipo C_s de la clasificación internacional de P. Köppen-Geiger.

Las temperaturas son suaves durante todo el año, por el efecto regulador del mar con una media anual de más de 300 días de sol y una pluviosidad de entre 350 y 650mm anuales.

Tabla II.1. Valores climáticos de la zona del aeropuerto de Palma de Mallorca

Periodo: 1981-2010- Altitud (m) 8. Latitud: 39° 33' 39" N- Longitud: 20 44' 12" E												
Mes	T	TM	Tm	R	H	DR	DN	DT	DF	DH	DD	I
Enero	9.5	15.2	3.8	37	79	5.7	0.1	0.8	6.3	5.1	3.5	163
Febrero	9.8	15.4	4.0	32	77	5.1	0.1	0.8	5.5	3.8	2.9	166
Marzo	11.3	17.5	5.2	26	75	4.5	0.0	1.3	3.5	0.1	3.8	202
Abril	13.6	19.8	7.4	34	71	4.8	0.0	1.3	3.5	0.1	3.8	234
Mayo	17.5	23.7	11.3	32	67	3.8	0.0	1.2	2.2	0.0	5.4	283
Junio	21.7	28.1	15.4	12	63	1.8	0.0	0.8	0.6	0.0	9.1	316
Julio	24.8	31.2	18.3	5	62	0.5	0.0	0.7	0.4	0.0	16.1	342
Agosto	25.1	31.3	18.9	17	65	1.7	0.0	1.8	0.5	0.0	12.4	315
Septiembre	22.2	27.9	16.5	50	71	4.3	0.0	3.9	1.3	0.0	5.0	222
Octubre	18.5	23.9	13.1	62	77	6.1	0.0	2.9	3.1	0.0	2.6	203
Noviembre	13.7	19.0	8.3	55	79	6.1	0.0	2.1	3.2	0.3	2.3	162
Diciembre	10.8	16.1	5.4	48	79	6.4	0.0	1.6	5.5	2.5	3.1	152
Año	16.5	22.4	10.6	411	72	50.9	0.3	18.6	39.1	15.0	70.6	2756

Fuente: <http://www.aemet.es/es/serviciosclimaticos/datosclimatologicos/valoresclimaticos?l=B278>¹⁸

T: Temperatura media mensual/anual (0 C); TM: Media mensual/anual de las temperaturas máximas diarias (0 C); Tm: Media mensual/anual de las temperaturas mínimas diarias (0 C); R: Precipitación mensual/anual media (mm); H: Humedad relativa media (%); DR: Número medio mensual/anual de días de precipitación superior o igual a 1mm; DN: Número medio mensual/anual de días de nieve; DT: Número medio mensual/anual de días de tormenta; DF: Número medio mensual/anual de días de niebla; DH: Número medio mensual/anual de días de helada; DD: Número medio mensual/anual de días despejados; I: Numero medio mensual/anual de horas de sol.

¹⁸<https://www.aemet.es/es/serviciosclimaticos/datosclimaticos/valoresclimaticos?l=B278>.

Acceso el 19 de diciembre de 2016

II UN SANATORIO INFANTIL CERCA DEL MAR: AGUA DE MAR, BRISA Y SOL

La influencia benefactora del consumo y utilización del agua, en sus diversas formas (de mar, manantial, dulce o salada) sobre la salud y el bienestar del ser humano está ampliamente acreditada en diversos ámbitos, esferas y estamentos: religiosos, sociales, higiénicos, sanitarios, educacionales, etc.

A ello debemos añadir el beneficio de la exposición al sol, la helioterapia, y la brisa marina con todo su aporte de aire rico en oxígeno, escaso en ácido carbónico y dotado de partículas de cloruro sódico.

Hoy día son de actualidad los llamados Salud per Aquam (SPA), donde el agua es el medio universal de tratamiento y remedio para todo tipo de problemas, situaciones conflictivas y de salud.

Desde hace más de 20 años en los planes de turismo social desarrollados por el IMSERSO (Organismo dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) constan y se recomiendan una amplia gama de servicios de balnearios, enfatizando múltiples mejoras en enfermedades varias. No obstante, debemos apuntar que este tipo de terapias no son ninguna novedad ya que, en la antigua Grecia, en Roma y en la más próxima cultura árabe andaluza ya se utilizaban con profusión. Su concepto de curación estimulada por el agua de mar se conoce como la talasoterapia, un aspecto de la hidroterapia general.

Tabla II.2. Antecedentes de la hidroterapia y uso del agua a través de la historia

En Creta (2.000 a C.)	Uso higiénico
Pueblo Egipcio	Uso religioso-higiénico
Pueblo Judío	Uso religiosos-higiénico
Pueblo Celta	Uso social
Antigua Grecia	Uso terapéutico-social
Antigua Roma	Uso higiénico- social-político-lúdico
Edad media	Uso religioso-higiénico
Termalismo (s. XIX y XX)	Uso terapéutico-lúdico
Termalismo (S. XXI)	Uso lúdico-terapéutico
En el Islam	Uso religioso-social-higiénico
En Japón	Uso social-higiénico
En Escandinavia	Uso doméstico-social

II.1 EL CONTEXTO ANTIGUO DE LA HIDROTERAPIA

El baño en la antigua India

La higiene era un imperativo religioso para los antiguos hindúes. En 2600-1800 a.C en Mohenjo Daro¹⁹ había casas con instalaciones privadas. La mención a los baños aparece en India en la civilización llamada de “*la Cultura del valle del Indo*”. Había baños públicos y privados provistos de cañerías de barro y grifos para controlar el agua. Se menciona el llamado *Gran Baño de*

¹⁹ Mohenjo Daro. Ciudad de la antigua cultura del Valle del Indo (hoy Pakistán). Fue habitada entre 2600 y 1800 antes de Cristo. https://es.wikipedia.org/wiki/Mohenjo_Daro. Acceso el 19/09/2017.

Mohenjo Daro como una gran piscina con escaleras por la que los bañistas bajaban a tomar el baño²⁰.

En Egipto

En el antiguo Egipto el baño adquiría connotaciones médicas y religiosas mezcladas con el placer material y la ostentación cuando se trataba de las clases pudientes.

En Egipto se mezclaba el agua, los aceites y los ungüentos perfumados preparados exclusivamente por los sacerdotes. Dichos ingredientes y sus recetas de preparación eran un secreto que se atribuía revelado por su dios Thot y celosamente guardado por la clase sacerdotal. Con dichos aceites y ungüentos se humedecía la piel antes del baño. Posteriormente se vertía agua perfumada con mirra, azafrán o canela. Según el nivel social de cada caso se utilizaban materiales más o menos sofisticados, si bien el baño lo practicaban todas las clases sociales. El jabón era desconocido por los egipcios.

Cultura hebrea

Se conocían los baños pero no el jabón por lo que en su lugar utilizaban arcillas jabonosas, así como aceites y ungüentos compuestos de aloe, canela, nardo, azafrán o mirra. Según la ley mosaica la limpieza corporal equivalía a la pureza moral. Siguiendo las normas dictadas por David y Salomón, entre 1.000 y 930 a. C. se construyeron en toda Palestina complejas obras públicas para el suministro de agua.²¹

El baño en la antigua Grecia

Françoise de Bonneville escribió en *“El libro del baño”*, que la historia de los baños públicos comenzó en Grecia en el siglo XI a.C. Hombres y mujeres se lavaban en emplazamientos próximos a los lugares donde se hacían ejercicios físicos o reuniones de intelectuales. El baño tenía un sentido ritual y se empleaban el baño de arena, de agua caliente, de vapor, de cascadas de agua fría y se terminaba con una sesión de masajes con aceites aromáticos.

En el mundo heleno, los baños más antiguos fueron los de las familias reales minoicas, hallados en el palacio de Cnosos, en Creta en 2.000 a.C. Existían bañeras que se llenaban y vaciaban mediante tuberías de piedra por las que circulaba agua caliente y fría.

En la propia Atenas, en el siglo V a.C. se usaban bañeras individuales en las casas más pudientes. Para las clases populares existían las piscinas públicas. Eran utilizadas por ambos sexos. Para los hombres eran un punto de reunión con amigos y de entablar charlas. Los griegos no conocían el jabón y frotaban el cuerpo con aceites, arena y carbonato de sosa impuro.

En las narraciones clásicas se atribuyen ciertas virtudes curativas a las aguas. A los balnearios se les conoce con el nombre de *“asclepias”*, en recuerdo de Asclepio, dios de la Medicina y son el destino de muchos enfermos que esperan la curación mediante los baños y las técnicas hidroterápicas. Hipócrates en su obra *“Tratado de los aires, aguas y lugares”* dice: *“... el médico debe estudiar el uso del agua como agente terapéutico y recomendarla en algunas enfermedades...”*²².

²⁰ https://es.wikipedia.org/wiki/Baños_públicos. Acceso el 19/12/2016.

²¹ Karina Donangelo *“Breve historia de los baños. Costumbres de la antigüedad”*. www.almargen.com.ar/sitio/seccion/cultura/baños/. Acceso el 12/12/2016.

²² A. Freire Magariños « La cura balnearia». *Rheuma*, nº 3 (1996): 36-39.

El baño en la antigua Roma

Los romanos fueron grandes constructores y consumidores de baños, tanto privados (Balnes o Balneum), como públicos. A estos últimos les llamaron Termas. Existe conocimiento de antiguas instalaciones de baños desde finales del siglo V a.C.²³

Las primeras termas públicas conocidas son las Termas de Pompeya del siglo IV a. C. Eran las llamadas Termas Estabianas. Otras termas de Pompeya fueron las Termas del Foro, las Centrales y las Suburbanas del siglo I d. C.²⁴

Posteriormente, hay documentadas las Termas de Agripina, en Roma, en el 25 d. C. mandadas construir por Agripina la Mayor, nieta del emperador Octavio Augusto.

Las Termas de Nerón o termas alejandrinas, construidas en Roma alrededor del 60 d.C. Actualmente solo persisten vestigios muy aislados.

Las termas de Domiciano-Trajano. Se terminaron en el año 104 d.C. Persisten restos, los llamados *Sette Sale (Siete Salas)*²⁵.

Las termas de Caracalla o termas Antoninas que se construyeron entre 212 y 217 d.C. Fueron promovidas por el Emperador Caracalla y se conservan abundantes restos²⁶.

Las termas de Diocleciano, construidas por el emperador Diocleciano el 305 d. C., son los más destacados baños de la antigua Roma. Se conservan en gran parte, dando lugar a diversas edificaciones²⁷.

En la época de mayor esplendor las termas eran ampliamente utilizadas por la población. Podían asistir tanto hombres como mujeres pero con espacios separados o con horarios diferentes. Abrían alrededor de mediodía y cerraban al ocaso. Estructuralmente constaban de varias secciones: *Palestra* que era el patio de ejercicios gimnásticos; *Tabernae*, donde se vendían bebidas y comida, *Frigidarium*, baños de agua fría, *Tepidarium*, baños de agua tibia; *Caldarium*, baños de agua caliente; *Apodyterium*, vestuarios y *Laconicum* para los baños de vapor.

Baños árabes

Los baños árabes (*hamman*)²⁸ representaron en el ámbito cultural oriental y andalusí, un factor cultural, sociológico y religioso de gran importancia, formando parte también de la medicina de aquellos pueblos. El mismo profeta relaciona el baño diario del cuerpo con la oración ritual diaria, por lo que en los primeros siglos del islamismo se instalaron baños públicos en las inmediaciones de las mezquitas.

Estas instalaciones se encuentran tanto en oriente como en occidente, a mediados del siglo X, la ciudad de Córdoba, poseía más de 300 baños públicos y Bagdad unos 2.000. En el siglo XIII, en Egipto había unas 80 casas de baños, y en tiempos de la expedición francesa a Egipto, en 1798

²³https://es.wikipedia.org/wiki/Termas_romanas. Acceso el 17 de diciembre de 2016

²⁴<https://es.wikipedia.org/wiki/Pompeya>. Acceso el 17 de diciembre de 2016 y Pedro Gargantilla Madera. *Breve historia de la Medicina* (Madrid: Ediciones Nowtilus S.L., 2011):p.120. Acceso el 18 de diciembre de 2016.

²⁵ https://es.wikipedia.org/wiki/Termas_romanas. Acceso el 17 de diciembre de 2106

²⁶https://es.wikipedia.org/wiki/Termas_de_Caracalla. Acceso el 19 de diciembre de 2016

²⁷https://es.wikipedia.org/wiki/Termas_de_Diocleciano. Acceso el 19 de diciembre de 2016

²⁸Pedro Lain Entralgo. *Historia Universal de la Medicina*. Tomo 3 (Barcelona: Salvat Editores, S.A 1972): pp.107-108

en la ciudad de El Cairo existían 100 baños públicos. Todos estos lugares eran de utilización pública y gratuita acudiendo todas las clases sociales.

En el baño árabe se utilizaba el vapor de agua, y no el aire caliente como en los baños romanos, pero la organización interna era muy similar a los baños clásicos. Las reglas médicas del baño se conocen por numerosos escritos de la época. Se menciona la disposición corporal del bañista, las condiciones climáticas del aire, las cualidades propias del agua, el uso de la sal y el hierro, la temperatura, la lubricación del cuerpo, los masajes y las manipulaciones. El mejor momento para el baño es después de un ejercicio corporal moderado y siempre antes de las comidas.

En la *Tabla de Ibn Gazal*, según cita de Pedro Laín Entralgo²⁹ se presentan las ventajas y los inconvenientes del baño. Los árabes concurrían regularmente a los baños, tanto hombres como mujeres. Además, servían como lugares de chismorreos y lugar de tertulias para los hombres y de casas de belleza para las mujeres. También existían servicios médicos adicionales de masajistas, sangradores, flebotomistas.

El pueblo celta de España en sus castros, disponía de unas instalaciones curiosas y específicas para los baños que eran una especie de combinación del baño de calor seco (sauna) con el baño de vapor (baño turco). Estas construcciones se han encontrado en Galicia, Asturias y norte de Portugal.

El baño en la Edad Media³⁰

La Edad Media significa la extinción de las lujosas instalaciones de los baños romanos. Durante este periodo el baño y la higiene fueron poco apreciados, posiblemente influenciados por la opinión ortodoxa cristiana. También influyó la particular distribución urbanística de las ciudades medievales, que estando completamente rodeadas por recintos amurallados, no favorecían la presencia de amplias instalaciones balnearias.

El baño en Japón³¹

La costumbre del baño está fuertemente arraigada tanto en la esfera privada como en la pública. Existen instalaciones balnearias termales y medicinales.

El baño en Escandinavia³²

En Escandinavia, donde la romanización europea apenas llegó y el cristianismo apareció tardíamente, se generalizó el baño de vapor originario de los pueblos de la estepa euroasiática. Daría lugar a las llamadas saunas: pequeñas habitaciones de madera fuertemente caldeadas, donde acudía toda la familia, tonificando la piel mediante golpes con ramas de abedul, en un ambiente de calor seco. Posteriormente, se aclaraban con agua templada y al final se terminaba el proceso con un baño de agua helada.

La Balneoterapia en Europa

Una derivada de la utilización de la hidroterapia, la talasoterapia, la helioterapia o la climatoterapia, es lo que se conoce como balneoterapia. Si bien este contexto no forma parte de nuestro estudio, sí debe señalarse que este capítulo de la balneoterapia, proviene de las

²⁹ Pedro Laín Entralgo. *Historia universal de la Medicina*". Tomo 3(Barcelona: Salvat Editores S.A. 1972)

³⁰ Adezn.org/attachements//article/210/Capitulo 4. *Historia del Termalismo Moderno.pdf*

³¹ Opuscit 22

³² Opuscit 22

instalaciones que el imperio romano expandió por toda Europa. En este sentido los romanos fueron los precursores de los balnearios actuales pero su interés decayó durante la Edad Media. Posteriormente, Paracelso en el siglo XVI retomó el interés por los baños termales. Al llegar el siglo XIX se vivió una auténtica explosión de interés por este tipo de terapias en las que se mezclaban el interés lúdico y social que aquellas instalaciones propiciaban especialmente para las clases más favorecidas. Se erigieron balnearios en casi todos los países de Europa. En Alemania: Aquisgrán, Baden-Baden, Wiesbaden; en Hungría: Budapest, Gellert, Rudas, Szechenyi; en Austria: Bad Blumau y Langerfeld; en Suiza: Vals; en Francia: Evian-les-bains, Dorres; en la República Checa: Karlovy Vary; en Inglaterra: Bath; en Italia: Saturnia, Pandelleria, Sassetta; en Andorra: Caldea en les Escaldes.

En España, estas instalaciones están presentes en muchos puntos de la geografía nacional: La Toja y Mondáriz en Galicia; Caldas Villa Termal en Asturias; Panticosa en Huesca; Caldas de Malavella en Cataluña; Solan de Cabras en Madrid; Montemayor en Plasencia, Archena en Murcia. Generalmente en todas estas localizaciones se utiliza agua con propiedades adicionales como: las aguas sulfuradas, los baños de limo o de lodo, los baños de ácido carbónico, los baños clorurados, salobres o de mar.

II.2 EL CONTEXTO MODERNO DE LA HIDROTERAPIA. EL MOVIMIENTO HIGIENISTA

El desarrollo de la sociedad industrial durante todo el siglo XIX y parte del XX, con el cambio social que ello supuso, provocó entre sus efectos más lastimosos el hacinamiento, la mala alimentación y la pobreza de muchos habitantes de las grandes ciudades europeas. Los niños, como los más vulnerables por su edad, fueron los que más acusaron las consecuencias del cambio social.

En el caso de España cerca del 80% de la población vivía sumida en la pobreza. Los datos de mortalidad infantil en los últimos años del siglo XIX alcanzaron en España hasta el 50% hasta los 6-7 años. En el resto de Europa la situación era muy similar.

Frente a esta situación nació un movimiento a favor de la higiene y la salud de los más necesitados. Para llevarlo a cabo, este movimiento partió de las escuelas, donde los médicos higienistas y preventivistas sanitarios iniciaron su campo de actuación: se diseñaron los sanatorios infantiles como centros de tratamiento para prevenir y curar las enfermedades que ocasionaban tantos estragos entre la población infantil, especialmente de las clases sociales más desfavorecidas. A este respecto las obras benéficas, denominadas sanatorios de montaña y hospitales marinos, se presentaban como soluciones para la infancia humilde y abandonada, que sufría problemas de salud ya establecidos o bien que, por la debilidad de su condición, estaba a las puertas de padecerlos. Se valoraba especialmente el efecto benéfico del agua y clima marinos (talasoterapia), de los rayos solares (helioterapia) y del propio clima marino o de alta montaña (climatoterapia).

La indicación sanitaria de la Hidroterapia, la talasoterapia y la climatoterapia³³

Ya hemos hablado del conocimiento que las sociedades que nos precedieron, tenían de las bondades de la vida marina. La influencia benéfica para la salud de los baños de mar fue constatada en las civilizaciones griega, egipcia, romana, hindú, hebrea y árabe.

³³ Juan Félix Rodríguez Pérez «Salud, Higiene y Educación. Los primeros sanatorios marítimos infantiles en el extranjero». Fundación sociedad protectora de los Niños. *El Futuro del Pasado*, nº 4 (2013): 175-190.

Famosos médicos de la antigüedad trataron sobre el tema de las propiedades del agua. Hipócrates trató el tema en su libro: *De aëre, aquis et locis*³⁴ y Galeno en sus comentarios al citado escrito de Hipócrates. Otros autores como Aureliano y Avicena recomendaban la terapia del agua para aliviar diversas enfermedades.

En el contexto moderno, los países europeos fueron pioneros en este tipo de tratamientos.

Inglaterra

En la Era Moderna, las primeras noticias escritas sobre el valor medicinal de las aguas de mar se remontan a mediados del siglo XVIII, en concreto en 1750, cuando se publicó en Oxford la obra del médico inglés Richard Russell (1687-1759) "*De tabe glandulari, sirve de uso aqua marina in morbis glandularum*", en la traducción española como "*El uso del agua de mar en las enfermedades de las glándulas*". El autor había observado que los niños que habitaban en las zonas costeras de Inglaterra, tenían en general mejor salud que los niños que vivían en las abarrotadas ciudades inglesas.

En 1791, otro médico inglés, Latham, influenciado por las ideas de Russell, propuso la creación de un hospital marino para la infancia en relación a los "*niños pobres y escrofulosos*". Dicho centro se construyó en la desembocadura del Támesis y fue inaugurado en 1796 por el príncipe de Gales. Era el Hospital de Margate también llamado Royal Sea Bathing Infirmary y fue inicialmente dirigido por el doctor Lettsom. En 1889 había en Inglaterra 30 hospitales semejantes. Dichos centros cerraban durante el invierno y entre los tratamientos aplicados destacaban los baños de agua de mar e incluso la ingesta oral de la misma en pequeñas dosis.

Alemania

El segundo país en sumarse a esta corriente higienista fue Alemania. El doctor Lichtemberg, conecedor del hospital inglés de Margate, fundó un establecimiento similar a mediados del siglo XIX, el Nordsee Schule Sanatorium, con capacidad para 200 camas. Otros establecimientos fueron el Norderney, construido en 1884, el ubicado en la isla de Fohr en 1880 y Ribnitz en 1881. A principios del siglo XX en Alemania había cerca de 80 sanatorios infantiles.

Francia

Ya en el siglo XVI, el médico francés Ambrosio Paré, recomendó a su cliente el Rey Enrique III de Francia, la toma de baños de mar.

En Francia, fue la Academia de Medicina la impulsora de los sanatorios infantiles. Por aquellos años, una dama benefactora francesa, Doña Coraly Kinsh, creó en el año 1847 el Centro Hinh-Kruger en la ciudad de Cette destinado a hospicio marino para niños pobres y enfermos. La Asistencia Pública de París costeó la creación del hospital marítimo de Berck-sur-Mer en 1869 gracias al estímulo de la Emperatriz de los franceses, la española Eugenia de Montijo (1826-1920). Otros centros en Francia fueron el sanatorio de Arcachon, fundado en 1892, el Sanatorio de Santa Elena en la playa de Cap-Breton fundado en 1889, el sanatorio de Banyuls-sur-Mer y el sanatorio de Saint-Trojan creados ambos en 1888, el sanatorio René Sabran, cerca de la ciudad de Lyon por iniciativa del abogado y filántropo francés Hermann Sabran y el Hospital de Hendaya., auspiciado por la Asistencia Pública de París en 1899-1906.

³⁴ E. Littré, comp., *Oeuvres Completes d' Hippocrate. De aëre, aquis et locis*, en griego *Peri aëron, hydatón, topon LII* (París: Ed J.B. Bailliere, 1839).

Italia³⁵

Al igual que los otros países europeos, Italia siguió la misma corriente higienista y profiláctica. En este caso el médico florentino Giuseppe Barellai, Florencia (1813-1884), fue el principal impulsor de la creación de los establecimientos sanitarios infantiles en las proximidades del mar. Después de presentar en 1851 un estudio en la Academia de Medicina Italiana, propuso crear dichos centros en las proximidades del mar mediterráneo y del adriático. En 1861 se fundó el Hospicio marino de Via Reggio en la costa mediterránea. En 1862 se constituyó en Milan el Comité Lombardo que estableció un centro sanitario en las playas de Voltri. También en 1862 el Comité de Modena construyó el Hospital de Yano a orillas del mar adriático. En 1864 se configuró el Comité de Bolonia y en 1867 le siguieron los Comités de Pavía, Bergamo, Como, Lodi y Limborna. En 1868 siguieron otras ciudades: Mantua, Brescia, Venecia, Romagna y Roma. Finalmente, en 1871 el Comité de Turin edificó el Hospital de Loano. El crecimiento del número de hospitales marítimos en Italia fue espectacular. En 1883 estaban en funcionamiento 16 centros por los que pasaron más de 15.000 niños.

Otros países europeos³⁶

En 1883 Bélgica inauguró su primer centro en Wenduque cerca de las playas de Ostende, gracias a la iniciativa del Dr. Vandenaabeele. Dinamarca levantó un hospital infantil en la isla de Seeland. Austria, Hungría, Holanda y Portugal siguieron el ejemplo.

Rusia creó el primer centro para niños enfermos en 1872, el Sanatorio Oranienbaum. A éste siguieron sanatorios en las ciudades de San Petersburgo (Pargalovo), Wiatka, Zitomir y Kieff.

América del Norte

En Estados Unidos se creó en 1873 un centro infantil, sufragado y administrado por la Junta Caritativa de Filadelfia, el Children's Sea-Shore House.

América del Sur³⁷

En América del Sur, países como Uruguay y Argentina instalaron centros parecidos. Concretamente, en 1893 se fundó el Asilo-sanatorio Mar del Plata a 400km de Buenos Aires, instalado gracias a los esfuerzos de la Sociedad de beneficencia de Buenos Aires.

Los sanatorios escuelas flotantes³⁸

Una variante de la cura marina nació también en Inglaterra a finales del siglo XIX; se trataba de disponer de un buque que hiciera las funciones de hospital marítimo y escuela, orientado igualmente al tratamiento de los niños enfermos de las clases más desfavorecidas. El primer buque habilitado en Gran Bretaña (finales del XIX) fue el *Goliat*, después sustituido por el *Exmont*.

³⁵ Juan Felix Rodríguez Pérez. « Los primeros sanatorios marítimos en el extranjero», *Salud, Higiene y Educación*. (2013). Fundacion Sociedad protectora de los Niños.

³⁶ Juan Felix Rodríguez Pérez. «Las colonias escolares municipales madrileñas (1910- 1936)» (tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2004)

³⁷ Adriana Alvarez «La experiencia de ser un niño débil y enfermo lejos de su hogar: el caso del Asilo Marítimo Mar del Plata (1893-1920)». *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*; vol.17, nº 1 (2010). Acerca de la autora: Investigadora adjunta de Comiat docente de la Universidad Nacional Mar del Plata.

³⁸ <https://www.floatinghospital.org/About-Us/Histoty.aspx>. Acceso el 28 de diciembre de 2016.

En Estados Unidos estas iniciativas se inician en 1894 y adquirieron proporciones mayores. Boston instaló el Boston Floating Hospital, un barco de 594 toneladas y capacidad para 150 camas. Estaba dotado de personal médico, enfermería y maestros. Sólo durante el primer año de funcionamiento, recibieron asistencia 509 niños permanentes y 900 más como asistentes parciales en las excursiones diarias.

España destacó especialistas en la materia que se desplazaron fuera de nuestras fronteras para estudiar este novedoso método de tratamiento. Se tiene constancia documental de que en España, gracias a iniciativas privadas filantrópicas, funcionó durante unos años la escuela-hospital flotante *Corbeta Mazarredo*³⁹.

II.3 LOS BENEFICIOS DE LA TALASOTERAPIA, HIDROTERAPIA Y CLIMATOTERAPIA

Se ha apuntado que los beneficios de la talasoterapia provienen de las culturas antiguas y que en Europa fueron reafirmadas a partir de la publicación del libro de Richard Russell en Oxford y posteriormente por los higienistas franceses.

¿Cuáles son los beneficios de estos tratamientos promulgados especialmente a partir del siglo XIX en Europa? Las propiedades se resumen en los siguientes elementos:

- Agua de mar: por su riqueza en cloruros de sodio, magnesio y potasio.
- Algas: por la presencia en las mismas de minerales, proteínas y vitaminas.
- Lodos marinos: por la riqueza en minerales, proteínas y vitaminas.
- Arena de mar: por su efecto exfoliante y de masoterapia de los músculos de los pies.
- Plancton: por su riqueza en vitaminas B y E.
- Bioclima marino: por su riqueza en oxígeno.
- Fitoplancton: por la abundancia de sustancias antivirales y antibacterianas que contiene.
- Brisa marina: por el aporte de oxígeno.
- Movimiento del mar: por su efecto de hidromasaje.

En consecuencia, las indicaciones de la talasoterapia, de la hidroterapia y de la climatoterapia, para las distintas patologías en los ambientes sanitarios, se han visto aconsejadas en las enfermedades siguientes:

- Dermatología: en las psoriasis, eczemas, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, acné, cicatrices, secuelas de quemaduras.
- Sistema circulatorio: flebopatías, vasculopatías linfáticas, linfedema.
- Sistema endocrino: estrés, hipotiroidismo, hipertiroidismo.
- Sistema excretor: calculosis renales, infecciones de orina.
- Aparato digestivo: estreñimiento, ulcus gastroduodenal, reflejo gastroesofágico.

³⁹ Francisco Serra Serra, «Recuerdo del benemérito asilo naval español. Historia Naval de España. Corbeta Mazarredo 1847». *Revista general de la Marina* (1975). [Blog.todoavance.es/?p=6312](http://blog.todoavance.es/?p=6312). Acceso el 28 de diciembre de 2016.

- Aparato respiratorio: bronquitis crónicas, asma, EPOC.
- Aparato locomotor: artritis, artrosis, fibromialgia.

Los beneficios de la climatoterapia

El clima es el estado medio de la atmosfera en un lugar determinado. Para una localidad particular el clima se caracteriza por la clase y evolución del estado atmosférico a lo largo de un lapso temporal prolongado.

Son factores determinantes del clima: la situación del lugar, su altitud, la proximidad del mar, la flora, la irradiación solar, la fuerza y dirección del viento, la pluviometría y la presión y humedad del aire.

Las determinaciones objetivas de los climas se hacen con mediciones físicas: temperatura, humedad del aire, presión atmosférica, irradiación ultravioleta.

En Europa se consideran en resumen las siguientes clases de climas: marítimo o costero, de llano, de media altura y de altura.

El clima marítimo-costero se distingue por su mayor equilibrio térmico, movimiento vivo del aire con predominio de las brisas, mayor humedad ambiental, mayor insolación, menor nubosidad, pureza mayor del aire con escasez de alérgenos. Este tipo de clima se indica en las convalecencias de los procesos patológicos, en la edad infantil cuando existe escaso desarrollo físico.

III EL PRIMER SANATORIO DE LA ERA MODERNA: SANATORIO ANTITUBERCULOSO

A mediados del siglo XIX se inicia en Europa la era de los sanatorios y éstos se inauguran para luchar contra la enfermedad más significativa en aquel momento desde el punto de vista social, epidemiológico y sanitario, la tuberculosis.

En el contexto moderno, el primer sanatorio del mundo instalado con fines antituberculosos, del que se tiene información, fue el sanatorio de Göbersdorf, fundado por el Dr. Herman Brehmer, en Silesia (Alpes, Alemania) en el año 1859⁴⁰. También en Alemania en 1874, se construyó el Sanatorio Popular de Falkenstein, en la región de los montes Taunus cerca de Frankfurt, dirigido por el Dr. Dettweiler, discípulo de Brehmer, y que con el tiempo se convirtió en un modelo de referencia en toda Europa, llegando a ser conocido como “la Meca de los Tisiólogos”.

La helioterapia se basa en la exposición a los rayos solares con fines terapéuticos. En Europa a principios del siglo XIX es cuando la helioterapia adquiere aplicaciones en el mundo de la sanidad pública, en las instalaciones balnearias y pasa a formar parte del plan de tratamiento en los sanatorios para adultos e infantiles, ya sean de tipo marítimo o de montaña, que se van implantando en este siglo. Se considera al neurópata suizo Arnold Rikli (13/2/1823 Wangen an der Aare, Suiza- 30/4/1906, Sankt Thomas, Carintia- Imperio Austrohúngaro) el creador de la helioterapia moderna, quien inició la aplicación de su método en la clínica que erigió en la localidad de montaña de Bled, en la región de los Alpes Julianos, Eslovenia, entonces perteneciente al Imperio Austrohúngaro, en 1885.

⁴⁰ J. Sauret Valet «La cura sanatorial de la tuberculosis». *Enfermedades Emergentes* 3(4) (2001): 199-205

Caso particular de España: lucha contra la tuberculosis⁴¹

A modo de paradigma de lo que constituyó la creación de los establecimientos sanitarios sanatoriales, para la lucha contra enfermedades consideradas sociales como la tuberculosis, veamos en primer término las iniciativas particulares y públicas que se desarrollan en nuestro país a caballo entre el siglo XIX y el XX.

El interés por la tuberculosis en nuestro país se remonta al año 1751, cuando el Rey Fernando VI mandó crear en el madrileño Hospital de la Venerable Orden Tercera, cuyo origen se remonta antes de 1609, una sala aislada e independiente para enfermos tísicos, mientras en Europa la ciencia médica internacional dudaba de la naturaleza contagiosa de la tuberculosis. Este hospital en su inicio había promovido la construcción de una enfermería para curar a los hermanos pobres de la Fraternidad de la Venerable Orden Tercera.

En 1885 en Rey Alfonso XII muere por tuberculosis y en 1888 se celebra en Barcelona el Congreso de Ciencias Médicas, del 9 al 15 de septiembre, auspiciado por el Consejo General de la Exposición Universal de Barcelona, donde se propuso implantar el modelo sanatorial en España. En 1907, el Rey Alfonso XIII, huérfano por culpa de la tuberculosis, crea junto a su esposa, la Reina Victoria Eugenia, el Real Patronato Central de Dispensario e Instituciones Antituberculosas.

En 1936, en plena guerra civil, el general Francisco Franco crea el Patronato Nacional Antituberculoso que no se desarrolla hasta después de la contienda. En 1942, el Dr. Benítez Franco, recién nombrado Secretario General del Plan Nacional Antituberculoso (PNA), programa una red de dispensarios y sanatorios distribuida por toda España.

En los años 40 del pasado siglo, España solo contaba con 5.400 camas públicas, mientras que la mortalidad por tuberculosis ocupaba el primer lugar entre las causas de defunción entre personas de 15 a 34 años. La necesidad de afrontar esta situación era urgente.

En nuestro país estas iniciativas fueron más débiles y tardías y nacieron antes de la iniciativa privada o de la beneficencia, que del propio estado.

En 1897, se había erigido el primer sanatorio propiamente antituberculoso de España. Es el Sanatorio de Bussot (Alicante) a 15km de la capital, pero solo es orientado a la admisión y tratamiento de pacientes de las clases más acomodadas del país. El sanatorio ocupaba las instalaciones del Hotel Miramar, propiedad del Marqués de Bosch y Conde de Casas Rojas, quien decidió transformarlo en una estación médica sanatorial. El lugar era el idóneo para este tipo de instalaciones. Estaba ubicado en las faldas del monte Abeçó d'Or, a 500m de altura y a 5Km del mar, junto a las localidades alicantinas de Bussot y Aigües y en medio de un frondoso bosque. Alrededor del edificio principal había un conjunto de casas u hotelitos particulares para personas más adineradas que exigían una mayor privacidad para sus ocupantes.

En 1897, abre sus puertas el Sanatorio de Santa Clara de Chipiona (Cádiz), el primero en España dedicado ex profeso a la hospitalización de enfermos tuberculosos de las clases humildes. Dirigido y organizado por el Dr. Manuel Tolosa Latour (1857-1919) y regentado por las hermanas de la Orden de la Caridad de San Vicente de Paul. El Dr. Tolosa, catedrático de pediatría de la Facultad de Medicina de Cádiz, gran conocedor de los beneficios de la talasoterapia y la helioterapia, había conocido de primera mano otros centros similares de Francia e Italia. Se eligieron las playas de Chipiona por el suave oleaje, temperatura moderada, aguas ricas en

⁴¹ Cecilia Ruiloba Quecedo. «Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos» Ed.: Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad.(2014)

minerales y yodo, arenas blancas y finas y la suave pendiente del litoral, junto al viento del oeste que proviene del océano. Tuvo como colaborador al Padre Jose Antonio Lerchundi Lerchundi (1836-1896), quien implica a la misma reina regente Doña María Cristina, la cual actúa como patrocinadora del hospital.

El 15 de julio de 1899 se creó el Sanatorio de Porta Coeli, en Valencia, en unos terrenos de la Cartuja de Porta Coeli en la localidad de Serra, a instancias del Dr. Francisco Moliner Nicolás, catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia.

Ya en el siglo XX se multiplicaron las instalaciones con esta finalidad de sanatorios antituberculosos. En una lista que no pretende ser exhaustiva destacan las siguientes.

En 1910 abrieron el Sanatorio de Torremolinos y los Sanatorios de Oza (La Coruña) sobre un antiguo lazareto marítimo de 1888 y Pedrosa (Santander). Con el tiempo pasaron de sanatorios antituberculosos a sanatorios-preventorios infantiles.

En 1912 se creó el Sanatorio de Nuestra Señora de las Mercedes en San Sebastian.

En 1916 se construyó el Sanatorio Antituberculoso de Nuestra Señora de las Mercedes en Húmera (Madrid).

En 1917 se crearon el Sanatorio Marítimo Nacional Antituberculoso de la Malvarrosa (Valencia), el Hospital Cantoblanco en Valdelatas (Madrid), este último dedicado al tratamiento de las clases trabajadoras y el Sanatorio de la Sierra Espuña en Alhama de Murcia.

En 1920 se crean el Sanatorio de El Escorial y el Sanatorio de Caubet en Mallorca.

En 1921, se creó el Sanatorio de Fuenfría.

En 1923 se implantó el Sanatorio antituberculoso de Alfaguara (Granada) en una zona montañosa a 1400m de altitud en la localidad de El Purche. Fue promovido por una dama granadina de origen alemán, doña Berta Wilhelmi. Funcionó hasta el final de nuestra contienda civil. Actualmente se halla en estado de total abandono.

En 1924 se creó el Sanatorio del Tomillar en Sevilla.

En 1925 fue inaugurado el Hospital del Rey, en Madrid.

En 1929 se implantó el Sanatorio de la Sabinosa en Tarragona.

En 1931 se implantó el Sanatorio Hispano-Americano cerca de Madrid.

En 1936 tuvo su creación el Sanatorio de la Tablada.

Posteriormente, a nuestra contienda civil entraron en funcionamiento: en 1938 el Sanatorio de Agramonte en Zaragoza; en 1939 el Sanatorio de la Talaya en Ciudad Real; en 1941 el Sanatorio del Santo Angel en Navacerrada; en 1943 el Sanatorio de San Rafael en Segovia; en 1947 el Sanatorio Virgen de los Llanos en Albacete; en 1952 se creó el Hospital de Torax en Terrassa y en 1953 se creó el Sanatorio de la Magdalena en Castellon.

IV SANATORIOS MARÍTIMO-INFANTILES EN ESPAÑA

El caso de los sanatorios marítimo-infantiles presentaba importantes diferencias con los anteriores:

- Se orientaban a la población infantil, especialmente de las clases más desfavorecidas.
- Se ubicaban en poblaciones cerca de la costa para aprovechar los tratamientos de helioterapia, talasoterapia y climatoterapia.
- Tenían carácter curativo pero también profiláctico.
- Las principales causas de internamiento eran: secuelas de la poliomielitis, parálisis cerebral, malformaciones congénitas y adquiridas, raquitismo, escrofulosis, malnutrición, y en menor cuantía, las afecciones derivadas de la tuberculosis infantil y la osteomielitis.
- Incluían Educación Primaria Obligatoria.

Un antecedente remoto se halla en la iniciativa de una dama de la nobleza española, Doña María Hernández, Duquesa de Santoña y marquesa de Manzanedo, la cual en 1880 promovió a su costa, que grupos de 10 niños de clases humildes y afectos de enfermedades o en estado crítico de salud pasaran una temporada en las playas de Santoña.

Con el tiempo, a medida que la tuberculosis aminoró sus efectos sobre la población general, algunos sanatorios antituberculosos, especialmente los situados en las proximidades de la costa fueron virando su actividad hacia sanatorios y preventorios infantiles, donde se acometía el tratamiento de la patología infantil referida en párrafos anteriores.

IV.1 SANATORIOS INFANTILES NO PERTENECIENTES A LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Los sanatorios de Oza (La Coruña) y Pedrosa (Santander), instalados en una primera fase como sanatorios antituberculosos pasaron a convertirse y reciclarse en sanatorios-preventorios infantiles.

En 1919 se inauguró el Sanatorio de Gorniz en Vizcaya. Concretamente, se inauguró el 29 de junio de 1919. En los inicios se creó como centro antituberculoso. Fue promovido por la Diputación Provincial de Vizcaya. Constaba de una serie de edificios principales, cocinas, un lazareto, residencia de la comunidad religiosa, residencia del director médico y del administrador. Todo ello rodeado de amplios jardines y paseos con agradables rincones para que los internados hicieran uso de ellos solos o en compañía de sus familiares o visitantes. Sus grandes valedores fueron tres médicos: el Dr. Enrique de Areilza, el Dr. Luis de Larrinaga y el Dr. Felipe Llano.

Inicialmente, este sanatorio estuvo destinado al tratamiento de la tuberculosis. En 1935 había 240 internados. En los años 60, con la disminución de los casos de tuberculosis, el sanatorio empieza a tratar afecciones neurológicas, en especial secuelas de la poliomielitis y la parálisis cerebral por lo que se readapta la estructura sanitaria y la formación profesional de su personal sanitario. Finalmente, en los años 80 se convierte en un centro de media estancia y en 1986 se transfiere su gestión al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). En la actualidad, se mantiene como hospital de subagudos, con unidades de rehabilitación neurológica, traumatológica, medicina interna y cuidados paliativos.

Para mantener vivo el recuerdo de sus orígenes, el hospital mantiene de forma ambulatoria actividades destinadas a los niños, rehabilitación de escolares, lo que se conoce como salud escolar.

En 1928 se inauguró un sanatorio infantil en la playa de Almuñécar (Granada) para las colonias escolares que la Diputación Provincial granadina enviaba al lugar.

IV.2 SANATORIOS INFANTILES PERTENECIENTES A LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

La Orden de San Juan de Dios a lo largo de su historia implantó muchos centros hospitalarios infantiles repartidos a lo largo de la geografía española y mundial. No se hará mención de todos ellos sino únicamente los que en nuestro país se pueden encuadrar más específicamente como sanatorios marítimos:

Hospital San Juan de Dios de Santurce^{42,43}

Inaugurado por la Orden de San Juan de Dios el 24 de octubre de 1924. Inició su andadura como sanatorio infantil dedicado especialmente a las secuelas de la poliomielitis y otras enfermedades invalidantes infantiles. Durante la contienda civil pasó a ser hospital de sangre. Posteriormente, ha sufrido diversos cambios y transformaciones, pasando a ser un hospital concertado con la sanidad pública vasca y otras entidades de la medicina privada de Vizcaya, hasta la actualidad que continua como referente en la medicina paliativa con gran actividad.

Sanatorio marítimo antituberculoso de Calafell

Fue inaugurado por el rey Alfonso XIII el 23 de mayo de 1929 y bajo la propiedad y administración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Poseía las características físicas y arquitectónicas propias de los sanatorios europeos de la época de matiz racionalista.

La construcción del edificio corrió a cargo del arquitecto catalán Germán Rodríguez Arias, que elaboró los planos entre 1927 y 1928 según las normas del GATCPAC, siguiendo pautas del racionalismo arquitectónico centroeuropeo. Diversos y generosos mecenas contribuyeron a la financiación del centro sanitario.

En una primera fase admitió niños de clases humildes afectados de tuberculosis. En la posguerra orientó su objetivo hacia las secuelas de la poliomielitis y otras enfermedades neurológicas de la infancia.

En 1974, debido al auge del turismo local, que hacía incómoda la vecindad entre un establecimiento de índole sanitaria con las instalaciones hoteleras y lúdicas vecinas, la Orden Hospitalaria optó por vender el edificio a una inmobiliaria. Pasaron unos años de abandono, hasta que en 1994 surgió un Colectivo de Salvaguarda del Antiguo Sanatorio y en 1996 el ayuntamiento de El Vendrell lo declaró Conjunto Bien Cultural de Interés Local. También fue declarado Monumento de Interés Histórico y Artístico por el Ministerio de Cultura y por la Generalitat de Catalunya.

⁴² Juan Ciudad Gómez, O.H. *Historia de la restauración de la Orden de San Juan de Dios en España. El resurgir de una obra.* (Granada. Archivo interprovincial. Casa del Tránsito de San Juan de Dios. 1968)

⁴³ Jacinto Batiz Cantera. «Aportaciones socio-sanitarias del Hospital San Juan de Dios de Santurce desde 1924 a 2014» (tesis doctoral, Universidad del País Vasco, 2015)

Finalmente, en 1999 se transformó el edificio en un balneario-hotel de alta categoría, conservando la tipología original, con la cual sigue con gran funcionalidad y aprovechamiento.

Sanitario marítimo de San Bernardo y San Hermenegildo de Gijón

Fue inaugurado el 8 de septiembre de 1945. En una primera fase, como tantos hospitales de la Orden se dedicó a las secuelas de las enfermedades neurológicas infantiles, especialmente poliomielitis y demás trastornos ortopédicos de la infancia, con orientación preferente a los casos más desvalidos. A finales de los años 60 dió un giro y se orientó a personas discapacitadas, organizando talleres, aulas y módulos residenciales. Hacia los años 80 viró su dedicación hacia la educación especial y eliminó la atención sanitaria directa.

En 1989, se hicieron adaptaciones para que el centro actuara como residencia permanente de personas con discapacidad intelectual o con problemática socio-familiar. Sus actuales líneas básicas de actuación son la educación, el apoyo residencial y el tratamiento ocupacional.

Sanatorio de San Juan de Dios de Santa Cruz de Tenerife

La presencia de la Orden de San Juan de Dios en Tenerife se remonta al año 1949 cuando el Cabildo de Tenerife, solicitó a la Orden Hospitalaria que se estableciera en la isla para tratar a los niños afectos por enfermedades diversas, especialmente la poliomielitis.

En 1950 se inauguró la Clínica Infantil de San Juan de Dios, en La Cuesta. A partir de la década de los 80 se produjo la transformación del centro en un moderno hospital médico-quirúrgico del grupo 1, nivel 2 con 157 camas y concertado con el Servicio Canario de Salud. En 2005, 2012 y 2014 se han acometido renovaciones en todos los servicios.

La Clínica Ortopédica de San Juan de Dios de San Sebastián

Se inauguró el 24 de agosto de 1952, ubicada en los altos de Errondo, en el caserío de Juanistegi y villa Errondo-Txiqúi. En su primera fase se dedicó a la atención de los niños afectos de deficiencias del aparato locomotor, principalmente secuelas de poliomielitis. Se trataba, como en otros centros de la Orden, de niños procedentes de las clases sociales más desfavorecidas.

En 1977 el centro sufrió una total transformación de sus instalaciones, toda vez que las circunstancias sanitarias y sociales del país han cambiado y la poliomielitis prácticamente ha desaparecido. Posteriormente, el centro se transformó en un hospital médico-quirúrgico. En el año 2002, pasó a ser un hospital psiquiátrico de media estancia, actividad en la que continúa hasta el presente.

Sanatorio Infantil de San Juan de Dios en Palma de Mallorca

Inaugurado el 4 de diciembre de 1955, y que constituye el objeto del presente estudio histórico.

Plan de vida en los sanatorios infantiles

La vida diaria de los niños asilados en los centros sanitarios marítimos o flotantes se caracterizaba por el cumplimiento estricto de un horario y el seguimiento de un conjunto de normas básicas.

Los niños eran reclutados en los dispensarios infantiles. Cuando los médicos decidían el ingreso se ponía en marcha un programa bien organizado. Se trasladaba a los niños desde las ciudades a los puntos de los sanatorios, utilizando el tren, con vagones preparados a tal efecto,

acompañados de personal sanitario y procurando que no faltara nada. El servicio sanitario disponía del correspondiente historial médico de cada niño así como de los datos de familiares y responsables. Se clasificaba a los niños en dos categorías: enfermos y propensos a enfermar, lo que suponía protocolos parcialmente diferenciados en cuanto a las medidas higiénicas y a los tratamientos.

Al ingreso en el centro sanitario, los niños eran invitados a realizar un baño higiénico de todo el cuerpo, corte del pelo y se les asignaba un pabellón según el sexo. Permanecían entre 15 y 20 días en observación.

Tomando como ejemplo el sanatorio francés de Hendaya, próximo a la frontera española, el protocolo de régimen de vida para los niños internados, implantado por los directores del centro era el siguiente: se levantaban a las 6 de la mañana y realizaban el aseo personal con la ayuda de enfermeras o auxiliares sanitarios. Se les estimulaba a lavar meticulosamente boca, nariz y oídos. Después, venía el desayuno y un breve descanso posterior. Más tarde, acompañados por enfermeras los niños se trasladaban a las playas donde se tomaba el baño de agua o sol. Se hacían juegos espontáneos o bien organizados. Después, venía la hora de las clases escolares impartidas por maestros y dividiendo a los escolares según el sexo. Seguía la hora de la comida, también separando a los niños de las niñas. Las comidas eran ricas en carnes y se permitía el consumo de moderadas cantidades de vino. Reposo postprandial y vuelta a la playa hasta la hora de la merienda, con paseos y juegos en las zonas de pinares cercanos al sanatorio. La cena se servía pronto, la cual era seguida por la hora de silencio, momento en que los acogidos se dirigían a sus camas para el descanso nocturno.

V FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Palma." *Historia de la Casa*". Libro I, 1952-1986. *Manuscrito*. Palma, 1986.
- Rodríguez Pérez, Juan Felix « Las colonias escolares municipales madrileñas (1910-1936)». Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid, 2001.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo Histórico Militar Intermedio de Mallorca.

Fuentes orales primarias

- Hno. Miguel Barceló Nicolau
- Hno. Jesús Alberto Chornet Barceló
- Pedro Galiana Veiret
- Hno. Narciso Mir Mir

Fuentes documentales secundarias

- Alvarez Sierra, José. *Influencia de San Juan de Dios y de su Orden en el progreso de la Medicina y la cirugía*. Madrid: Artes gráficas Argés, 1950.
- Alvarez Sierra, José. *El padre Menni y su obra*. Barcelona: Editorial Hospitalaria, 1968
- "La Caridad". Memoria Histórica. LXXV Aniversario de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España, Portugal y América. 1867-1942. Talleres gráficos de la federación católico-agraria. Palencia. 1942.
- Baños públicos (historia). https://es.wikipedia.org/wiki/Baños_publicos. Acceso el 12/06/2017.
- Bátiz Cantera, Jacinto. « Aportaciones socio-sanitarias del Hospital de San Juan de Dios de Santurce desde 1924 a 2014». Tesis doctoral. Universidad del País Vasco. 2015.
- Biurrún Eslava, Rvdo. P. Juan. Pbro. O. H. « Apuntes para la Historia del nuevo Sanatorio infantil». *Labor Hospitalaria*. Año IX. Enero-febrero 1956. Numero 49 (1956): p.28.
- Ciudad Gómez, Juan O.H. *Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España. El resurgir de una obra*. Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios; 1968.
- Cotta, H; Heipertz, W y Teirich-Leube, H. *Tratado de rehabilitación 3 tomos*. Barcelona: Editorial Labor, 1974.
- Cuenca González; Concepción y Maraver Eyzaguirre, Francisco. *Historia del Instituto de Hidrología y Climatología Alfonso Limón Montero*. Balnea. Serie de monografías. Madrid: Escuela Profesional de Hidrología Médica e Hidroterapia. Facultad de Medicina. Publicaciones Universidad Complutense, 2014.
- Cuerda Barceló, Juan. *Los tiempos cuaternarios en Baleares*. Palma de Mallorca: Diputación Provincial de Baleares. Instituto de Estudios Baleáricos. Patronato "José M^o Quadrado". Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1975.
- Delgado Aboza, Francisco Manuel. *Sevilla y la Orden de San Juan de Dios. Historia y Patrimonio Artístico del hospital de Nuestra Señora de la Paz*. Sevilla: Provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2010.

- Freire Magariños, A. «La cura balnearia». *Rheuma*. nº 3(1996): pp. 36-39.
- Galeno. *Comentarios a los escritos de Hipócrates. De aere, aqua et locis*. Citado por Laín Entralgo, Pedro en *Historia Universal de la Medicina. Tomo II*. Barcelona: Salvat Editores, SA; 1972.
- Galiana Veiret, Pedro. *Cala Gamba, la finestra a la mar del Coll d'en Rabassa*. Palma: pendiente de imprenta.
- García Carraffa, Alberto y García Carraffa, Arturo. *El solar catalán, valenciano y balear (Tomo IV)*. San Sebastián: Librería internacional, 1968.
- Gargantilla Madera, Pedro. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Ediciones Nowtilius S. L., 2011.
- Gayà Obrador, Cosme. *Viento en Palma*. Palma: Ministerio de Transportes, Turismo y Comunicaciones. Instituto Nacional de Meteorología; 1982.
- Herreman, Rogelio. *Historia de la Medicina*. Mexico D. F.: Editorial Trillas, 1987.
- Hipocrates. *Peri aerón, hydáton, topón. LII*. Citado por Laín Entralgo, Pedro en *Historia Universal de la Medicina. Tomo II*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1972.
- Jansà, Agustí. *El Clima de les Illes Balears*. Palma: LLeonard Muntaner, 2014.
- Laín Entralgo, Pedro. *Historia Universal de la Medicina. Tomo III*. Barcelona: Salvat Editores, S.A; 1972.
- Littré, É. *Oeuvres Completes d' Hippocrate*. De aere, aquis et locis en griego: Peri aéron, hydáton, tópon. LII. Paris: Ed. J.B. Bailliere; 1839. Citado por Lain Entralgo, Pedro en *Historia Universal de la Medicina. Tomo II*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1972.
- Maraver Eyzaguirre, Francisco, Coordinador. *Establecimientos Balnearios: historia, literatura y medicina*. Madrid: Escuela Profesional de Hidrología Médica e Hidroterapia. Facultad de Medicina. Publicaciones Universidad Complutense, 2006.
- Navarro Y García, Ramón. *Historia de las Instituciones Sanitarias Nacionales*. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, 2010.
- Nuñez, Manuel y Navarro, Claudina. *Como cura el mar*. Barcelona: RBA Libros, 2001
- Ortega Lazaro, Luis. O.H. *Para la historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Hispanoamerica y Filipinas*. Madrid: Secretariado Permanenter Interprovincial Hermanos san Juan de Dios, 1992
- Palma Rodriguez, Fermín. *Historia del Hospital de la Santa Misericordia y de San Juan de Dios de Jaén*. Jaén: Autor-editor 477, 1982
- Pérez Fernández, M^a Reyes. *Principios de Hidroterapia y Balneoterapia*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana, 2005.
- Rodríguez Pérez, Juan Félix. «Salud, Higiene y Educación. Los primeros sanatorios marítimos infantiles en el extranjero». Fundación Sociedad protectora de los Niños. "El futuro del Pasado", nº 4 (2013): 175-190.
- Ruiloba Quecedo, Cecilia. *Arquitectura Sanitaria: Sanatorios Antituberculosos*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad, 2014.
- San Martin Bacaicoa, Josefina «Talasoterapia: Proyección terapéutica actual». Separata de *Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo CXII, Cuaderno segundo*. Madrid, 1995
- Sauret i Valet, J. « La cura sanatorial de la tuberculosis». *Enfermedades emergentes* 3 (4) (2001): pp 199-205.

- Soto i Company, Ricard. *Codex Catala del Llibre del Repartiment de Mallorca*. Barcelona: Conselleria d' Educació i Cultura del Govern Balear. Direcció General de Cultura, 1984.
- Valero i Martí, Gaspar. *Els noms de fora porta de la ciutat de Mallorca. Toponimia documentada del terme de Palma (1230-1901)*. Palma: Ajuntament de Palma; 2008.
- Vazquez López, Guillermo Jesús y Marquez Diaz, Maria del Carmen. *Balneoterapia, Spa y Talasoterapia*. Madrid: Mandala Ediciones, 2015
- VV.AA. *Hospital San Rafael. I Centenario 1888-1988. Historia y Evolución de los Servicios de Ortopedia. 100 años iluminando*. Barcelona: Editorial Masson, 1989

Páginas web

- <http://www.aemet.es/es/conocermas/publicaciones/detalles/Atlas-climatológico>. Acceso 12/06/2017.
- http://www.Aemet.es/es/conocermas/publicaciones/detalles/guía_resumida_2010. Acceso 12/06/2017.
- http://es.wikipedia.org/wiki/baños_publicos. Acceso 13/07/2017.
- Donangelo, Karina. *Breve historia de los baños. Costumbres de la antigüedad*. <https://www.almargen.com.ar/sitio/seccion/cultura/banos/> Acceso 18/06/2017.

CAPÍTULO III. NACE UNA COMUNIDAD DE HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS EN PALMA

El día 4 de diciembre de 1955 abrió sus puertas a los niños hijos de las capas sociales económicamente débiles, el Sanatorio Infantil de San Juan de Dios, en Palma de Mallorca.

Nació la institución con la ayuda de un legado del prócer mallorquín, Don Ramón Vallespir, quien profundamente convencido de la obra benéfico-sanitaria que desarrollaban los hermanos de San Juan de Dios, quiso verlos también en su región balear.

Antes de la inauguración oficial y finalizada la etapa de los conflictos testamentarios muy burocratizados, una pequeña comunidad de hermanos estuvo presente en el centro, desde el 6 de noviembre de 1952. Dichos hermanos tenían dos objetivos principales: el seguimiento de las obras y la implantación de la limosna, que sería la fuente principal de sustento para el centro.

I EPOCA PRELIMINAR O FUNDACIONAL (AÑOS 1952-1955)

En la denominada época preliminar o fundacional, o sea entre el 6 noviembre de 1952, fecha de llegada de los primeros hermanos y el 4 de diciembre de 1955, fecha oficial de la inauguración del sanatorio, los objetivos en que se empeñó la Comunidad de hermanos de San Juan de Dios, fueron: el control y vigilancia de las obras; la propia subsistencia de los hermanos; la actividad limosnera y la vida espiritual propia de la Comunitaria juandediana.

I.1 AÑO 1952

Con fecha 6 de noviembre de 1952, tomó posesión de la casa del Coll d'en Rabassa de Palma de Mallorca, el hermano de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Fray Valentín Izco Llorente.

El edificio de lo que llegaría a ser el sanatorio, solo era habitable en parte. Los primeros días hasta la llegada de algún otro hermano, Fray Valentín Izco se hospedó en la casa del cura ecónomo Don Bartolomé Borrás. Afortunadamente, el 12 del mismo mes de noviembre llegó de Barcelona el Muy Reverendo Padre (M.R.P) Provincial José de Calasanz Gorostieta acompañado del Hno. Ángel Martínez y esta misma noche estrenaron las celdas provisionales en el edificio del sanatorio, solo parcialmente terminado.

El deber de la Comunidad de hermanos era ante todo comunicar al Ilmo. Sr Obispo Don Juan Hervás y Benet (Puçol, Valencia, 30 noviembre de 1905-Felanitx, Mallorca, 6 de junio de 1982) el establecimiento de la comunidad juandediana en Palma. Esta comunicación tuvo lugar el 24 de diciembre del mismo año.

En el edificio, un albañil ayudado por un peón realizaban los trabajos de reforma más imprescindibles del momento como los servicios higiénicos, la cocina, la acometida de luz y agua, que permitieran a los hermanos alojarse de forma provisional en las dependencias de la parte habitable de lo que sería el futuro sanatorio.

A primeros de diciembre de 1952 se incorpora a la Comunidad de Palma el Hno. Juan Enguix, procedente de Barcelona.

Bartolomé Borrás Balaguer⁴⁴

Como se ha mencionado, a la llegada a Mallorca del primer componente de la Comunidad de los Hospitalarios, al no estar terminados los alojamientos en el edificio del sanatorio, este hubo de acogerse en el domicilio del Don Bartolomé Borrás, arcipreste del Coll d' en Rabassa, persona muy culta y autoritaria, riguroso en su proceder, de carácter bondadoso y abierto, sencillo y austero. Fue un estudioso que dejó muchos manuscritos sobre la historia local del Coll, especialmente de la vertiente religiosa.

I.2 AÑO 1953

A finales de febrero de 1953 se produjo la llegada imprevista del M.R.P. Provincial. Llegó de Barcelona con el objeto de realizar un estudio sobre el terreno para tratar acerca de la posible modificación y ampliación del proyecto que, bajo la dirección del arquitecto catalán Sixto Illescas, se estaba realizando para el futuro sanatorio en Palma para niños pobres.

A finales de marzo se incorporó un nuevo hermano a la Comunidad, el Hno. Gabriel Carbonell. Con este último eran cuatro hermanos los que constituían la Comunidad de Palma, los Hnos. Valentín Izco, Ángel Martínez, Juan Enguix y Gabriel Carbonell.

A primeros de abril de 1953 se inició la actividad limosnara de la Casa de Mallorca. Los primeros encargados de esta tarea fueron los Hnos. Ángel Martínez y Gabriel Carbonell.

En Junio el Rvdo. Auspicio Ochoa fué elegido Padre Provincial y llegó a Palma el Rvdo. Serafín Fonseca⁴⁵ designado Padre Superior de la Comunidad de Mallorca, tomando posesión del cargo el 10 de junio de 1953. Posteriormente, quedó incrementada la Comunidad con la llegada de otros hermanos, que con algún cambio o traslado intermedio finalmente se configuró con los siguientes componentes:

- Rev. Padre Serafín Fonseca como Hermano Superior
- Rev. Padre José Santesteban
- Rev. Hno. Tomás de Aquino Carbonell
- Rev. Hno. Nilo Martí
- Rev. Hno. Ángel Martínez
- Rev. Hno. Jesús Chornet Barceló
- Rev. Hno. Lucas Julián

⁴⁴ Bartolomé Borrás Balaguer nació en Esporlas (Mallorca) el 21 de diciembre de 1900. Estudió Humanidades en el Seminario de Sant Pere y Filosofía y Teología en La Sapiencia. Fue ordenado sacerdote en 1925 por el Obispo Miralles. En 1948 fue nombrado Vicario Ecnómico del Coll d' en Rabassa, y posteriormente Arcipreste. Permaneció en el Coll durante 14 años. Afectado de una grave enfermedad falleció el 2 de enero de 1962 a los 59 años. Al año de su muerte el Ayuntamiento de Palma propuso dar el nombre de "Arcipreste Borrás" a una de las calles del Coll. En 1975 se le tributó un homenaje en el Coll d' en Rabassa, erigiendo un busto en su honor, obra del escultor Julio Barrado. Reseña biográfica proporcionada por Pedro Galiana Veiret

⁴⁵El Hno. Serafín Fonseca, de origen portugués y con muchos años de permanencia en La Habana, y posteriormente en las Casas de San Rafael y Manresa, será el alma mater de aquellos primeros años. Hombre de cabellos negros y rizados, movedizo, hábil y trabajador, de espíritu fervoroso, emprendedor, con carácter de liderazgo, organizó la Comunidad a partir de su llegada a Palma de Mallorca en 1953. Tuvo ideas fructíferas para la subsistencia de la Comunidad que resultaron muy acertadas en aquellos años de dificultades y carestías. Reseña obtenida a partir de los Archivos de la Curia Provincial de Aragón-San Rafael de Sant Boi (Barcelona).

- Rev. Hno. Vicente Aparicio

Fig. III.1 Fotografía del Hno. Serafín Fonseca



Año 1959. Fuente: archivo fotográfico de la familia Llopis Seguí.

Fig. III.2 Fotografía de la comunidad inicial del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Año 1955. Labor hospitalaria año IX. Enero – febrero 1956 núm.49

Actividades de subsistencia. El huerto

Como en cualquier otra Comunidad juanediana se repartieron las labores de los hermanos según las habilidades de cada uno y se distribuyeron los empleos de limosneros, cocinero, copero, enfermero, etc.

Aprovechando las infraestructuras existentes en el antiguo huerto, se inició la restauración del viejo molino de agua instalando uno nuevo de viento para la extracción de agua del pozo. Previamente, hubo que desalojar a una humilde familia que llevaba años viviendo en aquel edificio. La entrega de 1000 ptas. para conseguir una nueva vivienda, facilitó el trámite.

Una vez libre el edificio del molino, en unas dependencias anejas al propio molino, se instaló una pequeña granja. Aves de corral, y más tarde cerdos les proporcionaron abundantes provisiones de huevos, carnes y embutidos, suficientes para la cocina del sanatorio; no sólo en esta primera fase en la que sólo habitaban los hermanos sino incluida la etapa posterior con la llegada de los primeros niños asilados. De ello dan fe las crónicas diarias pacientemente escritas por los sucesivos hermanos que cumplían esta función.

También se restauró el aljibe existente y se renovó la tierra de la parcela de huerto, proporcionando la posibilidad de realizar cultivos de cereales, hortalizas, patatas, etc. necesarios para alimento de los animales de la granja y la subsistencia de la Comunidad.

El Sr. Tomeu Pedrosa Mir "Pedacer", transportista del Coll de'n Rabassa que acarrea materiales de construcción para el sanatorio, al ver la trabajosa laboriosidad con que se desempeñaban los hermanos, les aconsejó la compra de un carro y un animal (la mula "Pastora") para facilitar el cultivo del huerto y el trasiego de tierra de la zona de extracción en los sótanos del edificio, hasta el huerto. Se realizó la compra del carro y el animal al vecino del Coll de'n Rabassa "Can Pancuit". El importe fue de 2200 ptas. Para el transporte de tierra se utilizaron unas vagonetas prestadas con sus vías, tiradas por la caballería.

A últimos de julio de 1953, el subdirector del diario "Balears", Don Eliseo Feijoo, acompañado por el fotógrafo de prensa Sr. Juanet visitaron las obras y como resultado de esta visita el diario "Balears" publicó el 1 de agosto de 1953 un primer reportaje del estado de las obras del sanatorio. A partir de este momento, el diario "Balears" tomó un gran interés por las obras, abriendo una suscripción de donativos para las mismas.

A finales de septiembre, tras la visita del M.R.P. Provincial acompañado de su secretario, se decidió sustituir el nombre de "Clínica", como se había pensado inicialmente por el de "Sanatorio Infantil".

A finales de noviembre quedó terminada la instalación del nuevo molino de viento para extraer agua del pozo y se terminó de rehabilitar el local adjunto al molino que servía de granja.

En diciembre, se terminó de allanar el terreno destinado a huerta y se procedió a la siembra de cebada, excepto un recuadro central reservado para plantar hortalizas.

Vigilancia de las obras del sanatorio

En diciembre, la Comunidad recibió nuevamente la visita del M.R.P. Provincial, para informarse del curso de las obras. A pesar de la buena marcha de las mismas, el M.R.P. Provincial dispuso que se diera más celeridad a la terminación del edificio y se acordó aumentar el número de obreros. Por primera vez se fijó una posible fecha para la inauguración, el 8 de marzo de 1955, día de la Festividad de San Juan de Dios.

Fig. III.3 El Sanatorio infantil de San Juan de Dios en construcción. Años 1953 o 1954



Fuente: gentileza de P. Galiana Veiret

Vida espiritual comunitaria. Festividades religiosas

El 16 de agosto de 1953 se celebró la primera misa en la capilla de la Casa y quedó reservado en la misma el Santísimo Sacramento del altar.

Posteriormente, se celebró la festividad de Ntra. Sra. Del Pilar, 12 de octubre de 1953, que coincidió con el día de San Serafín, onomástica del Padre Superior.

I.3 AÑO 1954

El 4 de enero de 1954, cumpliendo la voluntad del M.R.P. Provincial, el Hno. Superior Fonseca activó la contratación de un considerable número de obreros, concretamente hasta 17. Estos se repartieron de la siguiente manera: nueve albañiles con sus peones; cinco en la brigada de allanamiento de tierras y transporte de material y cuatro en la construcción de la tapia que circunda la finca. Aparte, otro grupo de cinco obreros, los canteros, extraían de nuevo sillares de marés de los yacimientos de la finca.

En febrero, se encargaron algunos árboles frutales y de ornamentación y sombra. Se adquirieron al arboricultor Sr. Sastre, cuatro limoneros, diez granados y 34 plantas del arbusto buganvilia. Posteriormente, se añadieron 30 pinos que un bienhechor de la casa, el abogado Alfonso Barceló, proporcionó para adornar la entrada y laterales de la finca.

Coincidiendo con la festividad de San Juan de Dios, el 8 de marzo, quedó terminada la tapia que circunda la finca. Una parte más vistosa de esta tapia fué construida al modo de Mallorca; o sea como "pared seca", es decir con piedra sin labrar, revocada con cal, cemento y arena sobre la misma, al modo conocido de "esquena d'ase". El resto de la tapia era de sillares de marés, de construcción más rápida y económica.

A finales de marzo, se preparó el hueco para construir una piscina terapéutica diseñada en la parte del jardín ubicada delante de la terraza-solarium frente a la playa.

Junto al progreso de las labores, el 20 de abril de 1954 se registró en la obra un luctuoso accidente laboral, que conmocionó a la Comunidad y a la barriada del Coll de'n Rabassa y que afectó a dos obreros que cayeron desde un andamio: uno de ellos, conocido como Toni "Bonjesus" quedó malherido y trasladado a su casa falleció aquella misma noche y otro más joven, llamado Mariano, sobrevivió pero con heridas graves. A la mañana siguiente se celebró en la parroquia del Coll de'n Rabassa misa de difuntos y por la tarde tuvo lugar el entierro. A todos estos actos asistieron los hermanos que constituían la Comunidad en aquellos momentos.

En mayo de 1954, se publicaron sendos reportajes en la revista "Cort" el 5 de Mayo y en el periódico "Baleares" el 26 de mayo, sobre los avances del Sanatorio infantil de San Juan de Dios en Palma.

El 6 de junio de 1954, el Superior Fonseca se desplazó a Barcelona para asuntos de las obras llevándose consigo un niño con una grave deformidad en un pie (pie zambo) para que fuera intervenido en el hospital que la Orden tenía en Barcelona. Sería el primer caso atendido en la Comunidad de Palma.

Con el fin de incrementar todavía más el ritmo de las obras y con el consentimiento del arquitecto, aparejador de obra y el contratista Sr. Llabrés, se acordó contratar a otra brigada de obreros, esta vez a cargo del contratista del Coll de'n Rabassa, Sr. Estarellas. Se dispuso de un total de 24 hombres. En esta fase, se acometió la construcción de la cocina, ropería, lavaderos, etc. ya que la minuciosidad de los trabajos requería más personal experto.

En 17 de junio de 1954 se vendió la mula "Pastora".

El 26 de septiembre de 1954, el "Diario de Mallorca" invitaba a los mallorquines a sufragar las 40 camas que se tenía pensado instalar al precio de 2000 ptas. cada una. Se describe el progreso de dicha cuestación en el capítulo de Limosnas y Donativos.

Fig. III.4 Imágenes de la construcción del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Niños jugando en la arena ante la construcción de la fachada marítima del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios. Año 1954. Fuente: gentileza de P. Galiana Veiret.

A principios de octubre una brigada de estucadores del maestro Sr. Francisco Amposta dió comienzo a los trabajos de aterrajado de las fachadas y se terminó la gran terraza ubicada sobre

el refectorio. Dicha terraza disponía de una gran vista panorámica sobre la bahía de Palma, motivo por el cual se bautizó como “buena vista”.

El 15 de Octubre de 1954 se constató otro hito en la realización del sanatorio. Este día se colocó la cruz sobre el campanario de la iglesia recibándose una campana procedente de Zaragoza para instalar en el campanario.

La Orden de San Juan de Dios contactó con el Dr. Manuel Mora Esteve, afamado traumatólogo mallorquín, para que dirigiera profesionalmente el sanatorio. En respuesta a ello, el 19 de octubre de 1954 el Dr. Mora visitó el sanatorio proponiendo al Superior una lista de médicos que voluntariamente se ofrecieron a formar el cuerpo facultativo de este futuro sanatorio.

El 22 de octubre de 1954, en el Teatro Principal de Palma, en sesión de noche, se celebró una función de danza clásica, patrocinada por el Excmo. Gobernador Civil de Baleares y organizada por la revista “Cort”, a beneficio de las obras del sanatorio.

En noviembre de 1954, dado el buen ritmo de las obras se prescindió de siete albañiles, quedando un total de 15, ocupados principalmente en la pintura de la fachada y enlucido de paredes interiores.

Durante ese año, el curso de la edificación y obras interiores fué muy intenso, lo que requirió frecuentes viajes de ida y vuelta del Superior Fonseca, a menudo acompañado por el M.R.P. Provincial, Hno. Auspicio Ochoa Urdangari.

Fig. III.5 Vista del Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1954



Estado de la construcción prácticamente acabado. Fuente: archivo fotográfico de P. Galiana Veiret

I.4 AÑO 1955

Se planificó que a finales del año 1955 el Sanatorio Infantil debería estar terminado y puesta en marcha la admisión de los primeros niños. En este año, los obreros se emplearon en diversos trabajos unos en el exterior arreglando el paseo central, y otros en el interior del edificio poniendo cielorrasos, tuberías y desagües, etc. En el paseo central de entrada se plantaron 65 pinos comprados al jardinero Sr. Sastre.

Paralelamente, se había terminado la suscripción abierta por el diario “Baleares” pudiéndose adquirir las 40 camas previstas, sorprendiendo la rapidez con la que se había completado esta iniciativa benefactora (se describe en el capítulo de Limosnas y Donativos).

A primeros de mayo 1955 se ocuparon definitivamente las habitaciones de la nueva clausura utilizando cuatro de las celdas construidas a este propósito.

En julio, se recibieron desde Barcelona las 40 camas infantiles, carros de curas, mesa de operaciones y demás muebles y enseres para la dotación de las instalaciones médicas y hoteleras del sanatorio, así como los distintos aparatos para la futura sala de rehabilitación. Así, tanto el quirófano como el departamento de fisioterapia quedaban dotados de todos los recursos materiales necesarios. En el mes de noviembre se fijó definitivamente la fecha del 4 de diciembre para la inauguración oficial del sanatorio.

En la última fase de la realización de las obras del sanatorio y según fuentes orales provenientes de vecinos del Coll d’ en Rabassa que vivieron aquel periodo, grupos de jóvenes católicos del entorno parroquial de la Soledad, Camp Redó y Palma, bajo la dirección de Mossen Ferran Bonnin colaboraron físicamente en los trabajos que se estaban realizando en el sanatorio.

A primeros de diciembre de 1955 se incorporaron a la Comunidad, procedentes de Barcelona, el párroco José Santesteban y los Hnos. Nilo Martí y Jesús Chornet. Este último poseía la titulación de practicante trayendo consigo a dos niños enfermos naturales de Menorca que se hallaban en el Sanatorio de Manresa. Fueron los dos primeros hospitalizados en el nuevo centro de Palma. Al poco tiempo, ingresaron otros siete niños enfermos que habían sido previamente reconocidos por el director médico Dr. Manuel Mora.

Merece mención especial la capilla de la cual cabe resaltar el espléndido retablo de la misma, construido y montado por el artesano catalán Ramón Pericay y su hijo. Dicho retablo, totalmente dorado, estaba presidido por la imagen de la Inmaculada Concepción de María. A cada lado se disponían dos imágenes: a la derecha San Juan de Dios y San José y a la izquierda San Rafael y el Sagrado Corazón de Jesús. Con los años y las posteriores reformas de 1978-1980, la magnífica capilla fue convertida en quirófanos, el retablo desmontado y transferido a otra iglesia y sus imágenes repartidas. Actualmente solo permanecen en la nueva capilla las imágenes de San Juan de Dios y San Rafael.

En relación a las festividades religiosas, el 8 de marzo se celebró por primera vez en el sanatorio la festividad del Santo Patrón San Juan de Dios. El 3 de diciembre se celebró por primera vez el Santo Oficio en la nueva capilla del sanatorio, que previamente había bendecido el P. Capellán José Santesteban. El día de Navidad de 1955 se celebró de un modo especial la misa del gallo, oficiada por el P. Capellán, acompañada por música adecuada y villancicos, a la que acudieron numerosos vecinos del Coll de’n Rabassa. La adoración posterior del niño Dios se llevó a los 16 enfermos hospitalizados en las dos salas.

Respecto a festividades benéficas e infantiles realizadas, destacaron las del mes de julio de 1955. Una comisión integrada por el alcalde de barrio del Coll de’n Rabassa, Sr. Pedro Homar Vallespir, acompañado por otras personas simpatizantes del sanatorio, organizaron una serie de festejos con el fin de recabar fondos para la terminación de las obras. Estos consistieron en organizar partidos de fútbol en el campo de Son Costa y torear una “vaquilla” entre otros. El evento tuvo lugar bajo la responsabilidad del alcalde pedáneo. Además, los días 30 y 31 de julio se organizaron dos veladas en la amplia terraza del centro. Se congregó gran número de personas procedentes del Coll de’n Rabassa, de Cala Gamba, de Can Pastilla, del Molinar y de Palma, dando con ello testimonio del gran afecto y simpatía del público de Mallorca hacia la obra de los

Hermanos. Al finalizar los actos, la comisión organizadora entregó el importe de 17.500 ptas., como beneficio de la recaudación, cantidad que se destinó a la compra de la mesa quirúrgica de operaciones.

II INAUGURACIÓN OFICIAL DEL SANATORIO

El Sanatorio se inauguró el 4 de diciembre de 1955 poco antes de finalizar el término fijado en el documento de donación del terreno, que de no cumplirse hubiera pasado a las Misiones. Según consta en los documentos de la cesión inicial, la Orden de San Juan de Dios tenía un término de 15 años a partir de 1940, para finalizar la construcción del Sanatorio Infantil.

La vigilia de la inauguración llegaron 40 religiosos provenientes de diversas Casas de la Orden del resto de España para asistir al acto inaugural del sanatorio.

Invitados al acontecimiento

En los días 2 y 3 de diciembre fueron llegando en barco y en avión los hermanos de la Provincia de Aragón. También asistieron los Padres de las Provincias de Andalucía y Castilla. El M.R.P. Antonio Núñez, Provincial de Castilla llegó con el M.R.P. Antonino Aparicio, R.P. Adolfo Caubillas, Prior de Madrid y el Padre Saturnino Martínez, Prior de Burgos, con el R. P. Fernando Lorente, Prior de Cienpuzuelos y primer definidor que acudía en representación del M.R.P. Provincial Gregorio Gutiérrez, y el capellán R.P. Rafael M^a Saucedo. Los Hermanos residentes en la península, nativos de Mallorca fueron todos invitados.

Presidiendo a todos, el M.R.P. Auspicio Ochoa, con los consejeros Francisco de Paula Itoiz, Antonio Andiñón, Antón Martín Verd (mallorquín) y Toribio M^a Cruz. Además los siguientes Padres y Hermanos: de Barcelona, el R.P. Juan Biurrun; de Valencia, el Hno. Rafael Perelló (mallorquín); de Sant Boi de Llobregat, el R.P. Eugenio Yoldi y los Hnos. Bernardo Castelar, Luis Moreno y Miguel Barceló (mallorquín); de Carabanchel Alto, el R. P. Jaime Capdevila y el Hno. José M^a Pérez; de Calafell, el R.P. Ciriaco Nuin y el Hno. Manuel García; de Manresa, el P. Andrés Villanueva y el Hno. Jaime Nadal (mallorquín); de Pamplona, el R.P. Juan Tarrés y los Hnos. Vicente Ferretjans y Gabriel Carbonell (ambos mallorquines) y de Zaragoza, el Hno. Jesús Díaz de Cerio.

Hermano P. Provincial Auspicio Ochoa Urdangari⁴⁶

A señalar que el Hermano Auspicio Ochoa , con una biografía muy densa dentro de la Orden Hospitalaria, había sido elegido provincial de la Provincia de Aragón-San Rafael, en el Capítulo Provincial de 3 de junio de 1953.

⁴⁶ Auspicio Ochoa Urdangari nació en Goñi (Navarra) el 6 de noviembre de 1901. Ingresó en la Orden el 1 de octubre de 1915. Profesó en Carabanchel el 19 de enero de 1921. La solemne la realizó en 1924. Pasa a Cienpuzuelos como encargado de Farmacia y posteriormente director de enfermería en San Camilo. En 1928 se ocupa de la dirección del aspirantado en Cienpuzuelos. En 1929 es maestro de neoprofesos y encargado del Servicio de Especialidades. En el Capítulo de 1934 es nombrado Superior de la Casa de Calafell y primer vocal del Capítulo General. En 1936 pasa a ser Superior del Hospital de Pamplona y después a Manresa y nuevamente Calafell. En 1940 es Superior de la Casa de Barcelona. En 1950 pasa a América como delegado provincial y Superior de la Casa de los Pinos en La Habana, Cuba. En 1953 es elegido Provincial de Aragón-San Rafael y al finalizar este periodo nuevamente pasa a América, donde permanece con diversos cargos hasta la vuelta a España en 1966. En diciembre de 1969 siendo destinado a Pamplona, fallece en la misma el 22 de febrero de 1971. Reseña obtenida a partir de los Archivos de la Curia Provincial de Aragón-San Rafael, Sant Boi (Barcelona).

Los invitados residentes fuera del Sanatorio junto a los que estaban ubicados en el edificio se citaron a las 6 de la mañana, para el inicio de las plegarias. Los puntos de meditación se centraron en la caridad y fueron expuestos por el Padre Capellán de San Baudilio. Se tomaron en consideración diversas actuaciones de Jesucristo y de San Juan de Dios para orientar en el modo de la práctica de dicha virtud. La caridad debidamente practicada tiene un poder de atracción y redentor sobre personas alejadas de Dios. El Capellán tuvo palabras de aliento para la nueva Comunidad. Después de un breve silencio en reflexión el Padre Rafael dijo la Misa y los otros Padres Sacerdotes celebraron las suyas

La Misa Solemne⁴⁷

Con antelación fueron llegando personas conocedores de la celebración. Las Hermanas Franciscanas del Coll d'en Rabassa fueron de las primeras en ocupar sus asientos. Posteriormente, se llenó la Capilla por muchos feligreses de la vecindad y hubo que añadir espacios adicionales de las salas de enfermería para dar cabida a todo el personal asistente. Los niños ingresados ya en número de 11 ocuparon la segunda sala. Se acomodó un espacio reservado a los músicos venidos de Palma.

A las 9 se celebró una solemne misa cantada, oficiada por el Rvdo. P. Toribio M^a Cruz, ayudado por el diácono padre Rafael María Saucedo y el subdiácono padre Juan Biurrun. El sermón estuvo a cargo del Padre Toribio María Cruz. Terminada la Misa se cantó la Salve.

Llegada de autoridades. Bendición e Inauguración

Iban llegando personas invitadas al acto, los primeros asistentes fueron los vecinos de Cala Gamba, cercanos al sanatorio.

Fig. III.6. Llegada de M.R.P. Auspicio Ochoa al Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Fuente: Labor Hospitalaria.

⁴⁷Toribio M^a Cruz, O.H. «Bendición e inauguración del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios, en Palma de Mallorca. Pórtico» *Labor Hospitalaria*. Año IX. Enero-Febrero. N^o 49 (1956).

Fig. III.7. Llegada de monseñor Enciso al Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Fuente: Labor Hospitalaria.

Llegaron las altas jerarquías: Excmo. Sr. Gobernador Civil Honorato Martín-Cobos, Teniente Coronel de Infantería D. Jerónimo Llopart en representación del Capitán General y del General Gobernador Militar; el alcalde de Palma D. Juan Massanet Moragues (Palma de Mallorca, 1888-1974); el Presidente de la Diputación provincial D. Mateu Llobera; el delegado de Hacienda, el jefe Provincial de Sanidad D. José Porcel y el alcalde de barrio D. Pedro Homar y finalmente lo hizo el Excmo. Rvdmo. Señor Obispo Dr. D. Jesús Enciso y Viana (Vitoria, 15.01.1906-Palma de Mallorca, 21.09.1964), que había sido nombrado Obispo de la Diócesis de Mallorca el 25 de septiembre de 1955, sucediendo a Mons. Juan Hervás Benet. A una señal para emprender la procesión, salieron del recinto sagrado en perfecto orden: la cruz, los Padres y Hermanos, el cura párroco, comisiones de padres capuchinos, franciscanos, jesuitas y otros. Seguía el prelado y el terno y en segunda presidencia las dignísimas autoridades.

Fig. III.8. El Gobernador Civil Sr. Honorato Martín Cobos cortando la cinta inaugural



Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Fuente: Labor Hospitalaria.

Cuando el Prelado llegó a la puerta principal, se aproximó el Gobernador Civil Sr. Honorato Martín-Cobos Lagüera (Burgos, 03.09.1903- Madrid. 11.08.1965) que cortó la cinta con los colores nacionales y en este momento la procesión entró en el Sanatorio, concretamente en el vestíbulo y se continuó por las salas del edificio procediendo a su bendición.

Fig. III.9. Ceremonia de la bendición del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Bendición del sanatorio por el obispo Dr. Enciso. Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma.

Tras el acto de la bendición, el Padre Provincial Auspicio Ochoa Urdangarin leyó un emocionante discurso, evocando la figura del caritativo Don Ramón Vallespir, origen de todo, agradeciendo a los albaceas el cariño puesto en el cumplimiento de su misión, así como a cuantos con su aportación colaboraron a posibilitar la obra.

Fig. III.10. El M.R.P provincial Auspicio Ochoa pronunciando el discurso inaugural



El M.R.P provincial Auspicio Ochoa pronunciando el discurso ante el obispo de Palma Excelentísimo Sr. Dr. Don Jesús Enciso. Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Fuente: Labor Hospitalaria.

Fig. III.11. El M.R.P provincial Auspicio Ochoa recibiendo los parabienes del obispo



Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Fuente: Labor Hospitalaria.

Se reproduce el texto del discurso por su belleza formal y por la calidad, veracidad y visión de futuro que se deducen de su contenido. El discurso decía así:

“Excelentísimas Autoridades. Muy Reverendos Padres Provinciales. Señoras. Señores.

Una vez más, la divina virtud de la Caridad, esa virtud que no fue conocida por la sabia Grecia, ni por la conquistadora Roma, hace su radiante aparición en la ciudad de Palma de Mallorca. Con la llegada a ella de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios se mantendría siempre vivo el aleteo de esta caridad ardiente que San Juan de Dios infundió a sus obras, y que se verá palpable en este Sanatorio Infantil construido exclusivamente para atender y curar a la infancia enferma.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios hacía tiempo que abrigaba la esperanza de extender su acción caritativa sobre los niños enfermos pobres de esta hermosa isla.

Esta esperanza se avivó más cuando se supo un día que Don Ramón Vallespir había dejado un testimonio fehaciente de la elevación de miras y sentimientos cristianos que habían acompañado a sus obras, disponiendo en su testamento se empleasen los bienes de fortuna que él dejaba para que la Orden de San Juan de Dios levantara un hospital donde atender y curar a los niños enfermos.

Las disposiciones de D. Ramón Vallespir fueron llevadas a cabo por los señores albaceas, herederos de su confianza, con una rectitud y escrupulosidad propias de caballeros cristianos, y al acabar su misión la obra fue continuada por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

La solemne bendición de este Sanatorio Infantil efectuada hace unos momentos por nuestro Excelentísimo y Reverendísimo Sr. Dr. D. Jesús Enciso y Viana, Obispo de la diócesis, dan cima a aquellas disposiciones de Don Ramón Vallespir y a los deseos de la Orden Hospitalaria, en esta fecha histórica del 4 de diciembre de 1955. Es mi deber, por tanto, en estos momentos solemnes, elevar en primer lugar mis plegarias y recuerdos para impetrar de Dios el eterno descanso del

generoso donante. Estas oraciones y plegarias se repetirán constantemente en este incipiente sanatorio, por los hermanos y niños que por él pasen en el correr de los tiempos.

Y en segundo lugar manifestar públicamente nuestro agradecimiento a los señores albaceas. La Orden Hospitalaria que represento sabrá mantener siempre el recuerdo de estos nobles señores que pusieron su empeño en cumplir fielmente los deseos del testador.

También quiero recordar en estos momentos, a los Señores Illescas y Alomar, arquitectos, a los señores contratistas, industriales y demás gremios que han laborado en la construcción de la obra y a todos los obreros que con su trabajo diario han dado fin a la misma.

No puedo omitir el nombre del Sr. cura párroco del Coll d' en Rabassa, D. Bartolomé Borrás, quien desde el momento que los Hermanos de San Juan de Dios llegaron a este solar, se ha comportado con ellos como verdadero padre y él y sus feligreses han acogido nuestra institución con el máximo cariño.

Y ahora levanto mi voz para saludar al nobilísimo pueblo de Mallorca, que con sus caridades, con su calor, y con sus entusiasmos incesantes han venido alentando a los Hermanos desde su arribo a estas benditas tierras. Pueblo de Palma de Mallorca y de la isla entera, el de las gloriosas tradiciones cristianas, el de los grandes heroísmos, sigue ofreciendo tus generosidades a los niños enfermos que han brotado de tu propia carne, en la seguridad de que lo que por ellos hagas, a ti mismo te lo haces, como decía San Juan de Dios.

Antes de terminar, saludo a las dignísimas autoridades eclesiásticas, civiles y militares que se han dignado venir a presidir este acto y con mi saludo va envuelto un ruego: Ilustres Autoridades, desde el alto pedestal en que Dios os ha colocado, mirad siempre con simpatía a esta obra de caridad cristiana que hoy empiezan en la isla de Mallorca los Hermanos de San Juan de Dios. No los desamparéis nunca en sus necesidades para que puedan proseguir con su espíritu de sacrificio las huellas de su santo Fundador.

Finalmente, hago votos al Altísimo para que este Sanatorio Infantil que hemos procurado montar con los aparatos modernos que la ciencia reclama, facilite a los señores médicos, los medios precisos para el tratamiento y curación de la infancia dolorida que, bajo la dirección del Dr. Mora y Esteva, en colaboración con los Hermanos de San Juan de Dios, se reciba a partir de esta fecha histórica.

Que todo sea para mayor gloria de Dios, para bien material y espiritual de los niños que en él se curen y para la eterna memoria de D. Ramón Vallespir y de cuantos bienhechores Dios nos quiera mandar, y para legítimo orgullo de la isla cuya historia engarzada al solar hispano brilla y brillará para siempre”.

Acto seguido se regresó a la iglesia, y junto con las autoridades, el Prelado pasó al interior de las salas bendecidas y saludó individualmente a cada uno de los niños ingresados. Visitaron las dependencias, la terraza, el frontón y se tomó un refrigerio al estilo mallorquín con vinos y dulces. Después, las autoridades y Prelado abandonaron el Sanatorio.

Fig. III.12. Visita de las autoridades a los enfermos asilados



El padre Fonseca explica al Sr. Obispo y al Gobernador de Mallorca el proceso de la enfermedad de uno de los pequeños. Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Labor Hospitalaria.

Terminados los actos principales de la bendición, el P. Provincial de Aragón Auspicio Ochoa cursó un telegrama al Reverendísimo Padre General Padre Moisés Bonardi:

“Bendecido sanatorio infantil Palma de Mallorca señor Obispo diocesano, con asistencia autoridades, Provinciales Andalucía, Castilla y representaciones Casas Provincia de Aragón, pedimos paternal bendición vuestra reverendísima éxito obra hospitalaria inaugurada hoy.- Firmado: Auspicio Ochoa, Provincial de Aragón”

Fig. III.13. Asistencia al acto inaugural del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Instantánea del interior del sanatorio donde se aprecia el numeroso público que acudió a la inauguración. Palma de Mallorca 4 de diciembre de 1955. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma.

Reportajes en la prensa

- Reportajes publicados en los distintos periódicos de Palma el 4 de diciembre de 1955.
- Reportajes publicados en El Diario Baleares el 6 de diciembre de 1955.

LISTA DE PADRES SUPERIORES DE LA COMUNIDAD DE PALMA

- Reverendo Padre Valentin Izco Llorente (1952 - 1953)
- Reverendo Padre Serafín Fonseca (1953 -1959)
- Reverendo Padre Roberto Morales Vela (1959- 1962)
- Reverendo Padre Bernardo Castelar (1962- 1965)
- Reverendo Ignacio Satrustegui (1965 -1968)
- Reverendo Jose Antonio Torre (1968 - 1971)
- Reverendo Jose Esteve Puig (1971 - 1977)
- Reverendo José M^a Muñoz-Alcon Fernandez (1977- 1980)
- Reverendo Jose Pelegrin Lopez (1980- 1983)
- Reverendo Jose Esteve Puig (1983- 1989)
- Reverendo Domingo Alcala Berne (1989- 1998)
- Reverendo Juan Esparza (1998- 2001)
- Reverendo Juan Bautista Llinares (2001-2007)
- Reverendo Julian Sapiña (2007- 2010)
- Reverendo Felipe Romanos Mesa (2010)

EVOLUCION HISTORICA DE LA COMUNIDAD DE HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS DE PALMA DE MALLORCA 1952-2018

La Comunidad de los sanjuanistas inicia su andadura el 6 de noviembre 1952. Se va completando a lo largo de 3 años y llega al 4 de diciembre de 1955, fecha de la inauguración del Sanatorio, con una dotación completa de entre 7 a 9 miembros, dependiendo como siempre de los traslados, algunos voluntarios o por causas justificadas y otros por la obediencia a las Constituciones y Reglas de la Orden Hospitalaria.

Con el paso de los años la Comunidad dispone siempre de un promedio de 6 a 8 miembros, los cuales se reparten las tareas asignadas por el Hermano Superior: limosneros, enfermeros, cocineros, administrador, coperos, etc. Dichas tareas van variando con los años. Si en una etapa inicial se requerían de 2 a 3 hermanos limosneros que eran los que diariamente se desplazaban a Palma, poblaciones de Mallorca, Menorca e Ibiza para ejercer la labor de solicitar la limosna o colaboración de personas particulares o entidades, es a partir de 1975 cuando decae esta misión. Si bien no desaparece totalmente, se va transformando al recibir más colaboraciones de donantes y benefactores y no ser tan necesaria la limosna por el establecimiento de los convenios con la Seguridad Social y otras entidades asistenciales.

Como se ha comentado, permanecen habitualmente en la Comunidad de Palma un promedio de 8 miembros que, por mor de las Constituciones de la Orden Hospitalaria, se van renovando cada 3 o 4 años y variando los destinos hacia otras Casas de España o incluso del extranjero. También se da la posibilidad de que hermanos que habían estado un primer periodo en Palma, después de unos años repiten el destino.

En una visión general, los Hermanos Sanjuanistas que han permanecido en la Comunidad de Palma, han sido 87 en número total. En un orden cronológico a partir de 1952 hasta 2018 son:

- 1.- Hno. Valentin Izco Llorente
- 2.- Hno Angel Martinez
- 3.- Hno Juan Enguix Camarena
- 4.- Hno Gabriel Carbonell Amengual
- 5.- Hno Serafin Fonseca
- 6.- Hno Jose Maria Bravo Baños
- 7.- Hno. Julian Pallares Lucas
- 8.-Hno Vicente Aparicio Rurillo
- 9.- Rdo Padre Jose Santisteban Baztan
- 10.- Hno Tomas Carbonell Sanz
- 11.- Hno. Nilo Martín Valor
- 12.- Hno Jesus Alberto Chornet Barceló
- 13.- Hno José Fontanet Paz
- 14.- Hno. Leoncio Apiliscueta Díaz
- 15.- Hno. Manuel Vallmajor Melero
- 16.- Hno Jaime Arroqui Barrenechea
- 17.- Hno Gregorio Martín Camuñas
- 18.- Hno Pedro Ferrer Martinez
- 19.- Hno José Laín Vergara
- 20.- Hno Roque Nortes Sanchez

- 21.- Hno Roberto Morales Pla
- 22.- Hno Jaime Soler Olivé
- 23.- Hno José García Avellano
- 24.- Hno. Miguel Barceló Nicolau
- 25.- Hno José Pelegrín López
- 26.- Hno Francisco de Paula Ytoiz Iribarren
- 27.- Hno. Bernardo Castelar Costa
- 28.- Hno. Ignacio Satrústegui Jerequi
- 29.- Hno. Francisco Domingo Marín
- 30.- Hno. Francisco Vallejos Rojas
- 31.- Hno. Francisco Javier Goricoechea Espinal
- 32.- Hno. José Cirera Navarro
- 33.- Hno José Antonio Torre Gil
- 34.- Hno. Vicente Martínez Alzueta
- 35.- Hno. Francisco de Paula Ytoiz Iribarren
- 36.- Hno Enrique Menero Colonques. Fallecido en accidente fortuito en una salida del Sanatorio.
- 37.- Hno. Francisco Javier Suescun Perez
- 38.- Hno José Esteve Puig
- 39.- Hno. Octavio Gimenez Gimenez
- 40.- Hno. Jesús Anadon Edo
- 41.- Hno.Elias Royo Ferreruela
- 42.- Hno. Joé Luis Liberal Goñi
- 43.- Hno.Ramon Cuenca Cuenca
- 44.- Hno. Francisco Vivas Cáceres
- 45.- Hno. Moises Val del Cacho
- 46.- Hno. Damian Navarro Liarte
- 47.- Hno. Narciso Mir Mir
- 48.- Hno Juan Martiarena Erviti
- 49.- Hno Eduardo García Muñoz
- 50.- Hno Enrique Moreno Benitez
- 51.- Hno. José María Muñoz-Alcón Fernandrz
- 52.- Hno. José Antonio Canovas Bravo
- 53.- Hno. Pablo Montilla Porcuna
- 54.- Hno. Claudio Esteller Cervera
- 55.- Hno. Salvador Baigual Pujol
- 56.- Hno. Manuel Vallmajor Mencion
- 57.- Hno.Vicente Ferretjans Monserrat
- 58.- Hno.Jesús Anadón Edo
- 59.- Hno. José Antonio Canovas Bravo
- 60.- Hno. Francisco Vallejos Rojal
- 61.- Hno. Emilio Gracia Armengol
- 62.- Hno José Esteve Puig

- 63.- Hno. Tomás Alfonso García
- 64.- Hno. Narciso Mir Mir
- 65.- Hno. Miguel Pons Marqués
- 66.- Hno. Jesus Ruiz Monje
- 67.- Hno. Jesus Alberto Chornet Barceló
- 68.- Hno. Domingo Alcalá Berne
- 69.- Hno. Jaime Arroqui Barrenechea
- 70.- Hno. Pedro Fullana Veny
- 71.- Hno. Javier Murillo Agós
- 72.- Hno. Amadeo Sifre Toncho
- 73.- Hno. Juan Esparza Vidal
- 74.- Hno. Roberto Morales Vela
- 75.- Hno. Rafael Perelló Alzamora
- 76.- Hno. Juan Bautista Llinares Lloret
- 77.- Hno. Miguel Barcelo Nicolau
- 78.- Hno. Pascual Pasamar Borobia
- 79.- Hno. Miguel Pons Marqués
- 80.- Hno. Julian Sapiña Marín
- 81.- Hno. Simón Azpiroz Iturri
- 82.- Hno. Justo Angel Azpiroz Ardaiz
- 83.- Hno. Felipe Romanos Mesa
- 84.- Hno. Felix Lizaso berruete
- 85.- Hno. Ramón Cuenca Cuenca
- 86.- hno. Miguel Barcelo Nicolau
- 87.- Hno. Juan Manuel Quicabert Guerrero

III FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito*. Palma, 1986.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo fotográfico Hospital San Juan de Dios de Palma.
- Archivo fotográfico de Pedro Galiana Veiret, Coll d' en Rabassa, Palma.

Fuentes orales primarias

- Superior Provincial de Aragón-San Rafael Hno. José Luis Fonseca Bravo
- Secretario Provincial de Aragón-San Rafael Hno. José Luis Marzo Calvo
- Hno. Miguel Barceló Nicolau
- Hno. Jesús Alberto Chornet Barceló
- Pedro Galiana Veiret
- Hno. Narciso Mir Mir

Fuentes documentales secundarias

- Cruset, José. *Crónica Hospitalaria*. Barcelona: Editorial hospitalaria, 1971.
- Cruz, Toribio M^a O.H. « Bendición e inauguración del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios, en Palma de Mallorca. Pórtico». *Labor Hospitalaria*. Año IX. Enero-Febrero 1956. Nº 49 (1956):4-26.
- *Labor Hospitalaria*. Revista de información de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Provincia de Aragón y America Central Año IX. Enero-Febrero de 1956. Nº 49. Casa del Tránsito. Archivo "Los Pisa". Granada: (1956).

CAPÍTULO IV. LA SANIDAD EN MALLORCA: DÉCADA DE LOS AÑOS 50 Y SU

EVOLUCIÓN

España y con ella Mallorca entró en el siglo XX sin que en nuestro país se hubiera realizado lo que muchos de nuestros antecesores médicos calificarán como “revolución sanitaria”, la cual sí había tenido lugar desde finales del S. XIX en los países de nuestro entorno europeo.

Francia, Alemania, Inglaterra, Italia y Austria, pero también otros países más alejados del núcleo central europeo, ya desde el XIX, habían transformado sus hospitales públicos en centros donde además de la labor asistencial, se desarrollaba la docencia y la investigación médica y sanitaria en general; donde médicos de reconocido prestigio capitaneaban los servicios punteros de aquellos momentos, lo cual atraía a su vez a nuevos profesionales que querían participar en los nuevos avances de la ciencia médica.

En España, por el contrario la asistencia médica privada era la que dominaba sobre la pública. La cirugía se prestaba en clínicas privadas a menudo propiedad de grandes y habilísimos cirujanos, poco interesados en acudir a hospitales públicos, si hacemos la excepción de los hospitales ligados a las facultades de medicina. La medicina clínica o general estaba dominada por los médicos de cabecera que visitaban a los enfermos en sus despachos particulares o en los domicilios del paciente.

Los hospitales públicos españoles, a excepción de los pocos ligados a las facultades, no tenían función docente y dependían más bien de la beneficencia pública, de las Diputaciones, de algunas instituciones religiosas o de excepcionales iniciativas privadas.

Al final de la guerra civil española, el Ministro de Trabajo, José Antonio Girón de Velasco impulsó el desarrollo del Seguro Obligatorio de Enfermedad creado mediante la Ley de 14 de diciembre de 1942 e implantado a partir de 1 de septiembre de 1944. Con él, se procede a la creación de nuevos hospitales a los que llamaron “Residencias” o “Ciudades Sanitarias”. Se quería así borrar todo parecido con el resto de hospitales existentes y que como ya hemos dicho arrastraban una fama de precariedad y beneficencia. Estas residencias sanitarias eran como las clínicas privadas en las que cada cirujano solo atendía a los pacientes correspondientes a los médicos de cabecera de su zona.

En la década de los años 50 del pasado siglo se puede resumir que la dotación de recursos hospitalarios, instituciones y organizaciones sanitarias en Mallorca era la que se resume a continuación:

- a) Centros especiales para la infancia minusválida
- b) Hospitales públicos
- c) Hospitales privados sin ánimo de lucro
- d) Clínicas privadas

En otro plano, hay que contar con:

- a) Mutuas de accidentes laborales, dedicadas a la protección del trabajador accidentado
- b) Compañías de seguros de accidentes de tráfico
- c) Seguros médicos de enfermedad, muy desarrollados en ciertas áreas de la geografía nacional, especialmente en Baleares

En este capítulo IV se describe la situación de la sanidad Balear en el momento de la creación del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios y en los años inmediatamente siguientes hasta la década de los 70. Más adelante, en el Apéndice I se refleja la evolución posterior que experimentaron las instituciones sanitarias mallorquinas en el devenir de las décadas finales del siglo XX y primeros años del siglo XXI.

Marco Hospitalario

Así pues, el HSJD se enmarca entre las iniciativas de la Orden Hospitalaria con el objetivo de atender a las necesidades de la población no satisfechas por la asistencia pública. En este sentido, la O.H. es precursora en la adaptación a las necesidades de cada momento histórico. Solo entre 1923 y 1969 la O.H. creó 16 centros sanitarios con hospitalización en España. Como se describe a lo largo de este trabajo histórico, la modernización de la dotación hospitalaria española, con un atraso de casi 50 años, no se inicia hasta la mitad del siglo XX con la creación de las Residencias y Ciudades Sanitarias, esta vez sí con una arquitectura, dotación y planteamientos asistenciales más acordes con la época.

I CENTROS ESPECIALES PARA LAS MINUSVALIAS INFANTILES

I.1 CENTRO MATER MISERICORDIAE⁴⁸

Paralelamente a las instituciones de asistencia médica y hospitalaria que existían en la Mallorca de la segunda mitad del siglo XX, cabe destacar el centro Mater Misericordiae, creado por las Hermanas Franciscanas y surgido en fechas muy parecidas a las del Sanatorio de la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios y con similares objetivos: la infancia discapacitada. Con el tiempo, se sumarán algunos otros centros que se van implantando con el objeto de completar y matizar esta labor pro-infancia minusválida.

La Congregación de las Hermanas Franciscanas Hijas de la Misericordia, en su Consejo General del 27 de mayo de 1960, dió luz verde al proyecto de construcción de un conjunto sanitario-docente para “niñas parálíticas” con la finalidad de contribuir a su tratamiento recuperador y a su educación docente especial. Dicho centro se ubicaría en el Camino de Son Gotleu, entonces en las afueras de la ciudad de Palma, actualmente en Calle Francesc Juliá, 54 de Palma.

El alma mater de este proyecto fue Sor María Mulet Quetglas, Superiora General de la Congregación entre 1959 y 1971, conocedora de que en Mallorca no existía ningún centro con estos propósitos, a excepción del Sanatorio de San Juan de Dios, pero sólo para niños varones.

Se trataba de dar asistencia sanitaria y escolarizar a alumnas con discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas. Como se ha referido en algún otro capítulo del presente texto, el Estado Español hasta el año 1970 sólo atendía la discapacidad sensorial, por tanto el resto de la infancia que sufría algún otro tipo de minusvalía, quedaba excluido del marco normativo oficial. A partir de la segunda mitad de los años 60, se crean en diversas provincias españolas Escuelas de Educación Especial por iniciativa de la propia sociedad, y gracias al impulso de diferentes instituciones como Cajas de Ahorro, Diputaciones provinciales, asociaciones de padres, congregaciones religiosas.

⁴⁸Para la elaboración de esta información el autor, aparte de utilizar la bibliografía adecuada, que se relaciona al final del capítulo, hace constar el dato de que formó parte del personal facultativo del Centro Mater Misericordiae de Palma de Mallorca como médico especialista rehabilitador desde 1979 hasta 2003.

El caso de la gestación de Mater Misericordiae es muy parecido al del Sanatorio de San Juan de Dios, pues ambas iniciativas, partiendo de la sensibilidad de instituciones religiosas, hubieron de esforzarse en recaudar fondos de la sociedad civil de aquellos años. Los donativos, suscripciones y limosnas de la sociedad mallorquina de la época quedaron perfectamente reflejados en los archivos de estas instituciones. En la evolución del Centro Mater Misericordiae distinguiremos unas etapas:

Etapa de implantación

Mater Misericordiae abriría sus puertas el 25 de octubre de 1964 con cuatro pabellones diferenciados: pabellón de niñas paralíticas con gimnasio y dormitorio con 38 camas; un pabellón de educación especial con dormitorio para otras 42 niñas; el pabellón de la comunidad rectora con 20 celdas para las religiosas y el pabellón para las jóvenes postulantes con capacidad para 14 novicias.

El 15 de febrero de 1965 se inauguró el Departamento de Rehabilitación propiamente dicho y el quirófano adjunto al mismo se inauguró el 19 de octubre de 1965. El Dr. Manuel Mora, también contratado como traumatólogo para este centro, realizó la primera intervención quirúrgica en esta fecha.

A los cuatro meses de la inauguración había 32 niñas ingresadas, cifra que no ha dejado de crecer hasta la actualidad. En el curso 1966-1967 el centro tenía una matrícula de 86 niñas distribuidas en siete grupos, organizados según el coeficiente intelectual. Se las agrupaba según la edad mental y el grado de inadaptación. En pocos años, aumentó progresivamente el número de alumnos hasta estabilizarse en 260 en las décadas de los 70 y 80.

En sus inicios, la actividad del centro era preferentemente de ámbito sanitario, insistiendo en el tratamiento ortopédico, quirúrgico y de rehabilitación, quedando en segundo término la actividad educativa.

Mater Misericordiae sería con el tiempo el centro introductor en Baleares de la terapia Vojta⁴⁹ en el tratamiento fisioterápico de la parálisis cerebral

II HOSPITALES PÚBLICOS

A partir de la década de los años 50 del pasado siglo, Palma ofrece la siguiente dotación de hospitales públicos. A continuación se describe la situación en que operaban estas instituciones en la década de los años 50.

La creación o el declive del conjunto de instituciones sanitarias de Mallorca, pero también de Menorca, Ibiza y Formentera, van a influir en la propia evolución y dinámica de transformación que afectará al HSJD. En unos casos la repercusión sobre la actividad del HSJD va a ser positiva y favorecedora para el hospital; en otros casos inducirá a realizar cambios de orientación en la planificación hospitalaria juandediana.

⁴⁹ El método Vojta es un sistema de tratamiento fisioterápico utilizado en niños y adultos afectados de alteraciones del sistema nervioso central, trastornos motores y/o posturales, que se basa en la terapia de la llamada "locomoción refleja". Fue puesto a punto por el neurólogo y neuropediatra checo Vaclav Vojta (1917-2000). Nota del autor

II.1 HOSPITAL SON DURETA⁵⁰

El Hospital Son Dureta, antes Residencia de la Seguridad Social “Virgen de LLuch”, se comenzó a construir el 1 de mayo de 1949 y se abrió al público el 15 de septiembre de 1955. La inauguración oficial tuvo lugar el 6 de junio de 1956, con un exiguo cuadro de profesionales sanitarios: dos médicos residentes hospitalarios, 30 enfermeras y 13 religiosas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

El Hospital Son Dureta, en su evolución y desarrollo representaría la institución hospitalaria de Mallorca que de una forma más trascendente y continuada influiría sobre la evolución y las iniciativas del conjunto de instituciones sanitarias públicas de Baleares (Hospital General, Casa de Socorro, Hospital Psiquiátrico, Hospital Juan March, Hospital de la Cruz Roja) y, como no podía ser de otra manera, también sobre el HSJD. A medida que el Hospital Son Dureta iría implantando, ampliando y configurando los nuevos servicios clínicos, el HSJD debería amoldarse a cada nueva situación, matizando sus estrategias funcionales, evitando confrontaciones y duplicidades y favoreciendo las sinergias de colaboración con el gran hospital de la Seguridad Social.

La misma política de adaptación y colaboración decidirá implementar el HSJD cuando en años posteriores irán surgiendo el resto de hospitales de la asistencia pública: Hospital de Manacor, Hospital Comarcal de Inca, Hospital Son Llätzer y finalmente Hospital Son Espases.

El HSJD se verá impelido a buscar los nichos de oportunidad de actividad hospitalaria y clínica, que con visión estratégica de futuro, irán surgiendo con el devenir y evolución de la atención sanitaria, hasta lograr finalmente, en el año 2013, su incardinación como un elemento más de la red hospitalaria pública del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Estudiando el desarrollo y evolución del Hospital Son Dureta se distinguen diversas fases:

Fase inicial⁵¹

La principal institución hospitalaria pública de Palma en la época que estamos reseñando, entró en funcionamiento en septiembre de 1955 con el nombre de Residencia Sanitaria “Virgen de LLuch”, para atender a los beneficiarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). La construcción se inició en 1949 bajo los planos del arquitecto Martín José Marcide, siguiendo el diseño de hospitales norteamericanos. Cada planta poseía dos unidades de hospitalización y en total se instalaron 300 camas. Su apertura marcó un auténtico hito en la asistencia sanitaria pública de las Baleares. Se inició con una plantilla de 150 trabajadores, con una dotación de entre dos médicos residentes, 30 enfermeras y 13 religiosas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Se había planificado para hospitalización quirúrgica y toco-ginecológica, con unos iniciales Servicios Centrales y unos médicos especialistas consultores.

Cada médico especialista quirúrgico de las especialidades implantadas en la época, o cada toco-ginecólogo tenía asignada su zona y debía asumir tanto las patologías programadas como las urgentes que pudieran sobrevenir bajo la competencia de su aérea de responsabilidad.

⁵⁰ El autor obtuvo plaza y desarrolló su labor profesional como médico adjunto especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Son Dureta entre los años 1975 a 1995.

⁵¹ En la descripción de las fases históricas del desarrollo funcional y estructural de la Residencia “Virgen de LLuch”, después Hospital Son Dureta se sigue la sistemática planteada por Eduardo Jordá López en su Tesis «Historia del Hospital Son Dureta» (Tesis doctoral, Universidad de les Illes Balears, 2006).

Posteriormente, los propios médicos especialistas organizaron los turnos de las guardias semanales.

Los llamados Servicios Generales o Centrales eran: Análisis clínicos, Radiología, Anestesia, Hematología y Anatomía Patológica. Los médicos consultores eran para Medicina Interna, Pulmón y Corazón, Pediatría y Aparato Digestivo.

Al inicio, funcionó con un régimen de residencia, realizando únicamente ingresos de pacientes para procesos quirúrgicos y casos de partos distócicos, hasta que en 1969 se jerarquizó el primer servicio de Medicina Interna.

II.2 HOSPITAL GENERAL

Fundado el 29 de mayo de 1456 por el Rey Alfonso V de Aragón llamado también el Sabio o el Magnánimo (1396, Medina del Campo-1458, Castel dell'Ovo en Napoles), fue el fruto de un laborioso proceso de unificación y racionalización de diversos pequeños hospitales de administración particular y privada o de las órdenes religiosas. Como en muchos otros hospitales, el nacimiento va unido al tesón y al esfuerzo de alguna persona. En el caso de Mallorca el que merece el título de padre del Hospital General era un franciscano maestro de teología, Bartomeu Catany (¿?, Felanitx-1462, Palma). El hospital se construyó en unos terrenos cedidos por Miquel Vell y unas casas donadas por los hermanos Mateo y Vicent Rubí.

La vida del hospital irá para siempre unida a la iglesia aneja. El hospital dependía del Gran i General Consell, y además de enfermos, acogía a los niños expósitos, hasta que a finales del siglo XVIII, se creó la Reial Casa d'Expòsits.

En el siglo XIX el hospital pasó a depender de la Diputación Provincial y se estructuró de una forma más moderna en cuatro grandes secciones: cirugía de hombres, cirugía de mujeres, medicina de hombres y medicina de mujeres.

En la década de 1950 el personal puramente asistencial sanitario lo constituían: nueve médicos profesores de sala, dos médicos de clínica, tres médicos de entrada, siete médicos de guardia y veinticinco religiosas hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Los pacientes ingresados eran fundamentalmente de beneficencia.

En 1973, se llevó a cabo una remodelación arquitectónica con la construcción de habitaciones de una a cinco camas. En 1975, se construyó una zona de aislamiento para enfermos infecciosos graves, dentro del Servicio de Medicina Interna.

Precisamente alrededor del año 1973 el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital General de Palma se configuró sobre la base de los Dres. Félix Pons Delgado y Antonio Pérez Feliu, profesionales ya consolidados, a los que se sumaron un conjunto de jóvenes especialistas con distintos grados de formación. Con el devenir del tiempo estos mismos profesionales formarían parte del equipo de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HSJD a partir de 1975, cuando dicho centro experimentó la transición de sanatorio infantil a hospital de adultos.

II.3 HOSPITAL JOAN MARCH

Centro hospitalario situado sobre una colina en la finca Caubet del municipio de Bunyola. Fue donado a la población de Mallorca por D. Juan March Ordinas, en la finca que éste había adquirido al marqués de Campo Franco en 1919. La primera piedra se colocó en 1928. La historia de la donación del hospital empezó bajo la dictadura de Primo de Rivera, se paralizó durante la

República, se hizo operativa durante la Guerra Civil y se materializó durante el franquismo. En 1938 el primogénito del donante Don Juan March, hizo entrega al Preventorio del Patronato Nacional Antituberculoso.

El 17 de octubre de 1945 se produjo la inauguración oficial del complejo hospitalario por el ministro de Gobernación Blas Pérez González y el Director de Sanidad Dr. Palanca.

Entre 1938 y 1968 el complejo hospitalario era conocido como Patronato Nacional Antituberculoso “Sanatorio Caubet”.

El hospital entró en funcionamiento y dedicó su atención al aislamiento y tratamiento de los pacientes tuberculosos y a la profilaxis de sus parientes, especialmente los hijos. El tratamiento preventivo seguido en aquellos tiempos consistía en la fisioterapia, la helioterapia, la hidroterapia, la roentgenterapia, aplicación de rayos ultravioletas, mecanoterapia y escuela al aire libre. También se aplicaban, según el consenso médico de la época, el neumotórax, la frenicectomía, el oleotorax y el plombage.

Posteriormente, en las décadas de los 50 y 60 se introdujo de forma fehaciente el tratamiento por tuberculostáticos y la antibioterapia antituberculosa.

En 1968 se había cambiado la primitiva denominación de Sanatorio Caubet a Hospital de enfermedades del tórax “Juan March”. Esta segunda época duraría hasta 1991.

Tras la introducción de la rifampicina en 1972 se abrió una nueva etapa, y a medida que la tuberculosis fue remitiendo por la eficacia de la medicación, el área de asistencia del hospital se amplió a otras enfermedades del tórax.

II.4 HOSPITAL MILITAR

En general, las relaciones entre el Hospital Militar de Palma y el HSJD a lo largo de la coexistencia del primero han sido escasas pero de colaboración. Como se detalla en el capítulo de Convenios, existieron varias iniciativas de colaboración entre ambas instituciones.

El Hospital Militar se ubicaba en la esquina de las calles Olmos y San Miguel de Palma, en el solar de un antiguo convento de franciscanos que más tarde habitaron las monjas de Santa Margarita. El convento fue destinado a Hospital Militar a partir de 1846, a raíz de la desamortización de Mendizábal. Durante la guerra civil española tuvo una gran actividad asistencial. El edificio constaba de planta baja y cinco pisos estructurado en torno a un patio central. Atendía a personal de las Fuerzas Armadas y a sus familiares. Poseía una dotación máxima de 200 camas. Estaba dotado de todos los servicios propios de un hospital general de agudos.

II.5 HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD

Antigua clínica privada, fundada en 1964 y situada en la calle Gessamí 31, en el barrio del Vivero de Palma. Posteriormente, en 1971 fue transferida a la “Obra 18 de Julio” y en 1976 fue adquirida por la Seguridad Social.

II.6 CASA DE SOCORRO

Fue creada el 16 de junio de 1868 por el municipio de Palma, siendo alcalde de Palma D. Manuel Mayol Bauzá y reinando en España Doña Isabel II. Quedó instalada en las dependencias de la casa consistorial. En 1891, siendo alcalde accidental D. José Barceló Bugallal se trasladó a un local de la calle San Magín, número 207, en el barrio de Santa Catalina. En 1892 el alcalde D.

Guillermo Montis, marqués de La Bastida, encargó un nuevo proyecto al arquitecto municipal Sr. Chapuli. En 1894 se alquiló un local en la Plaza de Santa Eulalia, 14, donde permanecería. En 1904 se estableció un laboratorio de higiene municipal. Posteriormente, tuvo lugar una reforma en 1910 y una segunda reforma en 1933, siendo alcalde D. José Tomas de Rentería, ampliándose considerablemente la capacidad de este centro. La tercera reforma se realizó en 1980 siendo alcalde D. Ramón Aguiló Munar.

La Casa de Socorro ha estado siempre vinculada a la beneficencia municipal. En el año 1885, siendo alcalde de Palma D. Heriberto Granell, se acordó que la Comisión de beneficencia fuera la encargada de la Casa de Socorro. Sin embargo, las asistencias prestadas no quedaron registradas hasta el año 1913, cuando fue aprobado el Reglamento remitido por el Dr. Gayá, director de la Casa de Socorro. En 1933 fue muy potenciada por el alcalde D. Emilio Darder Cànaves, dotándose a la institución de nuevos recursos materiales. Ofreció servicios de urgencias, consultas médicas externas y administración de vacunas. Había consultas de medicina general y especialidades de oftalmología, odontología, dermo-venereología, otorrinolaringología, maternología e infancia, servicio de rayos X y salas de curas, con dormitorios para el médico de guardia, el practicante de guardia, el chófer de la ambulancia y depósito de cadáveres. También organizaba la inspección médica escolar. Carecía de camas para hospitalización de pacientes.

Para tener una idea de la actividad que desarrollaba la Casa de Socorro de Palma, en el año 1950, cuando Palma tenía un censo de 136.814 habitantes, se contabilizaron 3.235 asistencias. Las lesiones registradas eran preferentemente contusiones, erosiones, heridas, quemaduras, magullamientos, fracturas, luxaciones, lesiones por armas de fuego, lesiones punzantes, desgarros, avulsiones, cuerpos extraños, esguinces y solo un 1% eran procesos sin lesión.

Durante la década de los años 60 del siglo pasado tuvo una gran actividad, disponiendo de una ambulancia propia y atendiendo a los beneficiarios de la beneficencia municipal, a los funcionarios municipales y a las urgencias del término municipal de Palma.

II.7 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Establecimiento dedicado a la atención médica hospitalaria de los enfermos psiquiátricos. Abrió sus puertas en 1911. En posteriores adaptaciones se amplió, inaugurando los tratamientos de laborterapia, taller de albañilería, jardinería, carpintería y herrería, así como talleres de confección de ropa para las mujeres. En 1931 se habilitó una consulta externa para enfermos sin recursos y se cambió el nombre por el de Clínica Mental de Jesús.

La dirección del Dr. Bartolomé Mestre Mestre (1965-1978) introdujo en Baleares la medicación ansiolítica y antidepresiva, reestructuró la asistencia psiquiátrica, amplió la plantilla de psiquiatras y reorientó las tareas de laborterapia. Se llegó a un convenio con la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona por el cual, entre los años 1972 y 1978, la Escuela Profesional de Psiquiatría, impartía los cursos de la especialidad en el propio hospital.

III HOSPITALES PRIVADOS SIN ÁNIMO DE LUCRO

III.1 HOSPITAL-DISPENSARIO DE LA CRUZ ROJA

La actividad que la Cruz Roja ha desplegado en las Baleares a lo largo de los 140 años de su presencia e implantación en nuestras islas, se ha ido adaptando a las variaciones y las necesidades colectivas de cada momento. En esta evolución se pueden distinguir siete etapas básicas, según datos extraídos del libro *“La Creu Roja a les Balears”* de Miguel Alemany Fuster.

En el aspecto relativo a las relaciones con el HSJD, se debe apuntar que ambas instituciones son de régimen privado pero sin ánimo de lucro, por lo que siempre han desarrollado caminos parecidos en cuanto a sus relaciones y convenios con la Seguridad Social tanto nacional como después autonómica. Además, excepto situaciones muy puntuales, ambos hospitales han trabajado en patologías distintas, eligiendo la Cruz Roja la cirugía general y el HSJD la cirugía ortopédica.

Siguiendo a Miguel Alemany Fuster se distinguen una serie de etapas en la historia hospitalaria de la Cruz Roja de Palma.

Los inicios

La primera etapa va desde el nombramiento del primer Delegado de la Cruz Roja en 1873, hasta 1899. En esta fase se focalizó la atención en prestaciones de beneficencia a favor de personas marginadas y excluidas, y en el envío de fondos para la curación y recuperación de heridos de guerras o catástrofes naturales.

Los dispensarios: la beneficencia sanitaria y médica

Esta etapa se inició en el año 1900, cuando el presidente de la entidad, el General D. Camilo García Polavieja, infundió dinamismo a la institución y la orientó a la prestación benefactora de servicios sanitarios y médicos: primeros auxilios, asistencia ambulatoria, consultas, intervenciones quirúrgicas, en un marco general del país en el que existía un déficit notable en la prestación pública de estos servicios.

El Hospital actual de la Cruz Roja de Palma fue habilitado en un edificio que había sido construido entre los años 1934 y 1935 como una residencia particular de la familia Buades. En 25 de marzo de 1949 dicho edificio fue adquirido por la Cruz Roja para la ubicación del hospital, situado en la Calle 31 de Diciembre esquina con la calle Pons y Gallarza, 90.

Su campo de acción estuvo enfocado especialmente a la asistencia quirúrgica a enfermos de la beneficencia y particulares. También se especializó en atender en casos de catástrofes y emergencias, para lo que disponía de médicos, tropas sanitarias, damas auxiliares y ambulancias. Esta etapa, que tiene una duración de 36 años, concluye con el inicio de la guerra civil española en 1936.

La Cruz Roja durante la guerra civil

La Cruz Roja presente y activa en ambos bandos de la contienda se afanó en la atención a heridos y enfermos y a las familias en situación vulnerable. A nivel internacional, se hicieron campañas de captación de recursos económicos que aportaron medios incluso superiores a los esperados.

La institución estuvo presente en los escenarios bélicos. Sus voluntarios atendían puestos de socorro, hospitales de sangre, hospitales de evacuación, ambulancias para el traslado de heridos y fallecidos, entierro de difuntos, etc. También estaban presentes en la llamada defensa pasiva, comunicación de familias separadas por la contienda. En esta etapa aumentó la producción de servicios de beneficencia sanitaria, respondiendo al aumento de las necesidades colectivas. Esta etapa concluyó en 1939.

El Hospital. La beneficencia hospitalaria

La cuarta etapa se extiende desde el final de la guerra civil hasta el año 1970. Abarca un período de 31 años. Consistió en la puesta en marcha del hospital de Palma de Mallorca con una

capacidad inicial de 80 camas. En este nuevo contexto, los servicios hospitalarios atendían a dos grupos de pacientes: los que no disponían de recursos y los enfermos de pago. Recordar, que en la década de los 50 en la ciudad de Palma solo existían la Casa de Socorro, el Hospital General y el Hospital de la Cruz Roja para atender a pacientes sin recursos.

Esta etapa constituyó un éxito desde el punto de vista de su aceptación y frecuentación por parte de la población local. La Cruz Roja adquirió visibilidad y buena imagen, en mucha parte debido a la excelente ejecutoria del cirujano Jefe de Servicio y director del centro, el Dr. Gonzalo Aguiló Mercader, de la sacrificada contribución de las Hermanas Franciscanas y del acierto con que ejerce la presidencia ejecutiva del Hospital, Doña Ana Bucher Bodmer.

IV CENTROS PRIVADOS

En general, la repercusión de los centros privados ha sido escasa sobre la evolución y los cambios en el HSJD. El perfil de pacientes era completamente distinto.

Se hace una breve reseña de los principales centros privados presentes desde 1950 hasta la actualidad. Cabe comentar que no se relacionan los centros clínicos preferentemente privados que carecen de hospitalización, realizando únicamente atención médica urgente o programada en consultas externas, exploraciones complementarias o cirugía sin ingreso.

IV.1 CENTROS PRIVADOS EN FUNCIONAMIENTO

Clínica Juaneda

Fundada en 1917 por el Dr. Onofre Juaneda Salom. En sus inicios fue pionera en cirugía, sistemas de asepsia y radiología, como resultado de la amplia formación clínica de su fundador, que había frecuentado los últimos progresos de organización clínica y asistencial de la época en Madrid, París y Londres. En 1937, se transformó en Clínica Naval de Baleares. En el año 1958 fue devuelta a sus propietarios originales. Desde mediados del siglo XX se orientó preferentemente a la atención de la población turística de la isla, que empezaba a cobrar importancia en número y cantidad de aseguradoras que cubrían la asistencia médica en los viajes; no obstante no abandona la atención de la población balear. En 1963, creó el primer servicio de urgencias médicas de Mallorca.

Clínica Mutua Balear

Propiedad de la Mutua Balear de Accidentes de Trabajo. En 1942 se integró en la clínica Mare Nostrum. En 1968 adquirió otro edificio en la calle Obispo Campins, 4, para la rehabilitación de sus afiliados y otros colectivos. Confió esta responsabilidad a la orden de los Hermanos de San Juan de Dios, los cuales dirigirán este aspecto desde 1972 a 1976.

Clínica Rotger

Dicha clínica, ubicada en la calle General Riera de Palma, fue fundada por el Dr. Ramón Rotger Moner en el año 1944. Inicialmente contaba con 19 habitaciones que se amplían a 70 en el año 1963. Se atendían únicamente las afecciones quirúrgicas.

Policlínica Miramar

En 1969, la Agrupación Médica Balear (AMEBA) construyó y puso en marcha dicha policlínica médico-quirúrgica. Su primer director médico fue el Dr. Juan Munar Marqués y a partir de 2013, forma parte del grupo sanitario privado Juaneda. El conjunto sanitario consta de tres edificios y

zona ajardinada periférica. El llamado edificio central, el primero que se construyó en 1969, tiene una superficie de 4.000 metros cuadrados en cinco plantas. En dicho edificio, se ubican las urgencias, las unidades de hospitalización, el hospital de día, UCI, quirófanos, servicios centrales, administración y comedor-cafetería.

Clínica Palma Planas

Se fundó en 1927 por el cirujano Vicente Planas Rosselló, orientada a la ginecología y cirugía general. Durante la Guerra Civil, la Junta de Defensa Pasiva antiaérea la incluyó en la red de hospitales en los que debían ser atendidos los heridos graves. En 1967, siendo su director el Dr. Antonio Planas Hevia, se produjo el traslado a un edificio de la calle Menorca de Palma, y se amplió notablemente su cartera de servicios.

IV.2 CLÍNICAS QUE COEXISTIERON CON EL HSJD Y QUE POSTERIORMENTE CESARON SU ACTIVIDAD

Clínica Femenía

Fundada en 1942 por el Dr. Juan Femenía Perelló. Era una institución sanitaria dedicada casi exclusivamente a la cirugía del aparato digestivo. Posteriormente, fue pionera en la aplicación de los sistemas de riñón artificial en pacientes con insuficiencia renal crónica. Finalizó su actividad en el año 2010.

Clínica Ferrando

Situada en la Plaza de la Porta de Santa Catalina, antes llamada Plaza de los Jinetes de Alcalá. Se dedicó a la cirugía general y a la otorrinolaringología. Cerró al enfermar gravemente su promotor el Dr. Ferrando.

Clínica Peñaranda

Fundada en la década de los 40 por los hermanos Virgilio y Vicente García Peñaranda. Se dedicó preferentemente a la cirugía general.

Clínica Grau

Fundada por el Dr. Antonio Grau. Se practicaba la cirugía general. Obtuvo un concierto con el SOE, mediante el que el propietario podía operar a los asegurados del SOE en su propia clínica.

Clínica Mare Nostrum

Sociedad de seguro privado, creada al amparo de la Mutua Balear de accidentes de trabajo desde 1918. La clínica Mare Nostrum se creó en 1942.

Clínica Munar

Fue creada en 1925 por el Dr. Jaime Munar Pou, con dedicación a la cirugía general y abdominal y a la ginecología. La clínica cerró después de la muerte de su fundador en 1955.

Clínica Valdés

Fue fundada en el año 1920 por el Dr. Francisco Valdés Guzmán con dedicación especial a las afecciones del aparato locomotor y a la traumatología. La clínica cerró el año 1969, coincidiendo con el fallecimiento del Dr. Valdés.

V MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO

La Ley de Accidentes de Trabajo fue promulgada el 30 de enero de 1900 y publicada en la Gaceta de Madrid el 31 de enero de 1900. Dicha Ley con un desarrollo de 21 artículos define entre otros muchos conceptos, la naturaleza del accidente de trabajo, el sujeto responsable, el tipo de actividades, las indemnizaciones para los accidentados, etc. Lo firmó el 30 de enero de 1900 la Reina Regente y el Ministro de la Gobernación, Don Eduardo Dato Iradier (La Coruña, 1856-Madrid, 1921). Es la llamada Ley Dato de Accidentes de Trabajo. Con esta Ley empezaba realmente la historia de la Seguridad Social en España.

Al amparo de esta Ley de 1900 empezaron a inscribirse las primeras Mutuas de Accidentes de Trabajo. En ocho años (1901-1908) se registraron diez sociedades como Mutuas; de ellas el 60% en Barcelona y otras en Madrid, Vitoria, Santander y Gijón.

Una nueva Ley de Accidentes de Trabajo y su Reglamento son promulgados el 8 de octubre de 1932 y 31 de enero de 1933. Con la nueva legislación aparecerán elementos nuevos en el sistema de protección.

En 1955 se produjo la regulación específica de los accidentes de trabajo, mejorando la antigua legislación de 1932. La Ley de Accidentes de Trabajo de 22 de diciembre de 1955 y el Decreto de 22 de junio de 1956, en su desarrollo reglamentario, introdujeron modificaciones que es interesante retener por su influencia posterior en las líneas de actuación:

- Se estableció la denominación definitiva de Mutuas Patronales de Accidentes Laborales.
- Se reunificaron los regímenes, hasta entonces diferenciados, de accidentes de trabajo en la industria, la agricultura y el mar.
- Se introdujo el concepto reparador, donde empezaban a tenerse en cuenta, a parte de los tradicionales criterios económicos, los aspectos valorativos de tipo humano.

El entorno de los años 50 es de un gran cambio a todos los niveles. En Europa, la acción coordinada de Alemania, Francia, Italia, Bélgica, Holanda y Luxemburgo, mediante el Tratado de Roma de 1957, dió lugar a la creación de la Comunidad Económica Europea. En España, en 1959 se puso en marcha el Plan de Estabilización. A lo largo de todo el periodo desde 1900 a 2006, han existido en España unas 275 Mutuas de Accidentes de Trabajo; siendo en 1959 el año que coexistían mayor número de ellas. Posteriormente, a lo largo de los años sucesivos y especialmente hacia 1989-1990 se empezó un movimiento de fusión, absorción y desaparición de varias de dichas entidades, con lo cual en la actualidad permanecen únicamente 26 a nivel nacional y en menor número en las Islas Baleares.

De las que operan en las Islas Baleares, con cierta frecuencia han utilizado los servicios asistenciales del HSJD, bien sea el propio hospital o el centro asistencial de Palma, realizando el ingreso de accidentados para cirugía o rehabilitación o bien tratamientos ambulatorios de rehabilitación y seguimientos de control en consultas externas.

VI COMPAÑÍAS DE SEGURO DE ACCIDENTES DE TRÁFICO⁵²

El seguro de accidentes de tráfico es cubierto obligatoriamente por diversas entidades. A lo largo de los años ha habido convenios con las distintas aseguradoras y el HSJD para la atención de los accidentados de tráfico, abarcando tanto el aspecto quirúrgico como la rehabilitación de los accidentados.

VII ASEGURADORAS MÉDICAS⁵³

Aunque en menor proporción, el HSJD ha establecido convenios de colaboración con distintas compañías de seguro médico, para la atención quirúrgica o médica y rehabilitadora de los asegurados. Se describen en el Capítulo XVI, Apéndice I.

⁵² Fuente: El mercado de Seguros por Provincias.

⁵³ Ibidem 52. Se describen en el Capítulo XVI, Apéndice I

VIII FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Jordà López, Eduardo. <<Historia del Hospital Son Dureta>>. Tesis doctoral. Universidad de les Illes Balears, 2006.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo Intermedio Militar de las Baleares.
- Centro de Historia y Cultura Militar de las Baleares.

Fuentes orales primarias

- Dr. José Luis Caride Eiras (Mutuas de Accidentes de Trabajo, Compañías de Seguro de accidentes de tráfico y Aseguradoras médicas)
- Dr. Pedro Lucas Riquelme Cantero (Hospital Militar de Palma)
- Jesús M^a Luna Fernández. Director-gerente Centros Mater Misericordiae de Palma.
- Jaime Mayrata Fiol. Delegado de Mutua Universal en Baleares.

Fuentes documentales secundarias

- Alenyà Fuster, Miquel. *La Creu Roja a les Balears. 140 anys d' acció humanitaria (1874-2014)*. Palma: Creu Roja Espanyola, 2014.
- Aragó Mitjans, Ignasi; Artigas Candela, José; Muntaner Pascual, José M; Soler Durall, Carles. *Plan general de Regionalización hospitalaria en Cataluña y baleares, 5ª región hospitalaria española*. Barcelona: Caja de Ahorros Provincial de la Diputacion de Barcelona, 1959.
- Ballester Añón, Rosa. « Cambios en la configuración asistencial y profesional en relación con la introducción de tecnologías médicas. Los hospitales de Alicante (1925-1960)» en Martínez Pérez, J.; Porrás Gallo, I; Samblás Tilve, P.y Del Cura Gonzalez, M. (Coord). *La medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha, pp.713-730, 2004.
- Beltran Pons, Bartolomé. *Enciclopedia Práctica de Medicina y Salud de Baleares. Dos volúmenes*. Palma de Mallorca: Promomallorca Edicions, S.A., 1995.
- Bonfield, Christopher; Reinartz, Jonathan y Huguet-Termes, Teresa. *Hospitals and Communities 1100-1960*. Berna: Peter Lang AG, 2013
- Fábregas, Pedro A. Los primeros 100 años. Mutua Universal. Aniversario 1907-2007. Barcelona: Ediciones Reunidas (Grupo Zeta), 2007.
- García González, José. *La implantación del hospital moderno en España: El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible*. Oviedo: Ediciones Nobel, 2011.
- Henderson, J; Pastore, A y Horden, P. *The impact of hospitals 300-2000*. Berna: Peter Lang, 2007.
- López Molina, J. y Esteban de Abizanda, R. *El hospital provincial de Baleares. 1456-1960. Monografía de historia, arte y estadística editada con motivo del V centenario de su fundación*. Palma de Mallorca: Imprenta-Escuela de Nazaret, 1961.
- López Ruiz de Azagra, Manuel. *Casa de socorro 1901-1950*. Palma: Ayuntamiento de Palma, 1987.
- Matas Pastor, Joan Josep. *Crónica 50 anys Mater Misericordiae*. Palma: Impresrapit para Rapitbook; 2015.

- Risse, Guenter B. *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*. Oxford: University Press, Inc, 1999.
- Rodríguez Tejerina, José María. *Historia de la Medicina en Mallorca. Tomo I, 1981; Tomo II, 1984; Tomo III, 1986*. Palma de Mallorca: Caja de Baleares “Sa Nostra”, 1981-1986.
- Rosenberg, Charles E. *The care of strangers: the rise of America’s hospital system*. New York: Basic Books, 1987.
- Salmón Muñiz, Fernando; Arrizabalaga, Jon; García Ballester, Luis. « La introducción del hospital contemporáneo en España: La quiebra del modelo originario de organización de la Casa de Salud Valdecilla de Santander». *Acta Hispania ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol 7-8, año 1987-88. pp 249-273. Universidad de Granada.
- Vilar Rodríguez, Margarita y Pons Pons, Jerónima. « La construcción de la red de hospitales y ambulatorios públicos en España, 1880-1960» en *Documentos de Trabajo de la Asociación Española de Historia Económica, AEHE, nº 1609*. Año 2016

Páginas web

- El Mercado de Seguros por Provincias. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). <https://www.icea.es/es-ES>. Acceso 11/01/2017.

CAPÍTULO V. ESTUDIO DE POLIOMIELITIS EN ESPAÑA Y MALLORCA

I INTRODUCCIÓN

La existencia de casos de poliomielitis es muy antigua, pero fue a finales del siglo XIX y especialmente en el XX cuando la incidencia de la enfermedad se incrementó especialmente en Europa y Estados Unidos, presentándose en forma de sucesivos brotes epidémicos.

En Europa, durante la primera mitad del Siglo XX, entre el final de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y el de la Segunda (1939-1945) y en general entre los años 1920-1945, el estado de salud de la población se vio terriblemente afectado por un gran aumento de la morbilidad, derivado de la prevalencia de las enfermedades infecciosas (tuberculosis y poliomielitis infantil) y las enfermedades carenciales, entre ellas el raquitismo. Todas ellas aparecían agravadas por las situaciones sociales de pobreza y carencias post-bélicas, que incidían especialmente en las clases sociales más desfavorecidas. La consecuencia de esta gran morbilidad era la aparición de secuelas especialmente en la infancia que acarrearán situaciones invalidantes cuando no favorecedoras de patologías sobreañadidas que, a la postre, mellaban la sobrevivencia de esta población afectada.

El incremento de las infecciones poliomiélicas, con la aparición de casos paralíticos, visibilizó el problema social de la invalidez asociada a la enfermedad.

España, si bien no participó en ninguna de las dos contiendas, sufrió las mismas carencias que el resto de países europeos, habida cuenta de la tremenda experiencia de la guerra civil (1936-1939), y que no contó con los planes de ayuda americanos a Europa (Plan Marsall); sino más bien al contrario, ya que sufrió bloqueos de materias primas y de alimentos, solo paliados por la ayuda de países sudamericanos.

En 1954 el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, en un Primer Informe decía: *“La transformación de la parálisis infantil, relativamente rara en el siglo XIX, en la poliomielitis epidémica que hace estragos en casi todas las partes del mundo, plantea en nuestros días uno de los más angustiosos problemas sanitarios”*.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, consciente y conocedora de esta situación, atenta siempre a las necesidades de la población y más aun a las que no están asumidas por los poderes públicos, fue especialmente sensible al estado sanitario de la infancia y no escatimó los recursos a su disposición para paliar las situaciones de minusvalía infantil de las clases sociales desfavorecidas.

Es en este contexto de prevalencia de la poliomielitis en nuestro país (para nuestro estudio el caso concreto del Sanatorio Infantil de Palma de Mallorca) donde se incardina la acción benefactora de la Orden, la cual recogiendo el espíritu caritativo del legatario prócer D. Ramón Vallespir, promueve la implantación de un Sanatorio Infantil de San Juan de Dios en Mallorca, orientado a paliar los efectos de la infección poliomiélica y sus secuelas abarcando además, muchas otras patologías que como se verá generan también secuelas motoras infanto-juveniles.

Desde el punto de vista puramente epidemiológico la historia de la poliomielitis se puede dividir en tres fases:

1. Fase endémica que va desde la antigüedad hasta el siglo XIX, con actividad clínica esporádica.

2. Fase epidémica que abarca desde mediados del siglo XIX hasta los años 50 del pasado siglo, con una sucesión de brotes epidémicos de creciente magnitud y extensión geográfica.
3. Fase de control epidémico por la vacunación que se inicia en 1955 al comenzar a aplicarse la vacuna Salk, hasta la erradicación del mal. Así, en 1994 se certificó la erradicación de la poliomielitis en la región de las Américas de la OMS; en 2000 en la región del Pacífico Occidental y en 2002 en la región Europea.

II PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA POLIOMIELITIS⁵⁴

Prescindiendo de las descripciones clínicas de los autores de siglo XIX muy abundantes en la bibliografía médica, especialmente por los neurólogos y pediatras franceses (Dúchenne de Boulogne, Charcot, Cornill, Vulpian, Laborde, Cordier o Pierre Marie) o de procedencia centroeuropea o británica (Badham, Heine, Damaschino, Kussmaul), exponemos el cuadro clínico según lo describen los autores del siglo XX. Entre estos últimos poseemos información de autores españoles que describen el cuadro clínico, como son: Gaztelu y Zabarte (1910), Álvarez Rodríguez (1913) y Barraquer Ferré (1929).

Las fases sintomáticas descritas en el curso clínico de la poliomielitis pueden clasificarse en la siguiente secuencia: periodo de incubación, pre-paralítico, paralítico, de regresión y periodo de secuelas.

Primer periodo o de incubación

Varias publicaciones españolas como las de Gaztelu y Zabarte (1910), Álvarez Rodríguez (1913) siguen el esquema de Cordier que señala a este periodo con una duración de entre 12 y 36 horas. Otros autores señalan periodos de tiempo mayores para esta fase de la enfermedad (Wichmann señaló ente 1 y 4 días, Tinel-Giry de 8 a 12 días y Muller de una semana).

Segundo periodo pre-paralítico o de comienzo de la invasión

Este periodo es normalmente de entre tres días a una semana. Se caracteriza por fiebre elevada alrededor de 39 grados e ininterrumpida. Su descenso marca el final de esta etapa e inaugura la aparición de las parálisis musculares. Acompañan al cuadro febril un amplio conjunto de síntomas: depresión o excitación, síntomas gastrointestinales (inapetencia, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor intestinal, lengua saburral), síntomas neurológicos (cefalea, rigidez cervical, raquialgia, convulsiones, somnolencia o insomnio, delirios, hiperestesia cutánea, hiperalgesia con dolor a la presión de las masas musculares y de los troncos nerviosos), trastornos respiratorios e incontinencia de orina. La extremada prolijidad y variabilidad de la sintomatología en esta fase hacía difícil el diagnóstico diferencial, motivando así un retraso en el diagnóstico etiológico ya que se confundía con una enfermedad infecciosa más común y benigna. A mayor abundamiento existían formas frustres de esta fase en las que la clínica era muy evanescente y de forma repentina aparecían las parálisis (mornings palsy), lo que ponía en evidencia las dificultades con que el médico se hallaba ante esta patología.

Tercer periodo paralítico o de aparición de las parálisis

En esta fase desaparece el cuadro anteriormente descrito, a excepción de los dolores que continúan presentes y son más definidos en los puntos que después van a quedar afectados por

⁵⁴ Guido Fanconi y A. Wallgren, *Tratado de pediatría* (Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1965), 562-570.

la parálisis. Las parálisis aparecen bruscamente acompañadas de flaccidez y arreflexia tendinosa. Esta fase dura entre 4 y 30 días. Muchas veces después de la primera semana empieza la reversión de las parálisis.

Cuarto periodo de regresión o remisión de las parálisis

Esta fase de la patocronia se caracteriza por la progresiva reducción de las parálisis y la recuperación de la contractilidad de algunos músculos. Este proceso puede ser de duración muy distinta según los casos, estimando hasta un año de duración en algunos pacientes. Se acompaña por la aparición de las atrofas musculares, las alteraciones tróficas, las detenciones del crecimiento y las deformidades articulares u óseas. En esta fase resulta útil el diagnóstico electromiográfico y electroneurográfico.

Quinto periodo de atrofia y secuelas

Aquí aparecen la atrofia muscular, la suspensión del desarrollo óseo, la laxitud articular y la aparición de atrofas cutáneas junto con deformidades, retracciones tendinosas, lordosis y escoliosis. Esta fase puede durar otro año más a partir de la regresión total de las parálisis.

III HISTORIOGRAFÍA DE LA POLIOMIELITIS

III.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO DE LA POLIOMIELITIS⁵⁵

Gracias a estudios paleo-patológicos se sabe que la parálisis infantil tiene muchas referencias documentadas a lo largo de la historia de la humanidad:

- Origen hipotético en 3000-2700 a.C. en Oriente Medio y Próximo Oriente.
- Paso a las culturas urbanas de Mesopotamia y el Valle del Nilo.
- Momias egipcias del periodo predinástico en 3700 a.C.
- Un pequeño monolito de la XVIII dinastía egipcia (1400 años a.C.) representa un sacerdote del templo de Astarté en Menfis con una evidente atrofia y dismetría del miembro inferior derecho, cuya imagen se ha mostrado como el hipotético primer caso documentado de poliomiélitis en la historia.
- Una momia egipcia del faraón Siptah de la XIX dinastía datada en 1.200 años a. C. presenta lesiones semejantes a las secuelas de la poliomiélitis: pie equino, atrofas musculares y acortamiento del miembro inferior izquierdo.
- Descripciones de las secuelas infantiles en textos bíblicos y homéricos.
- Restos paleopatológicos en la Edad del Bronce Medio encontrados en Gran Bretaña, Grecia e Italia.
- Descripciones de las secuelas en los textos hipocráticos como en *las Epidemias*.
- Galeno (130-200) realizó una mención explícita al pie equino en la infancia compatible con una secuela post-polio.
- Testimonios retrospectivos de la enfermedad entre los siglos VI y XVIII aportados por representaciones artísticas de la polio (Jerónimo Boch o Peter Breughel el Joven).

⁵⁵José Vicente Toledo Maruhenda, «La poliomiélitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia» (Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández, Alicante, 2009).

La poliomielitis en Europa

En Europa, el médico inglés Michael Underwood (1737-1820), publicó en 1784 la que posiblemente sea la primera descripción clínica de la enfermedad. Otros autores como Sharr en 1822, J. Lobstein en 1829, J. Badham en 1835 publicaron observaciones sobre la parálisis infantil aunque la incluyen dentro del cuadro de otras afecciones paralizantes ya conocidas. Hay que esperar a Jacob Von Heine (1799-1879) quien en 1840, realizó la primera descripción del cuadro patológico como entidad morbosa con personalidad propia dentro de las parálisis, aunque sin aclarar la causa. Es en 1890 cuando el médico sueco Karl Oskar Medin (1847, Axberg-1927, Estocolmo), afirmó el carácter infeccioso y contagioso de la enfermedad, después de que dicho patólogo estudiara un brote epidémico acaecido en Estocolmo en 1888. La importancia de estos dos últimos autores en el esclarecimiento y delimitación de la enfermedad, llevó a la comunidad medico-científica mundial a bautizar el cuadro morboso como *“Enfermedad de Heine-Medin”*. Posteriormente, otros importantes autores como S. Cordier o Pierre Marie, en Francia, confirmaron el carácter epidémico de la enfermedad. Finalmente, en 1908, Karl Landsteiner (1868, Viena-1943 Nueva York) y Erwin Popper (1879- 1955) de Viena consiguieron aislar el virus causante de la poliomielitis.

Si bien la enfermedad era conocida por su presentación endémica, hay que afirmar que la emergencia de la poliomielitis en su forma epidémica se inició en el norte de Europa a finales del siglo XIX. Desde allí, se extendió a la Europa continental, siguiendo un patrón de difusión de norte a sur, y posteriormente a los Estados Unidos.

En el siglo XX, los episodios más relevantes se desarrollan en Suecia en 1905 con más de mil casos diagnosticados, en Noruega con una situación similar entre 1905 y 1906 y en los Países Bajos. En Islandia en 1924 y 1949 la incidencia de casos supera la tasa del 400 x 100.000. En Dinamarca, en 1952, la tasa era de 131,7 x 100.000, mientras que en EEUU, ese mismo año, la tasa era de 36,2 x 100.000. En 1955 los países más intensamente afectados fueron Islandia, Dinamarca, Suecia, Noruega, Suiza, Inglaterra y Alemania.

A mediados del siglo XX, Europa sufrió una nueva oleada de epidemias. En Alemania en 1950 se contabilizaron 2.831 casos, en Francia 1.979, en Italia 2.037, en Inglaterra 8.709, en Noruega 700 y en Dinamarca 1.572 casos de enfermedad. En este brote epidémico, en España se presentaron 442 casos en 1949, 1.600 en 1950 y 1.593 casos en 1952. El brote del año 1952 fue muy bien estudiado por P. González Rodríguez y J. Bosch Marín en un artículo publicado en el año 1953⁵⁶.

La poliomielitis en Norteamérica

Nueva York (USA) en el año 1907 registró entre 12.000 y 15.000 casos y posteriormente sufrió nuevos brotes epidémicos importantes en 1907, 1908 y 1916. Coincidiendo con el fin de la segunda guerra mundial se produjo en USA una nueva oleada de epidemias. Se constataron 20.000 casos entre 1945 y 1949. En 1953 se produce una nueva epidemia con 58.000 afectados. En 1955, Jonás Edward Salk (1914-1995) consigue la vacuna con virus inactivados aplicada por vía parenteral y en el mismo año Albert Bruce Sabin (1906-1993) presenta la vacuna con virus atenuados en su aplicación oral. La mayor facilidad de aplicación y eficacia de esta última, determinó que se adoptara la formulación de Sabin para las campañas preventivas de vacunación. Para comprender la eficacia de la vacunación basta recordar que los 5.600 casos del año 1957 quedaron reducidos a sólo 121 en el año 1964, según las estadísticas americanas.

⁵⁶ P. González Rodríguez y J. Bosch Marín «La parálisis infantil en España (estudio del brote epidémico de 1952)». *Revista de Sanidad e Higiene pública*, nº 27 (1953): 613-622.

Finalmente, en 1979 se registró la última infección por el virus salvaje de la poliomielitis en USA y todos los casos registrados posteriormente se consideran importados de otros países o inducidos por la propia vacunación.

III.2 POLIOMIELITIS EN ESPAÑA

Tras una presencia esporádica de la enfermedad en su presentación endémica, en el tránsito del siglo XIX al XX, algunos médicos empezaron a advertir el incremento del número de niños afectados con sus correspondientes secuelas. Ello tuvo lugar en la segunda década del siglo XX.

Hubo un primer brote en Valls (Tarragona) en 1896 citado por González Rodríguez en una publicación del autor del año 1953 y por J.F. Martínez Navarro en *“Los estudios epidemiológicos sobre la poliomielitis en España antes de la Vacunación”*⁵⁷.

Posteriormente, se documentaron nuevos episodios en Castilla y León (1908-1911), en el país Valenciano (1908-1913), Manzanares (Ciudad Real), Fraga (Huesca) y Barcelona en 1917, de los que apenas hay datos. Mejor documentadas están la epidemia de Madrid (1929), la de Santander (1930), estudiada por Arce Alonso y Clavero del Campo o la de Mallorca (1932), situación favorecida por la existencia desde 1929 del Servicio Epidemiológico Central de la Dirección General de Sanidad y por el establecimiento en el año 1930 de la notificación obligatoria de la poliomielitis y la consolidación del Servicio de Estadísticas Sanitarias. Posteriormente, en España en la post-guerra civil, se instaló una fase epidémica intensa y creciente que alcanzó la máxima intensidad a finales de los años 50 y principios de los 60, de la que solo se consiguió su reducción tras la primera campaña masiva de vacunación realizada en 1963 y principios de 1964.

Es a partir de 1916⁵⁸ cuando las autoridades competentes empezaron a adoptar en España las primeras medidas contra la invasión de la enfermedad. La Inspección General de Sanidad, siendo, Directores Generales, D. Manuel Salazar y D. Ruiz Giménez, publicaron circulares con disposiciones y recomendaciones para la lucha contra la poliomielitis y también se ordenó la recopilación estadística de los casos observados, con el fin de conocer exactamente el grado de afectación que pudiera sufrir el país.

Una Real Orden del 14 de noviembre de 1916 dispuso que la parálisis infantil (poliomielitis aguda) fuera comprendida entre las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria.

Los primeros brotes epidémicos oficialmente registrados se presentaron en 1917 en Manzanares, Ciudad Real, Huesca, Fraga, Barcelona, Mataró y Reus (1917). La mayor documentación disponible corresponde a los años 1929-1960, cuando se investigaron y publicaron los brotes acontecidos en Madrid, Cantabria, Mallorca y Andalucía.

En España, la morbilidad y mortalidad fueron relativamente bajas, con la presentación de ciclos cada dos o tres años de rápida difusión y afectando a amplios territorios. Las tasas de incidencia más elevadas se manifestaron en la década de los años cincuenta, presentando el año 1958 los valores más elevados: tasa de incidencia de 6,9 x 100.000 y tasa de mortalidad de 1,07 x 100.000. La introducción de la campaña de vacunación entre finales de 1963 y 1964 produjo un acusado descenso de la morbilidad con una tasa de 0,19 x 100.000 y de la mortalidad hasta una tasa de 0,13 x 100.000. A partir de 1988 no se han presentado más casos.

⁵⁷ J.F. Martínez Navarro «Los estudios epidemiológicos sobre la poliomielitis en España antes de la vacunación», *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 57 nº 5 (2013): Sept.-Oct.

⁵⁸ Opuscul 55. Tesis de Toledo Marhuenda

Cabe mencionar la aparición de una secuela extremadamente tardía de la infección poliomiélica, el Síndrome post-polio (SPP), que ha motivado periódicos y actualizados informes del Instituto Carlos III en 2001, 2002 y 2012. Dicho síndrome identificado a partir de la década de los 80 del siglo pasado, consiste en la aparición a muy largo término (años o décadas después de la infección) de signos tales como: fatiga extrema, dolor y atrofia muscular en nuevas áreas musculares así como en las que habían sido primariamente afectadas.

En España es interesante comparar las series históricas de 3 momentos distintos en la evolución de la enfermedad: los años 1931-1941 donde se observa una situación estable de la incidencia de presentación; años 1942-1963 con brotes epidémicos y la etapa de 1964-1990, correspondiente a la época post-vacunal.

III.2.1 Primera serie histórica (1931-1941). Casos totales de poliomiélica en España

En esta primera serie histórica (1931-1941) se reveló la relativa estabilidad en el número de afectados. Se constató la falta de datos en el intervalo de la guerra civil (1936-1939).

Tabla V.1. Casos de poliomiélica en España (1931-1941)

AÑO	CASOS
1931	473
1932	511
1933	505
1934	201
1935	324
1936	-
1937	-
1938	-
1939	-
1940	358
1941	247

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. ISC III

III.2.2 Segunda serie histórica (1942-1963). Casos totales de poliomiélica en España

En la segunda serie histórica (1942-1963) las tasas de incidencia de los brotes epidémicos en nuestro país fueron más elevadas. Se presentaron fuertes episodios los años 1950, 1952, 1955, 1956, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962 y 1963.

Tabla V.2. Casos de poliomiélica en España (1942-1963)

AÑO	CASOS	AÑO	CASOS
1942	741	1953	935
1943	593	1954	867
1944	532	1955	1.085
1945	499	1956	1.258
1946	311	1957	919
1947	482	1958	2.079
1948	335	1959	2.132
1949	522	1960	1.632
1950	1.597	1961	1.786
1951	541	1962	1.850
1952	1.576	1963	1.951

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. ISC III

En 1958 la tasa de incidencia fue de 6,9/100.000 habitantes, con una mortalidad de 1,07/100.000 habitantes.

En el periodo 1929-1963 el patrón típico de la poliomielitis se caracterizaba por:

- Ciclos cada tres-cuatro años.
- Estacionalidad estío-otoñal.
- Rápida difusión espacial. En Mallorca en 1927: 30 casos, en 1932: 76 casos
- Mayor número de casos en barrios periféricos y deprimidos.
- Entre el 85-90% en menores de cuatro años
- Tasa de secuelas elevada. En la epidemia de Mallorca el 57% de los casos presentó algún tipo de discapacidad.
- Tasa de letalidad variable. En Mallorca el 14%.
- Escasos recursos terapéuticos.

III.2.3 Tercera serie histórica (1964-1990). Casos totales de Poliomielitis en España

En la tercera serie histórica 1964-1990, la introducción tardía de la vacunación, en 1964, produjo un descenso acusado de la morbilidad (0,19/100.000) y la mortalidad (0,13/100.000).

Tabla V.3. Casos de poliomielitis en España (1964-1990)

AÑO	CASOS/ESPAÑA	MUERTES/ESPAÑA	CASOS/MALLORCA
1964	195	20	1
1965	62	16	0
1966	237	13	1
1967	336	9	0
1968	162	12	0
1969	396	14	0
1970	396	11	0
1971	249	18	1
1972	157	10	3
1973	159	6	6
1974	187	11	4
1975	222	3	0
1976	41	2	0
1977	39	1	1
1978	82	4	0
1979	17	1	0
1980	14	2	0
1981	14	0	0
1982	15	2	0
1983	25	0	1
1984	1	0	0
1985	3	2	0
1986	2	0	0
1987	9	2	0
1988	3	0	0
1989	0	0	0
1990	0	1	0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. ISC III e INE: defunciones según causa de muerte

A partir de 1990 toda la estadística baja a cifras que rondan el 0. Las tasas anuales de morbilidad y mortalidad por 100.000 habitantes, en el conjunto de España, son las siguientes:

Tabla V.4. Tasas nacionales de morbilidad y mortalidad en España (1931-1975)

AÑO	Tasa de Morbilidad x 100.000	Tasa de Mortalidad x 100.000
1931	2,04	0,09
1932	2,07	0,15
1933	1,21	0,11
1934	0,81	0,06
1935	1,17	0,08
1940	1,38	0,10
1941	0,95	0,09
1942	2,83	0,24
1943	2,24	0,29
1944	2,00	0,19
1945	1,86	0,10
1946	1,15	0,11
1947	1,73	0,18
1948	1,22	0,06
1949	1,88	0,16
1950	5,73	0,32
1951	1,92	0,21
1952	5,56	0,39
1953	3,27	0,22
1954	3,01	0,27
1955	3,74	0,32
1956	4,30	0,33
1957	3,12	0,23
1958	7,00	0,64
1959	7,12	0,86
1960	5,28	0,47
1961	5,84	0,34
1962	5,40	0,25
1963	5,28	-
1964	0,6	-
1965	0,19	0,13
1966	0,7	-
1967	0,1	-
1968	0,48	-
1969	1,17	-
1970	0,55	-
1971	0,75	-
1972	0,45	-
1973	0,44	-
1974	0,53	-
1975	0,65	-

Fuentes: F. Perez Gallardo, E. Nájera Morrondo y F. Ruiz Falcó. Revista de Sanidad e Higiene Pública, para los datos hasta 1962. Para los años sucesivos la información ha sido obtenida del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es)

Observando la tabla anterior se evidencia, ausencia de estadística durante el periodo de la Guerra Civil (1936-1939) y aumento paulatino pero evidente de los casos de poliomielitis en

España en el periodo de 1931-1962. Las tasas de morbilidad por 100.000 habitantes fueron de 1,17; 1,86; 3,74; 4,30 y 7,12 para los años 1935, 1945, 1955, 1956 y 1959 respectivamente.

III.2.4 Caso particular de la poliomielitis en Baleares

Según el trabajo *Epidemiología de la poliomielitis en España (Estudio de la morbilidad y mortalidad durante los años 1931-1935 y 1940-1962)*, realizada por los Dres. F. Pérez Gallardo, E. Nájera Morrondo y F. Ruiz Falcó, publicado en 1962, la tasa media de morbilidad provincial del periodo 1946-1957 para las Islas Baleares fue de 7 x 1.000.000 habitantes, la más baja entre todas las provincias españolas, teniendo en cuenta que Cádiz registró una tasa-media de 83 x 1.000.000 y Almería de 72 x 1.000.000. En Baleares, desagregando las cifras en tasas de morbi y mortalidad por 100.000 habitantes en el periodo 1927-1974, tenemos la siguiente situación:

Tabla V.5. Tasas provinciales de morbilidad y mortalidad. Mallorca (1927-1974)

AÑO	Nº casos	Tasa de Morbilidad x 100.000	Tasa de Mortalidad x 100.000
1927	30	8,1	-
1928	3	0,81	-
1929	-	-	-
1930	4	1,08	-
1931	1	0,27	-
1932	76	14,53	2,21
1933	2	0,53	-
1934	1	0,26	-
1935	6	1,04	-
1940		0,25	-
1941		0,73	-
1942		0,73	0,24
1943		0,89	-
1944	1	1,01	0,24
1945	-	0,48	-
1946	-	-	-
1947	-	-	-
1948	-	0,48	0,24
1949	-	-	-
1950	5	0,71	-
1951	5	1,18	-
1952	6	0,94	-
1953	7	1,41	0,47
1954	-	-	-
1955	9	2,10	-
1956	9	1,62	-
1957	11	1,16	-
1958	4	0,92	-
1959	79	11,04	1,84
1960		0,23	-
1961		2,95	0,23
1962		1,35	0,23
1963		0,89	-
1964		0,22	-
1965		-	-
1966		0,22	-
1967		-	-

1968	-
1969	-
1970	-
1971	0,18
1972	0,52
1973	0,68
1974	0,66

Fuentes: F. Perez Gallardo, E. Nájera Morrondo y F. Ruiz Falcó. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1962 y datos en el Arxiu del Regne de Mallorca. Tesis Doctoral V. Toledo Maruhenda

En la estadística para Mallorca, se destaca la mayor incidencia en los años 1932 y 1959 con sendos brotes epidémicos. Se detallan las características del brote epidémico de 1932.

III.2.5 Brote epidémico de 1932 en Mallorca

En el año 1932 después de unos casos de vanguardia ocurridos en los meses de febrero, abril, mayo, junio y julio, aparecieron repentinamente 15 casos en el mes de agosto, sucediéndose las invasiones en septiembre (19 casos), octubre (21 casos) y noviembre (12 casos) y descendiendo bruscamente en diciembre (1 caso). En total ese año se registraron 76 casos, con una mortalidad de 10 casos.

Tabla V.6. Distribución temporal epidemia poliomielitis Mallorca 1932

MESES	Nº casos	Defunciones
Enero	-	-
Febrero	1	-
Marzo	-	-
Abril	1	-
Mayo	2	-
Junio	2	-
Julio	2	-
Agosto	15	1
Septiembre	19	3
Octubre	21	5
Noviembre	12	1
Diciembre	1	-
Total	76	10

Fuente: Durich J.: *Una epidemia de setenta y seis casos de parálisis infantil en Mallorca*. *Revista de Sanidad e Higiene* 1934, 9: 417-43

Por poblaciones de Mallorca, los casos se distribuyeron de la siguiente manera:

Tabla V.7. Distribución geográfica epidemia poliomielitis Mallorca 1932

Población	Nº casos	Defunciones
Puigpunyent	2	3
Palma	24	-
Pont d' Inca	1	-
Marratxí	1	-
Santa Maria	2	-
Bunyola	2	1
Consell	1	-
Binissalem	4	-
Lloseta	1	-
Inca	4	2
Mancor	4	-
La Puebla	1	-
Pollença	3	-
LLubí	2	-
Sineu	4	1
Maria	1	1
Petra	5	1
Manacor	3	-
Artà	1	-
Felanitx	4	-
Porreras	1	-
Algaida	2	-
Santa Eugenia	1	-
Alcudia	2	1
Total	76	10

Fuente: Durich J.: Una epidemia de setenta y seis casos de parálisis infantil en Mallorca. Revista de Sanidad e Higiene 1934, 9: 417-43

De los 24 casos ocurridos en Palma, 8 ocurrieron en la barriada del Ensanche y otros 5 en las afueras. De los 52 casos del resto de la isla, 5 fueron en casas de campo aisladas y 11 en barrios de las afueras de las poblaciones. En cuanto a la agrupación por sexos, 46 casos se produjeron en varones y 30 en mujeres. En la distribución por edades, la epidemia de 1932 se manifestó con la siguiente distribución etaria.

Tabla V.8. Distribución por edades epidemia poliomielitis Mallorca 1932

Edades	Nº casos
De 0 a 6 meses	4
De 6 a 12 meses	8
De 1 a 2 años	22
De 2 a 3 años	25
De 3 a 4 años	8
De 4 a 5 años	5
De 5 a 6 años	1
De 6 a 7 años	1
De 7 a 8 años	1
De 26 años	1

Fuente: Durich J.: Una epidemia de setenta y seis casos de parálisis infantil en Mallorca. Revista de Sanidad e Higiene 1934, 9: 417-43

El resumen sintomático de los casos se detalla a continuación:

Tabla V.9. Distribución de formas clínicas epidemia poliomielitis Mallorca 1932

Partes paralizadas	Nº casos
Dos extremidades inferiores	25
Una extremidad inferior	14
Dos extremidades superiores	1
Una extremidad superior	8
Pierna-brazo homolateral	6
Pierna-brazo heterolateral	2
Cuatro miembros	4
Músculos respiratorios más otros grupos	8
Nervios craneales solos	2
Nervios craneales combinados	2
Dos extremidades inferiores más una superior	3
Tronco más extremidades inferiores	1

Fuente: Durich J.: Una epidemia de setenta y seis casos de parálisis infantil en Mallorca. Revista de Sanidad e Higiene 1934, 9: 417-43

No se dispone de datos desagregados del último brote epidémico de cierta consideración ocurrido en Baleares en 1959.

IV RESPUESTA DE LA SOCIEDAD AL PROBLEMA DE LA POLIOMELITIS

IV.1 AGENCIAS INTERNACIONALES: NFIP, OMS Y AEP

National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP)

Como respuesta de la sociedad civil frente al drama de la poliomielitis surgieron, tanto a nivel nacional como internacional, diversas iniciativas, la National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP) americana, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Europea contra la Poliomielitis (AEP), que se propusieron la lucha contra la enfermedad, la investigación de sus causas y la búsqueda de tratamientos y estrategias para paliar el daño social que la polio representó a nivel mundial en el siglo XX.

Entre estas agencias cabe destacar como la primera de ellas la NFIP, fundada el 2 de enero de 1938. Impulsada por Franklin Delano Roosevelt (1882-1945), presidente de EEUU (1933-1945), él mismo, afectado por poliomielitis. La misión original de la NFIP era “liderar, dirigir y unificar” la lucha contra la poliomielitis, proporcionando cuidados a los enfermos, erradicar la enfermedad y la investigación médica como por ejemplo el trabajo realizado por los virólogos norteamericanos Jonas Salk (1914-1995) y Albert Sabin (1906-1993) que lograron el desarrollo de las vacunas contra la polio. También suministraba equipamiento médico: pulmones de acero, programas de educación profesional, servicios de enfermería, tratamientos domiciliarios, voluntariado, atención psicológica, etc. La NFIP financió el I Congreso Internacional de Poliomielitis en Nueva York en 1948 y apoyó la lucha contra la polio en Europa. Posteriores congresos se desarrollaron en Europa: Copenhage (1951), Roma (1954) a los que acudieron científicos y clínicos españoles implicados en la lucha contra la enfermedad.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS, creada en 1948, a través de su Oficina regional inició su implicación en el asunto en 1949, realizando encuestas en los distintos países europeos, estableció comités de expertos,

elaboró guías internacionales para evitar la extensión de la enfermedad, promoviendo la distribución de pulmones de acero y respiradores en los puntos necesarios. Desde la OMS se promovió la creación de la que después sería la Asociación Europea contra la Poliomielitis (AEP). En nuestro país la presencia de los consultores de la OMS en las décadas de los años 50 y 60, favoreció el despegue y desarrollo de la rehabilitación española.

En su tesis doctoral, Toledo Maruhenda escribe lo siguiente: *“En el año 1988 se estimó que había 125 países con poliomielitis endémica, con un total aproximado de 350.000 casos declarados en todo el mundo. Asia y África se consolidaron como principales exponentes de la enfermedad. Ante esta situación, la OMS aprobó en Ginebra la resolución WHA 41.28 con el objetivo de conseguir la erradicación de la poliomielitis a nivel mundial para el año 2000. Se plantearon cuatro estrategias principales para el abordaje de la misma: los programas de inmunización rutinaria; los días nacionales de inmunización; las actividades de inmunización de barrido y el sistema de vigilancia de parálisis febril aguda”*

En 1990 se puso en marcha la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP). En 1994 todo el hemisferio occidental fue declarado libre de poliomielitis. En 1997 se registró el último caso de poliomielitis por el virus salvaje en la región del Pacífico Occidental y un año después en 1998 se produjo el último caso en la región Europea, certificándose la erradicación en 2002.

No obstante todo lo anterior, en una reunión anual del G8 celebrada en 2009 en Aquilea, un informe de la *“Global Polio Eradication Initiative”*, confirmaba la existencia de brotes en India, Afganistán, Nigeria y Pakistán.

Asociación Europea contra la Poliomielitis (AEP)

La AEP se constituyó formalmente en 1951 con la finalidad de establecer un medio de *“lucha común contra un mal que ignora fronteras y que afecta al conjunto de los países europeos provocando problemas médicos, epidemiológicos, sociales, financieros o administrativos que las experiencias individuales deberían ayudar a resolver”*. La AEP estableció un comité permanente presidido por el francés Pierre Lepine (Lyon 1901-1989), director del laboratorio de virología del Instituto Pasteur de París. El médico español Juan Bosch Marín (1902-1995) ocupó una vicepresidencia de la AEP entre 1955 y 1961. La actividad de la Agencia perseguía el establecimiento de una vía europea para afrontar el grave problema de la poliomielitis y se celebraron 12 simposios en los que se fueron presentando y comentando las principales cuestiones referentes a la enfermedad. Se debatió mucho sobre las características que debían poseer los centros que admitían a los pacientes de polio, en fase aguda o de secuelas, su ubicación física, el equipamiento técnico y los recursos necesarios materiales y humanos sanitarios. Se manifestaban dos posturas diferentes: crear centros monográficos orientados a la polio, o bien establecer servicios especializados dentro de hospitales generales, aunque siempre con la condición imprescindible de dotar al centro de actividad investigadora y de servicios sociales de apoyo al propio enfermo y a los familiares. A partir del II Simposio se mantuvo una representación española integrada por diversos médicos e investigadores nacionales: J. Bosch Marín, Florencio Pérez Gallardo, Ramón Sales Vázquez, J. Torres Gost, J. Trochuelo Negrete del Asilo-Hospital de San Rafael de Madrid, etc. El V Simposio (1958) se celebró en Madrid y se trató por vez primera de los buenos resultados con la vacunación oral Sabin.

V VACUNACIÓN Y REHABILITACIÓN. EJES DE LA LUCHA CONTRA LA POLIOMIELITIS

Entre los distintos temas abordados en los simposios de la AEP destacamos dos de ellos por la trascendencia que poseyeron en la lucha contra la polio. Estos dos aspectos son: la vacunación

y el tratamiento de reeducación-rehabilitación. Por ello se constituyeron en la AEP dos grupos de estudio: virológico y ortopédico.

- a) En el grupo de estudio virológico se desarrollaron muchas controversias sobre la idoneidad del tipo de vacuna de las dos que a lo largo de la historia de la enfermedad se han aplicado. La primera fue desarrollada por Jonas Salk a partir de 1952 y se dió a conocer en 1955. Es una vacuna a base de poliovirus inactivos o muertos (poliovirus tipo 1, Mahoney; poliovirus tipo 2, MEF-1 y poliovirus tipo 3, Saukett) que se aplica por vía intramuscular inyectada. Esta vacuna producía una intensa respuesta de anticuerpos IgG e IgM, pero limitada en el tiempo a unos 6 años, por lo que era precisa la revacunación cada cierto número de años. La vacuna Salk, llamada también vacuna antipoliomielítica inactiva (VPI) tenía las siguientes características: protección duradera, gran inmunogenicidad (>95% con 3 dosis), induce inmunidad faríngea, más efectiva en el control de la enfermedad, no se asocia a parálisis flácidas y se puede vacunar a inmunodeprimidos.

El segundo tipo de vacuna desarrollado por Albert Sabin se inició en 1957 y se aplicó a partir de 1962 y utiliza poliovirus atenuados (variedades Sabin 1, 2 y 3) y es de administración oral. Este otro tipo de vacuna, conocida como VPO tiene ciertas similitudes y diferencias con la Salk: puede perder inmunogenicidad, produce una mayor limitación del virus salvaje, tiene un gran impacto en la erradicación, es fácil de administrar, tiene un bajo coste económico, pero a veces se asocia a parálisis flácidas en vacunados y contactos y no se puede vacunar a inmunodeprimidos.

Ambos tipos de vacuna producen inmunización ante la enfermedad y la eficacia puede medirse por la presencia de anticuerpos protectores en la sangre. Esta inmunidad ante la polio bloquea la transmisión de persona a persona del poliovirus salvaje de manera que protege igualmente al que recibe la vacuna como a sus contactos. Al interrumpirse la transmisión, el virus no puede sobrevivir en el ambiente, siendo este factor clave en la erradicación de la poliomiелitis.

En España, la vacuna Salk inició su aplicación en 1958 por la Dirección General de Sanidad; llegándose a aplicar hasta 200.000 dosis en el periodo 1958-59. En el periodo 1958-1963 la cobertura vacunal antipolio en España se podía calcular en un 30%. Siguió un periodo de controversias entre la formulación de Salk y la de Sabin hasta que en 1963 se optó por la formulación de Sabin con virus atenuados. En noviembre-diciembre de 1963 se desarrolló una primera campaña y en marzo de 1964 la segunda fase de la campaña de vacunación.

El efecto positivo de las campañas de vacunación oral se reflejó en la caída de las tasas de morbilidad por polio en 1964 y 1965. Aunque en años posteriores se observó una cierta reactivación de la presencia de la enfermedad, la aplicación continuada de la vacunación en sucesivas campañas anuales, permitió que en 1988 se declarara el último caso de poliomiелitis en España.

- b) El grupo ortopédico de la AEP incidió sobre la prevención de las deformidades y la rehabilitación. Se empezó a discutir este aspecto en el Simposio de Zurich en 1955. Se destacó la importancia del cuidado postural, la evitación del dolor, la movilización precoz primero pasiva y después activa, la rehabilitación de la marcha, la vigilancia y presencia y diagnóstico de la escoliosis paralítica, evitando siempre las inmovilizaciones prolongadas de piernas y columna con yesos y otros recursos. En el VI Simposio se trató especialmente de la organización de los centros de tratamiento, predominando la opinión de favorecer centros específicos dotados de personal formado y con los recursos materiales adecuados. La estructura, tipología y dotación material y de personal de los centros de rehabilitación que se fueron creando, estuvieron influidos por los modelos puestos en marcha por algunos estados europeos más avanzados en este tema. Se describía y aconsejaba la ubicación geográfica de las instalaciones

rehabilitadoras, la arquitectura y distribución de los interiores, las diversas modalidades de terapias físicas (hidroterapia, cinesiterapia, electroterapia), la zona de ortopedia, los espacios de ergoterapia, las salas de enseñanza, juegos y servicios sociales.

VI ASPECTOS ESPAÑOLES DE LA LUCHA CONTRA LA POLIOMIELITIS

En España resultó una pluralidad de actuaciones frente a las epidemias de polio que cristalizaron en la creación del Servicio Nacional de Poliomiélitis. Consecuencia de ello fue la aparición de servicios específicos de asistencia médica y de rehabilitación. Consideremos distintos hitos existentes en nuestro país hacia la primera mitad del siglo XX.

1. Creación del servicio epidemiológico central el 29 de noviembre de 1927.
2. Existencia en diversos puntos de la geografía española de hospitales orientados y especializados en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, entre las que se incluía la poliomiélitis. Como ejemplos aportamos la situación de Madrid, Barcelona y Valencia.

En Madrid, el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas de Madrid (Hospital del Rey) datado de 1924 y que actualmente se denomina Hospital Carlos III.

En Barcelona, el Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona (en el siglo XVI llamado "Casa de Sanidad"), actualmente Hospital del Mar y que demostró su gran utilidad en las epidemias de polio del año 1950, con la creación del Servicio de poliomiélitis y el primer pulmón de acero de Cataluña.

En Valencia, el Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa, así como el Asilo-Hospital de San Juan de Dios (Orden hospitalaria de San Juan de Dios) y el Asilo-Hospital de Nuestra Señora del Carmen (Hnas Hospitalarias del Sagrado Corazón), ambos también ubicados en la playa de la Malvarrosa.

Generalmente, en los mencionados Hospital del Rey de Madrid, en el Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona, en el Sanatorio de la Malvarrosa o en los otros existentes a lo largo de la geografía nacional, se seguía una metodología parecida. El paciente de polio ingresaba para la atención de la primera fase de la enfermedad, o sea la fase aguda y en la fase de secuelas intervenían otro tipo de centros hospitalarios que se ocupaban de la corrección de las secuelas y de la reeducación. Esta labor fue inicialmente asumida por algunas órdenes religiosas como la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios o las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Todas ellas tendrían un lugar muy destacado en todas aquellas localidades españolas en las que estaban implantadas. A la Orden de San Juan de Dios pertenece el Asilo-Hospital de San Rafael de Madrid o el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, así como otros mencionados en el capítulo 2 de este trabajo. A la Orden de las Hermanas Hospitalarias se debe el Hospital Beata María Ana de Jesús de Madrid que cumplía características similares al Hospital de San Rafael, pero en este caso para ingreso de niñas.

3. Creación del Servicio antipoliomiéltico dependiente de la Dirección General de Sanidad el 23 de marzo de 1951. Este Servicio se ubicó en el Hospital del Niño Jesús de Madrid. Posteriormente, esta iniciativa se mejoró con la creación del Servicio Nacional de Poliomiélitis y pasó a ubicarse en el Hospital del Rey de Madrid.

VII ASOCIACIONES CIVILES EUROPEAS

Desde el primer tercio del siglo XX se presentaron movimientos de reacción de la sociedad civil que se agrupó para hacer frente a la lucha contra la epidemia de la poliomielitis, buscando la participación de los afectados y el resto de la población. Se crearon los llamados Grupos de Ayuda Mutua o Asociaciones de Salud.

Además, en el caso de la poliomielitis, el hecho de que la mayor parte de los afectados fueran niños, promovió que sus padres se implicaran especialmente en la lucha contra una enfermedad para la que no había una terapia adecuada.

Se establecieron relaciones entre los miembros de estas asociaciones de afectados con los centros de investigación, con expertos en el tema y con las instituciones clínicas, difundiendo informaciones y protocolos de actuación, promoviendo y recabando ayudas, etc.

En Inglaterra, el 29 de enero de 1939 se creó *la British Polio Fellowship* por Patricia Carey y Frederic Morena con objetivos similares a la asociación norteamericana.

En Italia, en Roma en 1954, se organizó la *Lega Italiana per la Lotta contro la Poliomielite (LILP)* presidida por el médico Mario Longhena. Esta asociación estableció el llamado “Día de la polio” a escala nacional con el objetivo de recaudar dinero y fomentar la concienciación social frente a la enfermedad. En 1957 en Bolonia se creó la *Assoziacione Nazionale fra Invalidi Esiti da Poliomielite*, que publicaba la revista *La Voce dei Poliomielitici*.

En Francia destacó la Asociación de paralíticos de Francia.

En Portugal, se organizó en 1956 la *Liga Portuguesa de Deficientes Motores*, en 1962 la *Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral* y en 1972 la *Associação Portuguesa de Deficientes*.

VIII ASOCIACIONISMO EN ESPAÑA

En nuestro país han destacado las siguientes iniciativas provenientes unas de la sociedad civil y otras de los poderes públicos:

VIII.1 LA FRATERNIDAD CATÓLICA DE ENFERMOS Y MINUSVÁLIDOS (FRATER)

Después conocida como Fraternidad Cristiana de Personas con Discapacidad, fue fundada en Francia en 1945 por el Padre Enrique François (Ligny, Francia 1897-1986). En su inicio en 1942, supuso un acontecimiento importante y nuevo: por primera vez en la historia, los enfermos asumen una tarea propia y personal en el acompañamiento a otros enfermos. En aquellas fechas en la Francia de la postguerra (Segunda Guerra Mundial) además de los innumerables muertos, persistían muchas personas con grandes minusvalías. El sacerdote Henry François, acompañado de un pequeño grupo de visitantes y enfermos inició el acompañamiento de otros enfermos en hospitales y domicilios particulares. Los propios pacientes tomaban conciencia de su estado y pasaban de ser un elemento pasivo a ser activos, protagonistas e independientes. Posteriormente, se pasó al reconocimiento de los derechos de los discapacitados. La misión de Frater es que las personas discapacitadas o enfermas se integren plenamente en la sociedad. Todo este proceso culmina descubriendo la necesidad de trabajar de manera organizada, constituyéndose en 1945 la Fraternidad católica de enfermos.

A partir de los encuentros de personas discapacitadas de todos los países europeos que se reunían en Lourdes, este movimiento inició su expansión fuera de Francia.

Llegó a España en 1956 y posteriormente se expandió por Europa y el mundo. En aquellas fechas en España la realidad asociativa de personas discapacitadas era prácticamente inexistente y durante muchos años fue la única asociación de personas con discapacidad. A mediados de los 70, con el cambio socio-político, se inició la creación de múltiples asociaciones. En la actualidad Frater es un espacio de participación para las personas más afectadas y con menos posibilidades de llevar una vida independiente. Desde los años 70 Frater está presente en la creación del SEREM.

Frater es un movimiento de la Iglesia enmarcado en el Apostolado Seglar e integrado en la Acción Católica asumiendo así la misión evangelizadora de la Iglesia en el mundo de la discapacidad física y la enfermedad, que en nuestro país está implantado en 42 diócesis y cuenta con 7.000 miembros. Junto a otras entidades eclesiales que tienen que ver con el mundo de la salud, Frater forma parte del Equipo Nacional de la Salud de la Conferencia Episcopal Española. El objetivo es concienciar a las instituciones que trabajan en el mundo sanitario del verdadero sentido de vivir acompañado de una discapacidad, desterrando el paternalismo de otras épocas. Por otra parte, Frater realiza un apostolado seglar. De cara al futuro, la asociación se plantea varios retos: ofrecer un espacio donde vivir la fe, la amistad, compartir el trabajo en equipo, transformar a la sociedad derribando barreras físicas, mentales, prejuicios y exclusiones, facilitando el proceso de crecimiento personal.

En cuanto a la dimensión social, Frater participa en movimientos sociales donde el protagonismo y la participación de las personas con discapacidad son fundamentales. Frater gestiona residencias y en casi todas las provincias ha establecido centros de día, talleres ocupacionales y realiza servicios de transporte para el colectivo.

VIII.2 ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LUCHA CONTRA LA POLIOMIELITIS (ALPE)

La Asociación española contra la poliomielitis (ALPE) surgió como una iniciativa particular promovida a partir de 1956 por Doña Dolores Gascón Hernández, sensibilizada ante el problema de la poliomielitis por tener un hijo afectado por la epidemia. Se buscaron apoyos institucionales y se consiguió que el propio Duque de Alba (Jacobo Fitz-James Stuart y Falcó, XVII duque de Alba, 1878-1953) formara parte como presidente de la junta directiva. Otros miembros significativos fueron D. Vicente Segrelles Chillida, a la sazón secretario general de Caritas, D. Fernando Tamés Seminario, presidente de la Asociación Nacional de Invalidos Civiles (ANIC) y Doña Isabel de Cubas, Condesa de Morata que con el tiempo adquirió gran protagonismo. La fecha oficial de la creación de la ALPE fue el 23 de junio de 1963.

Los objetivos de la ALPE fueron: la vacunación masiva de niños, la asistencia a los enfermos en la fase aguda, la promoción de la fisioterapia y la ortopedia y las subvenciones a la investigación sobre la poliomielitis. También se acometieron objetivos de tipo social, educativo y laboral y se editaron revistas juveniles publicadas por su propio taller de imprenta y destinadas a la formación profesional de sus asociados.

Ambas asociaciones, Frater y ALPE, a la llegada de la Transición fueron perdiendo sus privilegios, lo que dió pie a la existencia de nuevas iniciativas.

VIII.3 OTRAS ASOCIACIONES ESPAÑOLAS

El Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM)

Organizado a partir de 1970, estaba dirigido inicialmente a las discapacidades físicas. El SEREM propició el diálogo con los grupos de personas afectadas y en 1974 se celebró la Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido (Minusval 74). A resultas de las nuevas ideas de la época de la Transición se puso de manifiesto la brecha que existía entre las antiguas asociaciones (Frater y ALPE) de corte confesional y patriarcal y las nuevas aspiraciones que exigían del Estado la corresponsabilidad de derechos y deberes.

Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (CEMFE)

En 1977 a instancias de coordinadoras regionales que agrupaban a distintos colectivos de discapacitados, se organizó la Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)

En 1978 se creó el INSERSO, que integraba al SEREM. El INSERSO asumió las funciones de recuperación, rehabilitación y atención a personas con algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial. También se ocupaba de la atención a la tercera edad y mantuvo su ámbito nacional hasta finales del siglo XX cuando al amparo de las transferencias a las Comunidades Autónomas se delegaron sus funciones al ámbito comunitario.

Iniciativas recientes

En 1982 se promulgó la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) que reconocía ampliamente los derechos de los minusválidos. El Decreto sobre Supresión de Barreras de 1989 fue una de las normativas emblemáticas de la LISMI.

En 1986 CEMFE integró 14 asociaciones y se constituyó como confederación (COCEMFE).

En 1988 la propia Organización Nacional de Ciegos (ONCE) diversificó el ámbito de su atención y actuación frente a personas con otros tipos de discapacidades. Se crea entonces la Fundación ONCE.

En 1993 se organizó el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) que se erigió en interlocutor de todas las asociaciones de personas discapacitadas existentes en nuestro país: COCEMFE, FEAPS, CNSE, FIAPS, ASPACE y ONCE. Después, se incluyeron otras asociaciones de ámbito nacional o autonómico.

En 1996 surgió otra plataforma estatal, la Plataforma Representativa de Discapacitados Físicos (PREDIF).

A finales de la década de los 90 apareció en Madrid la Asociación Postpolio de Madrid, que posteriormente evolucionó hacia un ámbito estatal y se constituyó en el año 2000 como Afectados de Polio y Síndrome Postpolio.

En 2003 la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitarias dependiente del Instituto de Salud Carlos III, publicó un informe sobre recomendaciones y acciones generales en personas antiguos poliomiélticos afectos del llamado Síndrome Post-polio (SPP). En marzo de 2010 se aprobó una proposición no de ley para aplicarse a personas con SPP facilitando su jubilación anticipada.

En 2006 surgió en Cataluña Associats de Polio i Post-polio de Catalunya (APPCAT).

En 2009 se creó la Federación Española de Asociaciones de Polio y sus Efectos Tardíos (FEAPET) que agrupaba a la APPCAT y a otras asociaciones similares de Castilla-León, Madrid, Cádiz, Valencia y Málaga. Se pretendía la necesaria unidad de los afectados de polio o síndrome post-polio ante la Administración.

IX FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito*. Palma, 1986.
- Toledo Maruhenda, José Vicente. «La poliomiélitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia». Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández. Alicante. 2009

Fuentes archivísticas primarias

- Arxiu del Regne de Mallorca.

Fuentes orales primarias

- Hno. Miguel Barceló Nicolau
- Dr. Manuel Blázquez Mulero
- Hno. Jesús Alberto Chornet Barceló
- Dr. Eloy Espinar Salóm
- Dr. Pablo Llabrés Mayans
- Hno. Narciso Mir Mir
- Dr. Manuel Mora Esteve
- Dr. Gabriel Rul. Ian Buades
- Dr. Mateo Sanguino Vidal

Fuentes documentales secundarias

- Albadalejo L. «Poliomiélitis anterior aguda. Estado actual de esta enfermedad en España». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 10 (1935): 17-32.
- Arce Alonso, G. y Clavero del Campo, G. Clínica y epidemiología de la poliomiélitis anterior aguda. *Estudio de un estado epidémico*. Santander: Imprenta de la librería moderna, 1930.
- Clavero. Datos oficiales de la epidemia, 1930.
- Durich J. «Contribución al estudio de la poliomiélitis». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 20 (1946): 663-700.
- Durich, J. «Una epidemia de 76 casos de parálisis infantil en Mallorca». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 9 (1934): 417-443.
- Fanconi, Guido y A. Wallgren. *Tratado de Pediatría*. Barcelona: Editorial Científico-médica, 1965.
- González Rodríguez, P y Bosch Marín, J. «La parálisis infantil en España. Estudio del brote epidémico de 1952». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 27 (1953): 613-622.
- *Hygiea Internationalis. An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*. Volumen 11, nº 1 (2015)
- Martínez Navarro, Ferrán. «Los estudios epidemiológicos sobre la poliomiélitis en España antes de la vacunación». *Revista española de salud pública*. Vol. 67. No 5. (2013): Sept.-oct.
- Morales, J.L. «Poliomiélitis. Estudio epidemiológico. Profilaxis y tratamiento». *Acta Pediátrica Española*. (1951): 1141-1159.

- Pérez Gallardo F, Nájera Morrondo E, Ruiz Falcó, F. «Epidemiología de la poliomielitis en España. Estudio de morbilidad y mortalidad durante los años 1931-35 y 1940-62». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 37 (1963): 11-12.
- Pérez Gallardo F, Nájera Morrondo J.A., Ruiz Falcó F, Nájera Morrondo E. «Epidemiología de la poliomielitis en España. Estudio de los casos y defunciones por poliomielitis, notificados mediante la ficha epidemiológica en el quinquenio 1955-1959». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 36 (1962): 374-415.
- Porras Gallo, María Isabel; Ayarzagüena Sanz, Mariano; de las Heras Salord, Jaime y Baguena Cervellera, María José (Coords). *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: Los libros de la catarata, 2013.
- Porras Gallo, Maria Isabel; Bágena Cervellera, Maria José; Ayarzagüena Sanz, Mariano; Martín Espinosa, Noelia María (Coord). *La erradicación y el control de las Enfermedades Infecciosas*. Madrid: Los libros de la catarata, 2016.
- Williams, Gareth. *Paralysed with Fear. The Story of Polio*. New York. Palgrave Macmillan, 2013

CAPÍTULO VI. SANATORIO INFANTIL DE SAN JUAN DE DIOS DE PALMA DE MALLORCA PRIMERA ÉPOCA (AÑOS 1955-1975)

I EL SANATORIO INFANTIL DE SAN JUAN DE DIOS

Al salir del pueblo del Coll d' en Rabassa por la carretera que conduce a Can Pastilla, aparecía a nuestra derecha la atractiva silueta del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios, obra original debida, como se ha dicho en otro capítulo, a dos profesionales de la arquitectura del momento, el conocido arquitecto catalán y miembro fundador en Barcelona en el año 1929 del GATCPAC (*Grup d'Arquitectes i Tècnics Catalans per el progrés de l' Arquitectura Contemporània*), Sixte Illescas i Miroso (Barcelona, 16 de junio 1903-ibidem, 21 diciembre de 1986) y al arquitecto mallorquín José Alomar Bosch (Palma 1877-1952).

Toda la descripción física de las instalaciones se basa en los planos y diseños de los arquitectos responsables, en las anotaciones en el manuscrito "*Historia de la casa. 1952-1986 Libro I*" complementadas por las descripciones de las fuentes orales, aportadas por los médicos de la época: Drs. M. Mora, E. Espinar, G. Rul.lan, M. Blázquez y P. Llabrés, M. Sanguino y los Hnos. Miguel Barceló y Jesús Chornet.

I.1 ACCESO

Se accedía al sanatorio por un amplio camino bordeado de árboles y arbustos. Dicho camino de entrada estaba en la parte noroccidental de la parcela y se originaba en la Calle Camino de Caimari (posteriormente calle de San Juan de Dios), que es la vía de unión entre la Carretera a Can Pastilla y el mar y que bordea la parte occidental del solar del sanatorio. En aquel punto de entrada a la propiedad existen aún unas pequeñas columnas que dan origen al vial de entrada propiamente dicho que conduce al edificio sanatorial.

El acceso privado al centro dejaba a la izquierda, la zona del huerto con el molino, la granja, el aljibe y las dependencias agrícolas y ganaderas, quedando a su derecha una pequeña porción de terreno. Al final del mismo, se encontraba la plazoleta de entrada al sanatorio, dispuesta con suficiente espacio para el aparcamiento de vehículos o ambulancias.

Toda la parcela en la que se ubicaba el sanatorio estaba rodeada por una pared o tapia de muros o de piedra seca, en algunas zonas.

II ARQUITECTURA HOSPITALARIA

II.1 EXTERIORES

Tanto la arquitectura como las instalaciones del sanatorio propiamente dichas se estructuraron según las directrices más modernas para la época. En vez de adaptar los niños a la arquitectura hospitalaria, se procedió a la inversa y se diseñó el sanatorio adaptado a las necesidades de los niños que habrían de ser internados en el centro sanitario.

En la planificación de los espacios físicos se había tenido en cuenta que una institución de este tipo necesita contar con unos espacios imprescindibles que den oportuna realización a los fines perseguidos de: hogar de acogida, asistencia médica y hospitalaria con sus instalaciones

correspondientes, formación escolar y religiosa, actividades lúdicas y deportivas propias de la infancia.

Por la parte norte, la fachada del edificio presentaba una serie de tejadillos escalonados muy en consonancia con el estilo mallorquín. Por este lado, la construcción constaba de dos niveles. La parte central del primer nivel correspondía al acceso con un amplio vestíbulo. En el ala izquierda se encontraba un recibidor, el despacho del Padre Superior, la hospedería, la despensa y la cámara frigorífica. En el ala derecha había los departamentos destinados a las especialidades médicas (gabinetes de otorrinolaringología, oftalmología y odonto-estomatología), el laboratorio, el despacho del médico-director, la sala de reconocimiento, el departamento de rayos X, el quirófano, la sala de operados con sus servicios de aseo y cámara oscura y la sala de yesos-curas.

Viendo el edificio por su cara sur, la construcción poseía tres niveles, debido al desnivel del terreno: un nivel inferior ocupado por dependencias auxiliares, un segundo nivel donde se ubicaban las salas-enfermería con sus office y cuartos de aseo con duchas, precedidas por la amplia terraza-solárium que dominaba toda esta cara sur del edificio, la capilla y la sala de recuperación funcional. En un nivel superior se encontraban las dependencias propias de la comunidad de Hermanos.

Completamente a la izquierda del edificio principal y comunicando con el mismo por un pasillo, existía otra construcción cuya planta baja ocupaba la cocina, la ropería y los lavaderos. En un primer piso había dos amplias terrazas, una cubierta y otra descubierta, destinadas a tender la ropa. Más a la izquierda existía el frontón.

Todas las fachadas poseían amplias ventanas con cristaleras y persianas enrollables.

Los muros del edificio estaban contruidos en la piedra de marés, típica y muy abundante en Mallorca. Se trata de bloques cortados de 40 x 80 x 30cm, bien pulidos y de fácil colocación. Es un material sólido y al mismo tiempo fácil de labrar. Las fachadas del edificio estaban revocadas con cemento y polvo de mármol, con el fin de ofrecer resistencia al duro clima marítimo. Los tejados eran de teja del país y todas las piezas bien aseguradas con material para contrarrestar los fuertes vientos que, sobre todo en invierno, azotan esta parte de la costa.

II.2 INTERIORES

A tenor de los usos de la época y para la función a la que se destinaba el edificio, estos fines se conseguían organizando los espacios con la siguiente distribución. La estructura físico-arquitectónica de la parte principal del Sanatorio se desarrollaba como un edificio alargado, orientado cara al mar, de una altura de tres niveles en su fachada marítima y de dos niveles en la fachada norte, ello debido al desnivel del suelo. El diseño de las fachadas era concordante con la arquitectura propia de la época en las Islas Baleares. Este edificio constaba de:

II.2.1 Primer piso

Se accedía al primer piso o planta principal por la cara norte del edificio. A la entrada, un amplio vestíbulo permitía el control de las entradas mediante un portero. Desde dicho vestíbulo se accedía a unos pasillos a derecha e izquierda y otro al frente que da a la cara sur del sanatorio.

Esta planta tenía 97 metros de longitud por 13 metros de anchura, o sea 1.261 m², con un pasillo en el centro del edificio de 60 metros de largo. En los extremos de dicho pasillo, dos puertas con vidrieras daban acceso, por un lado, a la capilla, y por el otro, a las dependencias de cocina, ropería, lavaderos, etc. Este gran pasillo dividía la planta en dos áreas diferentes: la parte

anterior que miraba al sur y que contenía las salas-enfermería y la parte posterior que miraba al norte y que comprendía el resto de locales de uso clínico y administrativo.

Zona Sur

Salas-Enfermería

Estaban orientadas al mar abriéndose por delante a la gran terraza solárium y conectadas por detrás con el resto de locales y dependencias. Con la terraza solárium se comunicaban por medio de seis puertas y doce grandes ventanales que les proporcionan abundante luz y ventilación.

Las distribución de las salas era como sigue: a la derecha la “Sala de San Juan de Dios”, junto a la capilla, tenía 24 x 6,20 x 4 metros de altura con una capacidad de 23 camas y estaba destinada a los niños mayores, de 8 a 13 años y a la izquierda la sala de “San Rafael” de 20 x 6,20 x 4 metros, con capacidad para 21 camas y destinada a los niños más pequeños de 3 a 7 años. Entre ambas salas existía una amplia zona de comunicación que a su vez conectaba con la terraza. Aunque la capacidad al completo era de 53 camas entre las dos salas, se hallaban instaladas 40. Las dos salas, lo mismo que la portería y el pasillo central poseían un zócalo de azulejo gris de 1,60 metros de altura. En ambos extremos de las salas se encontraban el office y los cuartos de aseo.

Gran terraza solárium

A nivel del primer piso y de cara al mar existía una amplia terraza, de 500 m², con vistas a todo el litoral del Coll de'n Rabassa y con buena insolación durante todo el año, dada la buena orientación general del edificio. Se extendía a lo largo de todo el edificio y comunicaba ampliamente con las salas de hospitalización. Estaba bordeada por una barandilla de tubo de hierro. Dicha terraza cumplía múltiples funciones: aireamiento e insolación de las salas-enfermerías, lugar de ubicación de las camas y carritos infantiles para los tratamientos de helioterapia, lugar de realización de los ejercicios de marcha, permanencia nocturna de los ingresados los días de verano de temperaturas más cálidas. Desde la terraza se descendía al jardín anterior por una escalera central.

En comunicación con la terraza, aunque construida posteriormente, se encontraba la sala de fisioterapia dotada de piscina interior y aparatos a propósito para la recuperación funcional de la invalidez.

Zona Norte

Portería

La entrada al edificio, tanto por la parte norte como por la galería estaba formada por tres puertas iguales, de dos hojas, rematadas por arcos de medio punto; en cada una de ellas había una luna de cristal esmerilado con el escudo de la Orden en el centro. Estos arcos hacían juego con otros seis interiores, tres de los cuales comunicaban el pasillo con la portería. Dada la bonanza del clima la portería disponía de un recibidor abierto con sus mesitas y sillas.

En el lado izquierdo se disponía el departamento para el portero; en él estaba situada la cabina del teléfono, y próxima a la misma se encontraba la instalación radiofónica central. Las paredes estaban revestidas de un zócalo de azulejo gris jaspeado y lo restante esmaltado. Adornaban los muros algunos cuadros con temas de la Orden.

Gabinetes de especialidades médicas

Saliendo por el pasillo a la derecha se hallaban los departamentos de especialidades: otorrinolaringología, oftalmología y odonto-estomatología. Este departamento estaba preparado para las visitas y exploraciones de los distintos especialistas y tenía el material de exploración correspondiente a cada especialidad.

Laboratorio

En primer término, el laboratorio, que disponía de los aparatos precisos para cubrir los requerimientos del sanatorio, con una espaciosa mesa y armario para los reactivos y el utillaje.

Despacho del Director Médico y sala de reconocimiento

Venia después del gabinete médico amueblado con discreta elegancia, el cual comunicaba con la sala de reconocimiento. Todas estas dependencias poseían un zócalo de azulejo verde.

Departamento de rayos X

El aparato era un Wasson Roentgen- 200 con 4 válvulas rectificadoras. El equipo podía alimentar dos tubos de foco sencillo o doble, y de modo fijo o giratorio. El cuadro de mandos llevaba indicadores de carga de los tubos, según los últimos adelantos técnicos. La mesa iba provista de bomba de aceite, con antidifusor Potter-Bucky y la pantalla Levy West de cristal de plomo. El tubo era 2-Machlett, de protección total, doble foco y ánodo giratorio. El aparato estaba pintado en blanco.

Sala de asepsia

Lo mismo que el quirófano, estaba situada en un saliente del edificio. Sus grandes ventanales estaban cubiertos con losetas de vidrio ensambladas, para evitar la llegada del polvo exterior. Contenía los esterilizadores autoclave, depósitos de agua estéril, lavabos, pila para el lavado del instrumental, armarios individuales para la ropa de los cirujanos, así como el cuadro de mandos del equipo de aire acondicionado.

Quirófano

Aquí, el zócalo de azulejo alcanzaba 2,50 metros de altura y era de color azul turquesa. La sala estaba equipada con una moderna mesa de operaciones ajustada a los requerimientos de la cirugía ortopédica, revestida de chapa de acero inoxidable. Contaba con mesa y aparato de anestesia OMO completo y con aspirador eléctrico.

No se creyó conveniente colocar lámpara central por los varios inconvenientes que solía tener en la práctica; pero sí, una lámpara auxiliar provista de acumulador, para que nunca faltara la luz. Empotrados en el techo se hallaban cuatro tubos fluorescentes de 60 vatios; así como cuatro reflectores en los ángulos de la sala provistos de lámparas germicidas, cuya finalidad era esterilizar la atmósfera de la sala. Dado que sus rayos son perjudiciales a la vista era preceptivo encenderlas con anterioridad a la operación o bien proveerse de gafas especiales protectoras.

Empotrada en la pared existía una pequeña vitrina para medicamentos. Todo el instrumental era de la marca sueca "Stille".

El quirófano disponía de un equipo de aire acondicionado que, además de la ventaja que representa el poder trabajar todo el tiempo a una temperatura adecuada, evitaba, gracias a la

continua renovación del aire, todo peligro de explosión, siempre posible cuando se manejan anestésicos inflamables. La instalación de aire acondicionado se extendía también a las salas de esterilización y post-operados. Había anaqueles para bombonas de tallas y gasas y otros para material de sutura, así como una amplia mesa para depositar el instrumental durante las cirugías.

Antequirófano

Existía una pequeña zona dispuesta para el lavado de manos de los cirujanos y sus ayudantes.

Sala de post-operados

Esta sala tenía capacidad para diez camas, número apropiado con relación al contingente total de enfermos del sanatorio.

Sala de yesos- curas

Se encontraba aladaña a la zona del quirófano.

Sala de fisioterapia

En una primera fase, la rehabilitación se realizaba en las salas-enfermerías o en la terraza-solarium y atendida por los Hermanos de la sala o por el Hermano Enfermero Mayor.

Posteriormente, hacia 1962, se construyó una sala específica para rehabilitación en el lado occidental de la terraza y adosada a la capilla, con amplias ventanas en su cara sur. En su dotación de recursos materiales había elementos propios de gimnasio, mesas para tratamientos fisioterápicos, espalderas, barras paralelas, bicicletas, ruedas de hombro, planos verticales e inclinados, tratamientos de hidroterapia, electroterapia, mecanoterapia, poleoterapia y masoterapia.

Otras dependencias

En la parte izquierda del vestíbulo y adosado a la portería se encontraba la instalación radiodifusora, con amplificador, magnetófono, red de altavoces por las salas y micrófono instalado en la capilla con el fin de que los niños pudieran seguir las funciones religiosas. Seguidamente, venía una escalera que daba acceso a la zona de clausura, un amplio recibidor con dos ventanas amueblado al estilo del país, la dirección administrativa y la hospedería, la despensa y la cámara frigorífica muy cerca de la cocina y en comunicación con el refectorio por medio de un montacargas eléctrico.

En el otro lado del vestíbulo de entrada y mirando siempre al norte, se hallaban una sala para las visitas, el despacho del Prior y un comedor para huéspedes.

En el extremo oriental, formando en cierta parte unas dependencias anexas, estaban la cocina, la ropería y otras dependencias auxiliares, entre las que se encontraba el comedor (refectorio) de la Comunidad.

Disponía también de una instalación radiofónica, máquina de cine sonoro de 16mm.y pequeño escenario para representaciones teatrales.

II.2.2 Segundo piso

En una primera etapa, el segundo piso estaba reservado para las habitaciones de la clausura de la Comunidad. En la parte más occidental de este piso estaba el coro que daba directamente a la capilla.

La llamada clausura ocupaba el nivel superior de la construcción ubicada encima de las dos salas-enfermería. Estaba distribuida de la siguiente forma: diez habitaciones iguales, excepto la del Muy Reverendo Padre (MRP) Provincial que disponía de recibidor y despacho. Todas las habitaciones estaban dotadas de servicios sanitarios individuales de sanitario., lavabo y ducha y armario ropero.

El refectorio y la sala de recreo estaban orientados al sur y al este con salida a una terraza con vistas a Palma.

II.2.3 Sótano

Comprendía los bajos de la iglesia, de la sala de recuperación y de la gran terraza, con una extensión de 600m². Estaba atravesado por un pasillo central, a cuyo lado izquierdo se hallaban los siguientes departamentos: cripta, depósito de cadáveres, central eléctrica, garaje, calefacción, almacén de carbón, etc. Estos locales recibían la luz indirecta. En el lado derecho del pasillo: el almacén de cocina, almacén de ropería, comedor de empleados; cinco habitaciones (tres dobles y dos sencillas) con sus lavabos y office, cuarto para yesos y sala de aislamiento. Estas habitaciones durante un cierto tiempo fueron ocupadas por el chofer Sr. Nadal y el hortelano Sr. Gabriel Este lado del sótano poseía seis ventanas con sus persianas al estilo de la isla.

Los amplios sótanos albergaban archivos, depósitos de materiales diversos, trastero, etc y en la parte inferior de la capilla se hallaba la cochera o garaje para el depósito de los medios de transporte del sanatorio, que en la época fundacional consistían en bicicletas, motocicleta y furgoneta. Esta furgoneta cedida por el Ministerio de Industria era de importación italiana, marca Alfa-Romeo.

Comunicaciones

A partir del 12 de enero de 1956 el sanatorio disponía de teléfono.

Montacargas

El sanatorio disponía de un amplio montacargas que comunicaba las tres plantas.

II.3 ZONA O ÁREA RECREATIVA

Desde la terraza anterior a la planta principal donde se encontraban las salas-enfermería, unas amplias escaleras conducían al espacioso jardín que daba al mar. Aquí había en primer término una zona allanada tipo terrario donde se hacían ejercicios y juegos terapéuticos y más tarde, a iniciativa del Ayuntamiento de Palma, se construyó una pista de baloncesto. Toda esta zona era muy utilizada por los pequeños cuando se les iniciaba en la fase más activa de su recuperación funcional. Más hacia el paseo del litoral, al límite con la tapia anterior que circundaba la parcela, se encontraba una piscina terapéutica con sus vestidores en la parte central.

Finalmente, una pista de frontón en la parte oriental del complejo, tocando a la tapia que lindaba con el terreno del Metge Matas, completaba las instalaciones deportivas.

II.3.1 Capilla

En la parte más occidental del edificio existía la amplia capilla, en comunicación con las salas-enfermería por una parte y con el coro en un nivel superior. Se comunicaba con dichas salas mediante unas puertas metálicas provistas de grandes lunas de cristal y persianas “gradolux” de color verdes fáciles de subir y bajar; de modo que todos los niños sin necesidad de movilizar las camas podían oír la santa misa y seguir las funciones litúrgicas de la capilla

Presidía la iglesia la imagen de la Virgen de la Asunción con las imágenes de Sagrado Corazón de Jesús, San José, San Rafael y San Juan de Dios. La mesa del altar era de mármol, con capiteles de madera. El ara también de mármol, sostenida por cuatro columnas. La luz penetraba por ocho ventanales con arcos de medio punto. Las vidrieras representaban Nuestra Señora de LLuch, San Rafael, San Agustín, San Juan de Dios y los Venerables Padres Antón Martín y Camacho. Dos cuadros ocupaban las paredes laterales de la capilla representando a San Juan de Dios, el uno y a San Rafael prestando ayuda a nuestro Padre, el otro. Sus dimensiones eran de 3 x5m.

La sacristía ocupaba la parte posterior del altar aprovechando la rotonda en forma de ábside del edificio. Recibía la luz de dos amplias ventanas con cristaleras policromadas que hacían juego por la parte exterior del edificio con otras dos que dan luz al camarín. Tanto las paredes de la capilla como las de la sacristía estaban recubiertas hasta una altura de dos metros por un azulejo marrón jaspeado que proporcionaba al recinto un tono de severidad. En la sacristía había un amplio armario, con cajoneras en el centro para los ornamentos y estantes a los lados para guardar los cálices, custodia y demás objetos de culto. El exterior de la capilla estaba coronado por un singular campanario, no exento de gracia. Para ascender al mismo existía una escalera que partía del sótano.

Fig. VI.1. Capilla del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Fuente: archivo fotográfico de HSJD. Año 1955

II.3.2 Dependencias auxiliares

En un edificio anexo a la parte oriental del complejo, en un pabellón aparte, se encontraban los llamados Servicios Domésticos que se comunicaban con el edificio principal a través del largo pasillo. Estas dependencias estaban situadas cabe a la pista de frontón y a la pared lindante con el terreno vecino del Metge Matas. En esta parte estaban el comedor de la Comunidad y la cocina, revestida de acero inoxidable que funcionaba indistintamente por medio de gasoil o carbón. Junto a la cocina había dos departamentos anexos: el office y la sección de verduras. En el lado opuesto estaba la ropería, provista de grandes armarios de 4m de altura. En comunicación con la ropería estaban los lavaderos, dotados de calderas de vapor y máquina lavadora. Desde aquí, por una escalera se subía a los tendederos de ropa ubicados a un nivel superior.

III FORMACIÓN ACADÉMICA Y RELIGIOSA

III.1 LA ESCUELA DENTRO DEL SANATORIO. ENSEÑANZA PRIMARIA

En estos primeros años y con el fin de que su estancia sanatorial, a veces prolongada, no originase retraso en el curso escolar, cada día mañana y tarde los niños internados tenían sus horas de clase de las distintas asignaturas del Grado Elemental. De ello se encargaba el Hermano de cada sección. Aunque posteriormente, a partir de 1961, el sanatorio pudo disponer de un Maestro Titular con plaza dependiendo del Ministerio de Educación, y una ayudante colaboradora y pedagoga para trabajos artísticos. Ello derivado de las iniciativas de escolarización que la Orden pone en marcha a través del Consejo Escolar.

III.2 CONSEJO ESCOLAR DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

El llamado Patronato Escolar, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, fue constituido a finales de los años 50. Este organismo, inicialmente llamado Consejo, después conocido como Patronato y Junta de Gobierno, para finalizar, como se conoce actualmente: Concierto Escolar, tuvo sus inicios en el Hospital-Asilo de San Rafael de Madrid.

Su finalidad era que los niños hospitalizados con estancias de media o larga duración, al mismo tiempo que se iban curando de sus enfermedades, no perdieran el tiempo de escolarización de sus colegios de referencia. Aquella semilla incipiente se fue desarrollando y creciendo hasta comprender más de cien escuelas de primera enseñanza, tanto en la vertiente de la enseñanza normalizada como en la enseñanza especial, creadas en los distintos hospitales infantiles, que la Orden de San Juan de Dios, tenía en toda la geografía española. De una manera muy especial en los centros creados para niños discapacitados intelectuales en las casas de Valladolid, Carabanchel Alto, Vigo, Gijón, Terrassa, Las Palmas de Gran Canaria, etc., donde se impartía la enseñanza especial. Aquella iniciativa sembrada en el histórico hospital Infantil de San Rafael de Madrid se extendió en beneficio de los cientos de niños acogidos en los hospitales. Se configuraron en Escuelas Normales y Especiales según las condiciones de los alumnos. En la Orden Ministerial del 23 de enero de 1967 publicada en el BOE del 4 de febrero de 1967, se ordenaba por el Ministerio de Educación y Ciencia, la redacción de un reglamento de carácter nacional, que rigiera todas las escuelas de enseñanza normal y de enseñanza especial de la Orden Hospitalaria y las relaciones de todos los maestros que regentaban las mismas, así como planes de enseñanza, régimen económico, etc.

Así llegamos a la 1ª Reunión del Pleno del Consejo Escolar Primario de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, que tuvo lugar en el Hospital Infantil de San Rafael de Madrid bajo la presidencia del Inspector Jefe del Ministerio de Educación y Ciencia. En la reunión estuvieron presentes los tres hermanos provinciales de Castilla, Aragón y Bética, los Superiores de algunos hospitales y los profesores representantes de todos los maestros implicados en el sistema educativo de la Orden Hospitalaria. Actuó como secretario del Patronato el maestro del Hospital de San Rafael de Madrid, D. Abeldino Cascajares, de tan grato recuerdo para quienes lo conocieron, ya que D. Abeldino fue el primer maestro que impartió docencia en el Hospital de San Rafael y abrió el camino a tantos maestros que desempeñaron la docencia en los Hospitales de San Juan de Dios.

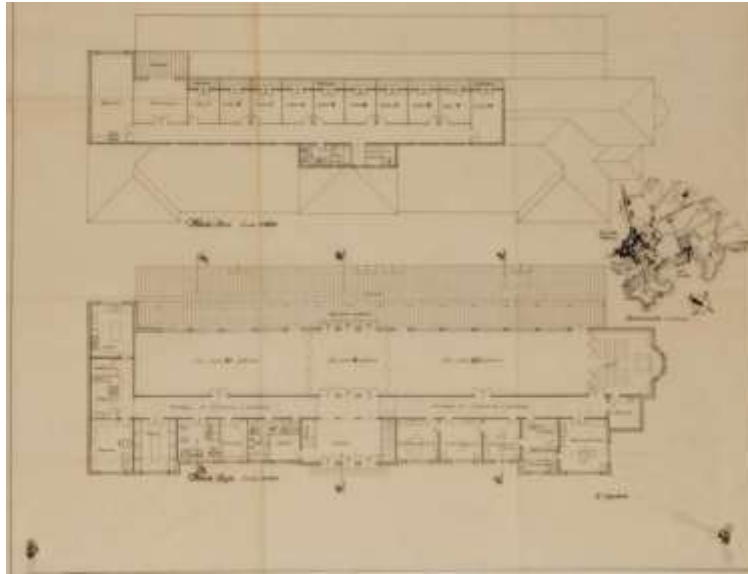
La reunión de aquel Primer Consejo Escolar fue muy interesante y provechosa dado que se aportaron enseñanzas prácticas para la dirección de esta clase de escuelas. El Sr. Inspector expuso orientaciones efectivas muy a tener en cuenta en la futura aplicación y dirección de las normativas ministeriales.

En el estudio histórico de la Enseñanza Especial en las Instituciones de la Orden Hospitalaria, tema este que no forma parte del objetivo de esta Tesis, se tiene constancia de que los primeros intentos educativos se produjeron en los siglos XVI y XVIII con sordomudos y ciegos. Pero realmente no se puede hablar de Educación Especial en nuestro país hasta principios del siglo XX. El punto de partida fue la publicación en 1910 del Real Decreto de 22 de Enero, por el que se establecía el Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales. En cuanto a la Orden Hospitalaria hemos de aportar aquí que fue de las primeras instituciones en implantar la educación especial. En 1960 se creó en Valladolid el primer Centro de la Orden para la educación de deficientes mentales y en 1963 le siguió el Sanatorio de Gijón. Posteriormente, nacieron muchos otros, pero esto se escapa del tema del trabajo que estamos desarrollando.

III.3 LA FORMACIÓN RELIGIOSA

La formación religiosa y la asistencia espiritual corrían a cargo del Reverendo Padre Capellán del sanatorio Don Pedro Juliá y de los propios Hermanos, quienes diariamente les instruían en el catecismo de la doctrina cristiana. Debido a que las salas-enfermería donde estaban los niños, comunicaban directamente con la capilla, los niños desde sus camitas asistían a la misa dominical, que ellos mismos dialogaban y amenizaban con cánticos, con el santo rosario y otros ejercicios de piedad que se practicaban.

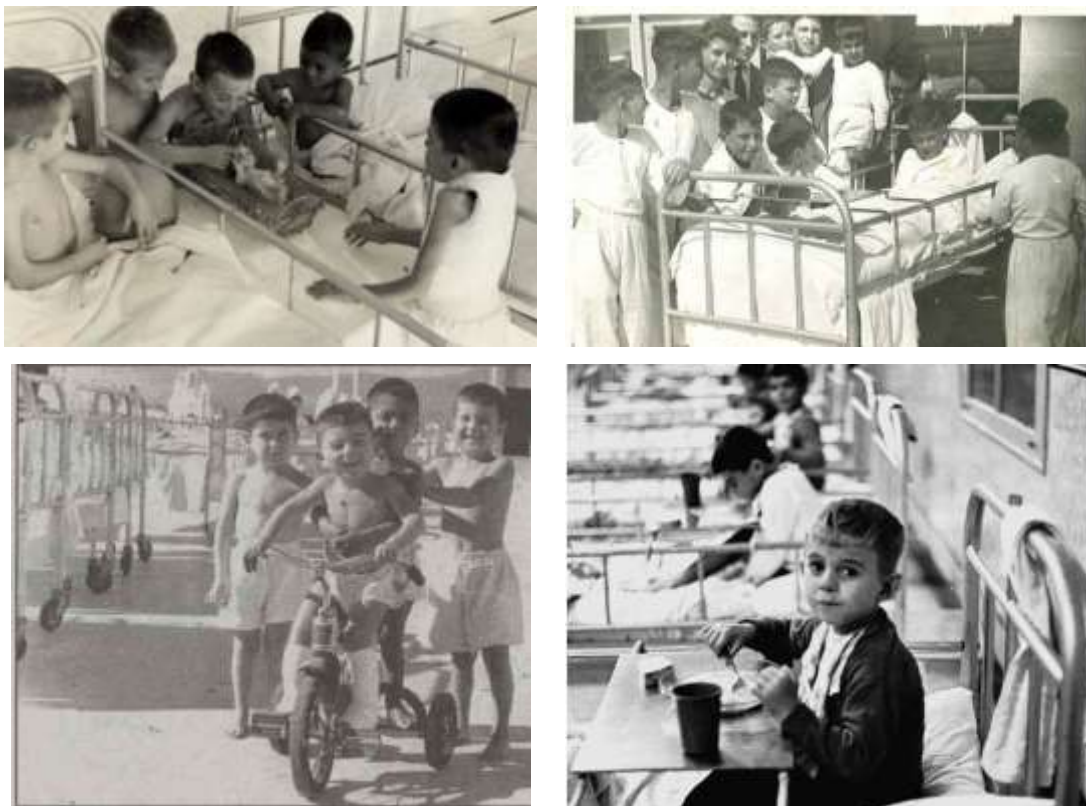
Fig. VI.2. Distribución de los pisos primero y segundo del sanatorio infantil en 1955



Fuente: planos del arquitecto S. Illescas. Fuente: Archivo histórico del Colegio de Arquitectos de Catalunya.

IV NIÑOS HOSPITALIZADOS

Fig. VI.3. Niños ingresados en el sanatorio infantil



Fuente: archivo fotográfico de HSJD. Año 1955.

Fig. VI.4. Niños ingresados en el sanatorio infantil en una jornada festiva



Fuente: archivo fotográfico de HSJD. Año 1955

IV.1 PATOLOGÍA ASUMIDA POR EL SANATORIO⁵⁹

Este sanatorio, construido y regido por los religiosos Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios era uno de los muchos que la Orden tenía esparcidos por todo el mundo con el fin de atender a todos los niños de las Islas Baleares que sufrían alguna de las enfermedades que se detallan y que por pertenecer a familias que carecían de medios económicos no podían tratarlas adecuadamente. Eran las que se conocían como enfermedades invalidantes propias del aparato locomotor clasificadas del siguiente modo:

1. Secuelas adquiridas de la poliomielitis (parálisis flácidas)
2. Secuelas adquiridas de la parálisis cerebral infantil (parálisis espástico-paréticas)
3. Malformaciones congénitas:
 - 3.1. A nivel de cuello y columna vertebral: tortícolis congénito, cifosis, escoliosis.
 - 3.2. Malformaciones de extremidad superior: mano zamba, sindactilias mano, deformidad de Madelung.⁶⁰
 - 3.3. Malformaciones de extremidad inferior: luxaciones de cadera, displasias de caderas, secuelas de enfermedad de Legg-Perthes-Calvé⁶¹, epifisiolisis de caderas, luxaciones de

⁵⁹ Los apartados específicos de diagnóstico y tratamientos, se han obtenido por información de las fuentes orales, esencialmente de los médicos y hermanos Hospitalarios que trabajaron en este periodo del Sanatorio, que relaciono al final del capítulo como fuentes orales: Dres. M. Mora, G. Rul. Ian, E. Espinar, M. Blázquez, M. Sanguino, P. Llabrés, Hno. M. Barceló, Hno J. Chornet y Hno. Mir.

⁶⁰ La deformidad de Madelung es una anomalía congénita de la muñeca uni o bilateral, caracterizada por el acortamiento y arqueamiento del radio que genera una dislocación dorsal del cúbito con deformidad aparente y limitación de la movilidad de la muñeca. Fue descrita en 1878 por el cirujano alemán Otto W. Madelung (1846-1926). Nota aclaratoria del autor.

⁶¹ La llamada enfermedad de Legg-Perthes-Calvé es una necrosis avascular de la cabeza del fémur que se presenta en niños de entre 4 y 10 años. Con posterioridad la cabeza femoral vuelve a regenerarse pero

rodilla, luxaciones de rótula, pies zambos congénitos, sindactilias pie, pseudartrosis congénita de tibia.

3.4. Malformaciones del raquis: cifosis y escoliosis

4. Artrogriposis
5. Nanismos
6. Osteopatías tuberculosas: Mal de Pott⁶², coxalgia y otras artropatías tuberculosas
7. Raquitismo
8. Neuropatías de los miembros superiores e inferiores
9. Raquidisplasias: espina bífida
10. Escrofulismo. Malnutrición
11. Fracturas y otras lesiones traumáticas

También se incluían otras patologías de cirugía general que podían ser atendidas por el cuadro médico, como las apendicitis, hernias, etc.

IV.2 TRATAMIENTOS

Por tratarse de un establecimiento benéfico y de caridad, todo en él era completamente gratuito, incluyendo manutención, vestido, servicios médicos y medicinas. Todos los datos que se aportan a continuación han sido recogidos por fuentes orales: médicos y hermanos principalmente.

La edad de ingreso oscilaba entre los 3 y 13 años. Para ello, solo se precisaban el certificado de nacimiento de la iglesia, y otro de pobreza expedido por el alcalde o el párroco.

En el Sanatorio de San Juan de Dios de Palma de Mallorca, al igual que en otros muchos centros de la Orden o de otras Instituciones, en España y Europa, el tratamiento de estos niños se abordaba con una serie de medidas, que podemos concretar en las siguientes:

- Medidas higiénico-dietéticas
- Tratamientos fisioterápicos
- Tratamientos conservadores ortésico-protésicos y farmacológicos
- Tratamientos quirúrgicos

Las medidas higiénico-dietéticas⁶³

Estas se apoyaban en el internamiento de los niños en sanatorios adecuados, instalados en un entorno favorable, con un ambiente físico apropiado y con una disciplina en las actividades de la vida diaria que contribuya a la regulación de todas sus funciones.

quedando en mal estado frecuentemente. Fue descrita alrededor de 1909 simultáneamente por Arthur Legg de Boston, EEUU, Jacques Calvé en Francia y Georg Perthes en Alemania. Nota del autor.

⁶² El Mal de Pott o espondilodiscitis tuberculosa es la infección tuberculosa de la columna vertebral. Fue descrita por vez primera por el médico inglés Sir Percival Pott en 1779. Nota aclaratoria del autor.

⁶³ Opuscul 55. Toledo Maruhenda, José Vicente. «La Poliomiélitis en España....»

Helioterapia marina

Consistente en una forma de tratamiento muy utilizado en la época y que se realizaba básicamente mediante la exposición al sol y la brisa marina. En el caso del Sanatorio de San Juan de Dios de Palma, se aceptaba en aquellos años que el viento o brisa más conveniente era el conocido “embat”, que como en el resto de islas empieza a soplar a media mañana y no cesa hasta la tarde. Es una brisa de procedencia marítima, de intensidad suave pero que va cargada de humedad y en verano refresca el ambiente. Cada día, mientras el clima lo permitía, los niños eran sacados a la amplia terraza orientada al sur y con abundante insolación y suave brisa marina.

En la helioterapia marina destacan los siguientes factores que se consideraban beneficiosos para el tratamiento de las patologías osteo-articulares:

- a) El clima marino destaca por su mayor riqueza en oxígeno y ozono y su pobreza en anhídrido carbónico y en gérmenes patógenos. Contribuye favorablemente la acción termostática de las costas marítimas.
- b) La helioterapia se basa en que la acción solar actúa por la irradiación de los rayos solares y por la difusión y reverberación de la bóveda celeste. Su benéfica acción terapéutica queda probada observando la mejoría de aquellos casos en que se aplica de forma racional, gradual y sostenida.
- c) Permanencia al aire libre. Se recomendaba la permanencia prolongada de los niños al aire libre en la terraza y el jardín anterior que miran al sur, en la playa y en los paseos en la barca de la que disponía el sanatorio y que se realizaban periódicamente por la bahía de Cala Gamba. Incluso se mantenían abiertas el mayor tiempo posible las ventanas de las salas, si el clima no era adverso.
- d) Una alimentación rica y variada en parte procedente de la propia huerta y granja del sanatorio, evitando las dietas hipocalóricas.
- e) Reposo y movimiento. El reposo absoluto sólo estaba indicado en las afecciones de la columna vertebral o extremidades inferiores. En caso contrario, se recomendaban ejercicios gimnásticos en la pista de baloncesto, la piscina terapéutica o en el frontón.

Fig. VI.5. Tratamientos de helioterapia en la terraza del sanatorio infantil



Fuente: archivo fotográfico de HSJD. Año 1956

Fig. VI.6. Tratamientos de helioterapia marina



Imagen de niños internos con sus camas en la terraza tomando el sol y el aire puro del mar. Fuente: archivo fotográfico de HSJD. Año 1956

Deporte y navegación

Baloncesto. Piscina. Frontón. Paseos en barca. Salidas y excursiones

Terapia física o de rehabilitación⁶⁴

El tratamiento fisioterápico de estas enfermedades que hemos enumerado anteriormente se realizaba: en la propia sala-enfermería; en las salas específicas de rehabilitación y en espacios al aire libre de los que disponían todos los centros, incluido el Sanatorio de San Juan de Dios como el patio de terapias, piscinas, pistas de juegos, etc.

En el caso particular de las secuelas de la poliomielitis, que representaba la patología primordial que incide en estos primeros años (décadas 50, 60, del siglo XX), el tratamiento se organizaba según las distintas fases en las que se hallaba el niño afectado.

1. En la primera fase inicial de la enfermedad la terapia física se orientaba a:
 - Alivio del dolor, con analgésicos
 - Tratamiento postural. Colocar los músculos afectados en posición funcional y de reposo. Miembro superior: hombro en abducción, codo a 110 grados de flexión, antebrazo en posición media, muñeca en ligera flexión dorsal y mano en posición funcional. Miembro inferior: cadera y rodilla en ligera flexión, pies en ángulo recto y posición neutra apoyados en una tabla o en sacos de arena. Tronco en decúbito supino con una pequeña apoyadura en la región lumbar para la conservación de la lordosis fisiológica.
 - Vigilar los edemas posturales
 - Vigilar las úlceras de decúbito
 - Ejercicios de movilidad pasiva muscular realizados dos veces al día
 - Aplicación de calor húmedo. Se realizaba mediante el protocolo de Sister Kenny⁶⁵, aplicando fomentos calientes sobre las regiones afectadas. Se utilizaban paños de

⁶⁴ Opuscit 55. Toledo Maruhenda, José Vicente. « La poliomielitis en España.....»

⁶⁵ El sistema de tratamiento fisioterápico conocido como Sister Kenny consistió en la aplicación de compresas húmedas y calientes en los músculos afectados por las parálisis poliomielíticas, lo que permitía alivio del dolor y relajación de los mismos de forma que después resultaba más fácil el estiramiento y

lana gruesa de formas cuadradas o triangulares para adaptarse a las regiones a tratar. Los paños se sumergían en agua muy caliente, se escurrían y se aplicaban directamente sobre la región a tratar y cubriendo la zona con mantas secas para mantener el calor. Se retiraban al enfriarse. Este protocolo se realizaba según los casos entre 4 y 6 horas al día. Después de esta fase de calentamiento los movimientos pasivos resultaban mucho más facilitados.

2. En la fase de recuperación muscular:

Es en esta fase donde con más frecuencia se iniciaba el tratamiento físico, o sea; una vez finalizada la fase aguda de la enfermedad que coincide con el periodo en el que debe cuidarse el aislamiento para evitar el contagio.

La metodología consistía en iniciar el tratamiento con la termoterapia, seguida de la aplicación de maniobras de movilizaciones y de los movimientos pasivos, activos asistidos y resistidos con los sistemas de poleas y jaulas de Rocher⁶⁶. Las movilizaciones se realizaban de forma analítica en cada segmento o articulación afectada con un mínimo de 5 minutos por cada unidad articular. Se podía seguir con una sesión de masoterapia y finalmente se utilizaba el tratamiento postural en los casos que lo precisaban con el uso de los planos inclinados y verticales; estimulación del equilibrio, el ortostatismo, la sedestacion y la bipedestación con la marcha con o sin ayudas.

Así pues en esta fase de los tratamientos se utilizaban los siguientes métodos de terapia física:

- Termoterapia para elevar la temperatura corporal mediante la aplicación de rayos infrarrojos o baños de parafina, barro caliente o simples compresas calientes.
- Evitación de las contracturas musculares en columna y miembros.
- Práctica de movimientos pasivos.
- Práctica de ejercicios musculares activos.
- Poleoterapia en diversos aparatos.
- Práctica de ejercicios de coordinación.
- Uso de la piscina terapéutica. Su uso dependió de la disponibilidad de la misma en los distintos momentos del sanatorio o de sus centros adjuntos. Sus beneficios son el resultado de la acción del calor del agua que produce relajación muscular, de la disminución del peso corporal por la inmersión y del beneficio psíquico ya que el movimiento más fácil anima al paciente y le reduce la depresión. En las piscinas se realizan toda clase de movimientos desde los asistidos a los resistidos. La piscina terapéutica se utiliza además para enseñar al paciente a sentarse, estar de pie y andar.
- Uso de la electroterapia. No se puede utilizar en la fase dolorosa de la enfermedad. Generalmente se aplicaba una sesión diaria a los pacientes.
- Uso de los planos verticales e inclinados.
- Uso de soportes ortopédicos de tronco.
- Reeduación de la marcha.

fortalecimiento muscular. Este método fue desarrollado a partir de 1934 por la enfermera australiana. Elisabeth Kenny (1880-1952). Nota del autor.

⁶⁶ Las llamadas jaulas de Rocher o de suspensión son un aditamento utilizado en fisioterapia consistente en paneles metálicos enrejados en forma de cubículo o jaula. El paciente es posicionado en el interior y a partir del mismo se instalan una serie de eslingas, cuerdas o cinchas que conectadas a los paneles permiten el ejercicio con poleas, pesas y contrapesas útiles en los tratamientos mecanoterapicos de los pacientes con parálisis o paresias musculares. Nota del autor.

- Marcha ayudada en suspensión con o sin aparatos.
 - Uso de apoyos para la marcha.
 - Uso de sillas de ruedas.
 - Potenciar las actividades de la vida diaria.
3. En la fase de secuelas paralíticas permanentes:
- Tratamiento de las parálisis motoras establecidas. Muchas de ellas solo eran tratables mediante tratamientos quirúrgicos (ver más adelante)
 - Tratamiento de las escoliosis mediante los aparatos de contención, los corsés de yeso u ortopédicos y finalmente mediante los tratamientos quirúrgicos (Harrington)⁶⁷
 - Tratamiento de los trastornos de la circulación periférica y la nutrición de los tejidos. Es importante la profilaxis de estos trastornos protegiendo a los miembros paralizados contra el frío.
 - Vigilar el acortamiento de los miembros paralizados. Se insistía en estimular el apoyo sobre los miembros afectados y se recurría a las intervenciones quirúrgicas mediante: alargamientos óseos del miembro acortado o bien acortamiento del miembro más largo o por detenciones del crecimiento en las metafisis⁶⁸ fértiles de fémur y tibia.

Resto de patologías infantiles

Para el resto de las patologías infantiles invalidantes, eran los profesionales cirujanos ortopédicos y rehabilitadores los que indicaban el tipo de tratamiento fisioterápico que debía aplicarse en cada caso, siempre dentro de las pautas generales de la recuperación funcional.

Tratamientos conservadores ortésico-protésicos⁶⁹

- **Permanencia en tracción continua**

Cierto tipo de patologías exigían la permanencia del niño en reposo y tracción continua realizada en la propia cama, para lo que se precisaba el utillaje específico, indicado en estas patologías, concretamente en casos de:

- Tratamiento de la coxalgia
- Fracturas de las extremidades inferiores
- Fracturas de extremidades superiores
- Tratamiento de la enfermedad de Perthes
- Tratamiento de la epifisiolisis⁷⁰ de caderas

⁶⁷ Paul Harrington (1911-1980) de Kansas, EEUU introdujo en 1962 un sistema de barras metálicas rígidas para la corrección de las escoliosis, que se asociaba a la fusión ósea de las vértebras afectadas por la deformidad. Nota del autor.

⁶⁸ Las epífisis y las metafisis fértiles son las partes de los huesos largos de los humanos donde tiene lugar el crecimiento longitudinal de los huesos a lo largo del periodo de crecimiento esquelético. Nota del autor

⁶⁹ Opuscit 55. Toledo Maruhenda, José Vicente. «La Poliomiélitis en España.....»

⁷⁰ La llamada epifisiolisis de la cadera se produce por un desplazamiento anterosuperior de la metafisis con respecto a la epífisis por una falta de contención en la zona (fisis) de crecimiento óseo. Típicamente afecta a pacientes jóvenes con sobrepeso que acuden por dolor en la cadera y cojera. Suele requerir tratamientos quirúrgicos. Nota del autor.

▪ Prótesis-ortesis

Un número elevado de pacientes con pérdida de alguna de las funciones del aparato locomotor requería el uso de aparatos ortopédicos. Se distinguen diversos tipos de ayudas ortésicas:

Para columna:

- Corsés de soporte para el tronco
- Corsés correctores

Para miembro superior:

- Férulas de diversos tipos
- Férulas para abducción del hombro

Para miembro inferior:

- Férula antiequino
- Goma antiequina
- Monotutor corto y largo
- Bitutor corto y largo
- Férulas de Denis Browne
- Bota antivaro
- Férulas antivalgo-varo de rodillas
- Férulas de descarga de caderas

Ayudas a la marcha:

- Distintos tipos de bastones o muletas
- Andadores
- Sillas de ruedas

Camas especiales y colchones especiales

Elevadores de enfermos

▪ Yesos

Los yesos terapéuticos se confeccionaban en la sala de yesos y podía tratarse de:

- Yesos correctores
- Férulas posturales para miembro superior o inferior
- Yesos post-operatorios
- Pelvipédicos

Tratamientos quirúrgicos⁷¹⁷²

Los tratamientos quirúrgicos que se realizaban en el Sanatorio Infantil de San Juan de Dios se corresponden a los de la cirugía ortopédica y traumatología (COT) realizados en las distintas partes de la economía humana, a saber: cuello, extremidades superiores, extremidades inferiores y columna vertebral. A continuación, se exponen las técnicas quirúrgicas más habituales, que en un momento u otro se desarrollaron en el Sanatorio de San Juan de Dios.

De todas ellas se han podido recoger únicamente fuentes orales de información, dado que no se conserva documentación escrita. No obstante, de las conversaciones con los profesionales⁷² de aquella época, se aporta lo siguiente.

El Dr. Manuel Mora había frecuentado y adquirido formación con los renombrados especialistas Dr. Manuel Bastos Ansart (Zaragoza, 22 julio de 1887- Barcelona, 21 enero de 1973, Premio Nacional de Cirugía “Pedro Virgili 1968” otorgado por la Asociación de Cirugía de Barcelona) y su sobrino Dr. Felipe Bastos Mora (Barcelona, 21 de abril de 1918-Ibidem, noviembre de 2008), considerados autoridades europeas en el tratamiento de las parálisis, y que habían creado Escuela Profesional en España. La Escuela quirúrgica de los Dres Bastos tenía acreditada fama de actualidad y eficacia técnica y científica en la Europa de los años 50 del pasado siglo

A este respecto, el Dr. Manuel Mora disponía de una serie de procedimientos quirúrgicos que habían sido puestos al día por dicha Escuela Profesional de los Dres. Bastos, que pueden esquematizar como sigue:

A nivel de cuello

- Cirugía del tortícolis congénito

Básicamente consistente en la desinserción clavicular del músculo esterno-cleido-mastoideo.

A nivel de la extremidad superior

- Cirugía de las parálisis flácidas poliomiélicas

Se trata fundamentalmente de las parálisis que ha generado la infección poliomiélica y que van a permanecer como secuela indeleble durante toda la vida del niño afectado. La medicina ha luchado contra estas secuelas con métodos conservadores: ejercicios, uso de vendajes enyesados, uso de aparatos y férulas ortésicas que a menudo no logran conseguir el objetivo perseguido.

En el estado del arte médico, correspondiente a las décadas post-poliomiélitis entre los años 1920 a 1960, solo la cirugía ortopédica aportaría buen número de técnicas quirúrgicas que darían soluciones muy aceptables a los problemas que se plantearon.

Existía entre la comunidad médica y ortopédica de aquellos años, un consenso de todas las Escuelas que se ocupaban del tratamiento de las parálisis infantiles, de utilizar en lo posible las

⁷¹ Opuscit 55. Toledo Maruhenda, José Vicente. «La Poliomiélitis en España.....»

⁷² Los tratamientos quirúrgicos comentados se basan en las fuentes orales que el autor pudo obtener en sus entrevistas con los Dres: Manuel Mora Esteva, Eduardo Jordà López, Eloy Espinar Salom, Manuel Blázquez Mulero, Pablo Llabrés Mayans y Mateo Sanguino Vidal.

técnicas de trasplante tendino-muscular, transposiciones músculo-tendinosas y de motorización de músculos paralizados, dejando para etapas de final de crecimiento los procedimientos óseos.

A nivel de hombro

- La parálisis de los abductores del hombro, músculos deltoides y supraespinoso. Se trataba con el trasplante del músculo pectoral mayor al acromion. Otra técnica utilizada era el trasplante de la porción superior del músculo trapecio al acromion.
- La parálisis de los músculos abductores de la escápula se trataba con el trasplante del músculo dorsal ancho al borde interno de la escápula.
- La parálisis de los músculos rotadores externos del hombro se trataba con el trasplante de los músculos dorsal ancho y redondo mayor al músculo redondo menor. Si esta intervención se juzgaba insuficiente, la solución más definitiva era la artrodesis escapulo-humeral.

A nivel de codo

- La parálisis de los músculos flexores del codo se trataba a través de diversos métodos que se empleaban según fuera el grado de afectación motora. Dichos métodos son: la artrodesis o la artrodesis del codo, o bien la llamada operación de Steindler para el codo, consistente en la transposición de los músculos epicondíleos al borde interno del húmero.
- La parálisis de los músculos extensores del codo. Esta secuela muscular carecía de un tratamiento quirúrgico efectivo y todos los métodos que se han ideado no resuelven la problemática, aunque de todas formas este tipo de invalidez origina escasa molestia dado que el codo se extiende pasivamente por efecto de la simple gravedad.

A nivel de mano-dedos

- La parálisis de los músculos supinadores de mano se resolvía con un método de transposición muscular consistente en el paso del músculo cubital anterior al músculo supinador largo.
- La parálisis de los músculos extensores y abductores del carpo era tratada mediante el trasplante de los músculos palmares mayor o menor, del cubital anterior o del supinador largo a los músculos radiales. Si ninguno de estos métodos de motorización se presumía efectivo, el método más definitivo era proceder a la artrodesis de muñeca en posición fisiológica.
- La parálisis de los flexores largos de los dedos. Esta minusvalía se trataba mediante dos técnicas distintas. La primera es la transposición del músculo palmar mayor al flexor común de los dedos; o bien mediante la artrodesis interfalángica.
- La parálisis del músculo flexor largo del pulgar se trataba mediante la transposición del músculo palmar mayor al músculo flexor largo del pulgar.
- La parálisis de los músculos flexores cortos de los dedos. La técnica empleada era la transposición del flexor superficial de los dedos a la 2ª falange. Otras intervenciones que podían ser útiles para esta afección son las capsulotomías y los alargamientos tendinosos.
- La parálisis de los músculos extensores de los dedos era mejorada con el trasplante del músculo supinador largo al grupo muscular de los extensores de los dedos; o bien utilizando el músculo palmar mayor para similares fines.

A nivel particular del dedo pulgar

- La parálisis de la aducción del pulgar no planteaba ninguna necesidad de actuación quirúrgica.
 - La parálisis de la abducción se mejoraba con el trasplante del flexor común superficial de los dedos a nivel óseo del primer metacarpiano.
 - La parálisis de la oposición del pulgar se mejoraba con el procedimiento de trasplantar uno de los tendones del flexor común superficial al primer dedo.
 - La parálisis asociada de la abducción y la oposición del pulgar podía resolverse con una doble trasplantación: pasando los tendones flexores superficiales de los dedos 4 y 5; uno de ellos al primer metacarpiano y el otro a la primera falange.
 - En el caso más completo de la parálisis de la abducción, oposición y flexión del pulgar, asociados a la parálisis del flexor común superficial de los dedos (llamada parálisis alta del nervio mediano), se podía plantear un doble trasplante, pasando el cubital anterior al músculo extensor corto del pulgar y el extensor corto del pulgar al flexor largo del mismo dedo.
- **Cirugía de las parálisis espástico-paréticas**

Es un tipo de cirugía que se practicaba en mucha menor frecuencia en el sanatorio debido a la escasez de casos de parálisis cerebral infantil que se presentaron en la casuística general de la población mallorquina.

A nivel de antebrazo

Para las contracturas y discinesias en pronación del antebrazo se empleaban: la denervación del músculo pronador redondo o el cambio de inserción del mismo músculo a la cara dorsal del radio.

A nivel de carpo

Para las contracturas y discinesias del carpo en flexión, se utilizaba el paso de los flexores (músculos palmares del carpo) a extensores (músculos radiales). Otra posible técnica era la artrodesis radio-carpiana.

A nivel de mano-dedos

La cirugía para la corrección de la hiperextensión de las primeras falanges se abordaba mediante la actuación quirúrgica sobre las bandeletas laterales de los dedos.

A nivel del caso particular del pulgar

La deformidad más corriente era el alojamiento del pulgar dentro de la mano. Su corrección se obtenía mediante la sección distal del músculo flexor corto del pulgar.

Otras intervenciones sobre el pulgar consistían en el alargamiento del tendón del flexor largo y la desinserción de los músculos tenares.

- **Intervenciones osteoarticulares**

En general, los niños ingresados en estos primeros años de existencia del sanatorio lo eran a consecuencia de las secuelas motoras que habían generado las epidemias de poliomielitis

habidas en las Islas Baleares y una pequeña parte de secuelas de las parálisis cerebrales. Aparte de la poliomielitis y la parálisis cerebral infantil, se admitían en el sanatorio, si bien en mucha menor frecuencia, otras patologías infantiles ordinarias como son:

- La luxación de hombro
- La parálisis braquial obstétrica
- La mano zamba
- La deformidad de Madelung⁷³
- Las sindáctilias
- El dedo en resorte o martillo
- Tratamiento de las fracturas de extremidad superior

Para este conjunto de patologías se utilizaban las técnicas que ofrecía la cirugía ortopédica infantil de la época, en sus versiones de tratamientos conservadores, farmacológicos, de tracción continua, de contención con yesos y de rehabilitación y cirugía, que sería reiterativo señalar, y que se describen en todos los tratados de cirugía ortopédica infantil y generala partir de la segunda mitad del Siglo XX.

A nivel de la extremidad inferior

- Cirugía de las parálisis flácidas poliomielíticas

A nivel de la cadera

- La parálisis de los músculos extensores de la cadera debía ser tratada con procedimientos de recuperación muscular fisioterápica ayudada de aparatos que mantengan la postura desde fases tempranas de la marcha. El único procedimiento quirúrgico con alguna solvencia era la operación de Lange que trasplantaba los músculos sacro-lumbar y dorsal largo al trocánter mayor. Otro procedimiento ideado por Bastos Mora consistía en emplear los músculos isquiotibiales para lograr la extensión de la cadera, pero siempre a condición de que existiera una función completa de los músculos cuádriceps.
- La parálisis de los abductores de la cadera. Cuando existía un fallo del músculo glúteo mediano este podía ser motorizado usando trasplantes de los músculos glúteo mayor o tensor de la fascia lata.
- Para la deformidad en contractura anterior de la cadera la técnica utilizada se basaba en la intervención de Campbell- Souther de desinserción de los músculos tensor de la fascia lata y sartorio y a la que añadimos la desinserción del músculo recto anterior de la espina ilíaca antero-superior y su descenso a la antero-inferior. Ocasionalmente, se podían realizar capsulotomías de la cadera y alargamientos del psoas-ilíaco, aunque pocas veces era necesario.
- Para la deformidad en rotación externa fija de la cadera se recurría a la trasplantación del tendón del músculo psoas-ilíaco a la cara externa del fémur.

A nivel de la rodilla

- En la parálisis de los extensores de rodilla (cuádriceps) se podían usar métodos ortopédicos como los llamados bitutores largos junto al refuerzo fisioterápico de los cuádriceps. Desde el punto de vista quirúrgico el procedimiento clásico para motorizar

⁷³ Opuscit 60

los cuádriceps era el trasplante de los músculos flexores de rodilla (bíceps y fascia lata en el lado externo y semimembranoso, semitendinoso, recto interno y abductor mayor en el lado interno), a la rótula o tendón del cuádriceps.

- La deformidad en flexión de la rodilla se trataba de solventar mediante la técnica de Bastos de transposición de las inserciones respectivas de los isquiotibiales y gemelos, asociadas a la capsulotomía posterior de la rodilla.
- La parálisis de los músculos flexores plantares (tríceps sural) produce un pie talus. La alternativa para motorizar dicha función era el trasplante de los llamados flexores accesorios: músculo tibial anterior, extensores de los dedos y peroneos, al tríceps.
- La parálisis de los flexores dorsales produce un pie equino paralítico. La técnica de trasplante elegida era el paso del tibial posterior a tibial anterior. También se podía motorizar la flexión dorsal del pie empleando como músculos cinéticos el flexor común de los dedos, el propio del dedo gordo o el peroneo lateral largo.

A nivel del pie

- La parálisis de los pronadores del pie con varus secundario. Su corrección se basaba en pasar uno de los tibiales anterior o posterior, al borde externo del pie.
 - Para la parálisis de los supinadores con pie valgo secundario, la técnica empleada era pasar uno de los peroneos o extensor común, al borde interno del pie incorporándolos a la masa del tibial posterior.
 - Para la parálisis de los músculos flexores cortos plantares con pie cavus dinámico. La técnica original de Bastos Ansart era el paso del músculo extensor largo a la metáfisis del metatarsiano.
 - Para los casos raros de parálisis completa del pie solo se podían mejorar mediante el uso de férulas o bien por la artrodesis subastragalina del tobillo.
- **Cirugía de las parálisis espásticas-paréticas**

A nivel de la cadera

- La contractura en aducción de los muslos, se trataba mediante la denervación de los aductores mediante la neurotomía del nervio obturador.
- La rotación interna de los muslos. El tratamiento elegido era la llamada operación de Baker que consistía en trasplantar el músculo semitendinoso desde el cóndilo interno al cóndilo externo por su cara posterior.
- Para el tratamiento de las discinesias en flexión de la cadera, el tratamiento elegido era la desinserción del músculo psoas-ilíaco de su anclaje en el trocánter menor.
- Las discinesias en extensión de la cadera y sus rigideces espásticas mejoraban mediante la intervención de desinsertar los isquio-cruales en su inserción superior.

A nivel de la rodilla

- Las contracturas y discinesias en flexión de la rodilla se trataban con la conocida intervención de Eggers, cambiando respectivamente las inserciones de los músculos isquio-cruales y gemelos.

- La rigidez en extensión de la rodilla por hiperactividad de los cuádriceps tenía un tratamiento difícil. Ciertos autores, especialmente de la Escuela argentina practicaban métodos de fenolización del cuádriceps.

A nivel del pie

- El pie equino-espástico se trataba mediante el alargamiento del tendón de Aquiles, la desinserción y descenso de los músculos gemelos.
 - El tratamiento de la garra en flexión de los dedos se conseguía mejorar mediante la neurectomía del nervio plantar externo.
 - El pie equino-varo espástico se abordaba mediante el reequilibrio dinámico entre los músculos supinadores y los pronadores. Se procedía a alargar el tibial posterior, el tibial anterior o trasplantando el tibial anterior o el extensor largo a la parte externa del pie, motorizando el peroneo lateral corto.
 - El pie equino-valgo espástico se trataba mediante el trasplante del peroneo lateral corto al tibial posterior.
 - El pie talo-plano-valgo espástico se podía paliar parcialmente mediante técnicas combinadas de trasplatación muscular y artrodesis.
- **Intervenciones osteoarticulares**

En la cartera de servicios quirúrgicos se incluía también la patología infantil de tipo ordinario:

- Cirugía de la luxación y displasia congénita de cadera
- Cirugía de la enfermedad de Perthes
- Cirugía de la epifisiolisis de cadera
- Cirugía en la coxalgia tuberculosa de cadera
- Osteotomías de cadera
- Osteotomías de fémur por coxa vara o coxa valga
- Osteotomías de rodillas por varo, valgo, recurvatum, derrotativa de tibia
- Artrodesis de rodilla
- Cirugía de la luxación de rótula
- Cirugía del pie zambo
- Cirugía del pie plano
- Alargamientos de fémur y tibia
- Artrodesis doble o triple de tobillo
- Artrorisis
- Operaciones sobre los dedos de los pies
- Tratamiento de las fracturas de la extremidad inferior

También para este conjunto de patologías se utilizaban las técnicas que ofrecía de la cirugía ortopédica infantil de la época, en sus versiones de tratamientos conservadores, farmacológicos, de tracción continua, de contención con yesos, de rehabilitación y quirúrgicos.

A nivel de la columna vertebral

- Intervenciones para la corrección de la cifosis
- Intervenciones para la corrección de la escoliosis

- Tratamiento del Mal de Pott
- Tratamiento de la espina bífida

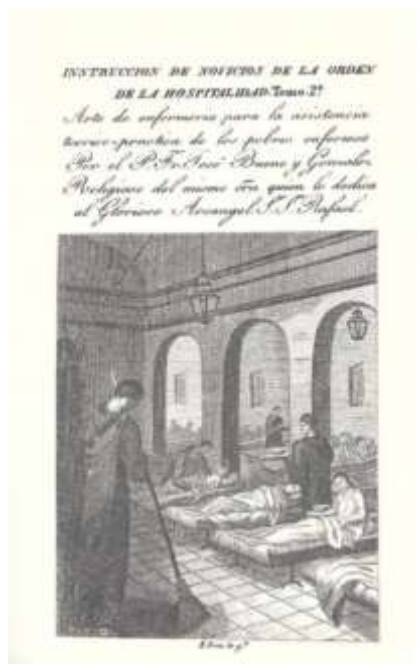
V PERSONAL ASISTENCIAL

V.1 HERMANOS

La vida y actividades de la Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios se desarrollaba bajo un doble aspecto: por un lado el que correspondía a la vida religiosa y comunitaria determinadas por la Regla y Constituciones de la Orden; por el otro lado el de la peculiar dedicación que los Hermanos de San Juan de Dios ofrecían a los niños enfermos con invalidez y de escasos recursos económicos, para aportarles su protección y amparo con el fin de conseguir la máxima recuperación de sus minusvalías, aportando los conocimientos y recursos que la medicina, la cirugía ortopédica y la recuperación funcional ofrecían en aquellos días, sin olvidar la enseñanza escolar y cristiana y sin plantear ninguna limitación temporal en ningún caso. En esta época los hermanos se repartían los empleos de la siguiente forma: tres hermanos limosneros; dos hermanos en las salas; un enfermero mayor o jefe de enfermería; un capellán y un hermano superior.

El Hermano enfermero mayor y los hermanos de las salas tenían múltiples funciones. Es oportuno mencionar aquí la minuciosidad y extensión con que la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ha recogido desde siempre las funciones y obligaciones de los distintos puestos asistenciales de los Hermanos enfermeros. Un claro ejemplo lo tenemos en el tratado: *Arte de Enfermería para la asistencia teórico-práctica de los pobres enfermos que se acogen a los Hospitales de la sagrada religión de N.P. S. Juan de Dios*, compuesto por el P. Fr. José Bueno y González y editado en Madrid en diciembre de 1833. Posteriormente, el *Reglamento General de organización y funcionamiento de las instituciones hospitalarias de San Juan de Dios, provincia de Aragón*, editado por la Curia provincial de Aragón en 1974, actualizaba todos los conceptos. En resumen, en estos tratados se relatan de forma explícita las obligaciones de los enfermeros mayores, enfermeros segundos y novicios.

Fig. VI.7. Arte de enfermería



Fuente: *Arte de enfermería para la asistencia teórico-práctica de los pobres enfermos que se acogen a la de los Hospitales de la Sagrada Religión de N. P. S. Juan de Dios*, y constituye la segunda parte de la instrucción de novicios. Por el P. Fr. José Bueno y González. Madrid. Oficina de D. Juan Nepomuceno Ruiz. Diciembre de 1833.

Hoy en día la figura del enfermero mayor sería la que desempeña la Dirección de enfermería y el resto corresponderían a los enfermeros supervisores o a los enfermeros de planta. En definitiva, las funciones que desarrollaban los Hermanos en esta etapa fundacional del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios de Palma se resumían de la siguiente manera:

1. Asistían a los médicos en las salas de enfermería, en las sala de yesos, en quirófano, en consultas externas, en los gabinetes de especialidades, en radiología y en laboratorio. Hacían el seguimiento en las plantas de hospitalización con los cuidados enfermeros requeridos, curas, vigilancia de yesos, control del estado general, etc.
2. Dirigían y controlaban el Departamento de Rehabilitación en la parte de la sala interna y en los ejercicios al exterior o en la piscina o pistas de deportes.
3. Realizaban la vela o guardia nocturna en las salas-enfermería y en las habitaciones de ingresados (Hno. Juan Enguix).
4. Controlaban las comidas y las pautas dietéticas y alimenticias.
5. Vigilaban y supervisaban a los niños cuando se realizaban salidas del sanatorio: al campo, a la ciudad, pequeños desplazamientos dentro de Mallorca y salidas en barca por Cala Gamba.
6. Se ocupaban de la asistencia y enseñanza religiosas a los niños ingresados.
7. Se ocupaban de la escolarización y enseñanza primaria de los niños ingresados, en la época previa a la existencia del maestro Titular.

V.2 PERSONAL CONTRATADO

En las primeras fases de la existencia del Sanatorio infantil de San Juan de Dios, la comunidad de Hermanos asumía la mayor parte de las tareas propias de una institución sanatorial. No obstante, para las labores puramente domésticas, contrataron a un equipo reducido de personal externo a la Orden: un cocinero; un ayudante de cocina; una limpiadora; un encargado de ropería-lavandería; un chófer (Sr. Nadal) y un hortelano (Sr. Gabriel).

V.3 MÉDICOS

El primer grupo de profesionales médicos mallorquines que formaron parte del cuadro de facultativos del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios de Palma es el que se resume en la tabla 1. Todos eran médicos de reconocida experiencia en su especialidad, y bajo la dirección del Dr. Manuel Mora colaboraron en la asistencia médica a los niños ingresados. Lógicamente la labor médica asistencial preponderante correspondía a los especialistas en cirugía ortopédica y traumatología, el Dr. Mora y sus colaboradores. A este respecto cabe señalar que si bien la dedicación de los profesionales era ética y profesionalmente irreprochable, el equipo médico no asumía la dedicación de exclusividad al hospital, ya que compatibilizaban y compartían con otros puestos en la sanidad pública o privada. El resto de especialistas participaban de una manera complementaria, unos más que otros, a la labor de sus colegas ortopedistas.

Tabla VI.1 Primer cuadro médico. Año 1955

Cargo	Facultativo
Director médico	Dr. Manuel Mora
Jefe de Cirugía Ortopédica y Traumatología	Dr. Manuel Mora
Ayudante	Dr. Francisco Medina
Ayudante	Dr. Eduardo Jorda Lopez

Cirugía General	Dr. Guillermo Reynés
Ayudante	Dr. Mariano Aguiló
Anestesista	Dr. José Estade
Anestesista	Dr. Juan Galmés
Transfusiones	Dr. Pedro Alorda
Pediatría	Dr. Jerónimo Suau
Radiología	Dr. Bernardo Rovira
Análisis	Dr. Luis Feliu
Otorrinolaringología	Dr. Gerardo Bonet
Urología	Dr. Juan Salvá
Neurología	Dr. Bartolomé Mestre
Oftalmología	Dr. Mariano Marí
Odontología	Dr. José Reynés
Reeducación	Dr. Miguel Muntaner

Fuente: Historia de la Casa.

En el curso de los años posteriores el cuadro de los médicos consultores iría variando: en febrero de 1961 se incorporaría el Dr. Gabriel Rul. Ian Buades como médico-pediatra. En julio de 1962 se incorporaría al centro el Dr. Alomar como oculista consultor. En noviembre de 1962 falleció el Dr. Julián Ticoulat que ejercía como odontólogo consultor y lo sustituyó el Dr. Costa Real a partir de diciembre de ese mismo año.

Fig VI.8. Primer cuerpo facultativo del Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1955



De arriba abajo, de izquierda a derecha: 1. Dr. Mariano Marí, oculista; 2. Dr. Eduardo Jordà López, traumatólogo; 3. Dr. Gerardo Bonet, otorrinolaringólogo; 4. Dr. Juan Salva Avalos, urólogo; 5. Dr. Luis Feliu, analista; 6. Desconocido; 7. Dr. Francisco Aguiló, médico general; 8. Dr. Gerónimo Suau, pediatra; 9. Dr. Guillermo Reynés, cirujano; 10. Dr. Manuel Mora, director; 11. Dr. José Rovira, radiólogo; 12. Dr. Bartolomé Mestre Mestre, neuropsiquiatra y 13. Dr. José Estades, anestesista. Fuente: archivo personal del autor.

Dr. Manuel Mora Esteve⁷⁴

El primer director médico del recién creado Sanatorio Infantil de San Juan de Dios de Palma fue Don Manuel Mora Esteve.

Fig. VI.9. Imagen del Dr. Manuel Mora Esteve



Fuente: Archivo personal del autor

Consultas externas. Horario

Para las consultas externas, totalmente gratuitas, se estableció el horario semanal siguiente:

⁷⁴ D. Manuel Mora Esteve nació en Barcelona el 25 de enero de 1916, hijo de D. Manuel Mora Gómez y Antonia Esteve Canet. Se traslada a Palma donde realiza el bachillerato entre 1926 y 1932. De joven perteneció a Esquerra Republicana Balear. Estudió medicina en las Universidades de Barcelona, Madrid y Salamanca, donde se licenció en 1940. Se especializó en cirugía ortopédica y traumatología ampliando estudios con los especialistas catalanes Manuel Bastos Ansart y Felipe Bastos Mora. Casó con la mallorquina Jeanne Marqués Rullan con la que tuvo 3 hijos (Antonia, Catalina y Manuel). En 1946 se establece en Palma, pero en 1948 salió del país y viaja a Méjico. Allí contacta con especialistas mejicanos y norteamericanos en la Baja California y con exiliados políticos españoles como los socialistas Amador Fernández y Amos Ruiz Lecina. En 1954 regresa a Palma. Durante el periodo 1955 a 1970 es director del Sanatorio Infantil San Juan de Dios de Palma. Ingresa en la Seguridad Social y en la Mutualidad de futbolistas y atiende a una nutrida consulta privada. Fue miembro de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) y de la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SICOT). En 1983 se crea la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología (ABCOT) y es elegido su primer Presidente, cuyo cargo ostenta hasta 1987. En su faceta de actividad política participo en 1974 en la fundación de la Junta Democrática de Mallorca a la que representó en Madrid y París. Entre 1974 y 1976 formó parte de la Asamblea Democrática de Mallorca. Fue impulsor del Partido socialista Popular (PSP) en las Islas. En 1977 dimite de todos sus cargos en el PSP y se afilia al PSOE. Es Senador por Mallorca entre 1977-1979 y portavoz del grupo socialista al Senado español. En 1981 abandona el PSOE. En el bienio 1986-1987 preside la Asamblea Autonómica de la Cruz Roja de las Baleares. Falleció en Palma el nueve de agosto de 1987.

Tabla VI.2. Horarios de consultas externas. Año 1955

Especialidad	Día	Hora
Cirugía Ortopédica	viernes	10.00 h
Radiología	viernes	15.30 h
Otorrino	miércoles	09.00 h
Medicina General. Pediatría	miércoles	16.30 h
Análisis clínicos	jueves	08.30 h
Otras especialidades	días convenidos	horas convenidas

Fuente: Historia de la Casa

En la consulta externa se realizaba la primera valoración del estado del niño y se emitía un diagnóstico de enfermedad. Posteriormente, el médico evaluaba si precisaba un tratamiento médico, fisioterápico u ortésico, o bien era susceptible de alguno de los tratamientos quirúrgicos practicados en el sanatorio. Entonces se procedía al ingreso en la sala-enfermería. Una vez allí, el Hermano de sala evaluaba la educación pedagógica que el niño había alcanzado y se establecía un programa de enseñanza adecuado a cada caso, con el fin de que estos conocimientos elementales no menguaran a lo largo de su estancia en el centro. Posteriormente, cuando el sanatorio dispuso de un maestro oficial, estas enseñanzas quedaban a su cargo y los hermanos se limitaban a las ocupaciones sanitarias y de la enseñanza espiritual. Cuando después de unos días de adaptación y mejora de su estado físico y anímico, se pasaba a la fase de tratamiento propiamente dicho, ya fuera ortésico, de rehabilitación o quirúrgico, se seguían las instrucciones dictadas por los médicos.

Rutina de los niños ingresados

En principio y salvo algunas excepciones, se despertaba a los niños ingresados a las 8 de la mañana. Acto seguido se les instruía en los actos de higiene personal, insistiendo en la limpieza de cara, manos, boca y orejas. Posteriormente, se servía el desayuno en las mismas salas de hospitalización. A continuación, venía un periodo de clases, especialmente las de contenido artístico a cargo de una colaboradora pedagógica. Durante la mañana se realizaba el pase de visita médica y de las curas y demás tratamientos de enfermería, prescritos por los médicos y realizados por el Hermano enfermero mayor y los hermanos de cada sala. Seguía el período de estancia en la terraza siempre que el clima lo permitiera para la sesión de helioterapia marina. Eventualmente, se hacían tratamientos fisioterápicos en los casos indicados.

A las 13.00h se servía la comida en las salas. Seguía un periodo de siesta o descanso. El horario de las clases de enseñanza primaria era de 14:30h a 18:30h a cargo del maestro titular Don Alfredo Gómez Barnusell. Se realizaban nuevas sesiones de fisioterapia en los casos indicados que se alternaban con un nuevo periodo lúdico o de descanso durante el cual se les permitía ver la televisión.

A las 17.00h se servía la merienda, a las 19.00h se rezaba el santo rosario y a las 20:30h se servía la cena. Posteriormente, se ordenaba un tiempo de silencio previo al descanso nocturno bajo la vigilancia de un hermano de guardia.

Visita médica a las plantas

En la primitiva disposición del sanatorio en dos salas-enfermería, la visita de los médicos, en esta fase el Dr. Mora y sus ayudantes, se realizaba en horario de mañanas. Pasaba el médico acompañado del enfermero de sala y revisaba la evolución clínica general del paciente, el estado de los vendajes enyesados o la correcta adaptación de los aparatos ortésico-protésicos; la situación de la herida quirúrgica en los operados; se dictaban órdenes de tratamiento médico,

farmacológico, plan de curas, indicaciones dietéticas, inicio o suspensión de las sesiones de fisioterapia, helioterapia, etc.

Visitas familiares a los niños ingresados

De la transcripción de los datos contenidos en el diario de los Hermanos, se sabe que el régimen de visitas por parte de los familiares, a los niños internos, se establecía de la siguiente manera:

Tabla VI.3. Régimen de visitas

Familiares	Día	Hora
Familiares de Palma	domingos	de 15.00 a 17.00 h
Familiares de pueblos	cualquier día	cualquier hora

Fuente: *Historia de la Casa*

Intervenciones quirúrgicas

Las intervenciones quirúrgicas se realizaban los viernes a partir de las 16.00h.

VI PRIMERA ETAPA SANATORIAL. AÑOS 1955-1969

VI.1 AÑO 1955

En el día 4 de diciembre de 1955, día de la inauguración del sanatorio, se encontraban ingresados 11 niños en una de las salas-enfermería, que habían acudido progresivamente al sanatorio desde el 1 de diciembre de 1955. Todos habían sido previamente visitados por el Dr. Mora quien aconsejó su ingreso.

VI.2 AÑO 1956

En este primer año de funcionamiento del sanatorio hay que reseñar una anécdota que sucedió a principios de año, concretamente el 9 de enero de 1956. Estando el Hno. Jesús Chornet en su empleo de hermano enfermero a cargo de una de las salas, sufrió un repentino ataque de apendicitis del que fue intervenido por el cirujano Dr. Guillermo Reynés, que aportó su propio instrumental particular, del que carecía el sanatorio en aquellas fechas. Entonces el Hno. Jesús era un joven de 24 años, sano por otra parte, pero ello no evitó que tuviera un caso difícil de apendicitis gangrenosa que requirió posteriormente un tratamiento antibiótico complementario con penicilina. En aquellos años la penicilina era difícil de conseguir en el mercado regular, motivo por el cual llegaba más fácilmente de contrabando. El hermano limosnero, Lucas, que conocía el mundillo del mercado alternativo, contribuyó en mucho a la curación del paciente.

A finales del mes de enero de 1956 ya había 27 niños ingresados entre las dos salas. Llegó a Palma el Hno. Leoncio Azpilicueta destinado al empleo de enfermero en la segunda sala que tuvo que abrir el sanatorio al completarse la primera sala-enfermería. Cada sala-enfermería disponía de un hermano enfermero que vigilaba y controlaba constantemente la situación y permanencia de los niños asilados. Colaboraba con los médicos en el pase de visita, realizaba las curas oportunas, la vigilancia de los vendajes y aparatos ortésicos, el control de la rehabilitación indicada en cada caso, organizaba las comidas, el reposo y las sesiones diarias de helioterapia.

En relación a la actividad quirúrgica, ésta se inició el día 27 de enero de 1956. Por la mañana a las 8.00h, se practicaron las primeras operaciones realizadas por el Dr. Mora en colaboración con el Dr. Jordá. Se trataba de dos jóvenes ingresados de 16 y 18 años a los que se realizó una

intervención bilateral en los pies. Les ayudaron en las intervenciones los propios hermanos enfermeros del centro.

En cuanto a la organización de las sesiones de cirugía, a partir de ese momento, se estableció el viernes por la tarde como el día señalado para las cirugías. También se estableció el horario del consultorio para la visita de los niños enfermos externos, según el cuadro señalado en la tabla VI. 2.

VI.3 AÑO 1957

El 14 de mayo de 1957 el Gremio de panaderos de Palma obsequió al sanatorio con un negatoscopio, aparato que se añade al instrumental para la correcta visualización de radiografías. El Gremio de hoteleros de Palma, sufragó un nuevo aparato de anestesia que sustituyó al viejo aparato OMO empleado hasta la fecha.

Paralelamente, D. Salvador Llopis, muy querido y conocido de la institución, veraneante vecino de Cala Gamba y teniente de alcalde del Ayuntamiento de Palma, promovió una suscripción pública en el Coll de'nRabassa para recaudar fondos destinados a recursos materiales.

VI.4 AÑO 1958

En marzo de 1958 se adquirió una nueva y moderna lámpara quirúrgica. La Fundación Joan March, accediendo a una solicitud del Hermano Superior aportó la cantidad de 485.000 ptas. para costear y completar el aparato de rayos X.

En abril de 1958, el Ayuntamiento de Palma sufragó la construcción de una pista de básquet y polideportivo en la parte delantera de la parcela, entre el edificio principal y la piscina exterior terapéutica.

En mayo de dicho año, se recibió la silla especial para el gabinete de otorrinolaringología.

El 19 de junio, se compró una barca tipo "llaüt" de 31 palmos, de segunda mano, para pasear a los niños por las tranquilas aguas de Cala Gamba. Este hecho no debe atribuirse a una ocurrencia de los hermanos, sino que se debe al convencimiento que en aquellos años predominaba en los ambientes de los sanatorios infantiles la idea de los beneficios de la helioterapia, talasoterapia y climatoterapia. Recordemos que en la primera mitad del siglo XX las ideas dominantes de los higienistas, salubristas y en general de los médicos que se ocupaban de la prevención, eran muy proclives a la importancia que los baños de sol, baños de mar y clima marino en conjunto. Obedeciendo a esta indicación, la posibilidad de efectuar paseos y estadías en una embarcación, era vista como un complemento adecuado al resto de tratamientos que se ponían en marcha en el sanatorio de Palma

A finales de junio, se organizó un viaje a Lourdes con los niños con más deficiencias físicas. Uno de ellos, al regreso, sufrió una caída y como consecuencia tuvo una fractura de fémur. A la llegada al sanatorio se le aplicó un tratamiento ortopédico de tracción continua, que consiguió la consolidación de la fractura a la vez que la rectificación de la extremidad, primitivamente arqueada, ahorrándose así una intervención quirúrgica.

En agosto, a raíz de las altas temperaturas que llegaron a alcanzar los 36 grados, se decidió que los niños durmieran en la terraza, solución que se adoptó todos los veranos cuando el termómetro lo condicionaba. En septiembre, un benefactor americano regaló material quirúrgico de suturas: catgut, seda, hilo de acero y hojas de bisturí.

Durante todo el año 1958 el número de niños ingresados alcanzó entre 30 y 35. Casi todos los niños eran de Mallorca, aunque una tercera parte de ellos eran hijos de inmigrantes andaluces o murcianos. Cabe desatacar que algunos niños venían expresamente de estas regiones peninsulares alentados por sus familiares que trabajaban y vivían en Mallorca y por el buen nombre que tenía el Sanatorio de Palma.

En 22 de diciembre de 1958 un fuerte temporal azotó la isla causando grandes estragos en las zonas costeras. También en Cala Gamba se produjeron grandes perjuicios en los diques, en las embarcaciones e inundaciones de la barriada del Molinar. No se registraron desgracias personales y el sanatorio salió relativamente indemne del temporal; solo alguna vidriera artística del camarín y el destrozo de plantas y pinos cercanos al mar. El buque correo que salía a mediodía con destino a Valencia hubo de refugiarse y pernoctar en el puerto de Andratx.

Fig VI.10. La tempestad del 22 de diciembre del 1958



*En la imagen superior, las olas pasaban por encima del rompeolas. En la imagen inferior se aprecian las consecuencias del temporal en el rompeolas y muelle de los "llaüts".
Fuente: archivo fotográfico del CNGC. Palma de Mallorca 22/12/1958.*

El 28 de diciembre de 1958 se produjo la primera muerte de un niño ingresado en el sanatorio. Tenía 14 años y era natural de Almuñécar (Granada), de padre pescador. El diagnóstico de su enfermedad era una grave afección tumoral del aparato locomotor, un retículo-sarcoma.

En 1958 se confeccionó el cuadro de Honor del sanatorio, en el que quedaron inscritas aquellas personas o instituciones que con su labor benefactora, habían colaborado de una forma más significativa a la existencia y mantenimiento del Sanatorio.

Tabla VI.4. Cuadro de honor del sanatorio 1958

D. Ramón Vallespir	Donador del legado fundacional
Dña. Catalina Balaguer	Insigne bienhechora
Fundación Joan March Ordinas	Benefactor
Excmo. Ayuntamiento de Palma	Benefactor
D. Salvador Llopis	Benefactor

Fuente: Historia de la Casa

La actividad quirúrgica consignada en el período de 1956-1958 fue de 150 niños operados de cirugía mayor.

VI.5 AÑO 1959

El 4 de marzo de 1959 se consignó por parte de Sanidad un nuevo brote de poliomielitis en Mallorca.

El 2 de mayo de 1959, Doña Dolores Alomar, una benefactora de Palma, regaló un microscopio marca Zeiss binocular cuyo coste ascendía a 42.000 ptas.

En el mes de junio de este año, D. Pablo Butler, un benefactor americano, hizo una colecta para el sanatorio. Se consiguieron cerca de 1000 \$. Con ellos se adquirió a la casa Orthopaedic Frame Company un aparato eléctrico marca Stryker para uso quirúrgico. Dicho aparato iba provisto de un combinado completo de accesorios: sierras, brocas, dermatom, etc.

Además, se adquirieron tres bicicletas para ejercicios gimnásticos de los niños y cuatro triciclos para el gimnasio.

En julio de 1959 un caballero extranjero, residente en Suecia, regaló un nuevo microscopio Zeiss con un dispositivo para tomar fotografías. Con este nuevo microscopio, el anterior aparato, cedido por la Sra. Dolores Alomar se intercambiaba por un audiómetro al Dr. Bonet, otorrinolaringólogo del hospital.

Durante el mes de agosto visitó el centro el Dr. Rafael Esteve de Miguel (Huesca 1924-Barcelona 2013), afamado cirujano ortopédico con obra científica publicada en el campo de la rehabilitación y el tratamiento de la poliomielitis, con ejercicio en Barcelona y que trabajaba en el Asilo-Hospital de San Juan de Dios ubicado en la Avenida Diagonal de Barcelona.

A finales de 1959 se constató una disminución lenta pero progresiva del número de niños ingresados que precisaban intervenciones quirúrgicas debido a la mejora de las condiciones de vida y a la remisión de los brotes de poliomielitis. Ante esta circunstancia que se estimó ya decisiva, se decidió aumentar hasta los 30 años la edad de admisión de pacientes. Todo ello bajo acuerdo previo del cuadro de facultativos y el M.R.P. provincial.

VI.6 AÑO 1960

En el año 1960 debido al ingreso de pacientes hasta la edad de 30 años se hizo precisa una primera readaptación de las instalaciones del centro. A raíz de esta decisión, a finales de enero de 1960, se adquirieron diez camas para pacientes adultos. Al aumentar la edad de admisión de pacientes se detectó un aumento de la demanda. En junio de 1960 se incrementó el número de

consultas externas. Acudió un porcentaje considerable de pacientes atraídos por el prestigio que iba adquiriendo el sanatorio en las enfermedades que trataba.

En agosto empezaron las obras para reformar los despachos y gabinetes de especialidades, así como el laboratorio radiológico, salas de aparatos, sala de yesos y hospedería.

VI.7 AÑO 1961

El 1 de febrero de 1961 se nombró al Dr. Gabriel Rullan Buades nuevo pediatra del sanatorio.

En mayo de este año visitó el sanatorio el Director del Hospital Son Dureta, Dr. Luis Zoreda Landeta⁷⁵ en compañía de diversos especialistas de aquel centro hospitalario de reciente implantación. Todos acompañados por el Padre Superior y por el Dr. Mora, quedaron gratamente impresionados.

Escuela de estudios primarios

Contexto europeo de la escolarización oficial hospitalaria

El movimiento pedagógico hospitalario, concebido como la atención educativa y promocional a la infancia, que por razones de hospitalización médico-quirúrgica debe permanecer largo tiempo en instituciones sanitarias, se inicia en todo el continente europeo desde épocas precoces. Veamos en un somero repaso histórico, las diferentes fases e iniciativas en los distintos países:

Austria

La enseñanza en los hospitales vieneses se inicia en 1917 cuando se abre un proyecto piloto al crearse un aula de enseñanza en la *Clinica Universitaria Infantil de Viena* bajo la dirección del profesor Cleemens Pirquet. Dicha iniciativa fue creciendo sumándose otros hospitales hasta 1939. Durante la II Guerra Mundial se registra un retroceso. En 1948 se unifican las distintas aulas de enseñanza de los hospitales bajo el nombre de “Escuelas Especiales en Sanatorios para chicos y chicas deficientes físicos”. En 1962 se constituye la Escuela Hospitalaria de Viena, cuya directriz acaba por difundir a otros hospitales del país

Alemania

A comienzos de la década de los años 20 del pasado siglo un grupo de pediatras alemanes se percató de la necesidad de educación y escolarización de los pacientes pediátricos. En 1968 y por iniciativa de los padres, surgió un Comité de acción a favor de los niños hospitalizados “*Aktionskomitee Kind in Kruskenhaus*” (AKIK). Posteriormente, el desarrollo de la iniciativa ha sido lento pero progresivo hasta conseguir un sistema escolar adecuado en la mayoría de los 400 hospitales infantiles de la República Federal Alemana.

Dinamarca

En este país ha existido una larga tradición de educación hospitalaria. La actividad se inició en 1875 en el *Coast Hospital* para niños tuberculosos. Ya en 1945 el sistema se había extendido al conjunto de hospitales de niños.

⁷⁵ El Dr. Luis Zoreda Landeta fue el primer director médico de la Residencia Sanitaria “Virgen de Lluch” después Hospital Son Dureta. Permaneció en el cargo casi 20 años desde 1955 a 1973. Nota del autor

Francia

En la década de los 50 se comienza a implantar la actividad de la escolarización de los enfermos pediátricos en los hospitales infantiles. En la actualidad, el *Hospital Robert Debré* de París constituye un modelo en dicha iniciativa, así como el Hospital de la Timone de Marsella. En 1983, apareció una circular ministerial y se crea en París la llamada "Association pour l' Ameliorisation des conditions d' Hospitalisation des Enfants"

Hungría

Inicia el modelo de escolarización hospitalaria hace 20 años.

Inglaterra

La aparición de la escuela en el hospital se inicia en 1959. En 1961 se fundó la National Association for the Welfare of Children in Hospital.

Italia

El Hospital Bambino Gesù de Roma es el pionero en este aspecto.

Noruega

La escolarización hospitalaria se regula a partir de 1969.

Suecia

El interés y la eficacia del sistema educativo en los hospitales ha ido en aumento a largo de los últimos 25 años, destacando la introducción del juego y las actividades lúdicas en el proceso educativo.

Suiza

Ha seguido unas pautas muy similares a las de Alemania.

Turquía

El proceso de escolarización hospitalaria se inició más tarde, a partir de 1975, pero en estos últimos años ha logrado grandes progresos.

Yugoslavia

Hay que destacar que en los hospitales de Belgrado existen escuelas desde la década de los años 50 del pasado siglo.

Eslovenia

Ha seguido un curso evolutivo parecido a Yugoslavia. En el Centro Médico Universitario de Ljubljana se organizó el Primer Seminario Europeo sobre Educación y Enseñanza de Niños Hospitalizados en 1988.

España

A nivel de las iniciativas oficiales (aparte de las surgidas por iniciativa de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios), España sigue los modelos de enseñanza escolar hospitalaria en la línea europea. La enseñanza es impartida por profesores de EGB contratados por el Ministerio de Educación y Ciencia o por el Insalud. A nivel oficial, esta actividad se inicia en 1982 gracias a la Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley 13/1982, de 7 de abril, BOE 30 de abril de 1982). Se organiza en 76 hospitales públicos y privados. En Madrid: Hospital de Rehabilitación y Traumatología la Paz, H. Ramón y Cajal, H. del Niño Jesús, H. Primero de Octubre, H. General de Móstoles, Clínica de la Concepción, H. Gregorio Marañón, H. del Rey; en Cataluña H. Clínico y Provincial de Barcelona, H. de San Juan de Dios de Manresa; en Andalucía, H. Universitario Virgen del Rocío de Sevilla; en Valencia en el H. Clínico y H. La Fé; en Albacete, el Hospital General; en Navarra, la Clínica Universitaria de Navarra; en Asturias, el H. de Oviedo; en Castilla La Mancha, el H. de Parapléjicos de Toledo.

Caso de Palma de Mallorca.

Antecedentes

La pedagogía hospitalaria la inició en España la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, configurando el Consejo Escolar de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, allá por la década de los 50, en el Sanatorio Marítimo de Gijón. Posteriormente, esta iniciativa se implantó en el Hospital-Asilo de San Rafael de Madrid, al que siguieron otros hospitales de la Orden o ajenos a la misma, como se relata anteriormente.

En Palma

El 4 de junio de 1961 visitó el centro el Inspector Jefe de Enseñanza media, aprovechando la ocasión para plantear la asistencia escolar de los internados. El inspector dió toda clase de facilidades a su alcance, elogiando la idea y comentando las satisfactorias instalaciones con que contaba el sanatorio.

El 22 de octubre de ese año se creó por el Ministerio de Educación Nacional una Escuela de Enseñanza Primaria en el sanatorio. Las clases a los niños serían diarias de lunes a viernes por las tardes de 14:30h a 18:30h. El profesor titular asignado fue Don Alfredo Gómez Barnussell⁷⁶.

Ampliaciones en fisioterapia y entradas

El 25 de junio de 1961 se iniciaron las obras del nuevo local de rehabilitación, debido al gran aumento de demanda de estos tratamientos. El lugar elegido estaba situado en la primera

⁷⁶ Alfredo Gómez Barnussell nació en Barcelona el 18 de enero de 1932. Se desplazó a Palma siendo niño donde realizó estudios primarios y secundarios en el colegio de Montesión. Posteriormente inició estudios en la Escuela Normal de Palma, donde se tituló en 1956. Ocupó diversas plazas como maestro nacional hasta 1962 que es nombrado maestro en la Escuela Patronato de Niños Hospital San Juan de Dios de Palma, donde permaneció hasta 1976. En 1976 obtuvo la plaza de adjunto numerario de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de Palma (dependiente entonces de la Universidad de Barcelona); entonces abandonó definitivamente su tarea como maestro nacional. En 1979 obtuvo la plaza de profesor agregado y en 1986 ganó las oposiciones a la cátedra de Psicología de la Educación de la Universidad de las Islas Baleares. En 1972 publicó su tesis doctoral. Desde 1989 centró su actividad investigadora en el tema de la tercera edad y en el tema de la identificación y programación para la educación de alumnos superdotados. Dirigió gran cantidad de tesis doctorales y trabajó en múltiples proyectos de investigación del Ministerio de Educación y Ciencia. Por su tarea fue condecorado con la medalla de plata del Servicio Español de Magisterio. En 1992 recibió el premio Miguel Porcel i Riera. Falleció en Palma en 1993.

planta, adosado a la fachada de la capilla y conectado a la terraza. También se modificó y amplió la plazoleta de entrada, situada en la parte norte del edificio ya que la llegada coincidente de coches y ambulancias, hacía necesaria su ampliación.

Efemérides

El 20 agosto 1961 visitaron el sanatorio varios especialistas de los servicios de rehabilitación de diferentes países. Todos elogiaron las instalaciones existentes.

El 26 de agosto de este año, el conocido ciclista Don Guillermo Timoner Obrador⁷⁷ fue visitado por el Dr. Mora.

El 24 de diciembre fue intervenido de urgencia de apendicitis aguda por el Dr. Reyes, el Hno. Juan Enguix.

VI.8 AÑO 1962

En enero de 1962 la ocupación de las salas de hospitalización de niños se encontraba al completo. Incluso se daban casos de niños que estaban en lista de espera para ser admitidos en el sanatorio o bien para ser atendidos en los servicios de recuperación funcional.

Fisioterapia

El 31 de marzo de 1962 se inauguró la nueva sala de rehabilitación. La planta tenía forma de galería de 16m de longitud por 7m de ancho. Las paredes hasta 1,90m estaban recubiertas por gresite. El pavimento era de goma dunlop de colores jaspeados, de importación holandesa.

La fachada daba al mar con grandes ventanales. Los aparatos fueron adquiridos en la casa Prim. Existía una dotación de recursos materiales compatible con la época: espalderas, barras paralelas, mesas camillas, ruedas de hombro, sistemas de poleas para miembro superior y miembro inferior, bicicletas, planos inclinados y verticales, sistemas de ayudas a la marcha y utillaje para aplicación de termoterapia.

Dos pasillos comunicaban con salas adyacentes. En una de ellas estaban los tratamientos de hidroterapia con baños en piscinas: una de ellas fabricada con materiales de albañilería capaz para que 6 niños hicieran sus ejercicios; otra piscina individual de acero inoxidable y una tercera piscina individual para baños de parafina. El segundo pasillo comunicaba con la sala de niños y con la terraza. Una rampa metálica descendía a la explanada anterior del edificio, donde se realizaban al aire libre los ejercicios en un jardín de tierra con elementos coadyuvantes a los tratamientos de la marcha.

A la financiación de esta sala contribuyeron el Ayuntamiento de Palma, Doña Catalina Balaguer, el equipo de fútbol del Real Mallorca, la Real Sociedad Hípica, la Colonia Americana y el grupo de los Amigos de Mallorca.

En Abril se regaló al centro un aparato de corrientes galvánicas y farádicas.

⁷⁷ Guillermo Timoner Obrador (Felanitx 1926) Deportista rspanol que compitió en ciclismo en la modalidad de pista. Fue 6 veces campeón del mundo en la modalidad de medio fondo. Nota del autor.

Se ocupaba de la dirección de la rehabilitación el médico Dr. Miguel Muntaner, sobrino de Don Manuel Mora. En cuanto a los hermanos: primeramente fueron los Hnos. Miguel Barceló y Gregorio Martín los que se ocuparon de la fisioterapia.

Nombramientos profesionales

El 7 de junio de 1962, el Dr. Alomar fue nombrado médico-oculista del sanatorio.

Escuela

El 7 de junio de 1962 se recibió del Ministerio de Educación y Ciencia el nombramiento de Don Alfredo Gómez Barnussell como maestro definitivo de la escuela del sanatorio.

VI.9 AÑO 1963

En enero de 1963 vino destinado a la Comunidad de Palma el Hno. José Pelegrin para hacerse cargo de la rehabilitación y la fisioterapia como supervisor de estos tratamientos

En el mes de julio 1963 se adquirió todo el material necesario para dotar debidamente el gabinete de oftalmología.

El 6 de diciembre de 1963 llegó un equipo móvil de vacunación anti-poliomielítica y se vacunaron 20 niños menores de 8 años.

VI.10 AÑO 1964

El 16 de abril de 1964 un equipo de Sanidad procedió a la segunda fase de la campaña nacional de vacunación anti poliomiéltica y se administraron unas 20 dosis.

El 2 de mayo de 1964 visitó el sanatorio el ministro de Información y Turismo, Don Manuel Fraga Iribarne. El acto fue organizado por el presidente del Sindicato de Hostelería con motivo de la inauguración del "Hotel 1000". El ministro llegó con su séquito acompañado por el gobernador civil, el alcalde de Palma, el delegado de Información y Turismo y otras autoridades. El ministro hizo un detenido recorrido por el sanatorio y sus instalaciones elogiando la situación de la institución y los equipos instalados. Regaló a cada niño un libro de lecturas apropiadas, y él mismo les sirvió el primer plato de la comida. Se dió una espléndida comida costada por el sindicato de hostelería. La asociación sindical de vecinos de Palma obsequió a los niños con juguetes. El ministro se despidió gratamente impresionado, haciendo eco de esta visita toda la prensa de Palma.

Escuela

El 23 de junio de 1964 se efectuaron en la clase de los niños las pruebas de examen para la obtención del Certificado de Estudios Primarios. Superaron la prueba 4 niños, recibiendo el certificado de manos del inspector de enseñanza de la zona. Otro niño que se beneficiaba de una beca del Instituto Luis Vives realizó los exámenes de primer año con la calificación de sobresaliente.

VI.11 AÑO 1965

En noviembre de 1965, el hermano José Pelegrin, que supervisaba los tratamientos de rehabilitación en el sanatorio, viajó a Barcelona para matricularse y realizar un curso intensivo de fisioterapia que organizaba el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

Escuela

El 9 de julio de 1965 finalizó el curso escolar. Los exámenes eran los habituales, al no haber este año ningún niño que optara a obtener el certificado de Estudios Primarios. El niño becado por el Instituto Luis Vives, siguió disfrutando de la beca al obtener calificación de honor en los últimos exámenes.

VI.12 AÑO 1966

Llegaron procedentes de Barcelona los Hnos. Ramón Ferrero y Eduardo García, miembros de la Comisión de Hospitales, con el fin de tener entrevistas con el personal del centro, con el cuerpo facultativo y con las autoridades de la capital. Se apreciaba que el sanatorio estando científicamente preparado se hallaba desaprovechado y no alcanzaba a desarrollar todo el potencial asistencial deseado, habida cuenta de la progresiva disminución de nuevos casos de poliomielitis gracias a las campañas de vacunación establecidas. Como resultado de esta visita, se acordó orientar la actividad hospitalaria hacia las deficiencias infantiles ajenas a la poliomielitis: parálisis cerebral, espina bífida, luxación congénita de cadera y hacia la rehabilitación de adultos.

VI.13 AÑO 1967

El 20 de enero de 1967 se adquirió una furgoneta DKV para el servicio del Sanatorio.

VI.14 AÑO 1968

Primer Convenio entre el Instituto Nacional de Previsión y el Sanatorio Infantil San Juan de Dios de Palma de Mallorca

En este año se estableció el primer Convenio entre el Sanatorio Infantil San Juan de Dios y el Instituto Nacional de Previsión, para el tratamiento de pacientes menores y adultos de ambos sexos de procesos que requerían rehabilitación y/o cirugía del aparato locomotor, con y sin ingreso hospitalario. Se establecieron unas tarifas por día de hospitalización y por tratamientos fisioterápicos (ver detalle en el capítulo 10, Convenios).

A primeros de abril se iniciaron obras de reestructuración del sanatorio, para configurar habitaciones para adultos y salas de tratamiento en el servicio de rehabilitación, tal como se había comprometido el sanatorio en el convenio anteriormente citado. Se consiguió la instalación de 75 camas, separando adultos y niños y naturalmente hombres y mujeres. Se asignó la primera planta para la hospitalización de niños y hombres y la segunda planta para niñas y mujeres.

Asistente social

Se disponía de la colaboración de la asistente social Sra. María Morell Massanet.

VI.15 AÑO 1969

Asistente Social

En 1969 empezó María Dolores Ortiz Llopis desarrollando las funciones de asistente social.

Puesta en marcha de las Escuelas de Enfermería

Se decidió, siguiendo el ejemplo del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, la implantación de una Escuela Profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS).

Posteriormente, se acometería la configuración de una Escuela de Fisioterapia para el personal que previamente hubiera obtenido el título de ATS (ver detalle en capítulo 7 de Escuelas Profesionales).

Reflexión ante un cambio de época

Intentando aportar una reflexión autocrítica de lo que han sido los años transcurridos desde 1955 hasta 1969, la institución realizaba las siguientes consideraciones.

Siguiendo la tónica marcada por una asistencia sanitaria poco dinámica, la institución hospitalaria juandediana, vivió estos años, inmersa en una atmósfera social de comprensión, admiración y profunda simpatía con que la población palmesana distinguía al sanatorio. Sin embargo, todos los esfuerzos de la comunidad, del cuerpo facultativo y de cuantos colaboradores constituían el personal del centro, no eran suficientes para arrancar el funcionamiento del sanatorio de un ambiente apático, poco eficaz desde los aspectos puramente médicos y que, además incidía en una ocupación decreciente de las camas.

Naturalmente que el origen de esta evolución era totalmente ajeno al sanatorio, quien seguía con el entusiasmo, calidad y calidez humana y dedicación del primer día. Lo que ocurría era simplemente consecuencia del progresivo desarrollo social, económico y sanitario del país.

Las campañas de erradicación de enfermedades que, como la tuberculosis y la poliomielitis, se cebaban sobre la población infantil, dejando terribles secuelas y numerosos niños marcados para siempre por el estigma de la invalidez, la progresiva elevación del nivel de vida, la protección cada vez más eficiente y amplia por la Seguridad Social y asimismo la aceleración de los avances de la medicina hospitalaria que exigía para los nuevos tiempos, instituciones adecuadas a la problemática del momento, todo contribuía al desfase entre el sanatorio y las necesidades reales de la población.

España entraba, después de unos largos años de vacilaciones en un momento trascendental desde el punto de vista hospitalario.

El primer censo nacional de hospitales y la correspondiente catalogación de realidades en confrontación con la evaluación de las necesidades mínimas, llevaba al conocimiento de la deficiente situación hospitalaria del país, cualitativa y cuantitativa.

El estudio realizado por la Comisión de Coordinación hospitalaria evidenció la obsolescencia técnica de la mayor parte de las instituciones de salud y la exigua cifra de camas por habitante (poco más de un 4%), que nos situaba en los últimos puestos de Europa y a menos del 40% de lo exigible.

Tal situación tan evidente, determinó que en los Planes de Desarrollo Económico-sociales, por primera vez se destinaran importantes cifras para la construcción y potenciación de las camas hospitalarias.

La Seguridad Social, cuyo campo de acción se extendía lógicamente cada vez a mayor número de especialidades y fórmulas de asistencia, no solo incrementaba sus propias posibilidades sino

también, y de conformidad con las indicaciones del Banco Mundial, se abrió a un inteligente y fructífero diálogo con las instituciones hospitalarias nacionales.

En este momento, la Orden de San Juan de Dios, presente desde hace muchísimos años en las realidades asistenciales de la nación y siempre aportando lo mejor de sus religiosos al campo hospitalario, se identificó con la tendencia del país a mejorar las instituciones y procedió paralelamente con lo señalado por el Ministerio de Gobernación, a través de sus jefaturas regionales de hospitales, a la actualización de sus centros, con obras de ampliación y mejora de sus equipos técnicos e instalaciones.

El Sanatorio Infantil de Palma de Mallorca, que sentía por propia experiencia la imperativa necesidad de renovarse, se propuso transformar estructuralmente el tipo de asistencia desarrollada en los últimos años y adecuarse a las nuevas realidades sanitarias.

El programa de reformas, acondicionamiento técnico que se consideraba como mínimo e imprescindible, sobre bases estrictamente limitadas a la realidad, rebasaba ampliamente las posibilidades económicas de la propia institución.

La Orden, lanzada simultáneamente a la misma tarea y con perentoria urgencia en otras muchas instituciones, más anticuadas y con problemática más agudizada, si cabe, no podía atender con suficiencia la inversión planteada. Se buscó la financiación de una entidad de ahorro y se consiguieron para una inmediata acción cuatro millones de pesetas.

Un objetivo preciso y concreto del sanatorio era el poder ofrecer a la Seguridad Social la prestación de servicios médico-quirúrgicos a los beneficiarios de la misma. Ignorar la preponderancia de la Seguridad Social en el país y el hecho de que controlase entre el 75 y el 80% de la población total ya no era posible ni lógico ni podía permitírsele el sanatorio.

Además, el lógico encarecimiento de los servicios debía tener una contraprestación económica y no cabía la menor duda de que la fuente principal de enfermos y de recursos se encontraba encuadrada en el ámbito de la Seguridad Social.

Por otra parte, afortunadamente para el país, la desaparición del antiguo pobre, mendicante, desamparado y sin medios, cliente habitual y obligado de los hospitales, dejó paso a una clase social (trabajadores, obreros y autónomos) todavía económicamente de nivel limitado, al que las enfermedades de antaño no hundían en la miseria, pero que evidentemente necesita aún muchas ayudas. Entre la clase trabajadora, obreros cualificados y otros sin suficiente formación profesional, se en contraban ahora los usuarios del sanatorio.

El concierto con la Seguridad Social, laboriosamente gestado, no solamente sería una posible solución económica sino también una forma de continuidad de la Orden en el apostolado eficiente entre una población ganada a la entrega y caridad de los religiosos.

El convenio debía permitir una tradicional asistencia, con los valores humanos de siempre, pero también con los medios técnicos suficientes que dicha población espera y merece.

Las principales reformas realizadas dentro de esta primera etapa consistieron en la habilitación de las antiguas salas generales, que clásicamente en los hospitales constituían el mayor motivo de prevención por parte del usuario, en nuevas habitaciones perfectamente acondicionadas para tres enfermos, la mejora del gimnasio, la construcción de una piscina, la instalación de una ascensor y la ubicación en la planta sótano de los dispensarios.

A partir de 1968, relaciones iniciadas con la Seguridad Social llevaron a un primer acuerdo que entró en vigor el 1 de diciembre de 1968. La firma en Madrid, ante el Instituto Nacional de Previsión de este primer convenio distó mucho de satisfacer el aspecto económico. Se alcanzaron nada más que 150 pesetas por estancia de las 300 solicitadas. El desfase, no solo por la misma limitación de la cifra sino por el incremento del coste de los servicios que el esfuerzo del Sanatorio representaba, no fue un freno al entusiasmo con que se reanudó una reactivación de la dinámica hospitalaria.

No solo la Orden, con sus posibilidades financieras, el trabajo personal de los religiosos y la ayuda aportada por la limosna, actividad a la que dos religiosos dedicaban desde el año de fundación su máxima abnegación, sino todo el cuerpo facultativo, en compacto equipo de trabajo y con dedicación extraordinaria, contribuyeron desde el primer momento a compensar la deficiencia económica planteada.

En 1969 se logró alcanzar el precio por estancia de 300 ptas. Un nuevo convenio con esta mejora y una ligera elevación de las tarifas para los enfermos en tratamiento ambulatorio (1000 ptas. al mes) suponían no perder mayor distancia con el coste real. Naturalmente, el Sanatorio pretendía lograr un equilibrio entre el coste de los servicios y los valores del contrato. La ausencia de finalidad lucrativa, la limpia trayectoria de la Orden por una parte y la positiva política de buen entendimiento, sobre bases reales y aceptación de lógicas argumentaciones por parte del Instituto Nacional de Previsión hacían concebir fundadas esperanzas en que las negociaciones para la actualización de los convenios tendrían favorable resolución si se basaban sobre datos objetivos del coste y si se establecían los mecanismos correctores para que de conformidad con los índices oficiales del coste de vida, y en correlación a los valores matemáticos que la elevación de este fuera expresando, se pudieran revisar anualmente los convenios de forma consuetudinaria.

VII SEGUNDA ETAPA SANATORIAL. AÑOS 1970-1974

VII.1 AÑO 1970

Cuando en el año 1970 cesó en la dirección el Dr. Manuel Mora, se contrató como director médico al Dr. Eduardo Jordà López⁷⁸, quien formaría un equipo de especialistas en cirugía ortopédica, traumatología y rehabilitación, compuesto por los Dres. Manuel Blázquez Mulero, Eloy Espinar Salom⁷⁹, Mateo Sanguino Vidal y Pablo Llabrés Mayans. Cada uno de estos médicos

⁷⁸ Eduardo Jordà López (Palma 1928-2016), cirujano ortopédico y traumatólogo. Licenciado en Medicina y Cirugía y doctor por la Universidad de Valencia. Ocupó los cargos de Jefe del Servicio de COT en los Hospitales de Cruz Roja, San Juan de Dios (1970-1974) y Son Dureta (1974-1998) de Palma de Mallorca. Adquirió su formación profesional en Hospitales de Madrid y París. Ejerció docencia en las Escuelas de ATS y Fisioterapia del HSJD y la de Enfermería del Hospital Son Dureta. Fue profesor de anatomía descriptiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de les Illes Balears (cátedra del profesor Domenech de la Univesidad Autónoma de Barcelona) los años 1976-77 y 1977-78. Medalla de oro al mérito colegial por el Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (COMIB) en 2010. *Nota necrológica del COMIB de 6/2/2016.*

⁷⁹ Eloy Espinar Salom (Cala Ratjada, Mallorca 1938-2016), cirujano ortopédico y traumatólogo. Licenciado en la Universidad de Madrid y doctor por la Universidad de Valencia. Ocupó cargos en el HSJD y Hospital Son Dureta y fue jefe del Servicio de COT de la Clínica Rotger de Palma. Desarrolló intensa labor pedagógica y científica con publicaciones a nivel nacional e internacional y se especializó en patología del pie y tobillo. Presidió la Sociedad española de medicina y cirugía del pie y tobillo (SEMCPPT) los años 1993-1996. Proporcionó información al autor de esta tesis para la elaboración de los capítulos relativos al Sanatorio Infantil y las Escuelas de ATS y Fisioterapia. *Nota necrológica de la SEMCPPT*

se ocupaba de una sala y el Dr. Jordà ejercía la jefatura, dirección y coordinación del servicio médico de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) y Rehabilitación.

El nuevo equipo médico se constituyó como una unidad de trabajo, compacta, disciplinada e identificada plenamente con la nueva etapa hospitalaria. Se implantó una metodología del trabajo en equipo. También se extendió la actividad en los dispensarios a otras especialidades complementarias, con lo que se incrementaba la atracción hospitalaria, no limitada a la actividad dimanante de atender a los beneficiarios de la Seguridad Social sino ampliada eficazmente a enfermos privados, de otras entidades de seguro libre o sencillamente atraídos por el prestigio renovado del sanatorio, sin otra vinculación con el mismo que su propio problema médico y la necesidad de solucionarlo.

En esta nueva fase hospitalaria la dedicación de los profesionales del Servicio de COT, sin llegar a ser considerada de exclusividad, sí que adquirió una mayor implicación en el sanatorio, donde prestaban servicio presencial en horario de toda la mañana.

La estadística comparada entre los dos últimos años muestra la evolución sufrida por la dinámica asistencial, para la cual, las 75 camas instaladas apenas eran suficientes debido al incremento de la actividad de los servicios ambulatorios y los servicios generales del Sanatorio.

Tabla VI.5. Actividad Asistencial Comparativa 1969-1970

Indicador	1969	1970
Tasa de ocupación	74,4%	94,7%
Índice de rotación	2,75	4,3
Estancia media hospitalaria	98 días	79 días
Admisiones	193	304
Estancias totales	19.031	24.209
Actividad quirúrgica	51	76

Fuente: Historia de la Casa

El aumento de la tasa de ocupación, rozando los límites de saturación, un mayor número de admisiones y la normalización de la duración media de los internamientos, todavía excesivamente prolongados por situaciones socio-económicas del paciente, pero que tendieron a reducirse, demuestran que los índices funcionales del sanatorio correspondían a una situación de actividad asistencial que antes no se conocía.

Los servicios ambulatorios hacían totalmente insuficientes los locales disponibles. Se hizo necesario ampliar el gimnasio con 150m² más de superficie y separar las prestaciones a hombres y mujeres, con el fin de atenderlos mejor.

Los tratamientos de escoliosis con los sucesivos corsés hasta llegar al Lyones⁸⁰, aumentaron en porcentajes parecidos a los actos quirúrgicos.

Una faceta, consecuencia innegable del alto prestigio científico que estaba logrando el centro, se encontraba en la actividad científico-médica desarrollada periódicamente. Se planificaban reuniones del cuerpo facultativo cada semana, con presentación de casos clínicos de interés junto a la organización por el Dr. Jordà de un Simposio anual en el mes de noviembre al que

⁸⁰ El llamado corsé Lyones fue puesto a punto por el médico francés Pierre Stagnara (1917-1995) para el tratamiento conservador de las escoliosis. Consiste en una ortesis de tronco toraco-lumbo-sacra formado por barras metálicas anteriores y posteriores y apoyos pélvicos y axilares. Requiere un primer tiempo de reducción en un marco especial, seguido de la confección de sucesivos yersos hasta la confección del corsé propiamente dicho. Nota del autor.

acudían médicos de toda España e incluso prestigiosos especialistas del extranjero. Estas sesiones clínicas dieron a conocer las actividades científicas y asistenciales con una proyección positiva y beneficiosa para la institución.

Cabe señalar como muy importante que en ese año se realizaron los primeros pasos para la petición al Ministerio de Educación y Ciencia, orientados a la creación de una Escuela de Fisioterapia para los A.T.S., dependiente de la Escuela de San Juan de Dios de Barcelona.

Permaneció prácticamente inalterable el cuadro médico general de consultores, descritos al principio. Dichos profesionales eran llamados a consulta cuando los componentes del Servicio de COT lo requerían.

Evolución previsible

Era previsible la evolución hacia una institución hospitalaria con servicios básicos de cirugía, ortopedia y recuperación funcional. Si bien dado que su origen y denominación, Sanatorio Infantil, expresaba preferentemente una asistencia infantil, es evidente que al racionalizar la institución, de acuerdo con las nuevas directrices de la hospitalización (doctrina Organización Mundial de la Salud) se abría necesariamente a un campo asistencial más amplio, más completo y menos restrictivo.

La nueva institución venía a cubrir las necesidades, no sólo de la población infantil sino también de aquellos otros pacientes que precisaran la asistencia médico-quirúrgica o de rehabilitación, realizada a un nivel técnico equiparable a otros hospitales de la península.

El ámbito de sus funciones se hizo lo suficientemente extensivo y a la medida exacta de las necesidades planteadas por la población balear, y el sanatorio aspiraba a ocupar, en la futura red nacional de hospitales y en cualquier programa de regionalización hospitalaria, un puesto concreto en la asistencia, perfectamente ensamblado e integrado como una eficiente unidad terapéutica dentro del esquema general.

Cartera de Servicios en COT y rehabilitación

En este segundo periodo de la existencia del sanatorio, años 1970-1974, la cartera de servicios de cirugía ortopédica, traumatología y rehabilitación fué modificándose. El mayor número de adultos ingresados, varones y mujeres por los acuerdos y convenios con la Seguridad Social y el descenso del ingreso infantil por la paulatina remisión de los casos de poliomielitis y la progresiva implantación de servicios pediátricos en el Hospital Son Dureta, favoreció que la patología asumida se correspondiera con la propia de la especialidad de la cirugía ortopédica general del adulto. La misma situación se producía en la especialidad de rehabilitación.

Los procesos de la patología ortopédica, traumatológica general del adulto o rehabilitación, que en la nueva fase se admitían en el HSJD, se pueden resumir en los siguientes epígrafes:

- Traumatología general: fracturas y luxaciones, pseudartrosis
- Afecciones quirúrgicas de los músculos y de los tendones
- Infecciones óseas: osteomielitis agudas y crónicas
- Tumores óseos benignos y malignos
- Displasias óseas
- Osteopatías endocrinas

- Nanismos, acortamientos de miembros primarios o como secuela de la poliomielitis
- Osteoporosis, osteomalacia, raquitismo
- Artropatías infecciosas
- Artropatías degenerativas
- Osteocondritis, osteocondrosis y cuerpos libres articulares
- Artropatías nerviosas
- Rigideces y anquilosis
- Tumorações articulares benignas y malignas
- Afecciones congénitas y adquiridas del miembro superior: hombro, codo, antebrazo, muñeca y mano:
 - Hombro: lesiones obstétricas del hombro, periartritis escapulohumeral
 - Codo: sinostosis radiocubital, epicondilitis, epitrocleitis
 - Antebrazo: retracción de Volkman
 - Muñeca: enfermedad de Madelung, enfermedad de Kienböck⁸¹
 - Mano: sindactilia, dedo en resorte, enfermedad de Dupuytren⁸², dedo en martillo, panadizos, tenosinovitis
- Parálisis de los nervios del miembro superior
- Afecciones congénitas y adquiridas del miembro inferior: cadera, rodilla, pierna, tobillo y pie:
 - Cadera: luxación congénita de cadera, coxa vara, coxa valga, enfermedad de Perthes, epifisioliosis de cadera, coxalgia, artrosis de cadera, cadera en resorte.
 - Rodilla: genu valgo, genu varo, genu recurvatum, lesiones meniscales, lesiones ligamentosas, quistes poplíteos, condropatías de rotula, enfermedad de Osgood-Schlatter⁸³, osteocondritis, osteocondrosis, osteonecrosis, artrosis de la rodilla.
 - Pierna: pseudartrosis congénita detibia, curvaturas de la tibia.
 - Pie: enfermedad de Köhler I y II⁸⁴, pie zambo congénito, pie cavo, pie plano, etatarsalgias, talagias, exostosis calcáneas, flemones de los pies, retracción

⁸¹La enfermedad de Kienböck es una necrosis aséptica avascular del hueso semilunar del carpo y se caracteriza por dolor local y pérdida progresiva de la función articular de la muñeca. Fue descrita por el médico radiólogo vienes Robert Kienböck en 1910. Nota del autor.

⁸²La enfermedad de Dupuytren es una fibrosis de la fascia palmar indolora que provoca una retracción paulatina de los dedos afectos y de la mano por retracción de la aponeurosis palmar. Fue descrita por el patólogo y cirujano francés Guillaume Dupuytren en 1831. Nota del autor.

⁸³La enfermedad de Osgood-Schlatter (Osteocondrosis/epifisitis) es una inflamación con edema doloroso de la parte frontal y superior de la tibia (espina tibial). Afecta a niños y adolescentes produciendo dolor local y dificultad a la marcha. Fue descrita simultáneamente pero de forma independiente por el cirujano estadounidense Robert Bayley Osgood y su colega suizo Carl Schlatter en 1903. Nota del autor.

⁸⁴La enfermedad de Kohler I es la osteocondrosis localizada a nivel del escafoides tarsiano. Se presenta en jóvenes adolescentes produciendo dolor local en el pie y cojera. Fue descrita por el médico radiólogo alemán Alban Kohler en 1908.

La enfermedad de Kohler II o de Freiberg representa una patología parecida a la anterior pero localizada a nivel de la cabeza del 2 o 3 metatarsiano. Fue descrita por el estadounidense Albert H. Freiberg en 1914 y después por el alemán Alban Kohler en 1915. Nota del autor.

aponeurosis plantar, hallux valgus, dedos en martillo, callos de los pies, exostosis subungueal del dedo gordo, uña incarnata.

- Parálisis de los nervios del miembro inferior
- Patología de las deformidades de la columna y cuello
 - Tortícolis congénito y adquirido
 - Escoliosis, cifosis

Alargamientos óseos

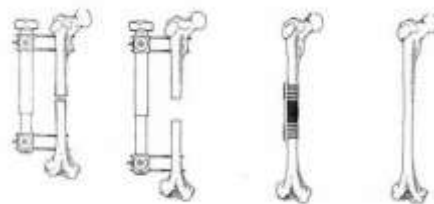
Un caso a destacar en la patología ortopédica infantil secuelar que se presentaba en aquellos años eran los acortamientos óseos. Conviene destacar que ya en aquellas fechas se disponía de un método de alargamiento óseo generalizado en toda Europa. Para su tratamiento se disponía de las técnicas de elongación útiles en los casos de acortamientos de tibia y fémur. Para las distracciones de tibia se disponía del aparato distractor de Anderson⁸⁵ y en el caso del fémur se utilizaba el aparato de Wagner⁸⁶.

Fig VI.11. Aparato distractor de Anderson



Aparato distractor de Anderson a la izquierda y su aplicación clínica en un caso de acortamiento tibial. Fuente: archivo iconográfico del autor.

Fig.VI.12. Aparato distractor de Wagner



Aparato distractor de Wagner. Esquema de la realización de una distracción de fémur. Fuente: archivo iconográfico del autor

Horario médicos

El horario normal que se estableció era en jornada de mañanas desde las 8.00h a las 14.00h. Los médicos repartían su trabajo en: consultas externas, quirófano, visita a planta, atención a las posibles urgencias intrahospitalarias y participación en las sesiones clínicas.

⁸⁵El aparato distractor de W.V. Anderson fue un método de elongación ósea usado para tratar los acortamientos de la tibia. Su diseñador lo introdujo en la práctica ortopédica a partir de 1952.

⁸⁶El aparato distractor de H. Wagner se utilizó para los casos de acortamiento del fémur. Su introducción en clínica ortopédica fue a partir de 1971.

Consultas externas

Tenían lugar en los despachos del mismo hospital donde cada uno de los cinco componentes del nuevo equipo se responsabilizaba del seguimiento de sus pacientes. Las visitas se realizaban en horario de mañana los jueves, viernes y sábados.

Quirófano

Se organizó una sesión de quirófano un día por semana; los lunes por las mañanas, que en algunas ocasiones se prolongaba en horario de tarde. No era infrecuente necesitar un segundo día a la semana para resolver cirugías pendientes. Frecuentemente el Hno. Vicente actuaba como primero o segundo ayudante en estas cirugías; además de ocuparse del servicio de rayos X.

Visita a plantas

Cada día por la mañana a primera hora, los médicos pasaban visita a los pacientes hospitalizados de su competencia. Los médicos se distribuían las cuatro salas en las que estaba distribuido el sanatorio: dos en la primera planta y otras dos en la segunda planta. Recordar que la Comunidad de hermanos se había trasladado a la planta sótano y la segunda planta había quedado operativa para habitaciones de mujeres y sala general de niñas.

En la primera planta, el Dr. Blázquez pasaba visita a la sala de niños y mayores varones. El Dr. Sanguino pasaba visita a la sala de niños pequeños. En el segundo piso el Dr. Espinar pasaba visita a las jóvenes y mujeres mayores y el Dr. Pablo Llabrés, a las niñas pequeñas.

Sesiones clínicas

Se estableció un día a la semana para la realización de una sesión clínica durante las cuales se comentaba entre todos los médicos los casos de mayor complejidad.

Atención a posibles urgencias

Cuando se generaba una situación de urgencia en algún niño ingresado o ambulatoriamente, en el horario que los médicos no estaban presentes en el sanatorio, el hermano enfermero o el hermano mayor de servicio avisaban al médico correspondiente por teléfono.

Rehabilitación

Como consecuencia de los acuerdos con la Seguridad Social y de la propia actividad generada por los cirujanos, se fue registrando un progresivo aumento de los pacientes en tratamiento de rehabilitación. Como dato significativo hasta noviembre de 1971 llegaron a 300 los pacientes que recibían estos tratamientos.

Estadística de actividad asistencial

Tabla VI.6. Enfermos, procesos y estancias. Año 1970

Enfermos ingresados a día 1 de enero	57
Enfermos ingresados a día 31 de diciembre	68
Procesos asistidos año	305
Total enfermos ingresados año	362
Estancias a cargo de la S.S	23.163
Estancias de beneficencia	1.240
Total estancias	24.403

Fuente: "Crónica Hospitalaria". José Cruset. Editorial hospitalaria. Barcelona. 1971

Tabla VI.7. Estancias según proveedor, sexo y edad. Año 1970

	PROVEEDOR			SEXO Y EDAD			
	SS	Beneficencia	Total	Niños	Mujeres	Hombres	Total
Enfermos	251	13	264	61	108	95	264
Procesos	291	14	305	70	128	107	305
Estancias	23.163	1.240	24.403	7.949	8.425	8.029	24.403

SS: Seguridad Social. Fuente: "Crónica Hospitalaria". José Cruset. Editorial hospitalaria. Barcelona. 1971

VII.2 AÑO 1971

El sanatorio tenía durante el año 1971 una capacidad de 67 camas, que normalmente estaban todas ocupadas. Se mantuvo la misma actividad asistencial y misma distribución de las actividades clínicas que durante el año 1970. Se realizaba cirugía un día a la semana, los lunes. Las consultas externas se realizaban tres días a la semana: jueves, viernes y sábado.

A finales de enero de 1971, una estadística mensual reveló el volumen de la actividad sanitaria ambulatoria y de ingresos tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla VI. 8. Actividad asistencial. Enero 1971

Primera visita	105
Visitas sucesivas	257
Rehabilitación	45
Ortesis	19
Sesión C	25
Cirugías	16
Ingresos	1
Altas	23
Curas especiales	1
Total actos médicos	492

Fuente: "Crónica Hospitalaria". Jose Cruset. Editorial hospitalaria. Barcelona. 1971

Importancia de la fisioterapia

De la estadística de actividad asistencial recogida en la siguiente tabla, se desprende la importancia, que a finales de 1971, fue adquiriendo la fisioterapia en el global de la actividad sanitaria del sanatorio.

Tabla VI.9. Actividad asistencial comparada años 1970-1971

PACIENTES DE REHABILITACIÓN	1970	1971
Pacientes ambulatorios	200	800
Pacientes ingresados	60	213
Total pacientes	260	1.013
SESIONES FISIOTERAPIA		
Sesiones de masoterapia		31.749
Sesiones electroterapia		30.045
Sesiones de mecanoterapia y gimnasia		27.484
Sesiones de hidroterapia		3.616

Fuente: "Crónica Hospitalaria". José Cruset. Editorial hospitalaria. Barcelona. 1971

El personal adscrito a fisioterapia a tiempo completo era de: un hermano, cuatro fisioterapeutas y ocho auxiliares.

Escuela de enseñanza primaria

En lo referente a la atención pedagógica de los niños ingresados, el centro disponía de un maestro titular, el mencionado Don Alfredo Gómez Barnussell y una maestra pedagoga que impartía las enseñanzas artísticas, ambos profesores trabajando en horarios complementarios. Por las mañanas se realizaba formación artística y por las tardes formación académica; todo ello siguiendo los cursos de Educación General Básica (EGB) instaurados por el Ministerio de Educación y Ciencia.

VII.3 AÑO 1972

Traslado del servicio de fisioterapia y rehabilitación a Palma

Durante todo el año 1972 se establecieron contactos con los directivos de Mutua Balear, que a finales del mismo fructificaron en acuerdos conducentes a que los Hermanos de San Juan de Dios, se responsabilizaran del funcionamiento y dirección del nuevo centro creado en Palma por la mencionada mutua, destinado en principio a la fisioterapia y rehabilitación. Aunque posteriormente se pudieran abrir a nuevas líneas de actividad sanitaria (ver detalle en capítulo 10 Convenios con Mutua Balear).

En diciembre de ese año se abrieron las puertas del mencionado nuevo centro con lo que la mayor parte de la actividad de fisioterapia y rehabilitación tenía lugar ahora en Palma, debiendo realizar diariamente traslados de pacientes entre el sanatorio y Palma. A este propósito se pensó en disponer de un autocar adaptado para realizar las funciones de doce traslados diarios de pacientes entre ida y vuelta. En el sanatorio se mantuvieron los tratamientos fisioterápicos para un reducido grupo de pacientes para los que se estimaba conveniente evitar traslados.

Efemérides

En febrero de 1972 realizó una visita al sanatorio el pintor canadiense Earl Wailly, él mismo antiguo enfermo de poliomielitis. En su estancia turística en Palma manifestó vivos deseos de conocer y visitar el sanatorio con el fin de alentar a los niños a no dejarse vencer por las circunstancias adversas de la enfermedad. Fue recibido por los Hermanos y el profesor de la escuela.

El 19 de agosto de 1972 se compró un nuevo vehículo, un automóvil de la marca Seat 850, para uso de las necesidades del sanatorio.

VII.4 AÑO 1973

Fisioterapia

El 16 de enero de 1973 se adquirió a la compañía Salma un autobús marca Karpetan para el traslado de los pacientes de rehabilitación desde el sanatorio a centro de Mutua Balear. En total se realizaban 12 viajes de ida y vuelta.

El 5 de marzo de 1973 a las 4 de la tarde se inauguró el centro de Palma de Mutua Balear. Vino el Ministro de Trabajo, Sr. Licinio de la Fuente, acompañado por el Director General de la Seguridad Social, Sr. Enrique de la Mata. Asistieron las primeras autoridades de Palma, entre ellas, el delegado de trabajo, la junta directiva de Mutua Balear. Hubo parlamentos y visita por las instalaciones. El ministro quedó muy complacido y conminó a Mutua Balear a terminar el complejo asistencial con la planta de hospitalización.

Nombramientos profesionales

El 21 de enero de 1973 se contrató al técnico radiólogo Sr. Valentín Peguera para estar al frente de este servicio junto al Hno. Francisco Vivas. Este hermano ayudaba también en quirófano junto al Hno. Octavio.

Asistente Social

Actuaba como tal la Sra. María Cirerol Ferriol.

VII.5 AÑO 1974

En la década de los años 70, la Orden de San Juan de Dios y los integrantes del sanatorio de Palma eran conscientes de que debían asumir los cambios sociales, sanitarios y asistenciales que el desarrollo de la sociedad española en general y mallorquina en particular presentaban. Se optó por transformar una arquitectura clásicamente sanatorial en una distribución más acorde con las clínicas y hospitales del momento a base de habitaciones de dos o tres camas con servicio de baño incluido en las habitaciones. En concreto, el año 1974 representó el fin de la etapa sanatorial, ya decrecida a partir de 1970, y que ahora debía cerrarse definitivamente. Este año fue un hito en la crisis de adaptación que experimentaba la institución. Las causas eran múltiples, y entre ellas destacaban.

- Cambios en el panorama de las enfermedades infantiles que iban siendo asumidas por la asistencia pública de la Seguridad Social.
- Progresiva desaparición de enfermedades como la poliomielitis y tuberculosis.
- Mejoría de las condiciones económicas de la sociedad en general. Ya no existían casos de niños desvalidos por la pobreza o la enfermedad, ya que la protección social se fue ampliando a las capas anteriormente desfavorecidas de la sociedad.
- La transformación de un gran hospital público en Mallorca que daba cobertura de referencia a las Islas Baleares. La entonces llamada Residencia Sanitaria “Virgen de Lluch”, con los años fue modificando su estrategia. En esta década de los 70 se crearon diversos servicios clínicos jerarquizados, con plantillas de médicos especialistas

preparados y con una dotación de recursos humanos y materiales hasta entonces desconocidos en nuestro país.

Cambios de la estructura hospitalaria de San Juan de Dios

En la remodelación interna hospitalaria que acometió San Juan de Dios en 1974, la distribución de habitaciones y camas era la que sigue:

Tabla VI.10. Distribución de camas. Año 1974

		Habitaciones	Camas
Primera planta	Ala derecha	7 habitaciones de 3 camas	21
	Ala izquierda	5 habitaciones de 3 camas	15
		1 habitación de 4 camas	4
		Sala para niños	16
Segunda planta		9 habitaciones de 3 camas	18
		3 habitaciones de 1 cama	3
Total			77

Fuente: "Historia de la Casa. Libro I .1952-1986. Manuscrito. Palma, 1986.

Quirófano

Se adquirió el material quirúrgico para el tratamiento de la escoliosis, comprado en la casa Fraga de Valencia. También se adquirió una nueva mesa para yesos, lo que se consideraba una buena inversión ya que eran al menos 400 los pacientes que se trataban de escoliosis y cifosis, susceptibles de indicarles cirugía.

Evolución asistencial del hospital y del centro de rehabilitación de Palma

En abril de 1974 se puso en funcionamiento el servicio jerarquizado de rehabilitación de la Residencia "Virgen de Lluch" (Hospital Son Dureta). Se había nombrado al Dr. José Manuel Martínez Ruíz como jefe de servicio de Rehabilitación. Se temieron repercusiones negativas sobre el número de pacientes ingresados para rehabilitación y en el número de pacientes ambulatorios tratados en el centro de Palma y que alcanzaba en aquellos momentos la cifra de 1.200 enfermos.

Hospital

En julio de 1974 empezó a notarse la repercusión de la apertura del Servicio de Rehabilitación del Hospital Son Dureta quien reclamaba el traslado de diez enfermos ingresados en el sanatorio y que dependían de la Seguridad Social.

En agosto, el Hospital Son Dureta reclamaba nuevamente pacientes de rehabilitación para ser trasladados a dicho hospital. Se derivaron seis enfermos más, quedando solo 35 pacientes hospitalizados, lo que suponía una ocupación del 47% de la capacidad del sanatorio. A finales de agosto, el centro mantenía solo 26 pacientes ingresados. Si bien en meses posteriores se recuperaron los ingresos a costa de pacientes procedentes de mutuas de accidentes de tráfico, trabajo o mutuas de seguros médicos, a finales de año los pacientes ingresados llegaron solo a 20.

Centro de rehabilitación de Palma

También había disminuido la asistencia de pacientes ambulatorios en el centro de Mutua Balear de Palma, que como se ha comentado anteriormente dependían en gran parte de la derivación

de la Seguridad Social; y solo una pequeña partida procedía de mutuas. En agosto de 1974 descendió a 800 la cifra de pacientes ambulatorios tratados en dicho centro.

Epílogo

En resumen, a finales de 1974 y alarmados por la evolución decreciente de los pacientes asistidos tanto en el sanatorio como en el centro de rehabilitación de Palma, se promovió una visita a Don Gabriel Morell Font dels Olors que ostentaba la Delegación del Instituto Nacional de Previsión en Palma. Planteó al sanatorio la posibilidad de nuevos contratos y conciertos quirúrgicos y de rehabilitación cuando se hubiera resuelto el proceso de la jerarquización de los servicios clínicos sanitarios en la Residencia Virgen de Lluch.

Abundando en este sentido es de destacar la previsora gestión del Hno. Superior José Esteve Puig, concedor de los ambientes profesionales por los que discurría la especialidad de COT en Mallorca; así como de los grupos profesionales que se habían ido configurando al correr de los años. El Superior contactó con un grupo de cirujanos traumatólogos de cupo que, por exigencia de la jerarquización debían abandonar la Residencia de la Seguridad Social y les propuso realizar su trabajo en el sanatorio. Con esta sombra de indecisión e incertidumbre terminó el año crítico de 1974, se pensaba ante todo en los 50 trabajadores que en aquellas fechas dependían de la institución.

VIII ACTIVIDADES FORMATIVAS

A continuación se relacionan las actividades docentes realizadas por el sanatorio de Palma durante el período 1955-1974 que fueron:

- En abril de 1962 se planificó un ciclo de conferencias dedicadas a enfermería, donde se explicaba el trabajo realizado en el sanatorio relativo a la cirugía ortopédica y rehabilitación. Estas conferencias fueron presididas por el Director de la residencia Sanitaria Virgen de Lluch, Don Luis Zoreda.
- Del 8 al 13 de febrero de 1965 se organizó un ciclo de conferencias profesionales en el Colegio Provincial de Practicantes- ATS de Baleares.
- A partir del año 1969 y cada año en el mes de noviembre el Dr. Eduardo Jordá López organizaba y dirigía un Simposio en Palma de Mallorca sobre la patología, clínica y tratamientos de las afecciones del raquis. No obstante, en dicho evento cabían otros muchos temas de la especialidad de COT, que a lo largo de los años se fueron desgranando en las sucesivas convocatorias. A dicho simposio acudían médicos españoles y foráneos, especialmente franceses, dada la especial relación que el Dr. Jordá mantenía con Francia, donde se había formado entre los años 1955-1960 en el Hospital de Saint Louis de París, con su maestro el Dr. Jean Debeyre. En los simposios se exponían temas y casuística propia del Sanatorio de Palma.

Tabla VI.11. Actividad asistencial comparativa 1969-1970

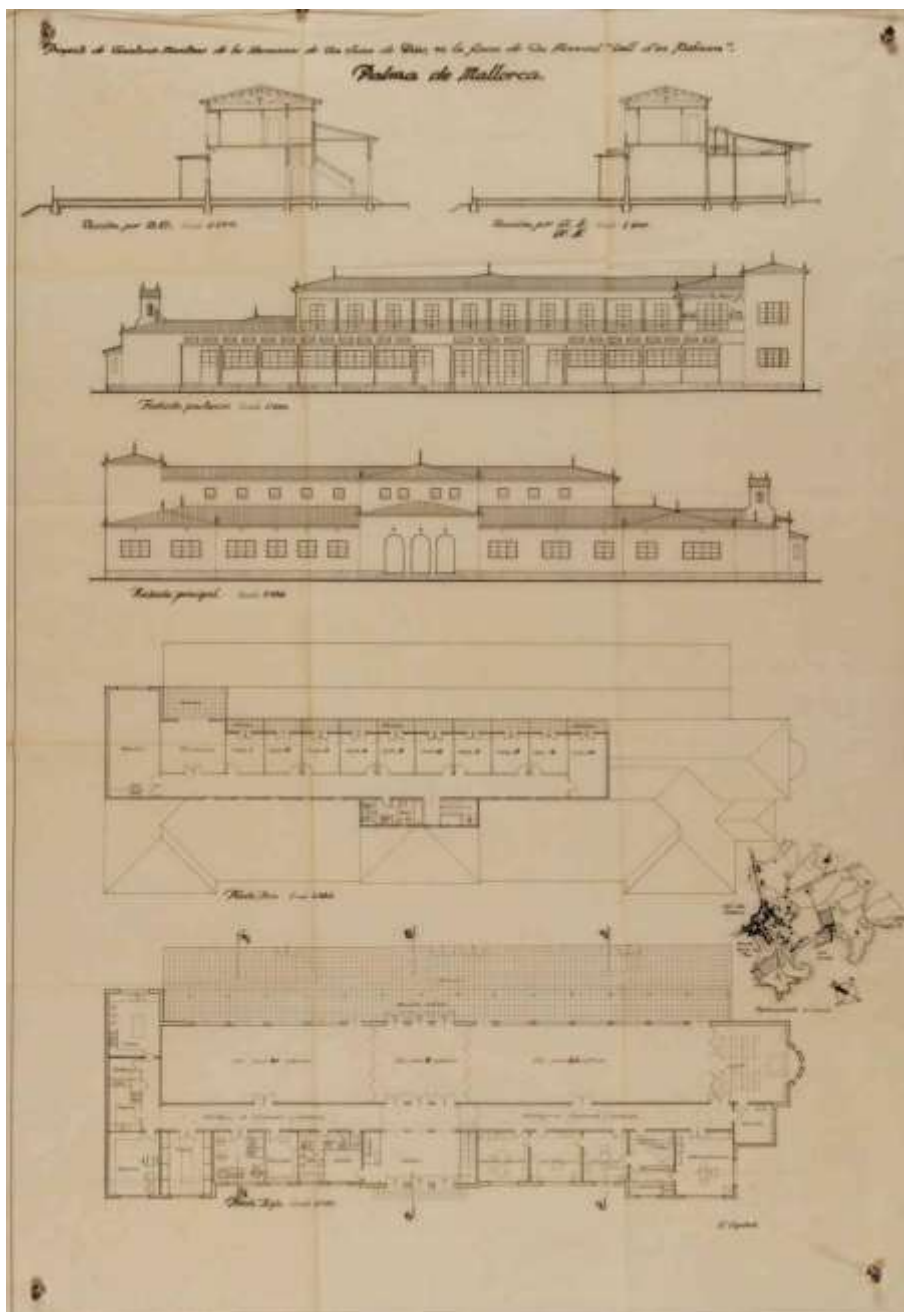
Indicador	1969	1970
Tasa de ocupación	74,4%	94,7%
Índice de rotación	2,75	4,3
Estancia media hospitalaria	98 días	79 días
Admisiones	193	304
Estancias totales	19.031	24.209
Actividad quirúrgica	51	76

Fuente: Historia de la Casa

IX ARCHIVO DE IMÁGENES.

IX.1 PLANOS E IMÁGENES DEL SANATORIO INFANTIL DE SAN JUAN DE DIOS DE PALMA DE MALLORCA

Fig. VI.13. Planos, fachadas y secciones del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios



Planos originales del sanatorio infantil de San Juan de Dios de Palma, originales del arquitecto D. Sixto Illescas y Mirosa, depositados en el Archivo Histórico del Colegio de Arquitectos de Cataluña ; proyecto catalogado provisionalmente en noviembre de 2016 con el número 402 de D. Sixto Illescas y Mirosa. Fuente: Archivo histórico del colegio de arquitectos de Catalunya

IX.2 VISTAS AÉREAS

Fig. VI.14. Vista aérea de Cala Gamba y el Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Vistas aéreas en el año 1955. Fuente: gentileza de P. Galiana Veiret

Fig. VI.15. Vista aérea de Cala Gamba y el Sanatorio de San Juan de Dios



Vistas aéreas en el año 1955. Fuente: gentileza de P. Galiana Veiret

Fig. VI.16. Vista aérea del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Vistas aéreas en el año 1955. Fuente: gentileza de P. Galiana Veiret

IX.3 IMÁGENES EXTERIORES DEL SANATORIO

Fig. VI.17. Imagen de San Juan de Dios



Imagen de San Juan de Dios, ubicada en la entrada del Sanatorio infantil de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. Año 1955. Fuente: archivo histórico del HSJD.

Fig. VI.18. Vista de la fachada marítima y panorámica del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Imagen superior y central: panorámicas de la fachada marítima del sanatorio apreciando el edificio general, la capilla, el edificio anexo para usos domésticos, la pista de básquet, la piscina terapéutica, el jardín terapéutico y el frontón. Imagen inferior: panorámica de la fachada posterior del sanatorio con el molino y la granja en primer término; anexo para usos domésticos, la pista de básquet, la piscina terapéutica, el jardín terapéutico y el frontón. Fuente: archivo histórico del HSJD de Palma de Mallorca y gentileza de P. Galiana Veiret

Fig. VI.19. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Imagen superior: entrada al sanatorio dando vistas a la carretera que conduce a la playa del Arenal. Imagen central: molino de viento y la granja. Imagen inferior: fachada principal del sanatorio, con la entrada principal en el centro, la capilla y el campanario a la derecha. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

Fig. VI.20. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios

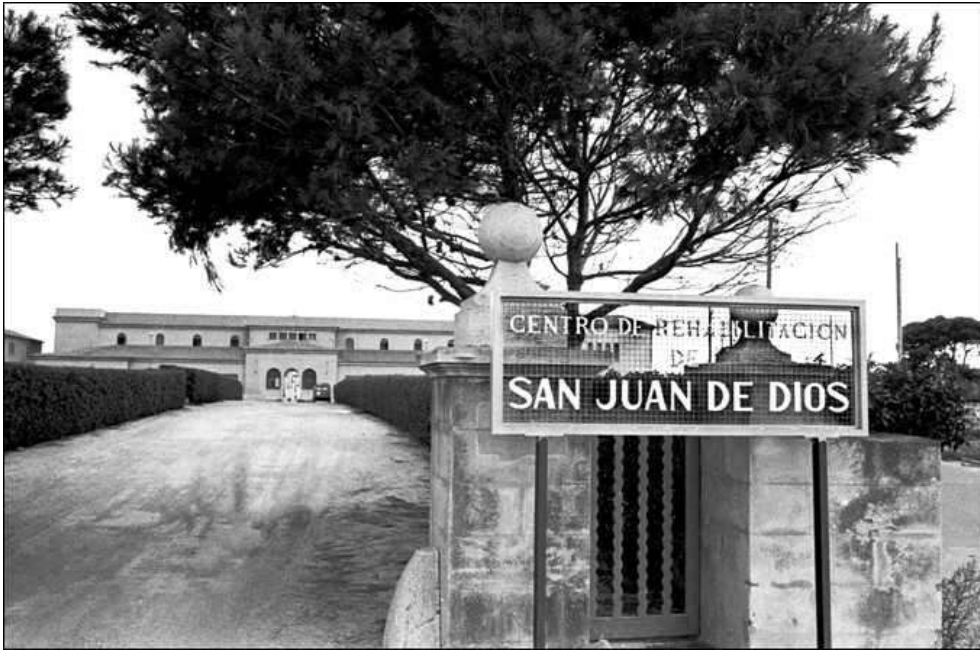


Imagen superior: entrada por la fachada norte al sanatorio. Imagen inferior: la piscina con el vestuario central y el puente en construcción en 1955. Al fondo, la Punta des Carregador y el Club Nàutic Cala Gamba. Fuente: gentileza de P. Galiana Veiret

Fig. VI.21. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Imagen superior: fachada marítima del sanatorio en 1958 Se aprecia la pista de básquet y la piscina terapéutica. Fuente: gentileza de P. Galiana Veiret. Imagen inferior: la pista de básquet que por mediación de Don Salvador Llopis construyó el Ayuntamiento. Al fondo, es Carnatge. Fuente: fotografía de 6 años de gestión municipal 1955-1961, de Salvador Llopis Lorenzón.

Fig. VI.22. Imágenes del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Imagen superior: pista de básquet del sanatorio. Imagen inferior: parque de arena terapéutico del sanatorio, ambas imágenes del año 1958. Fuente: archivo histórico del HSJD de Palma de Mallorca.

Fig. VI.23. Imagen del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Terraza y campanario del sanatorio en el año 1955. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

IX.4 IMÁGENES INTERIORES

Fig. VI.24. Imagen del vestíbulo de entrada del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Vestíbulo de entrada al sanatorio en el año 1955. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

Fig. VI.25. Imágenes interiores del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Imagen superior: sala de espera del sanatorio en el año 1955. Imagen inferior: sala-enfermería de los niños mayores del sanatorio en el año 1956. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

Fig. VI.26. Imágenes de la sala de recuperación funcional para niños

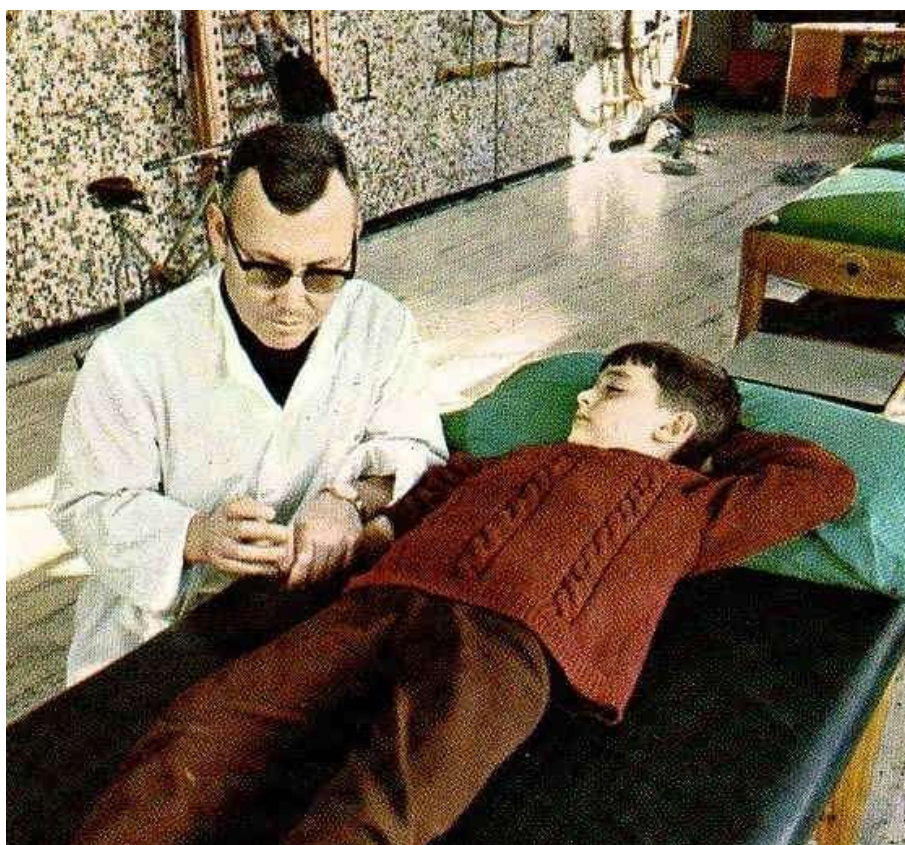


Imagen superior: en primer término el Hno. Gregorio y al fondo el Hno. Miguel Barceló, año 1967. Imagen inferior: Hno. José Pelegrin realizando un tratamiento, año 1970. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

Fig. VI.27. Imágenes de la sala de recuperación funcional para adultos



Imagen superior: en primer término el Hno. Vicente Martínez y en segundo término el Hno. José Pelegrin, año 1970. Imagen inferior: paciente realizando ejercicios de rehabilitación. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

Fig. VI.28. Imágenes del quirófano y sala de postoperados del sanatorio infantil



Imagen superior: quirófano del sanatorio, año 1955. Imagen central: sala de postoperados. Imagen inferior: Dr. Manuel Mora, su ayudante enfermera Margarita, el anestesista Dr. José Estades y su ayudante enfermera Antonia, al finalizar una cirugía. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma.

Fig. VI.29. Imágenes de la sala de rayos X del sanatorio infantil



Hno. José Antonio Torre realizando una prueba a un paciente, año 1955. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

Fig. VI.30. Imagen de la cocina del Sanatorio infantil de San Juan de Dios



Hno. Tomás de Aquino, en la cocina del sanatorio, año 1955. Fuente: archivo fotográfico del HSJD de Palma de Mallorca.

X FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.

Fuentes archivísticas y registrales primarias

- Archivo de la Curia provincial de Aragón-San Rafael, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.
- Archivo Histórico del Colegio Oficial de Arquitectos de Cataluña.
- Archivo fotográfico Hospital San Juan de Dios. Palma.
- Archivo fotográfico de Pedro Galiana Veiret, Coll d' en Rabassa, Palma.
- Archivo fotográfico personal del autor.
- Registro Notarial de Palma.

Fuentes orales primarias

- Mercedes Alomar Cardell (fisioterapeuta)
- Hno. Miguel Barceló Nicolau
- Dr. Manolo Blázquez Mulero
- Hno. Jesús Alberto Chornet Barceló
- Dr. Eloy Espinar Salom
- Pedro Galiana Veiret
- Dr. Pablo Llabrés Mayans
- Hno. Narciso Mir Mir
- Dr. Manuel Mora Esteve
- Dr Gabriel Rullán Buades
- Dr. Mateo Sanguino Vidal

Fuentes documentales secundarias

- Aguedas Fernández-Cueto, Paloma. «*La Educación Especial en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: El sanatorio marítimo de Gijón*» Aula abierta. Nº 81 (2003): pp 85-98.
- Bueno Gonzalez, Fray José. *El arte de enfermería. Segunda parte de la Instrucción de novicios.* Madrid: Oficina de Juan Nepomuceno Ruiz, 1833.
- Curia provincial hermanos de San Juan de Dios. "*Reglamento general de organización y funcionamiento de las instituciones hospitalarias de San Juan de Dios. Provincia de Aragón*". Barcelona: Editorial hospitalaria. Curia provincial Hermanos de San Juan de Dios. Carretera de Esplugas, 1974.
- De Doncker, E. y Kowalski, C. *Cinésiologie et Rééducation du Pied.* (Monographies de l' Ecole de Cadres de Kinésithérapie de Bois-Larris)Paris: Editorial Masson, 1979
- Dena Gardiner, M. *Manual de ejercicios de rehabilitación.* Barcelona: editorial JIMS. 1964
- Dvorak, Jiri y Dvorak, Vaclav. *Medicina Manual. Diagnóstico.* Barcelona: Editorial Scriba S.A. (2 edicion), 1993

- Esteve de Miguel, Rafael y Otal, Alejandro. *Rehabilitación en Ortopedia y traumatología*. Barcelona: Editorial Jims, 1963.
- Gonzalez Más, R. *Tratado de rehabilitación medica. 2 tomos.* (3ªedicion) Barcelona: Editorial científico-médica, 1976.
- Kapandji, I. A. *Cuadernos de Fisiología Articular (3 Tomos)*. Barcelona: Editorial Toray-Masson, 1974
- Lapiere, A. *La reeducación física. 3 Tomos*. Barcelona: Editorial Científico-medica, 1978
- Lindermann, K; Teirich-Leube, H. y Heipertz, W. *Tratado de Rehabilitacion. 3 Tomos.* (3ª Edicion) Barcelona: Editorial Labor S.A., 1975.

- Martí, X; March Cerdà y Rigo Carratalà, Eduardo (Coordinadores). *Psicologia i Pedagogia. Llibre homenatge a Alfredo Gómez Barnusell*. Palma de Mallorca: Didàctica i Psicopedagogia 2. Universitat de les Illes Balears, 1995.

- Polaino Llorente, Aquilino y Lisazoain, O. «La pedagogía hospitalaria en europa: La historia reciente de un movimiento pedagógico innovador». *Psicothema*, volumen 4, nº 1, (1992), Universidad de Oviedo. pp.49-67

- Scott, Pauline M. *Clayton's Electroterapia y Actinoterapia*. Barcelona: Editorial JIMS, 1972.

- Schneider, Werner; Dvorak, Jiri; Dvorak, Vaclav y Trietschler, Thomas. *Medicina Manual. Terapéutica*. Barcelona: Editorial Scriba S.A. (2ª edición), 1993.

Páginas web

- <https://es.linkedin.com/pulse/pedagogia-hospitalaria-juan-soto-rodriguez-1>

CAPÍTULO VII. ESCUELAS PROFESIONALES

I ESCUELA DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS-ENFERMERÍA DEL HSJD

I.1 ANTECEDENTES

Señalemos en primer término que, en su fase inicial, la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de Palma dependía orgánicamente de la Escuela homónima existente en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona desde el año 1961, a su vez vinculada con la Facultad de Medicina-Hospital Clínico de Barcelona.

El 7 de julio de 1961 el Ministerio de Educación y Ciencia había dictado la orden de creación de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Sant Joan de Déu de Barcelona.

El 21 de septiembre de 1962 se inició el primer curso en régimen cerrado para los hermanos de la Orden de San Juan de Dios. La filosofía de la Escuela se basaba en el principio de caridad que caracteriza a la Orden. La docencia era responsabilidad de profesionales médicos que impartían las asignaturas de anatomía, fisiología, patología médica y quirúrgica, ética, radiología, fisioterapia y cirugía. La mayoría de hermanos compaginaban los estudios de enfermería y los de teología.

Durante el curso académico 1968/1969 la Escuela abrió sus puertas a la sociedad, concretamente a estudiantes masculinos laicos. Este hecho no modificaba la filosofía que inspiraba a la Escuela: formar profesionales siguiendo los principios de la Orden de San Juan de Dios.

En la década de los setenta confluyeron diversos factores que suponían transformaciones para el sistema sanitario. Los grandes cambios sociales, el avance de la tecnología y la especialización de la medicina y las nuevas necesidades que se planteaban en el campo de la salud obligaban a revisar los programas formativos y la realidad de las Escuelas de enfermería. En este contexto, en el curso 1973/1974 empezó la primera promoción mixta de la Escuela de ATS de Sant Joan de Déu. Las mujeres entraron en la Escuela. La docencia siguió, principalmente, en manos de profesionales médicos pero se incorporan ATS para monitorizar las prácticas y realizar las clases teórico-prácticas.

El salto cualitativo más importante se produjo en el año 1977. La formación enfermera pasaba a ser una Diplomatura Universitaria. Más tarde, de acuerdo con la Resolución del 19 de julio de 1999 de la Universidad de Barcelona, se reformaría el antiguo plan de estudios y se publicaba el nuevo plan que homologaba el título de Diplomado en Enfermería. A partir de entonces, las Escuelas de ATS se integraron a la Universidad, transformándose en Escuelas Universitarias de Enfermería (EUI).

El nuevo plan docente modificó la formación académica de los estudiantes, produciéndose una reorientación del concepto de cuidar. Del modelo biomédico de los planes de estudios se pasó a un modelo basado en el cuidado integral y holístico de la persona. El nuevo plan de estudios agrupaba las asignaturas en cuatro áreas de conocimientos: las ciencias básicas, el conocimiento del ser humano, las ciencias de la conducta y la enfermería fundamental. Progresivamente, la responsabilidad de la docencia fue recayendo en los propios profesionales enfermeros que pasaron a ser los profesores titulares y a realizar la gestión y dirección de la Escuela. A lo largo del curso académico 1992/1993 se aplicó un nuevo plan de estudios, el mismo que impartía la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, homologado por el acuerdo

de la Comisión Académica del Consejo de Universidades con fecha 28 de setiembre de 1992 (Boletín Oficial del Estado, 11 de febrero de 1993).

La Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu estaba adscrita a la Universidad de Barcelona, con la que mantenía el convenio (UB-EUI Sant Joan de Déu) y reglamento de régimen interno. Posteriormente, entre los años 1979 y 1990 la Escuela vivió un largo período de itinerancia por diversos centros educativos de la ciudad de Barcelona. En el año 1990 la Escuela se trasladó al Recinto Martí Codolar de los Hermanos Salesianos, donde estaría ubicada hasta el año 2001.

Es importante destacar que en el año 1995-1996 empezó la primera edición del Curso de Postgrado de Perfeccionamiento en Enfermería Infantil. Desde ese curso académico y hasta la fecha, la Escuela ha puesto en marcha un total de 14 cursos de postgrado y másters, así como numerosos cursos de formación continuada para profesionales.

En el curso académico 1998-1999 se iniciaron los trabajos para la elaboración del Proyecto Educativo de la EUI, en el que participó todo el profesorado titular y algunos colaboradores. El objetivo era definir la misión y visión de la Escuela y principalmente, la filosofía formativa y educativa basada en los principios de la Orden.

El 30 de octubre de 2001 tuvo lugar la inauguración de l'Edifici Docent Sant Joan de Déu que permitió a la Escuela tener una ubicación al lado del Hospital Materno Infantil en Esplugues (Barcelona). Se trató de un hecho de gran transcendencia para la entidad, ya que las instalaciones se adecuaban a las necesidades de una Escuela en continuo crecimiento. En este sentido, el 27 de noviembre de 2001 se efectuó el acta de constitución de la "Escola Universitària d'Infermeria de Sant Joan de Déu" adscrita a la Universidad de Barcelona, como fundación privada.

La humanización de los cuidados es el objetivo transversal que ha guiado los contenidos y la metodología docente durante la historia de la EUI. En este sentido, la EUI Sant Joan de Déu forma a los estudiantes en el modelo de Virginia Henderson⁸⁷, claramente influenciado por la filosofía humanística, que sitúa a la persona en el centro del cuidado y orienta todas las intervenciones hacia ella. La adopción de esta manera de cuidar implica respeto hacia la persona, su dignidad, intimidad, capacidad para decidir, adaptarse y actuar por ella misma, orientando la práctica profesional de enfermería a las necesidades fundamentales de la persona y dirigiendo las intervenciones a conservar o restablecer la independencia en la satisfacción de dichas necesidades.

Otro hecho relevante fué la puesta en marcha, en el curso 2007-2008, del Centro Docente Sant Joan de Déu para impartir el plan de estudios del ciclo formativo de grado medio de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, según el DOGC n. 2464 de 28 de agosto de 1997. También se realizaba formación social y formación continuada. Desde el curso 2010-2011 se impartía el ciclo formativo de grado superior de Documentación que permitía el acceso a la Universidad.

Con la finalidad de aglutinar el Centro Docente y la Escuela Universitaria nació en junio de 2011 el Campus Docente San Juan de Dios.

⁸⁷Virginia Avenel Henderson (1897-1996) enfermera estadounidense graduada en 1921 que formuló una definición propia de la enfermería como disciplina separada de la medicina, diseñando lo que constituyen los cuidados de enfermería. https://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson. Acceso realizado el 25/09/2017.

En el curso 2009-2010 se inició el despliegue del Grado en Enfermería. Se impartió el plan de estudios de la Universidad de Barcelona adecuado a los requerimientos del Espacio Europeo de Educación Superior (en el marco del Plan Bolonia). Este nuevo plan ha supuesto un salto cualitativo importante puesto que implica nuevas metodologías docentes y evaluativas y da acceso al doctorado a los enfermeros. A nivel del profesorado, los requisitos del Plan Bolonia se centran en la acreditación como doctor con currículum investigador.

El inicio del grado en enfermería supone la extinción de la diplomatura. En el mes de junio de 2011 se tituló la última promoción de diplomados en enfermería. En el mes de junio de 2013 se tituló la primera promoción de Graduados y Graduadas en Enfermería.

I.2 CREACIÓN DE LA ESCUELA ATS DEL HSJD

Recordemos que en el curso lectivo 1968-1969 la Escuela Profesional de ATS del Hospital San Juan de Dios de Barcelona había abierto la posibilidad de formación a estudiantes varones laicos. Este hecho, por otra parte, dio pie a que fructificara la iniciativa, lo que favoreció la creación de una sección adjunta de la Escuela de Barcelona, ubicada en el HSJD de Palma de Mallorca, que en sus inicios dependería de la escuela homónima de Barcelona, a su vez vinculada a la Facultad de Medicina-Hospital Clínico de la Universidad Central de Barcelona. Con posterioridad, a partir del año 1978, la Escuela de Palma tuvo dependencia orgánica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (Hospital de Bellvitge). Dicha facultad exigió a la dirección de la Escuela de Palma que se presentaran ternas de profesores para cada asignatura, sobre las cuales posteriormente se manifestó la facultad.

La enseñanza se configuró con un currículum de tres cursos académicos. Se impartían unas 20 horas de lecciones teóricas semanales a razón de 4 horas durante 5 días a la semana. El curso lectivo ordinario empezaba en octubre y finalizaba en junio. Dado que durante el curso académico se contabilizan 30 semanas lectivas, el total de horas lectivas por curso era de 600. En los tres años de formación de la profesión se habrían impartido un total de 1.800 horas lectivas en las clases teóricas.

Asignaturas

Según el programa de estudios de la Escuela de ATS, que se impartía en la Facultad de Medicina de Barcelona, de cuyo Centro dependía la Escuela de San Juan de Dios y cuyo director era a la sazón el profesor Víctor Conill Serra y la jefe de la Escuela Doña Rosa López Murgadas, el currículum profesional se dividía en tres cursos con las siguientes asignaturas:

Tabla VII.1. Plan de estudios de la Escuela ATS

Primer curso	Segundo curso	Tercer curso
Moral profesional	Moral profesional	Moral profesional
Anatomía funcional	Patología médica	Especialidades quirúrgicas
Biología e Histología	Patología quirúrgica	Medicina y Cirugía de urgencia
Microbiología y Parasitología	Terapéutica y Dietética	Enfermedades transmisibles
Higiene general y Saneamiento	Psicología general	Higiene y Profilaxis
Patología general	Historia de la profesión	Obstetricia y Ginecología
Técnico- prácticas I	Técnico- prácticas II	Puericultura e Higiene de la Infancia
		Medicina Social
		Psicología diferencial y aplicada
		Técnico-prácticas III

Relación de asignaturas por curso académico

Existían además asignaturas complementarias en cada uno de los tres cursos de la carrera profesional, las cuales podían ser compensadas o dispensadas según diversos criterios de cada Escuela. Dichas asignaturas eran: religión, formación política, educación física y enseñanzas del hogar.

Refiriéndonos a las asignaturas troncales de cada curso, se debía seguir una pauta de programación escolar que se desarrollaba de la siguiente forma:

Primer Curso

En este curso se impartían tres asignaturas fundamentales: anatomía, biológicas (que incluía las disciplinas de microbiología, parasitología e higiene general) y patología. Se establecía un orden de las asignaturas y un total de horas de cada una de ellas de la siguiente manera:

- Biológicas: 1 hora diaria durante el 2º trimestre. Total 30 horas/año.
- Anatomía: 2 horas diarias a lo largo del 1º trimestre. Total 60 horas/año.
- Patología: 1 hora diaria a lo largo del 2º trimestre. Total 30 horas/año.

En el tercer trimestre se dedicaban durante 6 días lectivos, 2 horas diarias por asignatura a clases de repaso y discusión de conceptos de las asignaturas. Estas horas dedicadas a estudio se utilizaban según las conveniencias del curso.

Segundo Curso

En este curso se impartían cinco asignaturas fundamentales: patología médica, patología y técnica quirúrgica, terapéutica y dietética, psicología general e historia de la profesión. El total de horas de cada una de ellas era el siguiente:

- Patología médica: 1 hora diaria a lo largo del 1º trimestre. Total 30 horas/año.
- Patología y técnica quirúrgica: 1 hora diaria durante el 1º trimestre y 30 días del 2º trimestre. Total 60 horas/año.
- Terapéutica y dietética: 1 hora diaria a lo largo del 2º trimestre y 4 días del 3º trimestre. Total 40 horas/año.
- Psicología general: 1 hora diaria durante 6 días del 2º trimestre y 18 días del 3º trimestre. Total 20 horas/año.
- Historia de la profesión: se daban horas de estudio en el 2º trimestre hasta un total de 10 horas /año.

Las 14 horas que teóricamente quedaban libres en el 3º trimestre se dedicaban a repaso y discusión de conceptos de las asignaturas, según las necesidades del curso.

Tercer Curso

En este curso se impartían siete asignaturas fundamentales: medicina y cirugías de urgencias, obstetricia y ginecología, enfermedades transmisibles, medicina social, puericultura, psicología diferencial y aplicada y especialidades quirúrgicas (oftalmología, otorrinolaringología y odontología). El orden que seguían estas asignaturas y el total de horas de cada una de ellas era el siguiente:

- Medicina y cirugía de urgencias: 1 hora diaria a lo largo del 1º trimestre. Total 30 horas/año.

- Obstetricia y ginecología: 1 hora diaria durante el 1º trimestre. Total 30 horas/año.
- Enfermedades transmisibles: 1 hora diaria durante 10 días del 2º trimestre. Total 10 horas/año.
- Medicina social: 1 hora diaria a lo largo de 10 días del 2º trimestre. Total 10 horas/año.
- Puericultura: 1 hora diaria durante 15 días del 2º trimestre. Total 15 horas/año.
- Psicología diferencial y aplicada: 1 hora diaria durante 15 días del 2º trimestre. Total 15 horas/año.
- Especialidades quirúrgicas: 1 hora diaria a lo largo del 3º trimestre. Total 30 horas/año.

Los 14 días en que no estaban predeterminadas clases teóricas, se utilizaban según las necesidades del curso. El empleo de las clases de estudio venía igualmente determinado por las necesidades del curso.

Directores, profesorado y monitores

Los directores de la Escuela de ATS del HSJD de Palma fueron el Dr. Eloy Espinar Salom durante el periodo de 1969-1974 y el Dr. Juan Garau Salvá durante los años 1975-1980. A continuación, se relaciona el elenco de profesores que impartieron la docencia en la Escuela de ATS del HSJD de Palma. Todos los profesionales que actuaron como docentes de las Escuelas de ATS y Fisioterapia eran elegidos entre los que compartían cierto grado de relación laboral o profesional con el hospital.

Tabla VII.2. Cuerpo de profesores de la Escuela de ATS del Hospital San Juan de Dios

Primer elenco de profesores (1969-1974)	
Dr. Manuel Blázquez Mulero	
Dr. Eloy Espinar Salom	
Dr. Eduardo Jordá López	
Dr. Pablo Llabrés Mayans	
Dr. Mateo Sanguino Vidal	
Segundo elenco de profesores (1975-1980)	
Fr. José María Muñoz-Alcón Fernández	Director de Estudios
Dr. Antonio Avella Mestre	Medicina Social
Dr. Pablo Llinás Ramírez	Microbiología e Higiene
Dr. Guillermo Malbertí Fernández	Medicina de Urgencia
Dr. Fernando Tolosa Cabani	Otorrinolaringología
Sr. Bernat Bennassar	Moral profesional
Dr. Antonio Pérez Feliu	Anatomía y Fisiología
Dr. Onofre Alba Vidal	Anatomía y Fisiología
Dr. José María Bellón	Pediatría y Puericultura
Dr. Juan Luis León Martínez	Biología
Dra. Magdalena Mulet Gutiérrez	Patología General
Sra. Paloma Figuerola	Psicología
Dr. Timoteo Martí Capilla	Patología Quirúrgica
Dr. Juan Torrecabota Pagés	Ginecología y Obstetricia
Dra. María Isabel Aibar Pellicer	Oftalmología
Dr. Juan José Fuster Abad	Oftalmología
Dr. Antonio Sánchez	Biología
Dr. A. Caubet Villalonga	Pediatría
Dr. Gabriel Oliver Capo	ORL

Dr. Antonio Obrador Adrover	Digestivo
Dr. José Fermín Gallego Soler	Cirugía plástica
Dr. Ricardo Abizanda Campos	Cuidados Intensivos
Dr. Miguel Fiol Sala	Cuidados Intensivos
Dr. Jordi Ibañez Juvé	Cuidados Intensivos
Dr. Francisco Canalejo	

Relación de profesores y asignaturas impartidas. Fuente: diversas fuentes orales.

Los supervisores o monitores de clases prácticas que colaboraron con el funcionamiento de la Escuela fueron Domingo Fontirroig Munar y Jaime Muntaner Rullan en una primera fase y, a partir de 1977, Luisa Goas y Catalina Aloy Oliver. La misión de estos profesionales era supervisar que las clases prácticas se realizaran con la debida asistencia y corrección.

La secretaría de la Escuela estuvo a cargo de la Sra. Mercedes Alomar Cardell entre los años 1974-1978. Llevaba el control académico-administrativo de la Escuela y entre sus cometidos estaba el control de las actas académicas donde se inscribían las notas de los alumnos. En cada ocasión se ocupaba personalmente de aportar estas actas a la Facultad de Medicina de Barcelona, para cuyo trámite era acompañada por la Sra. Montserrat Piulachs de la Escuela de ATS de San Juan de Dios de Barcelona.

Enseñanzas teóricas

Las clases teóricas se impartían todos los días de lunes a viernes, en horario de tardes de 16.00 a 20.00 horas. Los horarios tenían cierta elasticidad.

El método de enseñanza se basaba en las lecciones magistrales y la toma de apuntes por parte de los alumnos. Existían manuales generales de consulta en cada curso, que abarcaban el conjunto de las materias. Si bien no eran obligatorios en la Escuela, constituían un medio auxiliar de estudio que complementaba las lecciones magistrales.

Fig. VII.1. Manuales de lecciones teóricas para los tres cursos de ATS



Año 1971. Editorial Oteo Madrid.

En algunas asignaturas como la anatomía se utilizaban los atlas anatómicos usuales en la época: Spalteholz, Orts Llorca o similares. Se utilizaba también el tratado de E. Wiesmann de microbiología médica. En relación a la calidad docente de los tratados que la Escuela recomendaba a sus estudiantes inscritos (atlas anatómicos) cabe puntualizar que eran los mismos que consultaban los estudiantes de medicina de la época en España.

A lo largo del curso lectivo se hacían exámenes trimestrales bajo la supervisión del director de la Escuela de Palma. Posteriormente, dichos exámenes eran remitidos a la Escuela de Barcelona para su evaluación.

Aularios

El aula donde se impartían los conocimientos teóricos tuvo un curso itinerante. Los primeros años, las clases se impartían en el aula del propio HSJD. Posteriormente, hubo cambios de ubicación y se emplearon locales cedidos por diversas entidades. Se hizo un primer traslado al nuevo edificio de Mutua Balear y posteriormente a aulas cedidas por las Escuelas de La Salle y Mata de Jong. En resumen, las ubicaciones de la Escuela de ATS, fueron:

1. Hospital San Juan de Dios. Paseo de Cala Gamba, 37. Palma
2. Mutua Balear, C/ Obispo Campins, 4. Palma
3. Colegio La Salle, C/ Camí de Son Rapinya, 29. Palma
4. Colegio Mata de Jong. C/ Camí de Son Espanyolet, 49. Palma

Alumnos

Los estudios se planificaron para un número máximo de 30 alumnos por clase. En los inicios la escuela de ATS solo admitía alumnos varones, dado que las mujeres podían optar a otras dos escuelas de ATS, exclusivamente femeninas, que coexistían en Palma: una en el Hospital Son Dureta y otra en la Policlínica Miramar que dependía de la Escuela “Salus Infirmorum” de Madrid. A partir del año 1977 se admitieron alumnos de ambos sexos.

Exámenes de ingreso

Cuando en años sucesivos aumentó el número de solicitudes, la Escuela tuvo que implantar exámenes de ingreso, previos al inicio del primer curso. La nota de corte en estas pruebas solía ser alrededor de la puntuación de 7. En el último curso se prescindió *del numerus clausus*.

Enseñanzas prácticas

Se realizaban diariamente por las mañanas de 8.00 a 15.00 horas, de lunes a viernes, en distintos hospitales y clínicas de Palma: Hospital General, Policlínica Miramar, Hospital Juan March y Hospital Son Dureta. En algunos casos o situaciones especiales, se admitía que los alumnos realizaran prácticas en cualquiera de los tres turnos habituales de enfermería (mañana, tarde, noche) o incluso en turnos de fines de semana

Los alumnos, durante los 3 años de estudio, pasaban por los distintos servicios asistenciales clínicos: médicos, quirúrgicos, medicina nuclear de Policlínica Miramar, servicios centrales y urgencias, donde quedaban bajo la supervisión directa de las enfermeras de las unidades respectivas.

Los itinerarios prácticos que debían cumplimentar los alumnos a lo largo de todos los estudios se distribuían de la siguiente manera:

Primer curso

- a) Dispensario:
 - Recepción de visitas

- Toma de afiliación
 - Archivo
 - Control de estadísticas
 - Mantenimiento de material
 - Traslado de los enfermos
 - Administración de la Unidad
 - Ayuda al médico
 - Limpieza y cuidado del instrumental
- b) Laboratorio: uso de los siguientes aparatos:
- Balanza de precisión
 - Microscopio
 - Autoclave
 - Estufa
 - Pupinel
 - Centrífuga
 - Realización de análisis de orina: albumina, glucosa y acetona, densidad y pH.
 - Realización de técnicas de anatomía patológica: fijación, inclusión, corte, coloración, montaje, limpieza y cuidado del material usado.
- c) Sala de Patología médica
- Cuidado de enseres del paciente. Cama y seguridad
 - Higiene del enfermo
 - Cuidados sistemáticos del paciente: mañana, tarde y noche
 - Cuidados especiales: úlceras de decúbito, pelo, boca, prótesis
 - Cuidado del expediente clínico
 - Elaboración de gráficas: pulso, temperatura, tensión arterial, etc.
 - Control de líquidos ingeridos y expulsados
 - Control de sondas
 - Control de enemas
 - Responsabilidades en terapéutica: oral, rectal, instilación, inhalación, fricción
 - Control del dolor y estado del paciente
 - Control del sueño: cuidados vespertinos, hábitos, luz , masaje, fármacos
 - No realizar ordenes terapéuticas que no estén firmadas
 - Traslado de enfermos
 - Control del mantenimiento, limpieza y material de la Unidad de Enfermería

Segundo curso

- a) En la sala de hospitalización:
- Terapias parenterales
 - Instilaciones
 - Irrigaciones
 - Sondajes vesicales y gástricos
 - Cuidados de la asepsia del material

- Ejecución de las curas
 - Preparación preoperatoria del paciente
 - Cuidados postoperatorios
- b) Quirófano
- Cuidados del instrumental: limpieza, esterilización, contaje
 - Preparación de las mesas de instrumental
 - Preparación el quirófano
 - Colaboración con el anestesista
 - Lavado y vestido quirúrgicos
 - Conocimientos sobre instrumental
 - Conocimiento sobre la organización del quirófano
- c) Anestesiología: conocimiento de técnicas de anestesia
- d) Laboratorio:
- Conocimiento de técnicas de obtención de muestras de: orina, sangre, esputos, heces y líquidos de punciones.
 - Preparación de muestras: extensiones, tinciones, etc.
 - Realización de análisis de sangre ordinarios

Tercer Curso

- a) En especialidades médico-quirúrgicas:
- Diferentes técnicas de enfermería
 - Organización del trabajo
 - Admisión de pacientes
 - Control de altas
 - Terapias ocupacionales
- b) En Unidades de Cuidados Intensivos: adquisición de habilidades en distintas técnicas como: respiración artificial, oxigenoterapia, masaje cardíaco, balance de líquidos, cámaras estériles y diálisis.
- c) Métodos auxiliares de diagnóstico: EEG, ECG, RX y radioterapia

Exámenes finales

En una primera fase, hasta 1974, los alumnos debían desplazarse a Barcelona, concretamente al Hospital de San Juan de Dios de Esplugues, donde tenían lugar los exámenes finales. Posteriormente, fueron profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona quienes se desplazaban a Palma para verificar los exámenes finales apoyándose en la concurrencia de los profesores locales de Palma. Normalmente el profesor que se desplazaba a Palma era el Profesor Dr. Juan Gibert Queralto (1907-1998), catedrático de Patología y Clínica Médicas de la Facultad de Medicina-Hospital Clínico de Barcelona, o bien en otras ocasiones el Profesor Dr. Francisco González Fusté, catedrático de Higiene y Sanidad de la misma facultad.

Una vez superados los estudios de los tres cursos, la titulación era expedida por la Universidad de Barcelona.

Fig. VII.2. Título de ATS por la Escuela de ATS del Hospital San Juan de Dios



Expedido en el año 1978 a favor de un alumno de la Escuela de ATS del HSJD de Palma de Mallorca. Fuente: gentileza de A. Buades Lladonet

I.3 CRÓNICA DE LA ESCUELA ATS DEL HSJD

Cursos 1969-1972

Estos primeros cursos se desarrollaron en las instalaciones del propio HHSJD de Palma con el primer elenco de profesores.

Curso lectivo 1972-1973

En octubre de 1972 se cambió la ubicación de la Escuela de ATS del HSJD que pasó a desarrollarse en el nuevo edificio de Mutua Balear. Se aprovecharon las amplias instalaciones del nuevo edificio. Las clases tenían lugar en un aula del tercer piso. Dicha aula recibió el nombre de “*Aula Profesor Jean Debeyre*” en recuerdo del maestro que el Dr. Eduardo Jordá había tenido en París, en el periodo de su formación profesional.⁸⁸ Durante dicho curso se aceptaron 12 alumnos.

Curso lectivo 1973-1974

Durante este curso, se llevó a cabo la contratación de profesores externos a la casa para dar todas las materias.

En febrero de 1974, la dirección de la Escuela tomó la determinación de configurar una “*Memoria de las actividades docentes*”, para promover la creación oficial de una Escuela de ATS propia del HSJD de Palma, ya que en esos momentos los alumnos matriculados en la Escuela de ATS de Palma dependían de la Escuela de Barcelona.

⁸⁸Jean Debeyre (1910 Lille-1996, Creteil, Val de Marne), médico y cirujano ortopédico francés. Recién licenciado en París en 1936, participó por su ideología comunista, como médico voluntario en las Brigadas Internacionales que apoyaron al bando republicano de la guerra civil española. Presenció combates en Madrid y Aragón. Cayó prisionero en Teruel y permaneció cierto tiempo en un campo de concentración cerca de Zaragoza. Retornado a Francia se doctoró en París en 1942. En 1959 fue nombrado jefe del Servicio de COT del Hospital Marítimo de Berck-Plage y del Hospital Saint Louis de Paris. En 1969 pasó a desempeñar el cargo de Profesor y Jefe del Servicio de COT del Hospital Henri Mondor de Paris. El Dr. E. Jordá en su periodo de formación frecuentó y recibió enseñanza en el Servicio de COT del Prof. Debeyre en el Hospital de Saint Louis de la capital francesa. Resumen biográfico aportado por el autor.

El 10 de mayo de 1974, se solicitó a la Facultad de Medicina de Barcelona que se autorizara oficialmente la escuela de ATS del HSJD de Palma. El decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona exigió a la dirección de la Escuela que se aportasen currículos académicos y profesionales de los profesores que impartían las enseñanzas en la Escuela de Palma.

Curso lectivo 1974-1975

A principios del año 1975, cesó el equipo de profesores del Dr. Jordá, lo que obligó a la contratación de un nuevo equipo de profesorado.

En junio de 1975, el P. Provincial de la Orden en Barcelona solicitó nuevamente al Departamento de Universidades e Investigación que se autorizara la creación de una Escuela de ATS en el HSJD de Palma.

Finalmente, el 19 junio de 1975 por una Orden del Ministerio de Educación y Ciencia se autorizó el funcionamiento provisional de la Escuela de ATS masculinos en el Centro de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación de San Juan de Dios de Palma de Mallorca, que quedaría adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Esta autorización quedó condicionada a la ulterior resolución del expediente de reconocimiento de dicha Escuela, una vez ultimados los trámites preceptivos. Lo firmó Federico Mayor Zaragoza (Barcelona, 1934), entonces subsecretario del Ministerio de Educación y Ciencia.

Curso lectivo 1975-1976

En agosto de 1975 y debido al cambio de profesorado acaecido durante este año se propuso como director de la Escuela de ATS al Dr. Juan Garau Salvà.

En septiembre de 1975 se recabó el apoyo del presidente del colegio de ATS de Baleares, Sr. José Domenech para la obtención del permiso definitivo de funcionamiento de la Escuela de ATS como institución independiente de la Escuela de Barcelona.

Curso lectivo 1976-1977

Durante este curso tuvo lugar un nuevo cambio de ubicación de la Escuela de ATS que pasó a ubicarse en locales del Colegio de La Salle, que cedió una planta con tres aulas, una secretaria y una sala de juntas por un año. En este curso lectivo, la Escuela tenía 109 alumnos matriculados de los tres cursos.

Curso lectivo 1977-1978

Nuevamente, la Escuela de ATS se vió obligada a cambiar de ubicación, esta vez a los locales de la Escuela Mata de Jong, en el barrio de Son Espanyolet. La promoción del año 1977 fue la primera que admitió mujeres entre el alumnado, transformándose en escuela mixta. Ese año fue el primero en el que se precisó realizar exámenes previos al ingreso por la gran demanda que tenía la Escuela de ATS.

Curso lectivo 1978-1979

Durante dicho curso lectivo, solo se impartieron el segundo y tercer curso de los estudios de ATS. No se admitió la matriculación al primer curso, por el cambio de grado en el título profesional, que a partir de 1980 en adelante pasaría a tener rango de diplomatura universitaria.

Curso lectivo 1979-1980

Solo se impartió el tercer curso de los estudios de ATS. En 1980 finalizó la Escuela de ATS del HSJD de Palma, ya que a partir del curso 1980-1981 los estudios de ATS pasaron a tener la consideración de Diplomatura Universitaria en Enfermería.

II ESCUELA DE FISIOTERAPIA

II.1 ANTECEDENTES Y DISPOSICIONES OFICIALES⁸⁹

En el Real Decreto de 4 de diciembre de 1953 (BOE de 29 de diciembre) tuvo lugar la unificación de las enseñanzas de practicante, matrona y enfermera y se creó el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).

En el Decreto de 26 de junio de 1957 se creó la especialidad de fisioterapia para los titulados ATS. Se establecieron dos cursos académicos con sus correspondientes horas lectivas y asignaturas. Inicialmente, se expedían los diplomas de “Ayudante de fisioterapia” y a partir de 1971 se expedieron los diplomas de “Fisioterapeuta”.

El reparto curricular para conseguir la titulación de fisioterapia se basaba en tres años de formación en ATS, con una carga lectiva de 2.500 horas y dos años de especialidad con un contenido de 1.200 horas. En el decreto se detallaban las asignaturas y las horas por cada asignatura.

A partir de mediados de la década de los 50 del pasado siglo, desde las cátedras de Terapéutica Física y de Radiología y Fisioterapia emanaron los primeros encargados de formar a los fisioterapeutas, llamados “ayudantes de fisioterapia”. Entre los docentes, figuraban el Dr. Carlos Caballé Lancry, del Departamento de Rehabilitación de la Facultad de Medicina de Valencia; Vicente Belloch Zimmermann, profesor y director del Departamento de Radiología y Fisioterapia de la Facultad de Medicina de Valencia; Miguel Gil Gayarre, catedrático de Terapéutica Física de la Facultad de Medicina de Madrid, el cual dirigiría la Escuela de Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Juan Zaragoza, catedrático de Terapéutica Física de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, entre otros.

Entre las 10 primeras escuelas de fisioterapia en España, todas ellas dependientes de las facultades de medicina, figuró la perteneciente a la Orden de San Juan de Dios en el Hospital-Asilo de San Rafael de Madrid. Se mencionan únicamente las 11 primeras, con las fechas oficiales de autorización, aunque algunas de ellas habían iniciado antes su implantación:

1. Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Salus Infirmorum de Madrid. Orden Ministerial 7-2-1958.
2. Facultad de Medicina de Madrid (Hospital San Carlos). Orden Ministerial 25-2-1958.
3. Hospital-Asilo de San Rafael de Madrid. Orden Ministerial 3-8-1959.

⁸⁹ BOE nº 215 de 26 de junio de 1957, página 777 y BOE de 23 de agosto de 1957.

4. Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Sección Femenina de la Falange y de las Juventudes Obreras Nacionales Sindicalistas. Madrid. Orden Ministerial 3-8-1959.
5. Facultad de Medicina de Zaragoza. Orden Ministerial 2-12-1959.
6. Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Sección Femenina de la Falange de Barcelona. Orden Ministerial 7-7-1961.
7. Facultad de Medicina de Valencia. Orden Ministerial 7-7-1961.
8. Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Cruz Roja de Madrid. Orden Ministerial 27-8-1962.
9. Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios del Hospital-Asilo de la Beata María Ana de Jesús. Madrid. Orden Ministerial 18-8-1963.
10. Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Santiago Ramón y Cajal de Barcelona. Barcelona. Orden Ministerial enero de 1964.
11. Escuela de Fisioterapia de la Organización Nacional de Ciegos (ONCE). Madrid. Orden Ministerial 11-4-1964.

Siguieron después hasta un total de 24 Escuelas. La última de ellas fue la de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco, hoy Hospital Vall d' Hebrón de Barcelona por Orden Ministerial 31-7-1974.

Las materias específicas⁹⁰ que se impartían en dichas Escuelas para la especialidad de fisioterapia debían abarcar: prácticas de gimnasia; prácticas de movimientos articulares; masajes; electroterapia; hidroterapia; rehabilitación en las afecciones quirúrgicas; rehabilitación en las afecciones médicas; reeducación post-traumática; gimnasia correctora; reeducación reumática y reeducación neurológica.

Dentro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, los antecedentes más remotos de los estudios de fisioterapia, deben buscarse en la “Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la Provincia de Castilla” que comenzó a funcionar en el curso 1957-1958 en las instalaciones habilitadas al efecto en el antiguo Hospital-Asilo de San Rafael.

II.2 ESCUELA DE FISIOTERAPIA EN PALMA DE MALLORCA

La Escuela de fisioterapia del HSJD de Palma de Mallorca, se organizó como una Escuela para alumnos con el título de ATS y se creó a partir de 1971. Se programó una enseñanza en dos cursos con 600 horas lectivas cada curso. Se estableció un programa de cuatro horas diarias teóricas, durante cinco días a la semana en horario de tardes de 16.00h a 20.00h.

Se estableció que el número de alumnos por clase debía oscilar entre 30 a 35. Ante la masiva demanda de solicitudes en algunas convocatorias, se establecieron exámenes de ingreso, exigiéndose en algunos cursos la nota de corte de 7.

La ubicación de las clases teóricas fué cambiando a lo largo de la existencia de la Escuela, condicionados por el número de alumnos matriculados en los dos cursos de formación, en los diferentes años y por la disponibilidad de espacio docente. En una primera fase, el aula empleada estaba ubicada en el propio HSJD. Posteriormente, se trasladaron al centro de Mutua

⁹⁰ Tomás Gállego Izquierdo. *Bases teóricas y fundamentos de la Fisioterapia*. (Buenos Aires- Madrid: Editorial médica panamericana, 2007).

Balear y a los Colegios de La Salle y Mata de Jong. En la etapa final de la Escuela (años 1981-1982) se volvió a utilizar el aula del hospital. En resumen, la lista de las ubicaciones físicas de la Escuela de Fisioterapia fue la siguiente:

1. Hospital de San Juan de Dios. Paseo de Cala Gamba, 37. Palma
2. Edificio de Mutua Balear, C/ Obispo Campins, 4. Palma
3. Colegio de La Salle, C/ Camí de Son Rapinya, 29. Palma
4. Colegio Mata de Jong, C/ Son Espanyolet, 49. Palma
5. Hospital de San Juan de Dios. Paseo de Cala Gamba, 37. Palma

Asignaturas

Los cursos se organizaban en cuatrimestres con las siguientes asignaturas:

Tabla VII.3. Plan de estudio de la Escuela de Fisioterapia

Primer curso	
1er cuatrimestre	Anatomía Fisiología Análisis de movimiento Gimnasia y prácticas de movimiento
2º cuatrimestre	Masaje y anatomía de la piel Electroterapia Hidroterapia Gimnasia y practica hospitalaria
Segundo curso	
1er cuatrimestre	Rehabilitación en afecciones quirúrgicas Prácticas de reeducación post-traumática y reeducación neurológica
2º cuatrimestre	Rehabilitación en afecciones médicas Prácticas de reeducación reumática y reeducación neurológica

Relación de asignaturas por curso académico

Directores, profesorado y monitores

Los directores de la Escuela de Fisioterapia del HSJD de Palma fueron el Dr. Manuel Castresana García durante el período 1971-1974; el Dr. Eloy Espinar Salom en el curso académico de 1974-1975 y el Dr. José Manuel Martínez Ruiz a partir de 1975 hasta el cierre de la Escuela.

Tabla VII.4. Cuerpo de profesores de la Escuela de Fisioterapia del Hospital San Juan de Dios

Primer elenco de profesores (1971-1974)	
Dr. Manuel Blázquez Mulero	
Dr. Eloy Espinar Salom	
Dr. Eduardo Jordá López	
Dr. Pablo LlabrésMayans	
Dr. Mateo Sanguino Vidal	
Segundo elenco de profesores (1975-1982)	
Dr. Gerardo Bernabeu	Anatomía funcional
Dr. Guillermo Malbertí Fernández	Hidroterapia y Electroterapia
Dra. Magdalena Mulet Gutiérrez	Fisiología
Dr. Eleuterio Palmer	Patología médica
Dra. María Ángeles Farreny	Patología quirúrgica
Dr. Antonio Pérez Feliu	Rehabilitación enfermos quirúrgicos
Josefina Figuerola	Gimnasia pre-post parto
Padre Jordi	Moral profesional y Religión
Dr. José Manuel Martínez Ruiz	
Dr. Miguel Robredo Millán	
Dr. Félix Pons Delgado	
Dra. Caridad Sanfeliciano	

Relación de profesores y asignaturas impartidas. Fuente: diversas fuentes orales

En relación a los profesionales que ejercían como monitores de prácticas, participaron tres fisioterapeutas: el Hno. José María Goñi, el Sr. Pablo Llinás y la Sra M^a Ángeles Cortés.

Ejerció como secretaria de la Escuela de Fisioterapia del HSJD de Palma, la Sra. Mercedes Alomar Cardell durante los años 1974-1978. Al igual que en la Escuela de ATS, ejercía funciones administrativas de la escuela y de depósito de las actas académicas, que posteriormente aportaba en colaboración con la secretaria de la Escuela de Barcelona Montserrat Piulachs a la Facultad de Medicina de Barcelona.

Enseñanza teórica y práctica

Las enseñanzas teóricas se basaban en clases magistrales, a partir de las cuales los alumnos tomaban apuntes o grababan las lecciones directamente. Los libros de consulta utilizados eran:

- Textos de anatomía: como el texto de Orts Llorca o el atlas de Spalteholz.
- En kinesiterapia se utilizaba el clásico tratado francés “Genot Kinesiterapia”, cuyos autores eran C. Genot y colaboradores (A. Leroy, G. Pierron, G. Péninou, M. Dufour, H. Neiger, C. Genot y J. M. Dupré) en 4 tomos, de la editorial Flammarion. Traducido al castellano por la editorial medica Panamericana.
- “Manual de terapéutica física y radiología”, de V. Belloch Zimmermann. Universidad de Valencia. Departamento de Radiología y Terapéutica física. Valencia. Editorial Saber; 1968.
- “Fisioterapia; teoría y técnica”, de V. Belloch Zimmermann, C. CaballéLancry y R. Zaragoza Puelles. Valencia. Editorial Saber; 1970.
- “Pruebas funcionales musculares: técnicas manuales de exploración” de L. Daniels, M. Williams y C. Worthingham. Edición en español, Editorial Interamericana S.A.México. 1973. Su primera edición corresponde al año 1955.
- “Técnicas manuales masoterapia” de Sebastián Canamases Ibañez. Editorial Masson.

- “Cuadernos de fisiología articular” de I.A. Kapandji, en 3 tomos de la editorial Toray-Masson. Barcelona, 1973.
- “Manual de Fisioterapia (Kinesiterapia; Electroterapia; Fototerapia; Radio y Radiumterapia; Hidroterapia y Termoterapia)” de Carlos Caballé Lancry. Valencia. Ediciones B.A.M., 1955.
- “Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología” de Rafael Esteve de Miguel y Alejandro Otal. Barcelona. Editorial JIMS, 1963.
- “Electrodiagnóstico clínico: sistemática de las curvas intensidad-tiempo” de Carlos Caballé Lancry. Valencia. Editorial Saber, 1966.

En relación a las enseñanzas prácticas, éstas se realizaban en el propio HSJD, en el centro asistencial de Mutua Balear y en el centro asistencial Mater Misericordiae, que en aquellas fechas estaba especializado en la recuperación de niños afectados de parálisis cerebral infantil.

Los exámenes finales se realizaban en junio y octubre por los profesores locales auxiliados por los catedráticos Dr. Juan Gibert Queralto (catedrático de Patología y Clínica Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona) y Dr. Francisco González Fusté (catedrático de Higiene y Sanidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona).

Una vez superados los dos cursos, se expedía la titulación de fisioterapeuta otorgada por la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona.

Fig. VII.3. Título de Diplomado de Fisioterapeuta



Expedido en el año 1984 a favor de un alumno de la Escuela de Fisioterapia del HSJD de Palma de Mallorca. Fuente: gentileza de A. Buades Lladonet

II.3 CRÓNICA DE LA ESCUELA DE FISIOTERAPIA DEL HSJD

Curso lectivo 1971-1972

Por Orden del 25 de enero de 1971 (Boletín Oficial del Estado, nº 46 de 23 de febrero de 1971) se creó la especialidad de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación y Cirugía Ortopédica de San Juan de Dios de Palma de Mallorca y se aprobó su reglamento. A partir de este momento se regularon de manera oficial los estudios de la especialidad de fisioterapia con una duración de dos años y la expedición del título correspondiente.

A primeros del mes de octubre de 1971 tuvo lugar la inauguración del primer curso de fisioterapia en el HSJD de Palma de Mallorca. En este primer curso se matricularon 16 alumnos, incluyendo a los hermanos Elías Royo, José Pelegrin, Octavio Jiménez y José Esteve Puig. Asistieron también tres jóvenes y tres religiosas de Burundi.

Las asignaturas eran impartidas por los médicos del centro. El aula se ubicó en el primer piso del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios, en lo que había sido la sala de recreo de los hermanos y después de los enfermos.

Curso lectivo 1972-1973

En este curso se impartió el programa completo de la especialidad: primero y segundo cursos de fisioterapia. Los cursos de fisioterapia se iniciaron en el nuevo centro de Mutua Balear de Palma en un aula capaz para 30 alumnos ubicada en el tercer piso de dicho edificio.

El 5 de marzo de 1973, a las 16.00h se procedió a la inauguración del nuevo centro de Mutua Balear a la que asistió el Ministro de Trabajo Sr. Licinio de la Fuente junto con las autoridades locales, el Delegado de trabajo, la junta directiva de la Mutua Balear y el Director General de la Seguridad Social, D. Enrique de la Mata, entre otros.

El 7 de julio de 1973 se graduaron los tres primeros fisioterapeutas titulados, formados en la Escuela de San Juan de Dios de Palma de Mallorca.

Curso lectivo 1973-1974

Para este curso se hizo necesario contratar profesores médicos externos al HSJD con el fin de cubrir las materias que se debían impartir.

Curso lectivo 1974-1975

A principios de 1975 se produjo un cambio de profesorado por cese del equipo del Dr. Jorda y entró un nuevo elenco de profesores.

Curso lectivo 1975-1976

Se propuso al Dr. Martínez Ruíz como nuevo director de la Escuela de Fisioterapia.

Curso lectivo 1976-1977

A finales de 1976 se hizo necesario buscar nuevos locales para la Escuela ya que se produjo la rescisión del contrato con Mutua Balear. Por ello, durante este curso se trasladaron las Escuelas de ATSy Fisioterapia a unos locales cedidos por el Colegio La Salle en el barrio de Son Rapiña. Se

disponía de tres aulas, un local para la secretaría y una sala de juntas. En ese año se matricularon 35 alumnos, entre los dos cursos.

Cursos lectivos 1977-1978; 1978-1979 y 1979-1980

En el curso 1977-1978 se procede a un nuevo traslado de los locales. En esta ocasión utilizando las aulas de la Escuela Mata de Jong.

Curso lectivo 1980-1981

En octubre de ese año los cursos de fisioterapia volvieron a impartirse en propio hospital, en un aula ubicada en la planta baja del edificio del HSJD.

Curso lectivo 1981-1982

En octubre de 1981 se inició solo el segundo curso de fisioterapia, ya que esta enseñanza pasaba a tener rango universitario. Se matricularon 33 alumnos que conformaron la última promoción de fisioterapeutas del HSJD de Palma de Mallorca.

En junio de 1982 terminó oficialmente la Escuela de Fisioterapia con la presencia del catedrático de Higiene y Sanidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona Dr. Francisco González Fusté.

III FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito*. Palma, 1986.
- Calleja de Frutos, Carlos «Escuela del Hospital San Rafael de Madrid: la formación de profesionales de Enfermería y Fisioterapia en el período 1957-1988». Tesis doctoral. Universidad Pontificia ICAI-ICADE de Comillas, Madrid, 2015.
- Memorias Mutua Balear de Palma de Mallorca, años 1972, 1973,1974, 1975 y 1976.
- BOE nº 215 de 26 de junio de 1957, página 777.
- BOE nº 215 de 23 de agosto de 1957.
- BOE nº 46 de 23 de febrero de 1971, página 2979
- Título de ATS y Título de fisioterapeuta de Andrés Buades Lladonet

Fuentes orales primarias

Médicos

- Dr. Manuel Blázquez Mulero
- Dr Eloy Espinar Salom
- Dr. Pablo Llabrés Mayans
- Dr. Guillermo Malberti Fernández
- Dr. Antonio Pérez Feliu
- Dr. Mateo Sanguino Vidal

DUE-fisioterapeutas

- Tomas Alias Aguiló
- Jordi Amengual Masianas
- Jaime Andújar Soler
- Andreu Buades Lladonet
- Elisa Domenech
- Domingo Fontirroig Munar
- Antonio Gutiérrez Rivas
- Carlos Moreno Gómez
- Miquel Pericas Alemany

DUE

- Catalina Aloy Oliver
- Jose Claverol Serra
- Santiago Cremades Pascual
- Luisa Goas
- Jaime Muntaner Rullan

Secretaria de las Escuelas de ATS y de Fisioterapia del HSJD de Palma

- Mercedes Alomar Cardell

Fuentes documentales secundarias

- *Ayudantes Técnicos Sanitarios*. Madrid: Ediciones Oteo, 1971.
- Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija.
- Gállego Izquierdo, Tomas. *Bases teóricas y fundamentos de la Fisioterapia*. Buenos Aires-Madrid: Editorial médica panamericana, 2007.
- Raposo Vidal y Otros. *La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia*. 2001 *Fisioterapia*, volº 23, nº4: 206-217.

Páginas web

- www.santjoandedeu.edu.es/es/campus-docente/historia. Acceso 7/01/2017.

CAPÍTULO VIII. RELACIONES ENTRE SAN JUAN DE DIOS Y LA SOCIEDAD CIVIL

I APOYOS DE LA SOCIEDAD A LA OBRA BENÉFICA DE LOS HERMANOS HOSPITALARIOS

Especialmente a lo largo de los 20 primeros años de existencia del Sanatorio de San Juan de Dios, y cuando este, en su formato de sanatorio infantil, representaba la dedicación a la infancia desvalida (años 1955-1975), la sociedad civil mallorquina en general y particularmente desde Palma y el Coll d'en Rabassa, se volcó totalmente en el apoyo, sostén, aliento y promoción de la obra de los hermanos de San Juan de Dios. Muchos son los testimonios y actos que se organizaron; sería imposible relatarlos todos. Se mencionan los más significativos, los cuales se transcriben a modo de crónica en las páginas siguientes.

I.1 AÑOS 1950-1959

AÑO 1954

El 22 de octubre de 1954, en el Teatro Principal de Palma, en sesión de noche, se celebró una función de danza clásica, patrocinada por el Excmo. Gobernador Civil de Baleares y organizada por la revista "Cort", a beneficio de las obras del Sanatorio.

AÑO 1955

En el mes de julio de 1955, una comisión integrada por el alcalde del barrio del Coll, Sr. Pedro Homar Vallespir, acompañado por otras personas simpatizantes del sanatorio, organizaron una serie de festejos que consistieron en promover partidos de fútbol en el campo de Son Costa y torear una "vaquilla", que ocasionó cierto conflicto con el Gobernador Civil, Sr. Rodríguez de Valcárcel. Todo ello con el fin de recabar fondos para la terminación de las obras.

Los días 30 y 31 de julio se organizaron dos veladas en la amplia terraza del centro sanatorial. Acudió un gran número de personas procedentes del Coll de'n Rabassa, de Cala Gamba, de Can Pastilla, del Molinar y Palma, dando con ello testimonio del gran afecto y simpatía que el público de Mallorca sentía por la Orden. Al finalizar los actos, la comisión organizadora entregó el importe de 17.500 ptas., como beneficio limpio de la recaudación. Esta cantidad se destinó a la compra de la mesa quirúrgica de operaciones. Fue un bello ejemplo del grado de implicación de la sociedad local con la obra benéfica hospitalaria que la Orden promovía.

AÑO 1956

El 6 de enero de 1956 una comisión de vecinos del Coll, organizó en la noche anterior un desembarco de los tres Reyes Magos, bien indumentados, en la playa de Cala Gamba, subiendo hasta el sanatorio entre músicas y cohetes. Un considerable gentío de vecinos del Coll acompañaba a esta comitiva. Fue un acto muy emotivo, especialmente para los niños asilados, que ya eran 18. Obsequiaron a los pequeños con juguetes.

La mañana del 6 de enero de 1956, se presentó una representación de los obreros de la empresa "Fundición Mallorquina" con regalos y dulces para los niños. El mismo día el "Círculo de Bellas Artes" y los "Amigos de Mallorca", sociedad de extranjeros residentes en la isla, visitaron y entregaron a cada niño una cesta con juguetes e hicieron entrega de 2.000 ptas. al Padre Superior. Por la tarde se repartió un lote de juguetes de gran precio, obsequio de Doña Leonor Servera, esposa de Don Juan March.

El 13 de mayo de 1956 la colonia de aproximadamente 100 valencianos residentes en Mallorca, obsequió a los niños ingresados, con motivo de su fiesta patronal, la Virgen de los Desamparados. Lo hicieron sufragando una espléndida comida que repartieron ellos mismos.

El 22 de julio en la localidad del Coll d'en Rabassa y con motivo de los festejos en honor a Nuestra Señora del Carmen, patrona del lugar, los vecinos costearon una comida especial para los niños.

El 15 de agosto de 1956, con motivo de la festividad de la Asunción de María, por la mañana se celebró misa cantada por un coro de Palma y posteriormente tuvieron lugar otros actos profanos que congregaron a mucho público. En total se consiguió una recaudación de más de 10.000 ptas., que fue entregada al Hno. Superior.

Ese año, el pueblo del Coll d'en Rabassa y la colonia veraniega de Cala Gamba, deseosos de hacer algún bien al sanatorio, y con la intención de repetirlo en años sucesivos, nombró una comisión con el fin de recaudar fondos a beneficio de la Orden. A la cabeza de esta Comisión estaba D. Salvador Llopis, abogado veraneante en Cala Gamba y gran simpatizante de la obra benéfica de la Orden. Se daba la circunstancia de que además ostentaba el cargo de teniente de alcalde del Ayuntamiento de Palma, por lo que consiguió fácilmente el apoyo de dicha institución en cuanto a materiales y personal técnico.

En diciembre, los niños ingresados que se podían desplazar, más de 20, acudieron invitados a una función de circo realizada por una compañía de circo belga que presentaba su espectáculo en el Teatro Balear.

AÑO 1957

El 5 y 6 de enero, como en años anteriores se organizaron las fiestas de los Reyes Magos. La víspera, día 5 vino una comitiva representando a los Reyes organizada por Sindicatos y Falange que obsequiaron a los niños. Al día siguiente, 6 de enero, se presentaron la Agrupación Bellas Artes, Amigos de Mallorca y representantes de la empresa Fundación Mallorquina que repartieron juguetes a los niños.

El 12 de mayo, con motivo de la festividad de Nuestra Señora de los Desamparados, la colonia de residentes valencianos ofreció una suculenta comida a los pequeños.

En junio, los niños asistieron a una función infantil promocionada por la "Compañía Los Vieneses" en el Teatro Lírico de la ciudad de Palma. Unos días más tarde, una de las artistas, la Sra. Herta Frankel⁹¹ se presentó en el sanatorio y representó una función de marionetas para los niños más impedidos que no habían podido acudir a la anterior función. Es de destacar el espíritu de caridad que animaba a esta afamada artista, que en todas partes donde actuaba siempre tenía gestos benefactores a los más débiles. No en vano, poco tiempo después recibió un pergamino con la Especial Bendición del Papa S.S. Pío XII.

En agosto, los días 10, 11 y 15 se celebraron en el sanatorio unos festejos en honor de Nuestra Señora de la Asunción, bajo cuya advocación está dedicada la capilla del Sanatorio. Fueron festejos organizados y patrocinados por el Ayuntamiento de Palma. Los días 10 y 11 se organizaron veladas con actuación de grupos y bandas de música. El domingo se jugó un partido

⁹¹ Herta Frankel (Viena 1913-Barcelona 1996) fue una famosa bailarina, titiritera y marionetista austríaca que se afincó en España a partir de 1942. Con otros 3 artistas vieneses: Arthur Kaps, Gustavo Re y Franz Johan constituyeron la Compañía de Revista "Los Vieneses". En los programas infantiles, Frankel manipulaba muñecos de mano y de cuerda ; la Perrita Marilín https://es.wikipedia.org/wiki/Herta_Frankel. Acceso realizado el 1 de octubre de 2017.

de futbol y actos infantiles con artistas apropiados. La recaudación en todos estos eventos fue a beneficio del sanatorio. De todo ello se encargó Don Salvador Llopis.

El 4 de diciembre de 1957 una compañía italiana invitó a un grupo de niños ingresados a una función de marionetas en el Teatro Principal.

El 28 de diciembre, el porta-aviones americano Randolph nº 15 atracó en el puerto de Palma. El capitán organizó una parada infantil para los niños de todos los centros benéficos de la ciudad, unos 400. Todos los asistentes fueron obsequiados con cine, frutas, golosinas, ropa infantil. Posteriormente, entregaron fotografías aéreas del sanatorio realizadas con sus propios helicópteros.

AÑO 1958

El 6 de enero de 1958 acudieron al sanatorio dos cabalgatas de Reyes. Una organizada por la sociedad taurina "El Ruedo" y la otra por los obreros de la empresa Fundición Mallorquina.

En estos días, cinco de los niños ingresados recibieron la Primera Comunión.

A primeros de abril por cuenta del Ayuntamiento de Palma se construyó en los terrenos del sanatorio una amplia pista de cemento útil para patinaje, baloncesto.

El 11 de mayo, como cada año la colonia de valencianos residentes en la isla visitaron y costearon la comida en honor de su Patrona la Virgen de los Desamparados.

En junio de este año se compró el llaut de 31 palmas bautizado con el nombre de "San Juan de Dios" que sería utilizado para realizar los paseos helioterápico-marítimos por las tranquilas aguas de Cala Gamba.

El 14 de agosto el Ayuntamiento de Palma organizó las fiestas en honor de Ntra. Sra. de la Asunción. Se representó una comedia en la propia terraza del sanatorio con 980 sillas para el público y con éxito de concurrencia. Al día siguiente, se inauguró la pista recién asfaltada y Don Salvador Llopis pronunció un discurso y cortó la cinta simbólica de su apertura.

El 24 de agosto los representantes del Club Cala Gamba con sus directivos, obsequiaron a los niños con dulces y helados con motivo de los festejos de la patrona del club náutico, la Virgen del Carmen.

AÑO 1959

El 2 de enero de 1959, como era habitual, los empresarios del Teatro Balear invitaron a una función de circo a los niños ingresados.

El 6 de enero, con motivo de la festividad de los Santos Reyes los niños del sanatorio recibieron abundantes y buenos regalos. Este año colaboró el personal americano que construía la estación de radar del Puigmajor, los "Amigos de Mallorca", los obreros de la Fundición Mallorquina y el Club taurino "El Ruedo".

El 20 de enero, día de San Sebastián, patrón de Palma, la sociedad "Asistencia palmesana" invitó a los niños del sanatorio a una función de teatro infantil.

El 15 de marzo visitaron el sanatorio representantes del porta-aviones de la escuadra americana "Intrepid". Dieron una sesión recreativa dirigida a los niños ingresados.

El 19 de marzo, se botó la nueva barca tipo llaut recién construida de 25 palmos. La anterior fue vendida.

En mayo, la Casa valenciana de Mallorca celebró la festividad de su patrona, la Virgen de los Desamparados y costearon una suculenta comida a mediodía precedida de una demostración de petardos tan del gusto de la comunidad valenciana

El 25 de mayo, San Urbano, el Cuerpo de la Guardia Urbana de Palma invitó a un grupo de 25 niños a una sesión de asueto infantil en la Sala Olimpia de Palma.

El 14 de julio por la mañana visitó el Sanatorio el Almirante de la Sexta Flota Norteamericana, acompañado por el Comandante de la Marina Española, Sr Alarcón. Ambos visitaron el sanatorio precedidos por el P. Superior. La banda de música de la flota americana dió un concierto en el centro sanatorial.

El 19 de julio, por motivo de las fiestas del barrio del Coll d' en Rabassa de Ntra. Sra. del Carmen, se obsequió a los niños con un festival infantil.

El 29 de julio se realizó una excursión a la finca de "Sa Vall" de la familia March.

El 30 de julio, con motivo de la festividad de Santa Marta, el gremio de hoteleros visitó el sanatorio agasajando con ensaimadas y caramelos para los pequeños.

Los días 15 y 16 de agosto como era habitual se celebraron las fiestas en honor de la Asunción de Ntra. Sra., titular del sanatorio. Fueron muy concurridas siendo organizadas y patrocinadas por el Ayuntamiento de Palma. El mismo día 16 varios niños y hermanos asistieron a un partido de fútbol en el campo del Coll d'en Rabassa a beneficio del sanatorio. Jugó el Atlético de Baleares que presidió Don Salvador Llopis, contra una selección de otros equipos. Se dió el caso que en esta selección jugaron algunas figuras del fútbol nacional como Marcet, Montalvo y Carmelo, portero del Atlético de Bilbao. El campo estuvo abarrotado de público y uno de los niños del sanatorio hizo el saque de honor

I.2 AÑOS 1960-1969

AÑO 1960

El 6 de enero de 1960, el personal norteamericano y español que colaboran en la Base del Radar de Puigmajor organizó la festividad de los Reyes Magos para los niños ingresados. También resultó de entrañable cordialidad la visita que anualmente rendían "Los amigos de Mallorca" quienes repartieron juguetes y entregaron un donativo al P. Superior. La casa Pepsi-Cola participó, como era su costumbre habitual, con una caravana de varios vehículos de su firma, magníficamente adornados y aportó sus exquisitos productos y regalos para los niños.

El 10 de enero, la Casa Regional Catalana, con su presidente Don Jaime Planas, hizo una visita repartiendo obsequios a los niños ingresados.

El 4 de febrero Televisión Española realizó y emitió un programa infantil dedicado al sanatorio en el cual se describió la obra de los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios y se proyectaron vistas del sanatorio.

El 12 de febrero nuevamente miembros de la Sexta Flota de los EEUU visitaron el centro y invitaron a los niños a visitar su porta-aviones.

El 10 de abril, invitados por el alcalde de Palma, los niños visitaron la “Fira del Ram”, donde les fue servida merienda.

El 8 de mayo, como habitualmente hacía la casa Regional Valenciana, festejó su patrona, la Virgen de los Desamparados, con varios actos en el sanatorio. Sufragó una comida extraordinaria a los niños y les obsequió con golosinas dulces y helados.

El 29 de julio, el gremio de hoteleros visitó y obsequió a los niños, haciendo entrega de un donativo al P. Superior.

El 11 de agosto, los jefes militares católicos del porta-aviones americano “Forrestal” visitaron el sanatorio con la intención de que todos los niños ingresados que pudieran desplazarse fueran trasladados al buque para pasar todo el día en alta mar como huéspedes.

El 15 de agosto, con motivo de Ntra. Sra. de la Asuncion, el Ayuntamiento de Palma patrocinó y organizó actos y festejos durante tres días con representaciones teatrales, actuaciones de patinadores artísticos, partidos de hockey, etc. Fueron unas magníficas veladas que aportaron ayudas materiales y morales.

El 3 de octubre, la artista infantil de cine y canción “Marisol” visitó el sanatorio, reconfortando a los niños y obsequiándoles con una abundante y succulenta merienda.

El 18 de diciembre un grupo de pediatras suecos visitaron el sanatorio.

AÑO 1961

El 1 de enero de este año, la “Rondalla Mallorquina” y un regimiento militar de sanidad, festejaron a los niños ingresados con un magnífico festival.

El 5 de enero a las doce de la noche llegó la caravana de los Reyes Magos, organizada por el personal de la base americana del Puigmajor repartiendo regalos para los niños. El 6 de enero la caravana organizada por el Ayuntamiento, la Casa Regional Catalana, Frente de Juventudes y los Amigos de Mallorca visitaron los niños del sanatorio.

En 19 de febrero, una comisión de directivos del Real Club Deportivo Mallorca entregó un balón reglamentario con las firmas de las autoridades de las islas y los jugadores del equipo de fútbol.

El 30 de marzo, los niños ingresados que podían desplazarse acudieron a la “Fira de Ram”.

El 14 de mayo, la Casa Regional Valenciana celebró su fiesta patronal, obsequiando con la clásica comida a los niños y como corolario, la estruendosa traca de siempre.

El 3 de septiembre, con la asistencia del P. General, P. Provincial y toda la comunidad de hermanos, fue bendecida la imagen escultórica del Padre fundador de San Juan de Dios que fue colocada a la entrada del sanatorio y era original del escultor académico Sr. Vila.

En 19 de noviembre, visitaron el sanatorio, jugadores del Real Madrid como Gento y Santamaría, lo que hicieron las delicias de los niños.

AÑO 1962

El 1 de enero la “Rondalla Mallorquina” como cada año, ofreció un concierto de canciones folclóricas mallorquinas y villancicos.

El 31 de marzo el alcalde de Palma invitó a los niños ingresados a la “Fira de Ram”.

El 18 de abril y el 13 de mayo un grupo de médicos suecos, entre ellos pediatras visitaron el sanatorio y aportaron un donativo de 4.000 ptas.

El 13 de mayo, la casa regional valenciana, con motivo de su fiesta patronal de la Virgen de los Desamparados, obsequió con elaborada comida a los niños institucionalizados.

El 29 de mayo la Escuela de Enfermería visitó el sanatorio y se celebraron conferencias sobre el trabajo de rehabilitación aplicado a los pacientes ingresados.

El 30 de junio en el parque de bomberos de Palma se bendijo una imagen del Santo Padre. Al acto asistió el alcalde, concejales, autoridades de la isla y representantes de la policía municipal. El acto tuvo repercusión en televisión española, radio y prensa.

El 13 de noviembre una empresa de autocares invitó a los niños a pasar un día de excursión en Santa Ponsa.

El 21 de diciembre, los niños ingresados asistieron a una función benéfica en el Circo Price Hall en el teatro Balears.

AÑO 1963

El 1 de enero, la “Rondalla Mallorquina” acudió como de costumbre al sanatorio ofreciendo una actuación.

El 6 de enero, con motivo de la festividad de los Reyes Magos, los niños del sanatorio fueron agasajados con regalos donados por el personal de la base americana del Puigmajor y la casa regional catalana.

El 10 de febrero, la tuna de las M.M. Trinitarias acudió al sanatorio obsequiando a los niños con una actuación musical y con dulces.

El 4 de abril, un grupo de niños acompañados por varios hermanos de la orden acudieron a la “Fira de Ram”.

El 12 de abril con motivo de la festividad de la Virgen de los Desamparados, la casa regional valenciana obsequió con una suculenta comida a los niños ingresados en el sanatorio.

El 9 de junio, tuvo lugar una peregrinación de las parroquias de Palma al Monasterio de Lluch, llevando a sus feligreses enfermos. La parroquia del Coll de’ n Rabassa incluye al sanatorio en dicha peregrinación y un grupo de niños acompañados de tres hermanos de la Orden acudieron a Lluch.

El 6 de julio, una fábrica de helados “Mister Whippy” recientemente inaugurada, visitó el sanatorio con sus vehículos-fábrica y obsequió a los niños con sus distintos productos.

El 30 de julio, festividad de Santa Marta y patrona del gremio de hoteleros, una representación de hoteleros visitó el sanatorio obsequiando con regalos a los niños y ofreciendo un donativo de 6.000 ptas. a la institución.

El 24 de octubre el grupo musical “Los Valldemossa” dió un concierto en el sanatorio.

El 8 de noviembre, los niños asistieron al Teatro Principal a una función de marionetas de Herta Frankel.

El 15 de diciembre, la casa regional catalana organizó un festival en el Teatro Lírico para recoger donativos para la campaña de los Reyes Magos. Acudieron muchos artistas, entre ellos Andy Rusell.

En 21 de diciembre, la casa comercial Henry-Colomer Lda. organizó una cabalgata del Papa Noel y obsequió a niños y hermanos con productos de su fabricación y golosinas.

El 23 de diciembre tuvo lugar una función benéfica en el Teatro Balear.

AÑO 1964

El 1 de enero, la “Rondalla Mallorquina” ofreció una actuación en el sanatorio.

El 6 de enero, la casa regional catalana organizó la cabalgata de los Reyes Magos para los niños del sanatorio.

El 21 de enero, la Clínica Naval de Palma regaló un televisor al sanatorio.

El 22 de enero un grupo de marinos americanos del crucero Albany visitaron el sanatorio. Posteriormente, los oficiales americanos invitaron a los niños y a los hermanos a la visita del porta-aviones USS Shanghri-La y al crucero Albany, obsequiando a los niños con helados, refrescos y cine.

El 3 de febrero, el Grupo de Tráfico de la Policía Municipal dió unas clases teóricas a los niños proyectando documentales sobre las reglas de tráfico.

El 5 de febrero, la dotación de marinos americanos del porta-aviones “Independence” visitó el sanatorio obsequiando a los asilados con juguetes y helados y un grupo de niños y hermanos visitaron el buque.

El 9 de febrero, la tuna de la Escuela de Magisterio entretuvo a los niños con una actuación de canciones estudiantiles.

El 16 de febrero, la casa comercial Henry-Colomer, en una exhibición de sus productos organizó una colecta a favor del sanatorio y entregó un donativo de 2.800 ptas.

El 7 de marzo, el pequeño artista de cine y de la canción Joselito visitó a los niños del sanatorio, causando gran alegría y admiración entre los pequeños asilados.

El 18 de marzo, el Ayuntamiento de Palma invitó a los niños asilados a la “Fira del Ram”, obsequiándoles con juguetes y una merienda.

El 17 de abril, aceptando el ofrecimiento de una agencia de viajes, 25 niños salieron de excursión con dos hermanos de la orden visitando el Santuario de Randa.

El 10 de mayo, la casa regional valenciana, como en otras ocasiones, celebró el día de su patrona la Virgen de los Desamparados y obsequió a los niños del sanatorio con una comida extraordinaria.

El 14 de junio, un grupo de niños asistió al festival organizado por el Ayuntamiento de Palma en la Plaza de Cort.

En el mes de julio correspondiendo a una invitación del diario "Balears", un grupo de niños asistió a un festival infantil en el Paseo Marítimo.

Los días 13 y 14 de julio un grupo de marinos norteamericanos del porta-aviones "Enterprise", realizaron trabajos de pintura en todas las estructuras de hierro de barandas y barandillas del edificio sanatorial y de la pista de deporte. Todo ello fue realizado por propio ofrecimiento y a su cargo por completo. Además obsequiaron a los niños con dulces y juguetes.

El 29 de julio, los hoteleros de la cofradía de Santa Marta visitaron en su día de fiesta el sanatorio y obsequiaron a los niños con dulces, entregando además un donativo para la Orden.

El 22 de octubre, marinos del porta-aviones U.S.S. Wasp visitaron el sanatorio e invitaron a un grupo de niños a visitar el buque.

El 21 de diciembre, un grupo de niños asistieron a una función en el Teatro Balear, por invitación del Sr. Jaime Planas, presidente honorario de la casa regional catalana.

AÑO 1965

El 1 de enero, la agrupación "Rondalla Mallorca" obsequió a los niños con canciones típicas de Mallorca en una actuación que tuvo lugar en el Sanatorio.

El 6 de enero, con motivo de la festividad de los Reyes Magos, varias entidades cívicas mallorquinas (el club de Leones, la cabalgata de Reyes del Ayuntamiento de Palma, la cabalgata de la Parroquia del Coll de'n Rabassa y los Reyes de la Casa Regional catalana) visitaron a los niños ingresados agasajándoles con dulces y juguetes.

El 4 de abril, el conjunto musical "Los Pulpos" interpretó un repertorio de canciones a los niños ingresados.

El 8 de abril, un grupo de niños del sanatorio acudió a la "Fira del Ram" junto a niños de otros centros benéficos.

En 19 de abril, la Policía Municipal organizó una jornada de entretenimiento para los niños del sanatorio.

El 9 de mayo, la casa regional valenciana celebró el día de su patrona, la Virgen de los Desamparados, y ofreció una espléndida comida a los niños con una gran traca para amenizar a los pequeños ingresados.

El 16 de junio, un grupo de niños acompañados por dos hermanos asistieron a las fiestas organizadas por el Ayuntamiento de Palma.

El 26 de agosto, los pequeños artistas de canto mallorquines "Queta y Teo" visitaron el sanatorio ofreciendo un repertorio de canciones y entregaron el 50% de los beneficios de los discos grabados a la Orden.

El 1 de septiembre, el Sr. Jaime Planas organizó una velada de entretenimiento con la participación del popular locutor de Radio España de Barcelona, Sr. Enrique Casademont y su inseparable "Paulinet".

En 16 de noviembre, el Sr. Salva, empresario de las Cuevas de Campanet invitó a los niños a una excursión durante la cual se visitaron las Cuevas de Campanet y la fábrica de vidrio de Campanet, acompañada de una suculenta comida campera.

El 7 de diciembre, el equipo intelectual “La unión hace la fuerza” visitó el sanatorio acompañado del famoso aizkolari Pachi, quien hizo una demostración de corte de troncos en la terraza del centro.

El 30 de diciembre, el alcalde de Palma acompañado de su séquito, visitó a los niños del sanatorio haciéndoles entrega de juguetes.

AÑO 1966

El 6 de enero, con motivo de la festividad de los Reyes Magos, el Sr. Jaime Planas, presidente de la casa regional catalana, organizó una fiesta para los niños con entrega de regalos. Asimismo, hizo entrega de un donativo al Padre Superior.

El 7 de junio, se organizó una salida de campo durante la cual se visitó la Ermita de Ntra. Sra. de Belen de Artá.

El 25 de julio, los socios del Club Santa Marta visitaron el sanatorio y organizaron una demostración del juego de la petanca, obsequiando con dulces a los niños.

El 8 de diciembre, tuvo lugar una gran concentración de la Cruzada por el Rosario, organizada por el padre Peyton, celebrada en Palma.

El 21 de diciembre, Henry Colomer y sus seguidores ofrecieron una actuación cómica para los niños ingresados.

El 22 de diciembre, el presidente de la sociedad del Círculo Mallorquín junto con grupo de jóvenes debutantes, visitaron el sanatorio y entregaron un donativo para la institución.

El 26 de diciembre, la agrupación “Rondalla Mallorquina” amenizó a los pequeños asilados con un selecto repertorio de canciones y aportaron un donativo para el sanatorio.

AÑO 1967

El 6 de enero, con motivo de la festividad de los Reyes Magos, y como venía siendo habitual, la casa regional catalana, organizó la cabalgata de los Reyes Magos con regalos y juguetes para los pequeños, entregando además un donativo al Padre Superior.

En 29 de julio, como en años anteriores el gremio de hoteleros de Palma visitó el sanatorio e hizo entrega del acostumbrado donativo a la Orden.

AÑO 1968

El 12 de mayo la casa regional valenciana ofreció una comida para los niños y los agasajó con golosinas.

El 29 de julio, el sindicato provincial de hostelería y actividades turísticas organizaron una actuación con payasos para los niños ingresados en el sanatorio e hizo entrega de un donativo para la Orden.

AÑO 1971

Por el cariz que iba tomando la hospitalización en el centro sanatorial y por el concierto con el Instituto Nacional de Previsión y otras entidades, con el ingreso ya sustanciado de pacientes adultos, a partir de 1968, el carácter benéfico del sanatorio va menguando. Por este motivo, sin abandonar la limosna, esta ya no tiene la importancia de los primeros años.

AÑO 1972

El 5 de enero, representantes de la Compañía Iberia organizan la noche de reyes repartiendo juguetes entre los niños. Ese año, el sanatorio contaba con 25 niños ingresados.

En febrero de 1972, el pintor canadiense Don Earl Wailly, quien había sido antiguo enfermo poliomielítico, visitó el centro sanatorial, exponiendo su propia experiencia personal y profesional. Fue una visita muy entrañable y emotiva para los niños ingresados y para los hermanos de la comunidad.

AÑO 1973

El 5 de enero se organizó la que sería la última fiesta de Reyes Magos. Debido al nuevo cariz que iba tomando la institución, recibiendo enfermos que ya no eran de la beneficencia y con derechos asistenciales propios, este tipo de celebraciones dejaron de realizarse.

El 7 de febrero, la agrupación "Rondalla Mallorquina" visitó el sanatorio, obsequiando con canciones a los niños y dejando un donativo al centro.

El 1 de marzo se inauguró en la Galería J. Blanes una exposición de dibujos y trabajos en barro realizados por los niños hospitalizados, bajo la dirección de la pedagoga artística del centro Sra. Francisca Sureda. Constituyó un éxito de crítica y público.

El 13 de marzo, el tenista Manuel Orantes, subastó la raqueta con la que había ganado el día antes el Concurso de Palma, recaudando 40.000 ptas. que entregó al sanatorio.

El 15 de julio, 20 niños del sanatorio acudieron a un campamento de verano en Alcudia, acompañados la pedagoga y por la asistente social del centro sanatorial.

AÑO 1974

El 3 de enero, el Teatro Balear ofreció una sesión de circo a 20 niños del centro, acompañados por dos hermanos de la Orden.

El 7 de enero, la compañía Iberia organizó la cabalgata de los Reyes Magos para los niños asilados, obsequiándoles con regalos.

El 1 de mayo 12 niños asistieron a la "Fira del Ram" invitados por el alcalde de Palma.

AÑO 1975

Por la nueva orientación que iba tomando la institución, el futuro se debía dirigir hacia un hospital de adultos donde tenga lugar el ingreso de pacientes para rehabilitación, traumatología y cirugía ortopédica así como el ingreso socio-sanitario. Por ello, se decidió a partir de ese momento, no fomentar más la idea de centro sanatorial infantil.

II BENEFICENCIA, LIMOSNAS, SUSCRIPCIONES Y DONATIVOS

II.1 AÑOS 1953-1959

A modo de prologo se debe señalar que la limosna ha sido desde siempre una actividad consustancial con la Orden de San Juan de Dios.

Antonio Hernández Morejón (1773, Alaejos, Valladolid- 1836, Madrid), médico e historiador de la medicina, en su obra “Historia Bibliográfica de la Medicina Española”⁹², en 1842 escribe:

“Los Hermanos de la Caridad llamados de San Juan de Dios

San Juan de Dios, a quien Inocencio XII puso en el catálogo de los Santos en 1691, nació en el año de 1493, de padres muy pobres, en la villa llamada de Montemayor, en el arzobispado de Évora, reino de Portugal. Fue pastor, soldado y artesano, y al fin se dedicó a servir a los enfermos. Junto aquellos más inválidos, los hospedó en una casa que alquiló y fue de puerta en puerta mendigando socorros para ellos, sin olvidar sus necesidades espirituales, pues les buscaba presbíteros que les procurasen los consuelos de la religión. Su infatigable celo por los pobres y la fama de sus virtudes le adquirieron gran celebridad en toda España y muchos grandes señores le suministraban considerables sumas para fundar hospitales, en los cuales se acogiesen los enfermos indigentes. En 1543 tuvo origen esta Orden y se establecieron conventos con el objetivo de asistir a los pobres que enfermaban, principalmente del mal venéreo. El primer Hospital se edificó en Granada y pronto hubo muchos otros más en toda Andalucía y después se fundaron otros en las demás provincias del reino y de América.”

El fin de la Orden ha sido siempre la asistencia a los necesitados y la limosna se ha destinado al sostenimiento de los centros; a los enfermos y a los hermanos. Insistiendo en este aspecto del carisma de la Orden, recordemos lo que se dice de San Juan de Dios:

“...con la ayuda de personas devotas, alquiló una casa en Granada, la llenó de pobres, desamparados, enfermos y tullidos que hallaba y compró algunas esteras de anea y algunas mantas viejas en que durmiesen, porque no tenía para más”.⁹³

Pero no solamente recogía la limosna de los benefactores en Granada, sino que más de una vez salió de Andalucía y marchó a tierras castellanas pidiendo limosna para su hospital de Granada, pero como era tan grande su generosidad, se encontraba que antes de llegar a su hospital ya lo había repartido todo, justificando su comportamiento en su frase: “Dar aquí o dar allá, todo es ganar”. Juan de Dios no tenía problemas para el reparto de la limosna; pedía para los pobres y a los pobres se las daba.

⁹²Antonio Hernández Morejón. *Historia Bibliográfica de la Medicina Española*, 5 tomos. (Madrid: Imprenta de la Viuda Jordan e hijos, 1842), Tomo II, pág. 153.

⁹³Manuel Gómez-Moreno Martínez. *San Juan de Dios. Primicias históricas suyas. Dispuestas y comentadas por Manuel Gómez-Moreno*. (Madrid: Editorial Provincias Españolas de la Orden Hospitalaria, 1950).

En la misma línea de conducta siguieron los primeros compañeros del Santo: Antón Martín, Pedro Velasco, Simón de Ávila, Doménico Piola y Juan García. *“La vida de estos primeros hospitalarios bajo la dirección del nuevo Hermano Mayor seguía siendo la misma que la del Fundador. Ejercicios de piedad; vida penitente y mortificada; asistencia caritativa a los acogidos en el hospital, cuyas puertas siempre estaban abiertas a cuantos a él llegaban; socorro a los huérfanos pobres y viudas vergonzantes y postulación diaria por la ciudad con la capacha al hombro y las ollas en la mano, repitiendo la fórmula que habían aprendido de su Santo Padre”*.⁹⁴

Los benefactores permitieron que el fundador llevara a buen término la obra. A lo largo de los siglos han continuado con el sostenimiento de la Orden; si bien es cierto que en unos países con más éxito que en otros. Pero debe agradecerse que la mayoría de las obras e iniciativas de la Orden hayan prosperado gracias a las generosas donaciones de personas caritativas que han confiado en la Orden Hospitalaria y en su carisma de servicio a la persona sufriente y necesitada.

Esta situación se ha mantenido hasta la implantación en Europa y en el primer mundo del llamado estado del bienestar, que ha involucrado e impelido a los estados nacionales a responsabilizarse de la atención a los más desfavorecidos, haciendo por tanto menos necesaria la beneficencia solidaria.

Hoy en día la mayoría de los centros de la Orden no dependen en tan alto grado de las aportaciones económicas de los benefactores. Aunque es cierto que el hecho en sí es el mismo y se mantiene plenamente vigente: el ser humano que decide ser solidario con su prójimo y esta solidaridad la lleva a cabo a través de la Orden Hospitalaria; cabe pensar, entre otros aspectos, en el voluntariado.

En lo que respecta al centro hospitalario de Palma, con el trascurso de los tiempos desde 1952 y hasta finales del siglo XX, se constata que la limosna se mantuvo con mucho vigor hasta finales de los años 60 pero que inició su declive a partir de los años 70-75, a raíz de los primeros convenios de colaboración con las administraciones públicas, junto con la llegada a nuestro país del llamado estado del bienestar.

A continuación, se describen los principales episodios de la labor limosnara desde sus inicios en 1953 hasta 1975. No es una relación exhaustiva, dado que no están registrados todos los acontecimientos diarios de los limosneros a lo largo de este dilatado periodo de tiempo. No obstante, se aportan, para su lectura y conocimiento histórico, los hechos contrastados que ayudarán a tomar conciencia del tipo de labor y circunstancias en que se vieron involucrados los Hermanos limosneros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en una época ya periclitada en nuestro país.

AÑO 1953

La actividad limosnara en la comunidad de Palma la inician los dos Hnos. Ángel Martínez y Gabriel Carbonell, el día 7 de abril de 1953, es decir cinco meses después de que la nueva comunidad de Hermanos de San Juan de Dios se estableciera en Palma, el 6 de noviembre de 1952.

La tarea limosnara consistía en desplazarse desde la comunidad del Coll de'n Rabassa hasta Palma al principio, y después también a los distintos pueblos de la isla y a Menorca e Ibiza. Los limosneros iban casa por casa explicando y dando a conocer la obra benefactora de la Orden Juandediana, en relación a la población infantil más desprotegida. Se explicaban la misión y el

⁹⁴ Juan Ciudad Gómez, O.H. *Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. (Granada: Archivo Interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios, 1968).

carisma de la Orden, recalcando su reciente implantación en Palma y las necesidades más perentorias. Se transmitía y explicaba a la población la construcción a cargo de la Orden Hospitalaria de un nuevo centro sanitario o sanatorio infantil, destinado a acoger y tratar a los niños procedentes de las capas más desfavorecidas de la sociedad afectos de las principales enfermedades óseas, deformidades congénitas o adquiridas, raquitismo o escrofulismo.

A modo de recordatorio histórico cabe apuntar que la deficiente situación en la atención sanitaria de la población infantil en nuestro país, y concretamente la isla de Mallorca, derivaba de diversas causas que podrían resumirse en los siguientes conceptos:

- Escasa protección y cobertura de la atención sanitaria infantil por parte del estado español, que solo atendía a los minusválidos sensoriales, en un contexto de post-guerras civil y segunda guerra mundial.
- Amplias capas de población campesina y trabajadora con escasa cultura y medios propios.
- Carencia de hospitales en las redes públicas o de beneficencia orientados a los niños.
- Recientes epidemias de poliomielitis en nuestro país y en general en Europa, EEUU y Canadá que dejaron como secuelas gran número de menores con deficiencias graves del aparato locomotor.
- Escasa implantación y retraso en España de las campañas de vacunaciones preventivas que otros países de nuestro entorno ya habían puesto en marcha.

Este estado de cosas explicaba la desatención, cuando no la renuncia o el desistimiento asistencial frecuente en que se encontraban muchos de los niños de las capas sociales más pobres, afectos de enfermedades óseas o invalidantes como: secuelas de poliomielitis y parálisis cerebral, malformaciones osteo-articulares congénitas y adquiridas, tuberculosis ósea, osteomielitis, secuelas de traumatismos, etc.

Todos estos padecimientos antes referidos, que requerían prolongados periodos de reposo en cama, intervenciones quirúrgicas sucesivas en el tiempo y ejercicios y terapias de recuperación funcional, no podían ser asumidos por muchas de las numerosas familias de las clases trabajadoras de la época, pobres y aún lastradas por las carencias de la contienda civil.

Insistimos en la labor limosnera de la Orden, que los Hermanos de San Juan de Dios solo contaban con la caridad pública para terminar una obra ya iniciada en 1940, en plena post-guerra, pero que las necesidades de aquellos años obligaron a interrumpir durante 12 años por el agotamiento del capital y de las posibilidades de la Orden.

Los hermanos limosneros reclamaban de las personas, entidades, empresas o casas de comercio de alguna consideración, un óbolo o suscripción con cuotas mensuales para cooperar a la finalización del sanatorio infantil y gratuito. El objetivo era llegar a disponer de un centro con 50 camas para las visitas médicas y el ingreso totalmente gratuitos, de los niños más desfavorecidos que necesitaran curación o mejora de sus afecciones clínicas.

Fig. VIII.1. Folletos informativos de la obra de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



Folletos repartidos entre la población para dar a conocer la obra de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y suscribir colaboraciones. Fuente: "Historia de la Casa. Libro I, años 1952-1986. Manuscrito". Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Palma.

Los hermanos realizaban visitas a domicilios particulares, entidades y empresas bienhechoras, con el objetivo ya mencionado de lograr suscripciones o donativos puntuales. Dejaban hojas explicativas y de propaganda de la Orden Hospitalaria.

Paralelamente, hay que consignar que los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios eran considerados por la población general de nuestro país, como los religiosos de carisma más moderno, digámoslo así, que había entre las varias congregaciones religiosas y caritativas del momento. Su trabajo a favor de un sector tan sensible como eran los niños desvalidos y la simpatía, sencillez y humildad con que se comportaban, los hacía muy bien considerados por el público en general.

Una primera casualidad consistió en que los hermanos limosneros, en su primer día de salida por Palma, se entrevistaron con el director del Correo de Mallorca, a la sazón Don Rafael Caldentey. Como resultado de esta entrevista se publicó en dicho periódico un artículo informativo de la obra benéfica de la Orden el 10 de abril de ese año.

A finales del mes de julio del mismo año 1953, se personó en la Comunidad, el Subdirector del “Diario de Baleares”, Don Eliseo Feijoo acompañado por el fotógrafo Sr. Juanet y a raíz de esta visita, se publicó un reportaje en dicho periódico el 1 de agosto de 1953.

Como buen resultado de la visita del Sr. Feijoo, el Diario de Baleares se implicó y demostró un gran interés por las obras del sanatorio infantil, abriendo una suscripción de donativos para las mismas.

El 3 de octubre de 1953, se presentó una persona joven al sanatorio que entregó como limosna al Hno. Juan (cocinero) la cantidad de 50.000 ptas. prefiriendo mantener el anonimato.

El 18 de diciembre de 1953 la compañía EMAYA hace el donativo de 5.000 ptas. como ahorro del coste de los trabajos de apertura de zanjas y canalización de tuberías.

AÑO 1954

En febrero de 1954, siguiendo la costumbre limosnara de visitar un pueblo de la isla cada mes, después de realizar la colecta en Palma, los hermanos limosneros se trasladaron a Lluchmajor. Para decepción de los hermanos, la limosna recogida fué escasa, toda vez que se trataba de una población teóricamente rica con agricultura, comercio e industria zapatera.

A finales de febrero de 1954 el bienhechor anónimo hace entrega de otras 5.000 ptas.

Se cumplía el primer año de cuestación y a finales de mayo de 1954, tanto las suscripciones como los donativos puntuales en mano, iban teniendo un resultado satisfactorio, constatando que la correspondencia del pueblo mallorquín con la Orden era muy satisfactoria.

La revista “Cort”, semanario de Palma, y el periódico “Baleares” publicaron sendos reportajes el 5 y el 26 de mayo de 1954, respectivamente.

El 9 de agosto de 1954 llegó de Barcelona el Hno. José M^a Bravo Baños que vino a sustituir en el empleo de limosnero al Hno. Gabriel Carbonell, el cual fué destinado a Pamplona. Fué encomiable la labor limosnara realizada por el Hno. Gabriel Carbonell. Como nativo de la isla, nacido en Consell que había vivido siempre en Palma, conocía a fondo la lengua, costumbres e idiosincrasia del pueblo mallorquín, así como calles de Palma y pueblos y los medios locales de comunicación.

El 14 de agosto de 1954 el periódico “Última Hora” publicó un reportaje sobre la obra realizada por la Orden hospitalaria en la isla de Mallorca.

El 26 de septiembre de 1954, el “Diario de Mallorca” publicó un reportaje invitando a los mallorquines a costear alguna de las 40 camas que se preveían instalar en el sanatorio infantil, al precio de 2.000 pesetas cada cama

Curiosamente, este mismo día una familia de Palma hizo entrega de las 2.000 ptas. para pagar la primera cama. Realizaron la limosna en recuerdo de una sobrina suya afectada por una grave dolencia de aparato locomotor.

A finales de septiembre, se recibió un escrito del Diario de Mallorca comunicando el depósito de 4.000 ptas. de un donante anónimo para el pago de otras dos camas. En la misma fecha se recibe una donación anónima de una dama de otras 2.000 ptas. para el pago de la cuarta cama.

En octubre y noviembre de este año se produjo una afluencia de donaciones y colectas para sufragar camas:

- Un alto mando militar entregó 2000 ptas., amén de aportar 3000 ptas. cada trimestre.
- Dos hermanas pagaron otras 2000 ptas. para la sexta cama.
- Un benefactor sufragó otras 2000 ptas. para la séptima cama.
- Un ingeniero de Barcelona aportó la octava cama.
- Un ingeniero de Palma, sufragó la novena cama.
- Una benefactora entregó a las Hermanas Carmelitas 2000 ptas. para la décima cama.
- Un benefactor que quiso permanecer en el anonimato entregó 12.000 ptas. para instalar 6 camas. Lo hizo a la intención de él, su esposa y sus 4 hijas. Con esta entrega se llegaba a la financiación de 16 camas.
- Una anciana de Palma financió la cama 17.
- Unos jóvenes esposos regalaron 2000 ptas. para la cama 18.
- Una señora que prefirió mantener el anonimato entregó 5.000 ptas., que sumadas a otras 1000 ptas. aportadas al Diario de Mallorca, permitieron instalar hasta la cama 21.
- Con los donativos recibidos en el Diario de Mallorca, se completaba la cama 22.
- Una donante anónima de Palma hizo entrega de 2000 ptas. para la cama 23.

El mes de diciembre de este año fue igualmente pródigo en donativos:

- El 10 de diciembre el Diario de Mallorca recibió un anónimo de 6000 ptas. para las camas.
- Una suscriptora entregó 2000 ptas. para una cama.
- El 22 de diciembre el Diario de Mallorca recibió un donativo de 3000 ptas. Con este quedaba completada hasta la cama 29.
- Otros donativos permitieron instalar dos camas más (se alcanzaban en total 31 camas).
- El 28 de diciembre el alcalde de Palma mandó un “aguinaldo” de 4000 ptas. para otras dos camas. En total se habían sufragado 33 camas.

La Comunidad y especialmente los hermanos limosneros, previa aprobación del M.R.P. Provincial, decidieron la compra de dos bicicletas de la marca “Orbea”, para facilitar la labor diaria de los dos hermanos limosneros.

En octubre de este mismo año, una disposición de la santa obediencia trasladó a Zaragoza al limosnero Hno. Ángel Martínez.

AÑO 1955

Con estas buenas perspectivas terminó el año 1954 y se iniciaba 1955, año en el que se preveía inaugurar el sanatorio infantil. Durante este año se mantuvo la cuestación para las camas:

- El 5 de enero 1955 desde Diario de Mallorca se entregan 6.000 ptas. para otras 3 camas. Ya van en total 36 camas.

- A mitad del mismo mes de enero, y por otras aportaciones se alcanzó hasta 39 camas y media.
- A finales de enero de 1955, con el resto de las aportaciones realizadas, se completó la cuestación para las las ansiadas 40 camas imprescindibles para la puesta en marcha del centro.

En otro orden de cosas y al margen de la cuestación para la instalación de camas, se recibieron otros donativos y óbolos entregados a los hermanos limosneros.

El 15 de agosto de 1955, por la festividad de la Asuncion de la Virgen María, se organizó en la barriada del Coll de'n Rabassa un festival cuya recaudación, que ascendió a 10.000 ptas, se destinó al sanatorio.

En el mes de junio de 1955, llegó a Palma el Hno. Lucas Julián procedente de Zaragoza para desempeñar las funciones de hermano limosnero.

AÑO 1956

En el día de Reyes los componentes del "Círculo de Bellas Artes" y "Amigos de Mallorca" hicieron entrega al Superior de un donativo de 2.000 ptas.

En marzo de 1956, Radio Mallorca entregó 8.000 ptas. como donativo para las obras del sanatorio.

Una representación del gremio de Hoteleros realizó un donativo de 3.000 ptas.

El 20 de julio de 1956, las hermanas Balaguer, vecinas de Palma, obsequiaron a los Hermanos de la Orden, una magnífica máquina cinematográfica para películas de 16mm., importada de EEUU.

Entre el 8 y 12 de octubre de 1956 el Honderos Hockey Club de Palma entregó 6.000 ptas, producto de la recaudación de un festival organizado a beneficio del sanatorio.

En marzo llegó a Palma el Hno. Manuel Valmajor destinado al empleo de limosnero y en septiembre llegaba otro hermano cuestor, el Hno. Jaime Arroquí.

Año 1957

Durante este año Don Salvador Llopis, constante colaborador de la Orden consiguió del Ayuntamiento de Palma una suscripción anual constante de 25.000 ptas.

A primeros de julio llegó a Palma el Hno. José Soler con el destino de limosnero.

AÑO 1958

En los años posteriores la labor de petición limosnera se extendió a Menorca. El 20 de agosto de 1958 se anotó el traslado a Menorca de los Hnos. Manuel y Pedro que fueron a Mahón con el objetivo de realizar la colecta trimestral.

A finales del mismo mes de agosto, un ciudadano americano empleado en la construcción del observatorio del Puigmajor, entregó de un donativo de 2.600 ptas.

Se afianzó el sistema de editar folletos explicativos de las funciones y características del sanatorio que se repartían entre los pueblos de Mallorca. Si bien en Palma se conocía

suficientemente la actividad de la Orden, esta era todavía bastante desconocida en la población rural de la isla.

En este año, el sanatorio tenía un promedio entre 30 y 35 niños ingresados, que en algún momento llegaba a los 39; costaba superar dicha cifra, lo que se atribuía a la falta de información de la población.

En agosto, el Ayuntamiento de Palma realizó una importante donación de 45.319 ptas. procedente de los festejos organizados durante las fiestas de la Asunción de la Virgen María.

En noviembre, el comandante militar de la marina de Mallorca e Ibiza dispuso que todos los propietarios de establecimientos o negocios de explotación pública, localizados en el límite de la jurisdicción militar, contribuyeran con un donativo al sanatorio o a las Hermanitas de los pobres, en vez de los derechos que corresponderían a la jurisdicción militar. Estos negocios comprendían hoteles, bares de playa, chiringuitos o merenderos, casitas de playa, etc. En total se recaudaron 20.000 ptas.

En diciembre, el Gremio de Agentes Comerciales Farmacéuticos hizo un donativo y se comprometieron a facilitar muestras de medicación al sanatorio.

AÑO 1959

En marzo de 1959, el Colegio de Practicantes a través de la promoción de diversas iniciativas recaudó la suma de 11.150 ptas. que se destinaron a la compra de un televisor.

El ciudadano americano Don Pablo Butler recaudó más de 1.000 dólares entre la colonia de americanos de la isla. Con este importe se sufragó la compra de un aparato quirúrgico de ayuda a la cirugía ósea.

Durante este año, el gremio de hoteleros de Mallorca hizo un donativo de 8.000 ptas. y otra cantidad similar el gremio de bares y cafés.

El 16 de agosto de 1959 se recibió un donativo de 1.000.000 de ptas.

El 28 de agosto de 1959 el alcalde de Palma Sr. Massanet acompañado de otros concejales hizo entrega de 41.500 ptas.

II.2 AÑOS 1960-1969

AÑO 1960

En julio el gremio de hoteleros de Mallorca hizo entrega de un donativo de 4.000 ptas.

El Ayuntamiento de Palma donó 37.237 ptas. como resultado de los beneficios obtenidos en la organización de los festejos por la Asunción de María celebrados el mes de agosto.

AÑO 1961

A finales de julio, la Cofradía de Santa Marta hizo entrega de un donativo de 4.000 ptas. para las necesidades del sanatorio.

AÑO 1962

En mayo, un grupo de turistas suecos visitaron el sanatorio e hicieron entrega de un donativo de 4.000 ptas.

AÑO 1963

Tras 10 años de cuestación se fueron implementando nuevas ayudas a la tarea de los hermanos limosneros. En este año, la comunidad de hermanos adquirió una furgoneta Citroen para uso de los hermanos limosneros que recorrían toda la isla.

En agosto, el gremio de hoteleros de Mallorca entregó un donativo de 6.000 ptas.

El abogado y bienhechor D. Antonio Barceló sufragó con 21.000 ptas. la compra de un televisor que se instaló en la sala de los niños mayores.

AÑO 1964

El 2 de mayo de 1964 la Asociación de la Prensa de Baleares organizó una colecta benéfica para el sanatorio. Se recaudaron 50.000 ptas. que se destinaron a la adquisición del sistema de aparatos para protección antirradiológica de la sala de rayos X.

AÑO 1966

El 7 de febrero de 1966 el Ayuntamiento de Palma realizó un donativo recaudado con la instalación, a cargo de la empresa Publitur, de un belén en la plaza de Santa Catalina Thomas.

AÑO 1967

El 23 de mayo de 1967, los hermanos limosneros Gregorio Martín y Francisco Vallejos se desplazaron a Ibiza para dar a conocer la obra de la orden hospitalaria y recabar suscripciones. Regresaron el 31 de mayo con resultados muy satisfactorios, habiendo conseguido muchas suscripciones y aportando una importante cantidad de dinero en metálico.

AÑO 1968

El 13 de octubre de 1968 el Hno. Francisco Vallejos se desplazó a Ibiza para realizar la postulación anual. El 3 de noviembre, los hermanos limosneros se desplazaron a Menorca con el mismo objetivo.

II.3 AÑOS 1970-1975**AÑO 1971**

Durante este año 1971 y debido a las nuevas orientaciones que fué tomando la hospitalización en el sanatorio, por el concierto con el Instituto Nacional de Previsión y otras entidades, el carácter benéfico del sanatorio fué menguando, motivo por el cual disminuyó la limosna.

AÑO 1972

Como cada año, el Ayuntamiento de Palma, hizo entrega de un donativo de 25.000 ptas.

El 25 de mayo, la empresa Salma de transportes entregó un donativo de 156.000 ptas. que se emplearon para la compra de un autocar para el traslado de pacientes de rehabilitación desde

el hospital al centro de Mutua Balear de Palma, donde se desarrollaría la rehabilitación y la fisioterapia a partir de finales de este año.

AÑO 1973

En marzo de 1973 el conocido tenista español Manuel Orantes, después de una subasta de objetos personales y deportivos, realizó una donación al sanatorio de 40.000 ptas.

El 28 de diciembre, una cadena hotelera hizo entrega de 400.000 ptas. las cuales iban destinadas como aguinaldo de sus empleados y por decisión de estos, fueron entregadas al sanatorio.

AÑO 1974

A estas alturas del año 1974 la actividad limosnera del hospital había experimentando cambios sustanciales.

El 15 de abril de 1974, la Casa Darder de coches organizó un festival con carácter benéfico para presentar los nuevos modelos de Seat, Fiat y Lancia. La intención fue recaudar fondos para la compra de un nuevo autobús, marca Pegaso, para el uso del sanatorio. Se pretendía llegar a una cifra de 1.000.000 ptas.

Durante este año 1974, las limosnas aportadas por los bienhechores sumaron la cantidad de 1.241.795 ptas. Esta cantidad se utilizó para sufragar los gastos ocasionados por enfermos hospitalizados gratuitos y enfermos de rehabilitación que con sus tratamientos también gozaban de cuidados gratuitos. Todas estas limosnas aportadas supusieron una ayuda de un 6% del total de los gastos habidos durante ese año 1974.

AÑO 1975

En diciembre se llevó a cabo la cuestación en Menorca, lugar que mantenía persistente la imagen de sanatorio infantil, que ya no era la que imperaba en Mallorca en esa época.

Durante el mes de diciembre de este año, durante la campaña de navidad con las felicitaciones a los suscriptores y benefactores, que sobrepasaban los 3.000, junto al envío habitual de un calendario, se acompañó de una carta explicativa, donde se daba cuenta de la nueva visión de la beneficencia de la Orden hospitalaria.

La asistencia hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, en vista de la evolución experimentada por la medicina y la sociedad en general, se vio obligada a la adaptación de su obra benéfica a otros campos y con otros sistemas. Por ello, la ayuda recibida, además de sufragar los gastos de personas enfermas necesitadas, era igualmente empleada para aquellos que precisaban rehabilitación y carecían total o parcialmente de medios para ello.

Asimismo, al adquirir la medicina un sentido social, se crearon unos servicios de psicología y asistencia social, que orientaban y ayudaban a quienes lo necesitaban a procurarse y acceder a los medios oficiales o privados que requerían.

III CONTEXTO ACTUAL ESPAÑOL DE LA BENEFICENCIA EN LA ORDEN DE SAN JUAN DE DIOS

Los Hermanos de San Juan de Dios, aparte de desempeñar los servicios públicos concertados en los distintos centros implantados por los cinco continentes, han llevado a cabo desde siempre una gran labor solidaria.

En todo el mundo, la Orden Hospitalaria cuenta actualmente con cerca de 300 centros de atención destinados a personas necesitadas donde se asisten cerca de 20 millones de hombres, mujeres y niños. Paralelamente, miles de personas concretas o anónimas hacen posible que la Orden ayude a los más necesitados, gracias al apoyo solidario que prestan y a los donativos económicos.

Todo este conjunto de participación y de medios se canaliza a través de la Obra Social San Juan de Dios donde la Orden juandediana trabaja para reunir medios necesarios que permitan llevar a cabo programas a favor de los colectivos más vulnerables. La organización cuenta con la participación de miles de voluntarios y las principales líneas de solidaridad podrían clasificarse en:

Solidaridad con los niños

Desde hace décadas este era el programa más conocido en España. Muchos de los centros de la Orden se iniciaron para dar cobertura a las enfermedades infantiles que durante los siglos XIX y XX aparecieron en Europa y en nuestro país (tuberculosis, poliomielitis, raquitismo, escrofulosis, desnutrición). En la parte final del siglo XX, de forma paulatina, esta necesidad fue decayendo y los centros se fueron reconvirtiendo. Permanece en nuestro país el Hospital de San Juan de Dios de Esplugues de Llobregat (Barcelona) como centro de referencia de enfermedades infantiles actuales (cáncer infantil, enfermedades neurológicas y enfermedades raras).

Solidaridad con enfermos crónicos y la tercera edad

Esta línea de actuación se desarrolla especialmente en los centros de Madrid, Zaragoza, Pamplona, Manresa, Barcelona y Palma de Mallorca. Se toman en consideración aquellos aspectos que las administraciones públicas no cubren en su totalidad. A este respecto se potencia la mejora continua del entorno hospitalario donde estas personas están ingresadas y se trabaja también en la vuelta al domicilio habitual.

Solidaridad con las personas sin hogar

En este capítulo la Orden cuenta con tres albergues de acogida de las personas sin hogar en Barcelona, Valencia y Murcia. Dispone de talleres y pisos de acogida para jóvenes con toxicomanías. Las aportaciones del sector público no bastan para financiar el total de los gastos que genera este tipo de atención. Por este motivo la Obra Social de San Juan de Dios da el soporte económico necesario para cubrir la totalidad de la asistencia. Un apartado de esta línea de acción lo constituye *la Fundació Sant Joan de Déu Serveis Social de Mallorca*.

Solidaridad con los inmigrantes

El Instituto Juandediano tiene entre otros, centros para la acogida, protección y reinserción de inmigrantes entre los que destacan: la Fundación Jesús Abandonado de Murcia, la Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Sant Vicens dels Horts de Barcelona y la Fundació Bayt-al-Thagafa de Barcelona.

Solidaridad con los enfermos mentales

En este aspecto, uno de los imprescindibles y más clásicos dentro de la obra benéfica de la Orden Hospitalaria, los principales centros de atención a la salud mental en todas sus modalidades son: Centro asistencial de San Juan de Dios de Málaga, Centro asistencial de San Juan de Dios de Palencia, el Centro asistencial de San Juan de Dios de Cienpuzuelos, la Ciudad de San Juan de Dios de Las Palmas (El Lasso), la clínica de Nuestra Señora de la Paz de Madrid , la Fundació Althaia de Manresa, la Fundació d' atenció a la dependència de Sant Joan de Déu, la Fundació Germà Tomas Canet de Sant Boi, la Fundació Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, La Fundación Padre Miguel García Blanco de Sevilla, el Hospital de San Juan de Dios de San Sebastián, el Hospital de San Juan de Dios de Arrasate-Mondragón y en Centre d' Almacelles de Lleida.

Solidaridad con países empobrecidos

Esta línea de actuación se lleva a cabo a través de: la ONG Juan Ciudad para distribuir ayudas a países de África y América Latina; hermanamientos entre hospitales de la Orden como el producido entre el HSJD de Palma y la Clínica San Juan de Dios de Cuzco, Perú; el Proyecto banco de material sanitario, consistente en préstamo o cesión de material sanitario que no está contemplado en el catálogo de prestaciones que ofrece Servicio de Salud de las Islas Baleares.

IV FUNDACIÓ SANT JOAN DE DÉU SERVEIS SOCIALS DE MALLORCA

La Fundació Sant Joan de Déu Serveis Socials de Mallorca se constituyó con la finalidad de promover la acción social y específicamente la creación y gestión de espacios de acogida a favor de personas en riesgo de exclusión social, con el objetivo de mejorar su situación y promover su integración en la sociedad.

Para llevar a cabo su objetivo, la fundación dispone del edificio conventual de Santa Catalina de Siena, cedido en el año 2013 a la Orden Hospitalaria por parte de las Hermanas Dominicas. Se trata de un antiguo convento situado en el barrio de Son Oliva en la Calle Camí Vell de Bunyola nº 9 en el término municipal de Palma. El espacio en cuestión "*Centre d'acollida Es Convent*" es un centro concertado con el Ayuntamiento de Palma que alberga diferentes proyectos: recurso residencial a familias en situación de pobreza sobrevenida que estén en riesgo o en exclusión social y que puedan contar con un alto grado de autonomía; acogida temporal a personas en situación de emergencia social que necesiten una acogida urgente de carácter temporal (incendios, derribos, etc.) o viviendas de alquiler social. El centro ofrece acogida, alimentación e higiene, apoyo socioeducativo, psicológico, orientación laboral y servicios de atención específica a los menores.

Las instalaciones ocupan un total de 1.375 m² con 800 m² de zonas ajardinadas. Cubre un total de 54 plazas para familias sin hogar. Ofrece habitaciones con baños completos independientes, y mesas de trabajo y estudio, con zonas comunes de relación social, comedor, cocina lavandería y ciberaula. Entre su personal laboral técnico específico cuenta con tres educadores sociales y siete técnicos de inserción social. El nuevo centro fue inaugurado el 24 de febrero de 2015 por el Superior Provincial Hno. José Luis Fonseca y el alcalde de Palma, Mateo Isern y contó con la presencia de su directora Inmaculada Iglesias, el gerente del HSJD, Dr. Joan Carulla, el coordinador de Acción Social de la provincia don Manuel Lecha, la concejala de Bienestar Social e Igualdad del Ayuntamiento de Palma, Dña. Ana Ferriol, la directora general del área Mercè Varela y la presidenta del Institut Mallorquí d' Afers Socials (IMAS) Dña. Catalina Cirer.

V FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo fotográfico Hospital San Juan de Dios de Palma.

Fuentes orales primarias

- Superior de la Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Palma Hno. Felipe Romanos Mesa
- Hno. Miguel Barceló Nicolau
- Francisco Benavides Vázquez, Director Archivo-Museo San Juan de Dios “Casa de los Pisa”. Orden Hospitalaria, Granada.
- Hno. Jesús Alberto Chornet Barceló
- Hno. Narciso Mir Mir

Fuentes documentales secundarias

- Artículos de la prensa diaria de Palma.
- Ciudad Gómez, Juan, O.H. *Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España.* Granada: Archivo Interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios, 1968.
- Gómez-Moreno Martínez, Manuel. *San Juan de Dios. Primicias históricas suyas. Dispuestas y comentadas por Manuel Gómez-Moreno.* Madrid: Editorial Provincias Españolas de la Orden Hospitalaria, 1950.
- Hernández Morejón, Antonio. *Historia Bibliográfica de la Medicina Española.* Madrid: Imprenta Viuda Jordán e hijos, 1842.
- Orde Hospitalaria de S. Joan de Déu. *Carta d’identitat de l’Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu. L’assistència als malalts i als necessitats segons l’estil de Sant Joan de Déu.* Barcelona: Germans de Sant Joan de Déu. Documents 1, 2000.
- San Juan de Dios. Solidaridad. Memoria 2015.

Páginas web

- https://es.wikipedia.org/wiki/Herta_Frankel, acceso 01/10/2017.

CAPITULO IX. CONVENIOS Y ACUERDOS CON INSTITUCIONES:
SEGURIDAD SOCIAL, MUTUA BALEAR, UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS
BALEARES Y EJÉRCITO

I CONVENIOS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

La historia de la seguridad social en España debuta en 1900 con la promulgación de la Ley de Accidentes de Trabajo.

En 1908 el gobierno conservador de D. Antonio Maura crea el Instituto Nacional de Prevision (INP). En 1919 se crea el Retiro Obrero; en 1923 el Seguro de Maternidad; en 1929 el Seguro de Paro Forzoso. En 1938, en plena contienda civil, se promulga en el bando nacional el llamado Fuero del Trabajo.

Finalmente, por la Ley de 14 de diciembre de 1942 tiene lugar la creación e implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, al que sigue el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) en 1947. Las primeras prestaciones sanitarias aparecieron hacia 1944 y la atención especializada no se consiguió hasta 1948.

Hacia finales de la década de los 60 del siglo pasado, aparece la Ley de Bases de la Seguridad Social en 1963 y la Ley general de la Seguridad Social en 1966.

Paralelamente a las disposiciones legislativas que amparaban las situaciones de enfermedad, maternidad, accidentabilidad, vejez e invalidez, el escenario social de nuestro país fue cambiando. Por una parte disminuyeron las enfermedades infantiles invalidantes y por otra aumentó la protección social y sanitaria a las clases trabajadoras con cargo al Estado.

La anterior situación sanitaria en la que destacaban, en lo referente a la promoción de la salud entre los más desfavorecidos, las instituciones de carácter benéfico como es el caso de la Orden hospitalaria de San Juan de Dios, fue dando paso a la propia acción de los poderes públicos.

Con el progresivo cambio del paradigma sanitario, se hizo necesaria la colaboración entre el instituto juandediano y la Seguridad Social surgida desde la iniciativa oficial. Esta relación de colaboración se fue estructurando a través de una serie de convenios, que se esquematizan en los siguientes párrafos.

I.1 AÑOS 1968-1969

AÑO 1968: PRIMER CONVENIO HSJD - SEGURIDAD SOCIAL

El 30 de abril de 1968 se planteó la firma de un primer convenio entre el sanatorio y la Seguridad Social (SS) para asistir a pacientes que requerían traumatología, ortopedia y rehabilitación, en sus diversas formas. A partir de esta fecha, la institución acomodó sus servicios a los compromisos adquiridos elevando el número de camas hasta 75 e instala nuevos servicios de rehabilitación.

El 4 de octubre de 1968, el Hno. Superior José Antonio Torre, viajó a Madrid para tener conversaciones sobre el primer acuerdo entre la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en

Palma y la SS para que fuera operativo a partir del 1 de diciembre de 1968. Aunque inicialmente, la Orden propuso una cifra de 300 ptas por ingresado/día o estancia, finalmente quedó acordada una cifra de 150 ptas por estancia.

Por otro lado, se estableció un baremo de prestación de servicios para pacientes ambulatorios que utilizaban los servicios de recuperación funcional del hospital que se relaciona a continuación:

Tabla IX.1. Tarifas pacientes ambulatorios. Año 1968

Periodo temporal	Valoración
Por cada una de las 3 primeras semanas	300 ptas.
2º mes	1000 ptas.
3º mes	900 ptas.
4º mes	800 ptas.
5º mes	700 ptas.
6º mes	600 ptas.
A partir del 7º mes	500 ptas.

Fuente: Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca .Historia de la Casa. Libro 1. Manuscrito. Años 1952-1986.

AÑO 1969

En la primavera de 1969 se pactó como tarifa por paciente hospitalizado, la cantidad de 300 ptas. por día de estancia.

En el apartado de los tratamientos ambulatorios de rehabilitación se acordó una cifra de 1.000 ptas. mensuales.

I.2 AÑOS 1970-1979

AÑO 1972

En febrero de 1972, la comunidad del sanatorio planteó la necesidad de revisar el convenio con el Instituto Nacional de Previsión (INP) revisando las tarifas de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Según un análisis económico realizado por el actuario Sr. García Ríos, el gasto que suponía para el sanatorio el ingreso, hostelería y tratamiento de los pacientes hospitalizados equivalía a 652 ptas/día, mientras que el sanatorio percibía del INP, por el convenio suscrito, solamente la cantidad de 300 ptas./día. Como consecuencia de este análisis económico, en marzo de 1972 el Padre Provincial solicitó formalmente al Delegado del INP, D. Gabriel Morell Font dels Olors un aumento de las cuotas de concierto tanto de los pacientes hospitalizados como ambulatorios, ya que desde hacía tres años se mantenían las mismas tarifas. Como resultado de estas gestiones, el 21 de abril de 1972 el INP aumentó considerablemente las tarifas de hospitalización y pacientes ambulatorios. Estas nuevas tarifas se hicieron efectivas a partir del 1 de mayo del mismo año quedando de la siguiente manera:

- Paciente ingresado: 600 ptas./día de estancia
- Paciente ambulatorio: 1.300 ptas./mes

AÑO 1974

El 3 de mayo de 1974, el INP acordó junto con el sanatorio una actualización de las tarifas aplicadas a la asistencia de los afiliados al INP en hospitalización y pacientes ambulatorios, quedando de la siguiente manera:

- Paciente ingresado: 800 ptas./día de estancia
- Paciente ambulatorio: 1.750 ptas./mes

A finales del mismo año el INP planteó al sanatorio la firma de un nuevo convenio entre ambas entidades. Este nuevo convenio empezaría a tomar forma cuando terminase el proceso de jerarquización en el que, a la sazón, estaba inmersa la “Residencia Virgen de Lluch” (después Hospital Son Dureta) y que se había venido acelerando en los últimos meses. Se preveía un concierto preferentemente para pacientes quirúrgicos.

AÑO 1975

Se formalizó un concierto entre el ahora HSJD y el INP para la hospitalización quirúrgica de los pacientes adscritos a los siete equipos quirúrgicos de cirugía ortopédica y traumatología, que pasarían a realizar sus cirugías en el HSJD debido a la necesaria reacomodación de los equipos de cupos quirúrgicos, por causa de la jerarquización del Hospital Son Dureta. La valoración de estas estancias quirúrgicas fué de 1.500 ptas./día de estancia.

AÑO 1976

Se obtuvo del INP una actualización de las tarifas para pacientes quirúrgicos que pasaron a ser de 1.800 ptas. por paciente ingresado/día.

Paralelamente, durante este año 1976 el INP solicitó al HSJD la disposición de 15 a 20 camas para el ingreso de pacientes afectos de procesos crónicos y de rehabilitación y otras 15 camas adicionales para intervenciones de amigdalectomías o similares a cargo de tres especialistas de otorrinolaringología que realizarían la cirugía correspondiente de su cupo quirúrgico en el HSJD en horario de tarde.

AÑO 1977

En enero de 1977 se trató con el INP la regularización de los conciertos para los afiliados de la SS asistidos en procesos quirúrgicos de los siete equipos de cirugía ortopédica y traumatología (cupos) y los atendidos por procesos de rehabilitación.

Adicionalmente, se acordó admitir pacientes de media y larga estancia básicamente procedentes del Hospital Son Dureta y que se calificaban como enfermos difíciles o crónicos estables. Se trataba de casos procedentes principalmente de los servicios de neurología y neurocirugía, UCI, medicina interna y cirugía ortopédica y traumatología como: enfermos hemipléjicos, parapléjicos, dipléjicos, post-traumáticos, geriátricos y con patología de columna vertebral. Eran en su mayoría, pacientes que producían largas estancias en los hospitales de agudos, por lo que desde el HSJD se ofrecieron entre 25 y 30 camas con posibilidad de ampliación y cuyos tratamientos se iban a aplicar en el propio hospital o bien en el nuevo centro asistencial de Palma, ubicado en la c/ Patronato Obrero. En el hospital quedarían los pacientes más invalidados y en el centro asistencial de Palma los más válidos y autónomos en los que practicar una rehabilitación ambulatoria. Este grupo podría definirse como un tipo de ingreso socio-sanitario.

El 6 de octubre de 1977 se firmó el Concierto con la SS en el que intervinieron el Hno. Superior de la Comunidad José María Muñoz-Alcon como gerente del HSJD y Don Antonio Barceló Brusotto como director provincial del INP. Con la firma de este acuerdo entraron en funcionamiento 22 camas que se ubicaron en lo que inicialmente habían sido salas de rehabilitación y que, mediante obras de redistribución, se convirtieron en habitaciones para hospitalización de 1, 2 o 3 camas.

Según el mencionado concierto el HSJD se clasificaba dentro del Grupo II Nivel II y se establecían nuevas tarifas para enfermos hospitalizados por procesos quirúrgicos, y para los pacientes en tratamiento de rehabilitación. A modo de orientación sobre el estado en el que operaba la economía del hospital, se presentan las tarifas acordadas en el año 1977 para los procesos quirúrgicos y de rehabilitación:

Tabla IX.2. Tarifas de hospitalización y rehabilitación. Año 1977

Concepto	Tarifa
Enfermos quirúrgicos o estancia	3.339 ptas./día de estancia
Enfermos de rehabilitación	5.394 ptas. primer mes
	4.495 ptas. segundo mes
	3.596 ptas. tercer mes y sucesivos

Fuente: Comunidad de Hermanos hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. Historia de la Casa. Libro 1. Manuscrito. Años 1952-1986.

AÑO 1978

En 13 de marzo 1978 se presentó al INP la solicitud de renovación de los conciertos para cirugía. Se consiguió una actualización de los baremos.

I.3 AÑOS 1980-1989

La década de los 80 representó un periodo difícil para la economía de los hospitales concertados. A la escasez de las tarifas que se podían aplicar en relación con la asistencia sanitaria que se prestaba, se sumaban la baja calificación que tenía asignada el HSJD (Grupo II, Nivel II) lo que impedía aplicar unas tarifas adecuadas a los gastos reales del hospital y la lentitud con la que los organismos oficiales correspondientes liquidaban las cantidades concertadas.

El 18 de julio de 1984 el INP aprobó una recalificación del nivel hospitalario del HSJD por lo que el hospital pasó del Grupo II, Nivel II al Grupo IV, Nivel II.vA modo informativo, se relacionan las tarifas aplicadas en 1989 en la siguiente tabla:

Tabla IX.3. Tarifas de hospitalización y rehabilitación. Año 1989

Concepto	Tarifa
Ingreso con intervención por médicos del HSJD	6.736 ptas./día de estancia
Ingreso con intervención por médicos de la SS	6.102 ptas./día de estancia
Ambulatorio por médicos del HSJD	3.085 ptas.
Ambulatorio por médicos de la SS	2.795 ptas.
Rehabilitación ambulatoria	
Por cada mes completo en régimen de sesión diaria	8.846 ptas.
Por sesión suelta	354 ptas.

Fuente: BOE nº 119 de 19 de mayo de 1989. Orden 11297, páginas: 14.912 -14915 HSJD: Hospital San Juan de Dios; SS: Seguridad Social

I.4 AÑOS 1990-1999

En este año de 1990, crucial para las relaciones institucionales entre el HSJD de Palma y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), tuvo lugar la concreción de un nuevo concierto singular. El 21 de junio de 1990 el Hno. Superior Domingo Alcalá Berne, a la sazón gerente del HSJD y representante legal de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y el Ilmo. Sr. D. Jesús Adolfo Gutiérrez Marlotte, Director General del INSALUD, firmaron en Madrid, el importante documento que atañe a la asistencia sanitaria a desarrollar por el hospital. En dicho documento se reconoció que:

- El hospital prestaba asistencia sanitaria a los beneficiarios de la SS desde la firma de un concierto suscrito el 6 de octubre de 1977.
- El centro hospitalario estaba clasificado en el Grupo IV, Nivel II.
- El HSJD de Palma de Mallorca venía desarrollando una asistencia sanitaria pública complementada con una labor asistencial benéfico-social sin ánimo de lucro.

En dicho concierto se marcaron una serie de estipulaciones, se aportan las más interesantes:

1. *En relación al ámbito del concierto, se estableció que el HSJD prestaría asistencia sanitaria a los beneficiarios de la SS.*
2. *En relación el ámbito geográfico de la asistencia del HSJD, éste se concretó en la zona de influencia del Hospital Universitario Son Dureta, atendiendo enfermos derivados de dicho hospital, si bien excepcionalmente la Dirección Provincial podría derivar enfermos de otras áreas sanitarias.*
3. *En cuanto al régimen administrativo de admisión de enfermos. Se establecieron los procedimientos para revisar la documentación acreditativa al derecho de asistencia y la autorización de asistencia extendida por el hospital de referencia (Hospital Universitario Son Dureta).*
4. *En las estipulaciones 4ª, 5ª, 6ª y 7ª se precisaban las modalidades de atención sanitaria: hospitalización médica a cargo de médicos propios del HSJD con sus correspondientes indicadores sanitarios; hospitalización quirúrgica realizada por médicos de la SS, con sujeción a unos indicadores; cirugías con ingreso y cirugías ambulatorias realizadas por médicos de la S.S. y asistencias ambulatorias de fisioterapia a cargo de médicos del HSJD.*
5. *En la 8ª estipulación se establecía el régimen económico del concierto, según las siguientes tarifas:*

Tabla IX.4. Tarifas por concepto asistencial. Año 1990

Concepto	Tramo	Tarifa
Hospitalización*	Del día 1 al día 4	11.000 ptas./día
	Del día 5 al día 8	8.500 ptas./día
	Del día 9 al día 26	7.000 ptas./día
	A partir del día 27	5.500 ptas./día
Cirugías ambulatorias		4.300 ptas./ cirugía
Fisioterapia	Por mes completo	11.147 ptas.
	Por sesión suelta	443 ptas
Rehabilitación	Por mes completo	9.461 ptas.
	Por sesión suelta	379 ptas.

Fuente: Concierto singular entre el HSJDD e INSALUD de 21 de junio de 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. * con matizaciones para casos especiales de prótesis o implantes

6. *Se recogían estipulaciones de tipo burocrático: la 9ª trataba del régimen de facturación; la 10ª de la inspección y coordinación; la 11ª de la comisión de seguimiento; la 12ª de la información y documentación; la 13ª sobre personal; la 14ª sobre publicidad; la 15ª sobre la vigencia del concierto y la 16ª sobre revisión interpretación y causas de caducidad.*
7. *Asimismo, había tres estipulaciones transitorias para armonizar las situaciones del concierto que venía funcionando hasta la entrada en vigor del presente.*
8. *La estipulación derogativa que derogaba el anterior concierto suscrito el 6 de octubre de 1977.*
9. *Las estipulaciones finales donde se precisaba que este concierto entraría en vigor el 1 de junio de 1990.*

El concierto contenía finalmente una relación de anexos:

- Anexo 0: donde se describían las características arquitectónicas, físicas y técnicas del HSJD.
- Anexo I: definía el modelo del informe de alta hospitalaria.
- Anexo 2: describía los estadios de facturación.
- Anexo 3: contenía los informes de actividad asistencial (diario, mensual, servicios especiales).
- Anexo 4: contenía los estadios administrativos del centro asistencial de San Juan de dios de la c/ Patronato Obrero, 17 de Palma.

Los años sucesivos, de 1991 a 1995 se realizaron revisiones anuales de las tarifas.

En la prórroga del concierto de 1995 se incluyó en el concierto la realización de exploraciones electroneurográficas por parte del HSJD, siempre bajo la indicación del hospital de referencia, concretamente: electroneurografía; electromiografía y potenciales evocados. Igualmente, en ese año se introdujeron las llamadas tarifas por procesos quirúrgicos. Se trataba de ciertos tipos de cirugías que se tarifaban con un único importe, independientemente del periodo de estancia. Estos primeros procesos fueron: artroscopias, hallux valgus, enfermedad de Dupuytren, túnel carpiano y ganglion sinovial.

AÑO 1996

El 22 de octubre de 1996 se firmó la ampliación del concierto singular con la correspondiente actualización de tarifas, entre el gerente del HSJD, Hno. Domingo Alcalá Berne y el Ilmo. Sr Antonio Carbajo Romero, director general de Presupuestos e Inversiones del INSALUD.

Se añadió este año la posibilidad de realizar tratamientos con medicación especial como el beta-interferon para los procesos de esclerosis múltiple.

AÑO 1997

Durante ese año se habilitó una actualización de las tarifas.

AÑO 1998

En marzo de 1998 se firmó en Madrid una nueva actualización de las tarifas y la ampliación del concierto singular. Este documento llevaba la firma de D. Juan Domenech Tico, director gerente del HSJD y Doña Carmen Navarro Fernández-Rodríguez, directora general de Presupuestos e Inversiones del INSALUD. En definitiva, la ampliación del concierto singular afectaba a:

- Procesos quirúrgicos : artroscopias, hallux valgus, enfermedad de Dupuytren , túnel carpiano, ganglion sinovial, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, osteotomía de rodilla, escisión de disco lumbar y reparación de ligamentos cruzados.
- Se añadió la posibilidad de realizar electroencefalografías (encefalogramas), ecografías e informes preoperatorios.

AÑO 1999

Tuvo lugar una actualización de tarifas y se incluyó como tratamiento especial el uso de la toxina botulínica en los tratamientos neurológicos que la requirieran. Las nuevas disposiciones tarifarias (en ptas. y euros) aparecían en el BOE nº 103, páginas 15911 -15924, de 30 de abril de 1999 mediante la resolución 9659 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

I.5 AÑOS 2000

El 22 de mayo de 2000 se firmó en Palma de Mallorca un nuevo convenio singular entre D. Javier Rodrigo de Santos López, director territorial del INSALUD de Baleares y D. Josep Vicens Gómez, director-gerente del HSJD de Palma. En el protocolo del documento se recordaba que:

- El HSJD era un hospital general del grupo IV, nivel II
- Que el HSJD dependiente patrimonialmente de la Orden hospitalaria de San Juan de Dios a lo largo de los años, había venido desarrollando asistencia sanitaria y una notable labor asistencial de carácter benéfico-social mediante una gestión sin ánimo de lucro.
- Que el HSJD contaba con suficiente nivel técnico.
- Que se había superado el plazo de vigencia del anterior concierto singular, firmado el 21 de junio de 1990.

Se establecieron una serie de estipulaciones:

- 1ª Objeto del concierto: establecía la prestación de asistencia a los beneficiarios del INSALUD de Baleares.*
- 2ª Cartera de servicios.*
- 3ª Ámbito de la asistencia por el que se prestaría asistencia especializada a todos los pacientes que fueran remitidos por la Dirección Territorial del INSALUD o por los servicios de atención especializada de Baleares.*
- 4ª Se prescribían unas condiciones generales.*
- 5ª Trataba del régimen de admisión de enfermos.*
- 6ª Trataba la cláusula anual adicional de renovación de las tarifas.*

7ª Establecía el régimen económico y facturación de los servicios.

8ª Trataba la coordinación e inspección.

9ª Se exoresaban contenidos referentes a la información y comunicación.

10ª Estipulación que establecía la vigencia, modificación e interpretación. Se fijaba una vigencia del convenio de dos años prorrogables hasta un máximo de cinco años.

11ª Estipulación final derogativa por la que quedaba derogado el Concierto suscrito el 21 de junio de 1990

Asimismo, se adjuntaban varios anexos:

En el Anexo I se hacía exposición de la cartera de servicios tal y como se relaciona en la tabla adjunta:

Tabla IX.5. Cartera de servicios. Año 2000

Recursos materiales	
Camas hospitalarias	103
Quirófanos	2
Gimnasios (servicio Rehabilitación)	2
Locales de consultas externas	6
Salas de curas-yesos	1
Laboratorio análisis clínicos	1
Salas de rayos X	1
Ecógrafo	1
Electromiógrafo	1
Consultas especialidades	
Anestesia y reanimación	
Cirugía ortopédica y traumatología	
Geriatría	
Medicina interna	
Neurofisiología	
Neurología	
Oftalmología	
Rehabilitación y fisioterapia	
Reumatología	
Hospitalización especialidades	
Cirugía ortopédica y traumatología	
Comas vegetativos	
Convalecencia	
Geriatría	
Medicina interna	
Neurología	
Reumatología	
Otra actividad ambulatoria	
Cirugía menor ambulatoria	
Cirugía mayor ambulatoria	
Laboratorio	
Exploraciones complementarias	
Ecografía	

Ecografía doppler
Electroencefalografía
Electromiografía
Potenciales evocados

Fuente: Convenio singular entre el INSALUD y HSJD, de 22/05/2000.

AÑO 2004

El 1 de octubre de 2004 se firmó un contrato de gestión de Servicios Públicos en la modalidad de concierto para la prestación de asistencia sanitaria a los usuarios Servei de Salut de les Illes Balears (IBSALUT) por el HSJD. Dicho contrato, con una vigencia de cuatro años, desde el 1 de julio de 2004 al 30 de junio de 2008, lo firmaron Sergio Bertrán Damián, director general del IBSALUT y Josep María Vicens Gómez, director-gerente del HSJD. En la cláusula contractual sexta, se establecía la posibilidad de prorrogación del concierto antes de su finalización en junio 2008 o de cualquiera de sus prórrogas.

AÑO 2013

La aprobación por parte del Govern de les Illes Balears del Decreto-Ley 3/2013, de 14 de junio, de la creación de la Red Hospitalaria Pública de les Illes Balears y el procedimiento de vinculación de centros privados de atención especializada, mediante el cual se crea la Red Hospitalaria Pública de les Illes Balears en la que pueden integrarse los hospitales sin ánimo de lucro, como el HSJD, permite la incorporación del HSJD de Palma en la red pública a través de un convenio singular de larga duración.

El convenio singular fue firmado por las partes el 19 diciembre de 2013, por el cual el HSJD pasa a formar parte de la red hospitalaria pública balear. Se establecen una serie de cláusulas:

- 1ª Gracias a este convenio el HSJD de Palma queda vinculado a la red pública sanitaria de las Islas Baleares y se regula la prestación de asistencia sanitaria por parte del HSJD.*
- 2ª El ámbito del convenio abarca a los usuarios de la comunidad de las Islas Baleares. Se establecen contraprestaciones económicas con precios según proceso, estancias y otros*
- 3ª Se detallan los recursos y la cartera de servicios que aporta el HSJD.*
- 4ª Se establecen objetivos y compromisos en anexos adjuntos al convenio.*
- 5ª Se pacta una actividad según presupuesto previsto.*
- 6ª Se establecen condiciones generales en relación a:*
- 7ª Régimen de organización y funcionamiento públicos.*
- 8ª Garantizar la seguridad de los usuarios y trabajadores así como la calidad de los servicios, la información estadística y sanitaria, igualdad de acceso de los pacientes, la responsabilidad civil, la normativa sobre la historia clínica, codificación, indicadores sanitarios, acreditaciones.*
- 9ª Se establecen las reglas que deben regir en la prescripción farmacológica del Servicio de Salud de las Islas Baleares.*

- 10ª Se establece el régimen de admisión de los usuarios que debe atenderse a condiciones específicas.
- 11ª Se regula el régimen económico y la facturación de los servicios prestados.
- 12ª Se regula la coordinación con el resto de la red pública sanitaria.
- 13ª Se estipulan los requisitos de información y documentación. El HSJD se compromete a facilitar información asistencial, publicar memorias anuales de actividad, disponer de hojas de reclamación.
- 14ª Se precisa el régimen de contratación de bienes y servicios.
- 15ª Se estipula la vivencia del convenio en 5 años, prorrogables hasta 10 años.
- 16ª Se tratan las prerrogativas del Servicio de Salud.
- 17ª Se contemplan las modificaciones del convenio
- 18ª Se establece la resolución del convenio
- 19ª Se define la existencia de una comisión mixta de evaluación y seguimiento.
- 20ª Se establece la responsabilidad patrimonial.
- 21ª Se definen penalizaciones.
- 22ª Se tratan los seguros de responsabilidad civil.
- 23ª Se establecen cláusulas de seguridad de la información y de protección de datos personales.
- 24ª Se contempla la adaptación a las normativas.

II CONVENIO CON MUTUA BALEAR

II.1 ESTABLECIMIENTO Y FIRMA DEL ACUERDO

La historia del Convenio entre el HSJD de Palma de Mallorca y la Mutua Balear (Mutua Patronal de Accidentes de Trabajo, nº 183) se inició a primeros de abril de 1972, fecha en la que Don Antonio Pieras, directivo de Mutua Balear, visitaba a los Hermanos Hospitalarios con el fin de ofrecerles para su gestión, un centro de rehabilitación que dicha mutua estaba construyendo en la c/ Bisbe Campins de Palma. Ante esta posibilidad, se decidió efectuar una visita a dicho centro. Fueron a la entrevista el Hno. Superior de Palma José Esteve Puig y los Hnos. Pelegrin y Octavio. Con posterioridad a la visita e inspección de la nueva instalación, que les pareció altamente satisfactoria, informaron al Hno. P. Provincial Ramón Ferrero Tolosa.

El 19 de abril de 1972 se desplazó a Palma el propio P. Provincial para ver “in situ” el nuevo centro que les habían ofrecido. Al igual que los hermanos de la comunidad de Palma, quedó admirado. Recabó de los directivos de Mutua Balear los pormenores de las gestiones a realizar por parte del sanatorio para posibilitar un acuerdo conveniente a las dos partes, antes de tomar cualquier decisión.

Posteriormente, el 29 de abril el director médico del HSJD, Dr. E. Jordà, acompañado por el Hno. Superior Esteve, visitaron nuevamente el centro de Mutua Balear. Al conocer de primera mano las grandes posibilidades asistenciales que ofrecía la nueva instalación quedaron sumamente interesados en conseguir llegar a un acuerdo.

El 6 de mayo del mismo año, Mutua Balear, vistas las buenas impresiones que el centro había producido tanto a los propios hermanos como al director médico, les comunicó que, por su parte podían iniciarse cuanto antes las gestiones para llegar a un convenio sobre el nuevo centro.

No obstante, antes de tomar una decisión concreta al respecto, el Dr. Jorda y el Hno. Esteve se desplazaron a Barcelona a entrevistarse con el P. provincial y hablar del asunto. En principio, la Curia Provincial no puso obstáculos para que desde Palma se fueran perfilando las condiciones valorando los pros y los contras antes de llegar a un acuerdo.

Acciones e iniciativas por parte del hospital

En mayo de 1972, el sanatorio entregó a Mutua Balear un primer dossier exponiendo cómo debería funcionar el centro y las bases de un posible contrato. Se establecen como puntos sustanciales que la asistencia comprendería a todos los pacientes del sanatorio, ambulatorios e ingresados que el hospital atiende en base a los convenios previamente firmados con el INP (a partir de 1968); pacientes procedentes de entidades aseguradoras privadas; mutuas de accidentes de trabajo y mutuas aseguradoras de accidentes de tráfico.

El 25 de mayo de 1972, con el donativo que la empresa SALMA realizó al sanatorio, de 156.000 ptas., se compró un autocar para el transporte de los enfermos desde el sanatorio al centro de Mutua Balear.

El 3 de septiembre de 1972 se recibió la conformidad de Roma del P. Procurador General, Hno. Francisco de Sales Carrasco, para que se iniciara el contacto con Mutua Balear, siempre que previamente lo aprobara toda la Comunidad de Hnos. de Palma de Mallorca. El P. Procurador General Rev. Francisco Sales Carrasco junto con el P. Provincial y el hermano secretario realizaron una visita para inspeccionar el edificio de Mutua Balear y tener un cambio de impresiones con miembros de su junta directiva, a fin de poder informar al P. General Rev. Hno. María Alfonso Gauthier de las condiciones que dicho contrato ofrecía y obtener su oportuna autorización.

Se recibió una carta del P. Procurador General, dando cuenta que el informe había sido presentado al Capitulo General. Roma aceptaba la propuesta previa consulta a la Comunidad y aclaración de ciertos puntos. La Comunidad votó positivamente el acuerdo de gestionar el centro de Mutua Balear.

Acciones e iniciativas por parte de Mutua Balear

El 16 de mayo de 1972 se revisó por parte de Mutua Balear un anteproyecto presentado por los Hermanos de San Juan de Dios sobre la estructura funcional, de personal y de planteamientos económicos, sobre el futuro centro. En dicha revisión se estimaba que la propuesta del hospital debía corregir ciertos planteamientos.

En la junta directiva del 14 de julio de 1972 se estudió y discutió nuevamente la documentación aportada por los Hermanos de San Juan de Dios.

En la junta directiva de 8 de agosto de 1972 se aprobó de forma definitiva la realización del convenio con el HSJD.

El 19 de septiembre de 1972 se presentó un contrato de arrendamiento de servicios entre las partes: la Mutua Balear con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Se estipuló que la duración de este acuerdo sería de 4 años, finalizando el 10 de octubre de 1976.

Firma del convenio

El 10 de octubre de 1972, siendo D. Juan Reynés presidente de Mutua Balear y D. Matías Salvá, su director-gerente, y el Hno. José Esteve, Superior de la Comunidad de Hnos. Palma, se firmó el contrato entre Mutua Balear y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios por el cual se establecía el compromiso de gestionar el centro de rehabilitación de Palma, tanto en la parte médica como administrativa. Se activó a partir de esa fecha la terminación de las obras y puesta a punto del mismo para iniciar cuanto antes los trabajos y traslado de los enfermos ambulatorios.

II.2 EDIFICIO DE MUTUA BALEAR

Se trataba de un edificio de nueva construcción de ocho plantas y tres plantas de sótanos, situado en el centro de Palma, en la confluencia de las calles Obispo Campins y Joaquín Botia, con entrada por la calle Obispo Campins número 4. El edificio había sido ideado con la siguiente distribución: tres plantas de sótanos; planta baja en la que se situaba la entrada; entresuelo; 6 plantas y azotea. La distribución del edificio y los recursos materiales se transcriben a continuación.

Sótanos

Se dispone de tres plantas de sótanos donde se ubican: instalaciones de depuración de aguas, calderas, calefacción, depósitos de reserva de agua, aire acondicionado y garaje.

Planta baja

Contiene recepción, telefonía, salas de espera, despachos administrativos, de contabilidad y los vestuarios femeninos y masculinos.

Se ubica en esta planta una potente instalación de hidroterapia compuesta por: piscina general, piscina de acero inoxidable, bañera de mariposa, cuatro bañeras para extremidades superiores e inferiores y una bañera de remolino para masajes subacuáticos. También dispone de baños especiales: baños carbónicos y de salmuera, de corrientes galvánicas, sección de fangos, sauna finlandesa, relax y duchas de Kneipp⁹⁵.

La hidroterapia

El principal factor activo en el uso terapéutico del agua es el estímulo de calor y frío que provoca, junto a otros estímulos mecánicos y químicos. El agua posee el máximo calor específico, por lo que puede almacenar y ceder más calor o frío que los demás portadores de temperatura. La temperatura de la piel humana oscila entre 33 y 35 grados, lo cual no produce ninguna sensación de frío o de calor; es el llamado *punto de indiferencia*. Se percibe como fresca el agua entre 30

⁹⁵El abad bávaro Sebastian Kneipp (1821-1897), uno de los impulsores del naturismo en Alemania, desarrolló un sistema naturista de tratamiento hidroterápico. La llamada ducha Jet o Kneipp es una técnica consistente en la proyección de agua principalmente fría (algunas veces tibia o caliente) a presión con manguera sobre determinados puntos del cuerpo humano. www.unizar.es/med_naturista/hidroterapia/La%20cura%20de%Kneipp.pdf, acceso realizado el 01/10/2017.

y 34 grados, como fría a menos de 30 grados; y como muy fría entre 10 y 15 grados. A sensu contrario se califica de caliente cuando la temperatura del agua sube a 36-38 grados, y muy caliente entre 38 y 40 grados. A los 40 grados produce una sensación quemante. Otro factor a considerar y que frecuentemente se utiliza en hidroterapia, es la llamada fuerza ascensional del agua (principio de Arquímedes 287-212 a. de J.C.), lo que hace que una persona con un peso de 70 Kg, dentro del agua alcanza un valor de sólo 2,5, Kg. Otro factor utilizado por la hidroterapia es la resistencia del agua al rozamiento, utilizada en los ejercicios de gimnasia de resistencia en el agua. A este propósito se utilizan las piscinas grandes donde se realizan los ejercicios de resistencia.

Los procedimientos hidroterápicos que se contemplan en esta instalación pueden dividirse en tres grupos: los que producen hipotermia, los que producen hipertermia y los que no alteran el equilibrio térmico.

- **Tratamientos con agua fría**

Comprende el uso de compresas o envolturas húmedas frías, la frotación fría, los pediluvios o baños de pies, los braquiluvios o baños de manos, los semicupios (frotaciones) fríos, las afusiones frías o duchas de Kneipp.

- **Tratamientos con agua caliente**

Entre ellas, se dispone de las compresas o envolturas húmedas calientes (método de Sister Kenny para los poliomiélicos), el baño templado en forma de pediluvios o braquiluvios, el baño total caliente o el baño de recalentamiento y las afusiones de Kneipp de agua caliente.

- **Tratamientos combinados**

Son los llamados baños alternos.

- **Duchas o afusiones (duchas de Kneipp)**

Pueden ser de chorro forzado, de abanico, de lluvia o de niebla.

- **Piscinas**

Donde se realizan ejercicios de marcha contra la resistencia del agua

- **Aplicaciones en bañeras**

Las bañeras simples colectivas o individuales, con masaje subacuático, el baño vortiginoso de corrientes electro galvánicas.

- **Baños de parafina y baños de lodos o limos**

- **Sauna finlandesa**

Primera planta o entresuelo

Es la planta dedicada a las mujeres, niñas y niños hasta cierta edad. Dispone de:

- una sala para gimnasia de doble altura para grupos y deportiva. Esta sala está provista de espalderas y colchonetas de suelo;

- boxes de masoterapia individuales, provistos de camillas;
- electroterapia y terapia con ultrasonidos;
- kinesiología, con camillas individuales y
- poleoterapia-mecanoterapia: dispone de jaulas de Rocher⁹⁶ con sus accesorios, poleas de pared, mesa o banco de manos, aparatos de musculación, escalera con rampas, escalera de dedos, platos de Bohler⁹⁷ para tobillos, ruedas de hombro, bicicleta estática, paralelas.

Tiene capacidad para instalar una guardería infantil. Tiene despachos profesionales y un puesto de control. Se completa con los vestuarios masculinos y femeninos, cabinas de ducha y servicios sanitarios.

Segunda planta

Está destinada al tratamiento de hombres y niños mayores. Contiene boxes para:

- electroterapia: iontoforesis;
- termoterapia individuales: hornos de Bier⁹⁸, sauna (en la planta de hidroterapia), lámpara de infrarrojos, aplicación de ultrasonidos, corrientes diatérmicas;
- una sala de rehabilitación para escoliosis, cifosis y otras afecciones de la columna;
- boxes de terapia ocupacional y de masoterapia;
- despachos para los profesionales y
- una sala de descanso y un puesto de control.

Tercera planta

Está ocupada por la Unidad de radiología, el futuro laboratorio, la sección de electro diagnóstico, despachos médicos y de dirección y una amplia sala o aula para las Escuelas Oficiales de Fisioterapia y de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), de San Juan de Dios, y para la realización de sesiones clínicas.

Cuarta a octava planta

El resto de plantas desde la cuarta hasta la octava, en el momento de la inauguración, se encuentran todavía en obras y por terminar, aunque se tiene planificada la siguiente distribución: la cuarta planta se destinará a la instalación de quirófanos y UCI; la quinta, sexta y séptima plantas irán destinadas a habitaciones para hospitalización clínica y la octava planta albergará las cocinas, una cafetería y las oficinas de la administración general del edificio.

⁹⁶Con este nombre genérico se conoce un aparato de cinesioterapia que posibilita múltiples ejercicios de poleoterapia. Nota del autor.

⁹⁷El llamado Plato de Bohler es una tabla de madera de forma circular montada sobre un soporte de media esfera que genera inestabilidad al subirse encima. Da lugar a movimientos de flexo-extensión, inversión-eversión y circunducción de los tobillos. Estos ejercicios están indicados para la rehabilitación y fortalecimiento de tobillo y pie. <https://nostrumsport.com/es/plato-de-bohler.html>, acceso realizado el 1 de octubre de 2017.

⁹⁸El Horno de Bier es un método de termoterapia que utiliza el aire o vapor por convección. Está formado por un recipiente cerrado en forma de caja en el que se introduce la zona anatómica por una abertura. Las regiones que se exponen a este tratamiento deben cubrirse con toallas. Nota del autor.

Fig.IX.1. Imágenes del edificio de Mutua Balear



Imágenes superiores: centro de rehabilitación Mutua Balear, ubicado en la Calle Obispo Campins, 4 esquina con la calle Joaquín Botia, Palma de Mallorca, año 1973 (izquierda) y año 2016 (derecha). Imagen inferior: planta baja: recepción, entrada al centro asistencial. Fuente: Archivo fotográfico de Mutua Balear.

Fig.IX.2. Área de hidroterapia



El área de hidroterapia ubicada en la planta baja: piscina de hidroterapia y bañera individual en seta. Fuente: archivo fotográfico de Mutua Balear.

Fig.IX.3. Aparataje para técnicas de hidroterapia



Imagen superior: aparato de masaje subacuático. Imágenes inferiores: calentador y removedor de fango. Fuente: archivo fotográfico de Mutua Balear.

Fig.IX.4. Aparataje de técnicas de hidroterapia



Imágenes superiores: baños de brazos. Imagen inferior: baño de pies. Fuente: archivo fotográfico de Mutua balear.

Fig.IX.5. Bañeras de hidroterapia



Bañera de hidroterapia y baño de corrientes electro-galvánicas. Fuente: archivo fotográfico de Mutua Balear.

Fig.IX.6. Área de mecanoterapia y gimnasios



Sala de mecanoterapia (superior) y sala-gimnasio (inferior, ubicadas en la primera planta. Fuente: archivo fotográfico de Mutua Balear.

Fig.IX.7. Área de electroterapia

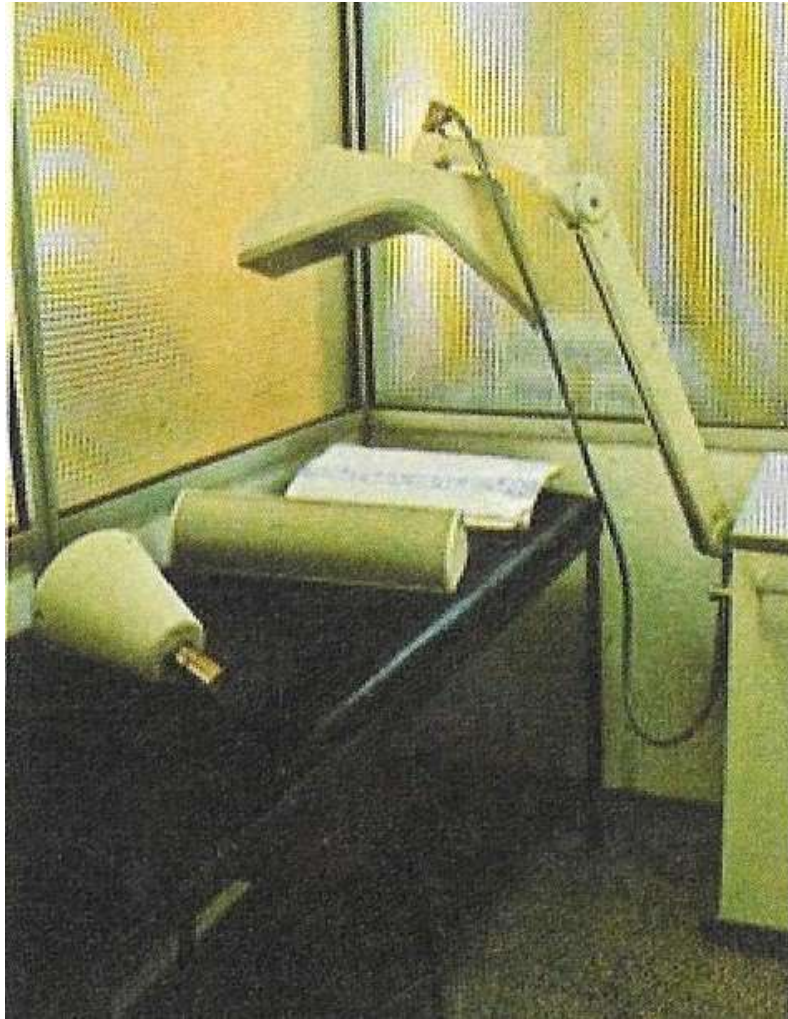


Imagen superior: box de electroterapia.-termoterapia ubicado en la segunda planta. Imagen inferior: aplicaciones de electro-estimulación. Fuente. Archivo fotográfico de Mutua Balear.

III PACIENTES ATENDIDOS

Los pacientes atendidos se podían clasificar por el garante de la asistencia sanitaria en:

1. Pacientes procedentes del HSJD y cuyo garante era la SS, a través de los convenios que el hospital mantenía con dicha entidad.

2. Pacientes propios de Mutua Balear derivados de su función como mutua de accidentes de trabajo.
3. Pacientes procedentes de las entidades aseguradoras privadas de seguros médicos y sanitarios.
4. Pacientes procedentes de las entidades aseguradoras de accidentes de tráfico y de otras mutuas de accidentes de trabajo que carecían de servicios propios de recuperación funcional.
5. Pacientes privados

IV DOTACIÓN DE PERSONAL

Se planteaba la siguiente dotación de personal necesario adscrito al centro:

a) Personal no facultativo

- *Personal general*: un vigilante de noche, un perito industrial, un electricista-lampista, un telefonista y un recepcionista.
- *Personal para hidroterapia*: un hermano ó fisioterapeuta, dos auxiliares de fisioterapia y una persona encargada de la limpieza.
- *Primera planta o entresuelo*: un hermano coordinador, tres fisioterapeutas, dos auxiliares de fisioterapia, un administrativo y una persona encargada de la limpieza. Además, se contaba con la colaboración de estudiantes de fisioterapia en prácticas y alumnas en servicio social.
- *Segunda planta*: un hermano, dos fisioterapeutas, dos auxiliares de fisioterapia, una persona encargada de la limpieza y dos administrativos.
- *Tercera planta*: un hermano radiólogo, una secretaria de dirección o asistente social, un administrativo, tres alumnas en servicio social, un hermano coordinador de visitas y una persona encargada de la limpieza.
- En resumen, como personal no facultativo: 4 hermanos, 6 fisioterapeutas, 8 auxiliares, 5 personas dedicadas a control, 3 personas de perfil técnico, 4 personas destinadas a la limpieza y otra persona destinada a tareas varias.

b) *Personal facultativo*: lo formaban los profesionales que aportaba el HSJD que trabajaban en él. Desde 1972 a 1974 lo constituía el equipo del Dr. E. Jorda López: Dres. M. Blázquez, E. Espinar, M. Sanguino y P. Llabrés. Desde 1975 a 1976, los médicos: Dres F. Pons Delgado, A. Pérez Feliu, O. Alba y J. M. Martínez Ruíz. En ambos casos estos profesionales llevaban el control médico de los pacientes así como las clases de ATS y fisioterapia.

V ACTIVIDAD DEL CENTRO

Año 1972

El 13 de noviembre de 1972, se abrieron las puertas del nuevo centro de Mutua Balear con todo el personal que trabajaba en el sanatorio asignado al servicio de rehabilitación, a los que se sumaban tres hermanos de la Comunidad, los Hnos. Pelegrin, Cuenca y José Luis Liberal, que alternarían las prácticas con el estudio de la especialidad.

Escuelas de Ayudantes Técnico Sanitarios (ATS) y de Fisioterapia

Paralelamente, se instalaron este mismo año las Escuelas profesionales de ATS (1º, 2º y 3º curso) y de Fisioterapia (1º y 2º cursos) en las nuevas instalaciones del edificio de Mutua Balear.

Año 1973

Durante los primeros meses de 1973 se atendió a los primeros pacientes en el nuevo centro. El traslado de pacientes y del personal entre el sanatorio y el centro de Mutua Balear se realizaba en autobús adquirido por el sanatorio, efectuando un total de 12 viajes diarios.

Inauguración oficial del centro de Mutua Balear el 5 de marzo de 1973

El 5 de marzo de 1973 tuvo lugar la inauguración oficial del centro de Mutua Balear. Asistió el Ministro de Trabajo Don Licinio de la Fuente, acompañado de las autoridades locales, gobernador civil, presidente de la Diputación Provincial, delegado de Trabajo, junta directiva de Mutua Balear con D. Juan Reynés, presidente del Consejo de Administración y D. Jaime Enseñat, asesor jurídico de Mutua Balear, D. Enrique de la Mata, director general de la Seguridad Social y varios Hermanos hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios. Hicieron parlamentos D. Juan Reynés, D. Jaime Enseñat, el presidente de la Diputación y el gobernador civil. Les contestó brevemente el ministro. Quedó recogido dicho acto en la prensa local (Diario de Mallorca y Baleares) y de la península (ABC, La Vanguardia) el 6 de marzo de 1973.

Actividad asistencial

En las siguientes tablas se relaciona la actividad asistencial del centro de Mutua Balear durante el año 1973.

Tabla IX.6. Pacientes atendidos. Año 1973

Hasta el 31.12.1972	501
Enfermos ingresados en 1973	1.937
Enfermos dados de alta en 1973	1.286
Quedan a 31.12.1973	1.152
Visitas y revisiones médicas	6.423

Fuente: Memoria asistencial Mutua Balear año 1973.

Tabla IX.7. Sesiones de fisioterapia. Año 1973

Sesiones de kinesiología	44.815
Sesiones de electroterapia	51.917
Sesiones de mecanoterapia	56.290
Hidroterapia	11.222

Fuente: Memoria asistencial Mutua Balear año 1973.

Durante este primer año el personal necesario estuvo constituido por: ocho médicos, un psicólogo, un asistente social, un profesor de educación física, un terapeuta ocupacional, siete fisioterapeutas, 20 auxiliares de rehabilitación y 14 trabajadores de servicios generales.

A partir de 1973 el Hno. José Pelegrín ejerció como coordinador fisioterapeuta del centro.

Escuelas de Ayudantes Técnico Sanitarios y de Fisioterapia

Las clases se impartían en las aulas del nuevo centro de Mutua Balear. Correspondían a los cursos de ATS (1º, 2º, 3º) y los dos cursos de fisioterapia (1º y 2º). Los alumnos realizaban las

clases teóricas en el centro y las prácticas en el propio centro y en distintos centros colaboradores.

Año 1974

Durante todo este año Mutua Balear prosiguió las obras para habilitar el resto de plantas del edificio, aunque a ritmo lento dada la complejidad de las instalaciones que quedaban por acabar: quirófanos, Unidad de Cuidados Intensivos y habitaciones para hospitalización.

Actividad asistencial

Se apreció una disminución en el número de pacientes ambulatorios atendidos, tanto en consultas médicas como de rehabilitación. En Agosto de 1974 se contabilizaron unos 800 pacientes en tratamiento, cifra inferior a la de años anteriores.

Actividad Escuelas de ATS y Fisioterapia

Ambas escuelas mantuvieron su actividad.

Año 1975

Este año se produjo el cambio en el cuadro médico del HSJD, que también afectó al Servicio de rehabilitación de Mutua Balear y al profesorado de las Escuelas oficiales de ATS y de Fisioterapia, dependientes de San Juan de Dios. Los profesionales que estaban en el cuadro médico del sanatorio se trasladaron en bloque al centro hospitalario de la SS Residencia Virgen de Lluch, al haber optado al Servicio Jerarquizado de COT de dicha institución. El HSJD debió conformar un nuevo equipo de profesionales para el sanatorio, el centro de Mutua Balear y las Escuelas de ATS. y Fisioterapia.

Se mantuvieron conversaciones con los nuevos facultativos acerca del futuro del centro de Mutua Balear. El nuevo equipo médico consideraba que la Orden de San Juan de Dios debía mantener la gestión del centro. Los facultativos propusieron hacerse cargo de la rehabilitación, la cirugía ortopédica y traumatología, la hospitalización y la docencia de las Escuelas de ATS y Fisioterapia. Las obras en el centro iban muy despacio y no se podía plantear ningún cambio hasta la finalización del acuerdo en 1976.

Actividad asistencial

La inauguración del Servicio de rehabilitación de la Residencia Virgen de Lluch provocó un drástico descenso del número de pacientes atendidos en el centro de Mutua Balear a lo largo del año 1975.

En octubre de 1975 se decidió rescindir el contrato entre el sanatorio y Mutua Balear al finalizar el periodo comprometido, dado que la asistencia de pacientes atendidos descendió hasta los 150-200, cifras que resultaban insuficientes para paliar los gastos del centro.

Actividad Escuelas de ATS y Fisioterapia

Continuó la actividad de ambas escuelas.

Año 1976

A finales de julio se decidió definitivamente rescindir el contrato del sanatorio con Mutua Balear dadas las discrepancias de criterio en cuanto a la estructura funcional del centro. El nuevo equipo de facultativos apoyó dicha decisión. El 10 de octubre de 1976 se dió por finalizada la colaboración entre el sanatorio y Mutua Balear aunque la actividad asistencial se mantuvo hasta final del año.

VI ACUERDOS CON LA UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Los primeros acuerdos entre el HSJD de Palma y la Universidad de las Islas Baleares (UIB) datan del año 1991 si bien no se han encontrado documentos que apoyen este dato.

También existieron contactos por parte de la Universidad Autónoma de Barcelona de contar con el HSJD como centro colaborador para la realización de prácticas clínicas y hospitalarias a alumnos de los últimos cursos, sobretudo, mallorquines que cursaban sus estudios en dicha Universidad.

AÑO 1994

En 17 de febrero de 1994 se formalizó un acuerdo-marco de colaboración entre el HSJD de Palma y la UIB. Lo firmaron por parte del hospital el director médico Dr. Antonio Pérez Feliu y por parte de la UIB el rector de la misma Sr. Nadal Batle Nicolau. Dicho acuerdo trató de conseguir una eficaz coordinación de los esfuerzos y recursos respectivos, explicitando los siguientes puntos, que se transcriben:

- Fomentar y favorecer el desarrollo de la cooperación entre ambas instituciones en lo que respecta a la problemática biomédica, con especial referencia a los aspectos traumatológicos y rehabilitadores.
- Posibilitar a los estudiantes de la Diplomatura de enfermería de la UIB la realización de prácticas en el HSJD.
- Organizar conjuntamente programas de investigación y promoción de la investigación, con especial atención en aquellas materias que atañen a la actividad del referido hospital
- Abrir vías de cooperación en el desarrollo informático, científico, administrativo y técnico, mediante programas de actuación y acuerdos oportunos.
- Fomentar el establecimiento de conciertos para la asesoría y la realización de cursos y otras actividades que el hospital solicite a la universidad.
- Facilitar la realización de conciertos para realizar trabajos e investigaciones técnicas y/o aplicadas de corta y larga duración, mediante la utilización de instalaciones y materiales comunes e incluso de personal.
- Establecer cualquier tipo de concierto que interese a ambas instituciones mediante acuerdos puntuales.

Todos estos acuerdos tenían una validez mínima de 4 años con posibilidad de renovación automática.

AÑO 1996

En 1996, siendo rector de la UIB el Sr. Llorenç Huguet Rotger, se firmó un nuevo acuerdo-marco con el director médico del HSJD, Dr. A. Pérez Feliu, donde se ratificó el acuerdo de 1994, y se decidió además lo siguiente:

- A partir del 1 de enero de 1996 el HSJD, a través de su Servicio de Neurología y el área de conocimiento de Fisiología de la UIB, ponían en marcha un laboratorio para el estudio de la patología del sueño. Dicho laboratorio estaba ubicado en el área de Fisiología del Departamento de Biología y Ciencias de la Salud.
- En dicho laboratorio se realizaban todas las exploraciones relacionadas con la mencionada patología.
- El laboratorio para el estudio de la patología del sueño estaría dirigido por Dr. Rubén Víctor Rial Planas, catedrático de Universidad del Área de conocimiento de Fisiología, adscrita al Departamento de Biología Fundamental y Ciencias de la Salud.
- Los honorarios médicos serían gestionados por el HSJD y la UIB recibiría el sesenta por ciento.
- El HSJD, a través de su Servicio de Neurología y de la Unidad de Neurofisiología, aportaba el soporte médico necesario.

Dicho acuerdo tenía una duración de un año, renovable automáticamente.

AÑO 1997

En 1997, siendo rector de la UIB el Sr. Llorenç Huguet Rotger, se firmaba un nuevo acuerdo-marco con el director médico del HSJD, Dr. A. Pérez Feliu en el que se establecía una colaboración entre el Servicio de Neuropsicología y Logopedia del HSJD y el Departamento de Psicología de la UIB.

Este acuerdo se firmaba considerando los objetivos de cada una de las partes firmantes. Por un lado, el Servicio de Neuropsicología y Logopedia del HSJD tenía entre sus objetivos principales la evaluación y rehabilitación de las personas con daño cerebral. De otra parte, el Departamento de Psicología de la UIB tenía como objetivo consolidar la formación académica y profesional de los alumnos, para dar repuestas con su tarea aplicada y investigadora a los problemas que tiene planteados la sociedad. Así, se estipulaba lo siguiente:

- Colaboración en las actividades de formación, especialmente en relación con las prácticas de segundo ciclo de psicología de la UIB que se realizaban en el Servicio de Neuropsicología y Logopedia, estableciéndose la realización por parte de los alumnos de noventa horas de actividades clínicas prácticas.
- La coordinación de los programas de cooperación la hacían un profesor del Departamento de Psicología y un representante del Servicio de Neuropsicología y Logopedia, que se encargaban de determinar y programar las actividades a llevar a cabo, siempre bajo el criterio de favorecer la formación de los practicantes y según lo que se establecía en los planes de estudios de Psicología y de acuerdo a las políticas del Servicio Neuropsicología y Logopedia del HSJD.
- El Servicio de Neuropsicología y Logopedia del HSJD se comprometía a ofertar anualmente cuatro plazas de alumnos en prácticas y un mínimo de dos tutores de prácticas.

Dicho acuerdo tenía una duración de un año, renovable automáticamente.

AÑO 1999

El 28 de enero de 1999 se firmaba un nuevo acuerdo de colaboración entre el HSJD y la UIB. En este caso los firmantes fueron el director-gerente del HSJD, Sr. Joan Domenech Ticó y el rector de la UIB, Sr. Llorenç Huguet Rotger. Las bases generales de dicho acuerdo establecían lo siguiente:

- Establecer programas de estudios conjuntos e intercambios y cooperación en los campos de la docencia, la formación de estudiantes y la investigación en los temas que se mencionan más abajo.
- Llevar a cabo actividades de cooperación basadas en: intercambio de información y publicaciones; intercambio de personal docente e investigador; posibilitar a los estudiantes de la UIB la realización de prácticas en el HSJD; fomentar el establecimiento de concertos para la asesoría, la realización de cursillos y otras actividades que el HSJD solicite a la UIB; organizar proyectos de investigación conjuntos; cooperar en el desarrollo informático científico, administrativo y técnico mediante programas y acuerdos necesarios y facilitar el acceso a equipos y material específicos.
- Para la realización de programas o proyectos específicos se requería la elaboración de protocolo adhoc.
- Toda la información resultante de actividades conjuntas realizadas bajo este acuerdo quedaba a disposición de ambas partes, HSJD y UIB.

Se disponía de un comité, con participación de responsables de ambas instituciones, encargado de la coordinación y seguimiento de las actividades que se realizaban en el marco del acuerdo. Dicho acuerdo tenía una validez mínima de cuatro años con posibilidad de renovación automática.

AÑO 2001

El 14 de diciembre de 2001, firmaban el rector de la UIB, Sr. Llorenç Huguet Rotger y el director médico-gerente del HSJD, Dr. Josep Vicenç Gómez, el Primer protocolo para desarrollar un programa de cooperación educativa y de formación entre el HSJD y la UIB.

Se trataba de un programa de cooperación educativa y formación para estudiantes del campo de las ciencias de la salud en base a lo establecido por el Real Decreto 1497/1981, de 19 de junio, en lo referente al programa de cooperación educativa en el cual la duración de estos programas de cooperación no podía exceder el 50 por ciento del tiempo del curso académico.

Iba dirigido a alumnos que cursaran estudios (primero, segundo o tercer ciclo) de fisioterapia, enfermería o estudios de postgrado.

Por una parte, la UIB se comprometía a fijar el plan de actividades del alumno, nombrar tutores responsables del programa de formación del alumno y nombrar un responsable del control académico del alumno. De otra parte, el HSJD se comprometía a nombrar uno o más tutores responsables del programa de formación del alumno encargado de las relaciones con el tutor o los tutores que nombraba la UIB y facilitar y posibilitar la realización de las prácticas programadas en el hospital.

Se disponía de una comisión mixta formada por tres representantes de cada institución para evaluar las actividades realizadas. Por parte de la UIB participaban en dicha comisión el Vicerrector de Ordenación académica y centros, el Director del laboratorio de ciencias de la actividad física y la Directora de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Por parte del HSJD participaban el jefe del Servicio de Rehabilitación, el responsable de Fisioterapia y la Directora de enfermería.

La duración de este protocolo era de un curso académico con posibilidad de prorrogarse tácitamente.

AÑO 2010

El 7 de julio de 2010 la rectora de la UIB, Sra. Montserrat Casas Ametller y el Director-gerente del HSJD, el Dr. Juan Carulla Civit firmaron el Segundo protocolo para el desarrollo de un proyecto de investigación conjunta entre la UIB y el HSJD. Este protocolo se firmó en base al interés de ambas instituciones en colaborar para desarrollar proyectos de mejora en la rehabilitación neurológica y el tratamiento del dolor y en concreto en el proyecto de investigación 'Aplicación de técnicas de neurofeedback en pacientes con afectación motora tras accidente cerebro vascular'.

VII RELACIONES CON EL EJÉRCITO

A lo largo de la historia, primero del sanatorio y después HSJD, la institución ha mantenido relaciones con el Ejército. Se describen los testimonios de dicha relación:

Durante el mes de febrero de 1957 el apostolado castrense de Suboficiales y de Jefes y Oficiales practicó retiros en el sanatorio de Palma, por las condiciones inmejorables del lugar (ambiente tranquilo, naturaleza próxima, lejos del mundanal ruido y con abundante materia de meditación). En años posteriores (febrero de 1958 y febrero de 1962) se repitieron dichas actividades.

En los años 1973-1974 se firmó un contrato de prestación de servicios con la Jefatura Regional de Sanidad Militar para la asistencia de rehabilitación en régimen de hospitalización y ambulatoria con los miembros de los tres ejércitos, guardia civil, policía armada y familiares. Además, se creó la Unidad de Gimnasia de mantenimiento que ofrecía clases de mantenimiento físico de cuatro horas semanales de duración para los oficiales y suboficiales de los tres ejércitos.

En febrero de 1976 se estableció un acuerdo con el Hospital Militar, los tres ejércitos y la Guardia civil para que sus miembros pudieran realizar gimnasia y rehabilitación en el centro asistencial de Palma y en el propio hospital.

VIII FUENTES

Convenios con la Seguridad Social

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.
- BOE nº 119 de viernes 19 de mayo de 1989. Resolución 11297 del Ministerio de Sanidad y Consumo, paginas: 14912-149150.
- BOE nº 185 de viernes 3 de agosto de 1990. Resolución 18701 del Ministerio de Sanidad y Consumo, paginas: 22741- 22744.
- BOE nº 103 de viernes 30 de abril de 1999. Resolución 9659 del Ministerio de Sanidad y Consumo, paginas: 15911- 15924.
- Documentos procedentes de los Archivos del IB-Salut de la Comunitat autònoma de les Illes Balears.
- Concierto singular entre el HSJDD e INSALUD de 21 de junio de 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto nacional de la Salud.
- Documentos de revisión de tarifas emitidos por INSALUD en los años 1991, 1992,1993, 1995 y 1995.
- Documento del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Intervención General de la Seguridad Social. Referencia 4839-5082-5378 de 7 de octubre de 1996.
- Cláusula adicional 1997. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección general de conciertos 27/3/ 1998.
- Cláusula adicional de actualización de tarifas para 1997 y de ampliación de concierto singular entre el Insalud y el Hospital San Juan de Dios. Marzo de 1998.
- Cláusula adicional de actualización de tarifas para 1998 y de ampliación de concierto singular entre el Insalud y el Hospital San juna de Dios. Diciembre de 1998.
- Cláusula adicional de actualización de tarifas para 1999 y de ampliación de concierto singular entre el Insalud y el Hospital San juna de Dios. Febrero de 2000.
- Convenio singular entre el INSALUD y HSJD, en Palma de Mallorca para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social de 22 de mayo de 2000.
- Contrato de Gestión de Servicios Públicos en la modalidad de Concierto entre HSJD y Servei de Salut de les Illes Balears, de 1 de octubre de 2004. Expediente de contratación Nº SSCGS18/04. Director general del IB-Salut.
- Decreto-Ley 3/ 2013, de 14 de junio de creación de la Red Hospitalaria Pública de les Illes Balears y el procedimiento de vinculación de Centros Privados de atención especializada (BOIB nº 85 de 15 de junio de 2013, Fascículo 138-Sec I).
- Convenio singular de vinculación entre el Servicio de Salud de las Islas Baleares y el Hospital San Juan de Dios para la prestación de atención sanitaria a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de las Islas Baleares, firmado el 19 de diciembre de 2013.

Fuentes orales primarias

- Dr Adolfo Marqués
- Dr. Onofre Sans Tous

Convenio con Mutua balear

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.
- Memoria de Mutua Balear de los ejercicios 1972, 1973, 1974, 1975 y 1976.
- Propuesta manuscrita de estructura y función del centro de rehabilitación Mutua Balear de Palma. Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Palma, 1972.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo fotográfico de Mutua Balear.

Fuentes orales primarias

- Médicos profesores de las escuelas: Dr. Manuel Blázquez Mulero; Dr. Eloy Espinar Salom; Dr. Pablo Llabrés Mayans; Dr. Guillermo Malbertí Fernández; Dr Antonio Pérez Feliu; Dr Mateo Sanguino Vidal.
- Alumnos de la Escuela ATS: José Claverol Serra; Santiago Cremades Pascual. Ver además citados en fuentes orales en el capítulo VII.
- Alumnos de la Escuela de Fisioterapia: ver citados en fuentes orales en el capítulo VII.
- Mercedes Alomar Cardell, secretaria de las Escuelas de ATS y Fisioterapia:
- Miguel Bauzá (Mutua Balear)
- Xavier Simonet Borrás, directivo de Mutua Balear.

Acuerdos con la UIB

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.
- Documentación procedente del “Arxiu de la Universitat de les Illes Balears”.
- Acord-Marc de col.laboració entre l’ Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referencia 519. De 17 de febrero de 1994.
- Junta de Govern 2193 Acord Normatiu del dia 1 de març de 1994.
- Protocol dins el marc de l’ acord signat a Palma el 17 de febrer de 1994 entre l’Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 809, de 3 de diciembre de 1996.
- Anexe II al Protocol dins el marc de l’ acord signat a Palma el 17 de febrer de 1994 entre l’Hospital de Sant Joan de Deu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 809, de 3 de diciembre de 1996.
- Conveni de col.laboració entre el Servei de Neuropsicologia i logopedia de l’Hospital sant Joian de Déu i el Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Referència 0025, de 23 de setembre de 1997.
- Acord de col.laboració entre l’Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 0153, de 28 de gener de 1999.
- Primer protocol per al desenvolupament d’un programa de cooperació educativa i de formació entre l’Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 0470, de 14 de diciembre de 2001.

- Segon protocol per al desenvolupament d'un programa de cooperació educativa i de formació entre l'Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 2095, de 7 de juliol de 2010.

Fuentes orales primarias

- Dr Sebastián Manresa Tejedor
- Dr. Andrés Palou Oliver, catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la UIB
- Dr Antonio Pérez Feliu

Relaciones con el Ejército

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo histórico-militar de Palma.

CAPÍTULO X. UN HOSPITAL DE ADULTOS. SEGUNDA EPOCA (1975-1997)

A partir de 1975 se configuró el HSJD como un hospital de ingreso de pacientes adultos para una atención monográfica a la patología ortopédica, traumatológica y de rehabilitación, con una sección adicional de ingreso sociosanitario.

En la década de los años 70, la puesta en marcha de la jerarquización de la Residencia “Virgen de Lluch” como un hospital general de adultos e infantil jerarquizado de SS y con un amplio abanico de servicios clínicos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y de urgencias, provocó que toda la red hospitalaria de Mallorca tuviera que readaptar sus planteamientos asistenciales, sus estrategias operativas y en definitiva, cambiar la orientación de su misión hospitalaria.

Concretamente, en 1975 se produjo un cambio total del cuadro facultativo del HSJD al optar el anterior cuadro médico por la jerarquización en la Residencia “Virgen de Lluch”, lo que determinó la configuración de un nuevo cuadro médico a cargo de los facultativos de cupo de COT que optaron por trabajar en el HSJD, al ser desplazados de la Residencia “Virgen de Lluch”.

La Orden de San Juan de Dios, sensible a esta situación y que por su carisma de hospitalidad se compromete a cubrir aquellas necesidades especiales que demanda la sociedad, colaborando con las instituciones y los centros públicos, reorientó sus planteamientos asistenciales y cambió el panorama asistencial que venía cumpliendo. Transformó su sanatorio infantil, ya mucho menos necesario por el cambio del paradigma poblacional (inversión de la pirámide de población), en un hospital de adultos.

A partir de 1975 y especialmente desde 1977, el HSJD, apoyándose en los conciertos vigentes con la SS, Obra de 18 de julio y otras entidades de aseguramiento médico-sanitario, orientó su estrategia hacia un hospital con ingreso de pacientes adultos en un triple escenario asistencial. El nuevo marco de la actividad asistencial hospitalaria se configuró de la siguiente manera:

- Unos equipos de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT)
- Un Servicio de rehabilitación, creado por el hospital, con dos ubicaciones: en el mismo hospital y en el centro de rehabilitación primero en el edificio de Mutua Balear y a partir de 1976 en el centro propio de la Orden Hospitalaria sito enc/Patronato Obrero.
- Una sección del hospital (2ª planta) con ingreso para pacientes de media y larga estancia, pacientes calificados como “*enfermos crónicos estables y enfermos difíciles*”, como: pacientes hemipléjicos, parapléjicos, traumáticos, geriátricos, pacientes con enfermedades de la columna con cifosis o escoliosis, según se mencionaba en el convenio suscrito entre el HSJD y la SS en 1977. En general, este tipo de ingreso se conoce actualmente como socio-sanitario.

I EQUIPOS O SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES

En esta nueva fase se configuraron los siguientes equipos o servicios médico-asistenciales.

Equipos de cirugía ortopédica y traumatología

Los equipos de COT, ubicados en la primera planta del HSJD adquirieron especial relevancia a lo largo del periodo de tiempo comprendido entre los años 1975 y 1997. Se pueden clasificar en tres grupos.

1. Un primer grupo lo formaban los cirujanos traumatólogos de cupo que, a partir de 1975, habían sido desplazados del Hospital Son Dureta, por haberse organizado allí el Servicio Jerarquizado de COT. Estos cupos quirúrgicos, inicialmente siete, realizaban en el hospital la cirugía de su competencia, teniendo asignado cada cupo un día de quirófano y un número de camas determinado para el ingreso de pacientes. Con el tiempo, el número de cupos quirúrgicos llegaría a 15, debido a la progresiva incorporación de nuevos especialistas, especialmente en la década de los 80.
2. El segundo grupo estaba formado por el equipo propio del hospital, que representaba la continuidad de los equipos de COT que habían existido en la fase anterior de sanatorio infantil. En esta etapa el equipo estuvo dirigido en una primera fase en 1975 por el Dr. Félix Pons Delgado y a partir de 1977 por el Dr. Antonio Pérez Feliu, que podía asumir cirugía por concertación o derivación. Con el tiempo, este equipo asumiría la sectorización, que se inició en 1992 y al finalizar ésta, se daría la continuidad con el actual equipo de COT del HSJD.
3. El tercer grupo se añadió a los anteriores a partir de 1987. Era una sección de Servicio de COT del Hospital Son Dureta, llamada Jefatura del Área Sanitaria (JAS), que durante unos años (hasta 1999) fue desplazada al HSJD por obras en el Hospital Son Dureta. Dicha JAS, de la que el autor formó parte, desempeñaba su tarea general (cirugía, hospitalización y consultas externas) en el HSJD a excepción de la actividad de urgencias que se realizaba en el Hospital Son Dureta. El primer jefe de la sección JAS fue el Dr. Don Antonio Fernández Billón, de inmejorable recuerdo por todos cuantos coincidimos con su magisterio (años 1987-1990). Posteriormente, a partir de 1990, la sección JAS fue dirigida por quien suscribe Joaquín Boronat Rom y a partir de 1995 por el Dr. Fernando Fernández Alcázar hasta 1999, fecha de su reintegro al Hospital Son Dureta.

Otros equipos quirúrgicos

1. Durante un breve periodo de tiempo tres grupos de otorrinolaringólogos realizaron cirugías concertadas con la SS.
2. Se desarrolló actividad privada de diversas especialidades: COT, cirugía reconstructiva, maxilo-facial y odontológica, si bien en escasa proporción frente a la actividad concertada que siempre fué predominante en el hospital.

Equipo de rehabilitación

La actividad rehabilitadora se desarrolló potenciando un Servicio de Rehabilitación en las dos ubicaciones de la institución:

- El HSJD disponía en la segunda planta un número de camas reservado para el ingreso de los pacientes que lo requieran y del gimnasio correspondiente.
- El centro asistencial de Mutua Balear hasta 1976 y a partir de esta fecha en el centro asistencial propio, que la Orden Hospitalaria había instalado en la c/Patronato Obrero, para la rehabilitación ambulatoria.

Este servicio quedó bajo la responsabilidad de un jefe de equipo rehabilitador, inicialmente Dr. José Manuel Martínez Ruiz y el Dr. Gerardo Bernabéu, como adjunto. Como en el caso de los cirujanos, los médicos rehabilitadores trataban además a pacientes procedentes de mutuas o despachos profesionales. Un equipo profesional de formados fisioterapeutas secundaba eficazmente el trabajo de los médicos rehabilitadores.

Servicio de ingreso sociosanitario

El aspecto de ingreso socio-sanitario tenía lugar en la segunda planta del hospital. Este aspecto tomó relevancia a partir de 1977, a raíz de un nuevo convenio con la SS.

II PARTICULARIDADES DE LA CIRUGIA DEL APARATO LOCOMOTOR DEL ADULTO

La confluencia en el hospital de los cupos quirúrgicos de COT de la SS para la cirugía no urgente de la patología del aparato locomotor, la propia iniciativa de los especialistas, la apuesta que hizo la Orden en esta nueva misión asistencial, indujeron a que el centro hospitalario HSJD adquiriera progresivamente y de forma relevante un prestigio profesional en el ámbito de la cirugía ortopédica de la comunidad autónoma y aún en España, con relaciones profesionales con otros hospitales de la península y del extranjero.

De forma paulatina, apoyándose en el aliento de los gestores de la Orden, en las mejoras y ampliaciones de sus recursos materiales que acometió el centro, en la mayor tecnología disponible en los quirófanos y en la activa formación e implicación del personal de enfermería, el grupo de cirujano-traumatólogos que se configuró en el HSJD, alrededor de 1975, desarrolló unas líneas de trabajo profesional complementarias entre sí, favoreciendo la introducción de nuevos aspectos en el diagnóstico y en el tratamientos de los procesos, así como las nuevas técnicas en los procedimientos en COT, aplicando las metodologías en traumatología y cirugía ortopédica existentes en nuestro entorno europeo, en aquellos momentos de la evolución histórica de los conocimientos de la especialidad.

Acciones de mejora en calidad en COT

La coexistencia de un número considerable de cirujano-ortopédicos favoreció una situación única y extraordinaria, como era la coincidencia en un solo centro de un conjunto de profesionales, jefes de cupo y ayudantes, procedentes de escuelas profesionales distintas (tanto nacionales: Madrid, Barcelona como del extranjero: Austria, Inglaterra, Italia), unos más veteranos y otros más jóvenes, y que con el tiempo llegarían a ser más de 30, los cuales estimulados por un mismo afán de sana competencia y participación, se encontraron inmersos en un círculo virtuoso de mejora profesional que redundó en beneficio de los pacientes y en prestigio para el HSJD. Prueba de ello fue la frecuencia de iniciativas profesionales en su campo competencial.

Acciones formativas o docentes

En el hospital a lo largo de la década de los años 80 y 90 se organizaron frecuentes jornadas teórico-prácticas, sobre temas de COT que podían resultar instructivas o beneficiosas para la mejora de los servicios que se ofertaban a los usuarios. Se contaba siempre con la presencia de profesionales procedentes de otros hospitales (nacionales o del extranjero), que aportaban sus conocimientos y enseñanzas, a la vez que ellos recibían docencia de los métodos que se practicaban en el hospital. Estas jornadas, cuya duración era de 1 ó 2 días, tenían siempre un formato parecido. Se organizaba una sesión clínica sobre los casos a intervenir con la presencia de médicos del hospital y otros médicos invitados. Se programaba cirugía implantológica u otra de cadera o rodilla y se terminaba con una mesa redonda donde se trataban aspectos relacionados con las cirugías practicadas.

Métodos y protocolos

En los EEUU a finales de la década de los 70 nacieron y se expandieron por toda la comunidad ortopédica mundial los llamados métodos y protocolos, utilizados para el control de la calidad

de sus hospitales, mediante parámetros medibles en los siguientes aspectos: organización, docencia, investigación, acreditación de los profesionales, relaciones médico-enfermo, etc. Todo este movimiento llegaría a nuestro país en la década de los 80 y el HSJD, siguió la senda iniciada por las iniciativas que llegaban desde USA.

A nivel del hospital se realizaron:

- Estudios de duración, consumos, necesidades de personal de las intervenciones quirúrgicas.
- Acreditación de los propios profesionales médicos y enfermeros
- Adecuación de las relaciones entre hospital y usuarios, entre profesionales y pacientes y entre los mismos profesionales.
- Tipificación de las intervenciones quirúrgicas en 5 grupos (I-V) según su complejidad, duración, material necesario, profesionales necesarios.
- Estadísticas de rendimientos de quirófanos.

Contactos interprofesionales

Estos contactos consistían en el desplazamiento de los profesionales a otros centros hospitalarios nacionales y foráneos y la organización de sesiones clínicas o congresos con intercambio de conocimientos. Baste recordar que el primer Congreso Fundacional de la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología (ABCOT) tuvo lugar en el HSJD, bajo la presidencia del Dr. Manuel Mora Esteve, en el año 1983.

Acciones de mejora en enfermería

Unos implicados equipos de enfermería de quirófano, de planta y de rehabilitación y fisioterapia se unieron al proyecto, en una dinámica de mejora continua y progresiva y contribuyeron a la realización de las técnicas ortopédicas, traumatológicas y de rehabilitación empleada en el hospital.

III CARTERA DE SERVICIOS

III.1 CARTERA DE SERVICIOS EN TRAUMATOLOGÍA

El Servicio de COT del HSJD abordaba el diagnóstico y tratamiento de las lesiones y traumatismos del aparato locomotor, a excepción de los traumatismos craneoencefálicos, viscerales y vasculo-nerviosos, que eran derivados al hospital público de referencia de la comunidad, la Residencia “Virgen de Lluch” de la SS, donde había equipos de especialistas y de urgencia multidisciplinarios y un Servicio de Cuidados Intensivos.

Metodología aplicada

En los traumatismos (fracturas, heridas y luxaciones) de miembros superiores (MMSS), miembros inferiores (MMII) y tronco ingresados en el HSJD se aplicaba la sistemática metodológica del método AO (en alemán: *Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesenfrage*, en castellano: *Asociación para la osteosíntesis*). El llamado “*método de la Asociación para la Osteosíntesis (AO) Suizo para el tratamiento quirúrgico de las fracturas*”. Dicho método, nacido en Biel (Suiza) el 6 de noviembre de 1958, gracias a un grupo de cirujanos e investigadores médicos, concretamente los doctores: Walter Bandi (1912-1992), Maurice Edmond Müller (1918-2009), Robert Schneider(1912-1990), Hans Willenegger (1910-1998) y Martin Allgöwer

(1917-2007) propone el tratamiento de las fracturas siguiendo una metodología o principios AO (filosofía AO) que se resumen en:

- Reducción anatómica y funcional de las fracturas.
- Fijación estable por métodos preferentemente quirúrgicos.
- Preservación de la vascularización.
- Movilización precoz.

Además, la AO crea instrumentos quirúrgicos, fabrica los implantes adecuados y sistematiza las técnicas para aplicar en cada tipo de fractura, difundiendo todo ello a través de:

- Creación de un centro de documentación AO.
- Realización de cursos de enseñanza de sus técnicas para especialistas en Davos y Berna (Suiza).
- Creación del Centro de Investigación, ARI (AO Research Institute Davos) para el estudio de la osteosíntesis en Davos (Suiza) dirigido por el Dr. Stephan M. Perren.
- Publicación de sucesivos *Manuales de Osteosíntesis* editados con todo tipo de detalles y especificaciones.

Esta visión contrastaba con las escuelas anteriores que habían practicado el tratamiento conservador de las fracturas con las maniobras de reducción e inmovilización con tracciones y largos periodos de inmovilización con vendajes enyesados (Lorenz Böhler, Watson-Jones).

La metodología AO llegó a España, a comienzos de los años 60, cuando el Dr. Maurice E. Müller, invitado por el Dr. A. S. Palazzi Duarte, jefe de Servicio COT del Hospital del Sagrado Corazón de Barcelona, dió una conferencia en Barcelona, proponiendo los nuevos métodos de osteosíntesis creados en Suiza. Fue una conferencia impresionante por el impacto producido en el público asistente de médicos especialistas. El Dr Müller alentaba a sus colegas españoles a acudir a Davos (Suiza), donde se impartían cursos anuales sobre aquellas técnicas. Había cursos llamados básicos (Davos) y otros avanzados (Berna). El germen fructificó y varios traumatólogos españoles se interesaron vivamente con los nuevos métodos: Dres. Fernando Collado, Villar del Fresno, Orozco Delclós. etc.

En el HSJD de Palma, muchos de sus especialistas responsables realizaron los cursos básicos y avanzados de tratamiento de las fracturas con técnica AO, en Davos y en el Inselspital de Berna (Suiza) desde los años 1968 a 1974.

El nuevo movimiento AO se impuso rápidamente en Europa y tuvo una difusión mundial a partir de la década de los 70. En España, se constituyó muy pronto la Asociación Española para la Osteosíntesis (AOE), formalizándose el acto fundacional en Tarragona el 20 de noviembre de 1971. La primera junta directiva de la AOE estuvo compuesta por los siguientes traumatólogos españoles: Dres. José Cañadell Carafí (primer presidente), Rafael Orozco Delclós (primer secretario general), Ángel Santos Palazzi Duarte, Alberto Samper Cubota (ingeniero), Rafael González Mas, Fernando Collado Herrero, Jesús Luis Imízcoz Barriola, Fernando Marqués Gasol. Como miembros fundadores constaban otros 22 más.

Así pues, la metodología de diagnóstico y tratamiento en traumatología, que se aplicó en el HSJD, fue la promovida por la Escuela AO Suiza, asumida precozmente por el equipo médico

directivo del HSJD, perfectamente explicitada en el primer tratado que se editó en España: Manual de Osteosíntesis. Técnica AO y cuyos autores fueron M.E. Müller, M. Allgöwer y H. Willenegger, editorial científico-médica. Barcelona. 1971.

III.2 CARTERA DE SERVICIOS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Los procesos comúnmente atendidos y admitidos en el HSJD a partir de 1975 se pueden clasificar en generales y especiales:

Procesos generales

- Osteomielitis y osteítis agudas y crónicas.
- Artritis infecciosas, reumáticas, por microcristales.
- Tuberculosis ósea y artritis tuberculosas: hombro, cadera, etc.
- Tumores óseos, de los tejidos blandos y de las articulaciones.

Procesos especiales por afecciones congénitas o adquiridas en el miembro superior

- A nivel de hombro: lesiones obstétricas del hombro, periartrosis escapulo-humeral, luxación recidivante del hombro.
- A nivel de codo: sinostosis radio-cubital, epicondilitis, epitrocleitis.
- A nivel de antebrazo: contractura o retracción isquémica de Volkmann⁹⁹.
- A nivel de muñeca: enfermedad de Madelung, enfermedad de Kienböck¹⁰⁰, pseudartrosis escafoides carpiano, síndrome del túnel carpiano, rizartosis.
- A nivel mano-dedos: sindactilias, dedos en resorte o martillo, enfermedad de Dupuytren¹⁰¹, panadizos, tenosinovitis.
- Parálisis o paresias de los nervios del miembro superior.

Procesos especiales por afecciones congénitas o adquiridas en el miembro inferior

- En cadera: luxación, subluxación y displasias de cadera, coxa vara y coxa valga, epifisiolisis de cadera, enfermedad de Perthes¹⁰², cadera en resorte, coxartrosis de cadera en todas sus variantes etiológicas.
- En fémur: incurvaciones o desaxaciones de fémur.
- En rodilla: genu varo, genu valgo, genu recurvatum, lesiones meniscales, de los ligamentos cruzados, de los ligamentos colaterales, del tendón rotuliano o del cuádriceps, quistes poplíteos, condropatías de rótula, osteocondritis, osteocondrosis y osteonecrosis, cuerpos libres articulares, artritis y artrosis de rodilla en sus variantes.
- En pierna: enfermedad de Osgood-Schlatter¹⁰³, pseudartrosis congénita de la tibia, incurvaciones y desaxaciones de la tibia.

⁹⁹En 1881 el cirujano alemán Richard Leander Von Volkmann (1830-1889) describió la llamada contractura o retracción isquémica. Es una deformidad adquirida que afecta a los dedos y a la mano que adquieren forma de garra y que se origina por una lesión isquémica de los músculos del antebrazo. Nota del autor.

¹⁰⁰ Opuscit 82

¹⁰¹ Opuscit 83

¹⁰² Opuscit 62

¹⁰³ Opuscit 84

- En pie: enfermedad de Köhler I y II¹⁰⁴, pie zambo congénito, pie cavo, pie plano, metatarsalgias y talagias, hallux valgus, hallux de 5º dedo, dedos en martillo, retracciones de la aponeurosis plantar, flemones, callos plantares, exostosis subungueal y uña incarnata.
- Parálisis o pareasias de los nervios periféricos del miembro inferior.

Procesos especiales por afecciones congénitas o adquiridas en columna vertebral

- Tortícolis congénito y adquirido.
- Hernias discales, espondilólisis con o sin listesis, pinzamientos discales, lumbartosis
- Cifosis y escoliosis

Metodología aplicada

A partir de la década de los 70 y más en las posteriores, el esquema poblacional de las Baleares fué modificándose. La población infantil experimentó una mejora de la asistencia y se inició un paulatino envejecimiento y cambio de la pirámide poblacional. En el adulto empezaron a hacer mella las patologías degenerativas articulares propias del adulto: artritis y artrosis articulares, artropatías microcristalinas. Las desaxaciones de los miembros inferiores fueron más evidentes en unos individuos que por la mejora del nivel de vida iban alcanzando edades más propectas. La motorización de la sociedad y la práctica deportiva incidieron en la presentación de frecuentes casos de inestabilidades articulares por la mayor frecuencia de accidentes de tráfico y deportivos. Todo ello en definitiva reorientó la patología que se presentaba en la clínica diaria.

Por otra parte, la investigación médica ofrecía nuevas posibilidades que con el tiempo se harían imprescindibles: protésica articular, advenimiento de la artroscopia articular y demás procedimientos de menor invasión.

Es por todas estas causas que la metodología terapéutica aplicada por los Servicios de COT deriva hacia los procedimientos de:

- Implantología articular con la potenciación de la cirugía implantológica en cadera, rodilla, hombro, manos y pies.
- Tratamiento de las desaxaciones de los miembros.
- Tratamiento de las inestabilidades articulares.
- Aparición de los tratamientos artroscópicos.

IV AÑO 1975

Instalaciones

Recordemos que en 1975 el hospital contaba con una capacidad de 74 camas, 53 en la primera planta y 21 en la segunda, fruto todo ello de la remodelación interior realizada en 1974.

¹⁰⁴ Opuscit 85

Tabla X.1. Capacidad de hospitalización. Año 1975

PLANTA	HABITACIONES	CAMAS
Primera-derecha	7	21
Primera-izquierda	6	16
Primera-sala de niños	1	16
Segunda	12	21
Total camas		74

Fuente: Historia de la Casa. Comunidad Hermanos de San Juan de Dios. Palma. Año 1975

Entre los años 1975 y 1976 la Comunidad se instaló en la planta baja, con lo que se liberó la segunda planta para destinarla en su totalidad al ingreso de pacientes.

Personal

Junta de gobierno

Se hallaba constituida por el Hno. Superior y gerente del hospital José Esteve Puig y el director médico Dr. Felix Pons Delgado.

Servicios clínicos

En 1975, el HSJD y el centro asistencial de Palma ubicado ese año en el edificio de la Mutua Balear disponían de una plantilla de 50 trabajadores.

Ese año representó un cambio total del cuadro facultativo. El Dr. Jordá y todo su equipo: Dres. Blázquez, Espinar, Sanguino y Llabrés optaron por la jerarquización en el Servicio de COT de la Residencia de la SS “Virgen de Lluch”, por lo que el 31 de marzo de 1975 todo este equipo cesó como personal adscrito al HSJD. Por este motivo, los traumatólogos que hasta esa fecha habían ejercido su actividad en la Residencia “Virgen de Lluch” se acogieron a otros centros para derivar su actividad, entre ellos estaría el HSJD. Se estableció contacto con estos equipos quirúrgicos, que, en número de siete, estaban dirigidos por los Dres: Félix Pons Delgado, Antonio Pérez Feliu, Guillermo Malbertí Fernández, Juan Garau Salva, Juan Canalejo Mateo, Timoteo Martí Capilla y Juan Sánchez. Entre todos sus cupos representaban una población asistida de 150.000 personas.

Se planteó que estos médicos diesen cobertura a los dos centros: el hospital y el centro asistencial de Palma asumiendo los pacientes ambulatorios y los hospitalizados con las cirugías correspondientes, así como las Escuelas de ATS y Fisioterapia.

El 4 de marzo de 1975 viajaron a Barcelona el Superior P. José Esteve Puig, acompañado por el Dr. Félix Pons Delgado, para realizar una entrevista con el P. Provincial y visitar la Clínica Asepeyo de Barcelona de reciente creación y que estaba orientada monográficamente a la cirugía ortopédica, a la traumatología y a la rehabilitación.

En la Curia Provincial de Sant Boi de Llobregat (Barcelona) se acordó el 4 de marzo de 1975 que el Dr. Félix Pons Delgado asumiera el cargo de director médico, aunque en un sentido administrativo más que profesional, ya que el nuevo grupo de traumatólogos deseaba trabajar en forma de equipo y no por dirección interpuesta. El director médico ejercería de director del hospital del Coll de'n Rabassa, y de los pacientes atendidos en el centro concertado con Mutua Balear en Palma. Además, realizaría las funciones de coordinador de la operativa de los cupos quirúrgicos y de las actividades de las Escuelas de ATS y Fisioterapia. Asimismo, se tomó en consideración el nombramiento de una junta facultativa formada por los jefes de equipo de los cupos de COT de la SS.

Para el centro de rehabilitación de Palma, ubicado desde 1972 en el edificio de Mutua Balear, se planteó contratar un médico rehabilitador. Se optó por el Dr. José Manuel Martínez Ruíz jefe del Servicio de Rehabilitación de la Residencia "Virgen de Lluch", quien inició su contrato a partir del mes de junio de 1975.

Para el Servicio de Anestesia se contaba con el Dr. Bartolomé Amorós Calafat y sus colaboradores.

Actividad asistencial

Actividad asistencial en hospitalización

Desde agosto de 1974 se había notado un descenso dramático del ingreso de pacientes quirúrgicos y de rehabilitación que llegó a un mínimo entre enero y febrero de 1975 en el que el hospital tenía 15 enfermos ingresados. En el hospital no había ya niños ingresados y el centro experimentaba una transformación de sanatorio infantil a hospital de adultos orientado a la cirugía ortopédica y la rehabilitación. El ingreso sociosanitario propiamente dicho no apareció hasta 1977 a raíz de un convenio especial.

La disminución de pacientes ambulatorios en el centro de Palma debe relacionarse con el hecho de que se creó un nuevo Servicio de Rehabilitación en la Residencia "Virgen de Lluch" y consecuentemente se derivaban menos pacientes al HSJD.

El 2 de abril de 1975 empezaron los nuevos equipos quirúrgicos a operar. Inició la cirugía el Dr. Canalejo y siguieron los demás traumatólogos. A partir de este mes de abril el ritmo de ingresos quirúrgicos y de intervenciones fué muy satisfactorio. Cada semana se operaban alrededor de 30 pacientes con estancias relativamente cortas.

Cada uno de los siete equipos de especialistas de cupo estaba formado por un jefe de cupo, especialista en COT y un ayudante médico, especialista o no. Bajo su responsabilidad, se desarrollaba la cirugía correspondiente a su cupo, así como el pase de visita diario y las emergencias que pudieran acontecer en el curso postoperatorio. El ingreso y el alta eran de la responsabilidad de los médicos actuantes para cada enfermo. Las consultas ambulatorias de los pacientes de los cupos no se realizaban en el hospital, sino que tenían lugar en las instalaciones propias de la SS, concretamente en el ambulatorio "Félix Sánchez" y otras ubicaciones.

El hospital aportaba el equipo de enfermería en quirófano y planta, radiología, laboratorio y los anestesiistas. Se organizó una sesión clínica semanal entre los cirujanos en el centro asistencial de Palma todos los jueves.

Terminó el año 1975 con 15 pacientes ingresados.

Actividad quirúrgica

La actividad quirúrgica se inició el 2 de abril del 1975, cuando se firmó el convenio entre la SS y el Hospital San Juan de Dios. A continuación, se presenta la estadística de actividad quirúrgica desde el 2 de Abril hasta el 31 de diciembre de 1975.

Tabla X.2. Actividad quirúrgica. Año 1975

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal, Onofre	51
Dr. Canalejo Mateo, Francisco	57
Dr. Dora Parera, Miguel	17
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martínez, Juan Luis	108
Dr. Llaneras	2
Dr. Malbertí Fernández, Guillermo	67
Dr. Martí Capilla, Timoteo	52
Dr. Pérez Feliu, Antonio	193
Dr. Pons Delgado, Félix	23
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	17
Dr. Xamin	1
Total intervenciones quirúrgicas	588

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1975

Actividad en rehabilitación

En el año en curso se apreció que desde la SS habían dejado de remitir pacientes ambulatorios al centro asistencial de Palma ya que todos eran derivados al Servicio de Rehabilitación de la Residencia “Virgen de Lluch” De los 800 pacientes que habitualmente se atendían en años anteriores (1972,1973 y 1974) se pasó a una cifra de 150-200.

A partir de entonces, para nutrir el centro de rehabilitación de Palma, el servicio clínico debería basar su estrategia en fomentar su buen hacer y excelente trabajo para así recuperar pacientes procedentes de seguros privados, mutuas de accidentes laborales y compañías de accidentes de tráfico. Por ello, era imprescindible contar con un profesional cualificado al frente de la recuperación funcional.

Convenios y colaboraciones

En marzo 1975 se firmó un convenio de colaboración con el INP para la realización de la actividad quirúrgica de los siete equipos de traumatólogos de cupo mencionados anteriormente.

V AÑO 1976

Instalaciones

En diciembre de 1976 se decidió pasar el Servicio de Radiología a la planta baja, donde se trasladó la sala de rayos X junto con una sala de revelado y un vestuario. De esta forma, la sala que ocupaba en la primera planta se añadió a los quirófanos para así disponer de un antequirófano para la preparación anestésica de los pacientes.

La sala de niños en la primera planta, y la antigua sala de rehabilitación, se adaptaron para ingreso de niños intervenidos de amigdalectomías y otras cirugías de otorrinolaringología, según los nuevos acuerdos establecidos con el INP para que tres especialistas de otorrinolaringología (Dres. Morey, Bezzina y Colomer Gomez) realizaran su actividad quirúrgica en el hospital, utilizando los quirófanos en horario de tarde. Se destinaron hasta 15 camas para tal fin, aunque dicha actividad tuvo una escasa duración.

Así mismo, se destinaron entre 15 y 20 camas en la segunda planta para ingresos de pacientes crónicos procedentes de la Residencia “Virgen de Lluch”.

También se dispuso en la planta baja un lugar para archivo de historias clínicas.

Entre finales de 1976 y 1977 tuvo lugar una ampliación del quirófano y locales anexos. El quirófano era una sala de unos 25m², donde estaban instalados: una nueva mesa quirúrgica Maquet¹⁰⁵ proveniente de otro hospital de la Orden; un carro de anestesia de cal sodada; un aspirador; una lámpara de techo; una lámpara de pie; una bombona de protóxido; una bombona de nitrógeno para el motor quirúrgico y un aparato de rayos X para quirófano marca Phillips. El ante-quirófano tenía una superficie de 9m² y se utilizaba para la preparación anestésica de los pacientes a intervenir.

Personal

La única novedad era la presencia de los tres especialistas de otorrinolaringología mencionados que trabajaban en horario de tarde.

El grupo de anestesiistas estaba formado por: Dr. Santos García Moris, Dr. José Moralejo, Dr. Palmer y Dr. Forner.

La dotación del personal auxiliar de quirófano estaba compuesta por: un hermano ATS (en aquellos años era el Hno. Narciso Mir, titulado ATS); un hermano Celador (Hno. Anadón); un ATS instrumentista; dos auxiliares de clínica y una persona de limpieza. Eventualmente, y según las necesidades se disponía de los alumnos avanzados de la Escuela de ATS que colaboraban en el quirófano.

Cartera de servicios

Cirugía ortopédica y traumatología

Correspondiente a la actividad de los especialistas de cupo que seguían la metodología mencionada.

Rehabilitación

Se había establecido un convenio con el Ministerio de Defensa a través del Hospital Militar para que integrantes de las plantillas de los tres ejércitos y la guardia civil pudiesen realizar fisioterapia y gimnasia en las instalaciones del centro de rehabilitación de Palma.

En septiembre de 1976, y dado que la Orden había decidido dejar el centro de Mutua Balear, se promovió una reunión en el hospital entre el Hno. Gerente y Superior de la Comunidad, la Dirección Médica y el rehabilitador Dr. Martínez Ruíz para proyectar, impulsar y estimular la creación de un nuevo centro de rehabilitación en Palma. Había el convencimiento de que no se debía perder el contacto con el público y los pacientes, que durante estos años habían frecuentando en centro de Palma y creando un estado de opinión favorable en cuanto a la rehabilitación del centro de San Juan de Dios. Por ello, se planteó instalar un nuevo centro en Palma, esta vez completamente desligado de cualquier otra organización y que dependiera exclusivamente de los planteamientos propios de la Orden Hospitalaria junto a los profesionales.

¹⁰⁵Maquet es una empresa de productos sanitarios fundada en Heidelberg (Alemania) por Johann Friedrich Fischer en 1838. Posteriormente, se trasladó a Rastatt (Alemania) y en 2000 fue absorbida por la multinacional sueca Getinge Group localizada en Gotemburgo (Suecia). Fabrica entre otros mesas quirúrgicas para COT en cuyo diseño han intervenido ingenieros, cirujanos, anestesiistas y enfermeros quirúrgicos. Nota del autor.

Esta oportunidad se presentó al encontrar un local céntrico de Palma Este local se hallaba ubicado en la C/ Patronato Obrero, nº 19 de Palma.

El 20 de diciembre de 1976 se firmó el contrato de arrendamiento para el futuro centro asistencial de rehabilitación de San Juan de Dios en Palma. En esta nueva ubicación se procedió a reorganizar el Servicio de Rehabilitación, implantando una sistemática que abordaba: gestionar la lista de espera; un registro de pacientes; las técnicas a aplicar en cada tipo de patología (protocolos específicos para pacientes hemipléjicos, parapléjicos, con secuelas inveteradas, post-traumáticos y post-quirúrgicos); dedicación especial al tratamiento de las desviaciones del raquis (escoliosis, cifosis, y lordosis) y un sistema de control de asistencia.

Ingreso socio-sanitario

Se protocolizaron los ingresos de pacientes provenientes de los distintos servicios hospitalarios, de medicina interna, oncología, neurología, neurocirugía y pacientes crónicos, etc. Algunos de ellos ciertamente destinados al “bien morir”, concepto que entraba de pleno en la base fundamental y el carisma de la Orden Hospitalaria. Para estos casos se habilitaron dos habitaciones individuales.

Actividad asistencial

Actividad asistencial en cirugía

En 1976 se contabilizaron en el Servicio de cirugía ortopédica y los cupos un total anual de 894 intervenciones quirúrgicas.

Tabla X.3. Actividad quirúrgica. Año 1976

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal , Onofre	68
Dr. Canalejo Mateo, Francisco	99
Dr. Dora Parera, Miguel	1
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martinez, Juan Luis	137
Dr. Llaneras	3
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	127
Dr. Martí Capilla, Timoteo	96
Dr. Pérez Feliu, Antonio	256
Dr. Pons Delgado, Félix	35
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	41
Total intervenciones quirúrgicas	894

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1976

VI AÑO 1977

Instalaciones

Edificio hospitalario

Al transformar las dos salas de rehabilitación que estaban ubicadas en la primera y segunda plantas, en habitaciones para ingreso de pacientes, se obtuvo un aumento de la capacidad de hospitalización con 96 camas disponibles.

En la primera planta estaban los pacientes de la SS o bien de otros garantes (Obra 18 de julio, seguros privados, mutuas de accidentes de trabajo, compañías aseguradoras de accidentes de tráfico y pacientes privados) intervenidos quirúrgicamente. En la segunda planta había los pacientes ingresados para rehabilitación y los pacientes crónicos con ingreso sociosanitario.

Por otra parte, el gimnasio del hospital se trasladó a la planta baja en la zona inferior de la capilla y en él se realizaban los tratamientos de fisioterapia de pacientes ingresados y algunos pacientes ambulatorios que el hospital asumía a raíz del convenio de 1977 entre el hospital y el INP.

Existían deficiencias en la disposición estructural del edificio hospitalario, que en un futuro no lejano se deberían subsanar. Por ejemplo, la recepción y el vestíbulo de entrada se hallaban en medio del pasillo de la primera planta, la cual conectaba con la zona quirúrgica, de forma que las camillas con los pacientes operados al salir del quirófano atravesaban el vestíbulo. Por otro lado, no existían despachos suficientes para la dirección médica y la dirección administrativa.

Centro de rehabilitación

El 10 de enero de 1977 se entregó el proyecto al Ayuntamiento de Palma para la adaptación del local de la C/ Patronato Obrero 19 a centro de recuperación funcional. El 11 de febrero se iniciaron las obras de albañilería, cuyo presupuesto ascendía a 3.000.000ptas. y finalizaron el 28 de abril de ese mismo año. Así mismo, se dotó del material de rehabilitación necesario para los tratamientos de kinesiterapia, mecanoterapia, termoterapia y electroterapia. No fue posible instalar un servicio de hidroterapia tan completo como el había en el edificio de Mutua Balear.

En este centro se instalaron las correspondientes secciones: sala de kinesiterapia; sala de mecanoterapia; unidad de electroterapia con infrarrojos, onda corta, micro-ondas, corrientes diadinámicas analgésicas, corrientes interferenciales y corrientes exponenciales; unidad de laserterapia y magnetoterapia; unidad de termoterapia con ultrasonidos y unidad de hidroterapia con baños alternos, ultrasonido subacuático y crioterapia con hielo.

Fig.X.1. Imágenes del centro de rehabilitación de San Juan de Dios



Imagen del acceso al local del centro asistencial de rehabilitación de la c/ Patronato Obrero núm.19 de Palma. Fuente: archivo fotográfico del HSJD. Año 1977

Personal

Junta de gobierno

En el año 1977 la Junta de gobierno la componían el nuevo Hno. Superior José M^o Muñoz-Alcon y el director médico Dr. Antonio Pérez Feliu.

Servicios clínicos

El 1 de mayo de 1977 se formalizó un contrato de colaboración entre el HSJD y el Dr. A. Pérez Feliu para constituir el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del hospital y del centro asistencial de Palma.

Igualmente, se estableció un acuerdo con los Dres. Martínez Ruíz, Gerardo Bernabéu y Miguel Robredo para pasar visita en el hospital y en el centro como médicos rehabilitadores. Además, el Dr. Miguel Robredo en su doble faceta de médico internista y médico rehabilitador se ocuparía del control internista de los pacientes de ingreso sociosanitario hospitalizados en la segunda planta.

En esta nueva fase de dinámica funcional del hospital, el centro sanitario estableció una más estrecha colaboración entre la institución juandediana y los facultativos responsables de COT y Rehabilitación, pero en modo alguno se puede hablar de una relación contractual de exclusividad ya que todos estos médicos seguían con sus diversas ocupaciones o facetas de su trabajo profesional, si bien la dedicación al HSJD era preferente.

Fig. X.2. Cuadro facultativo del Hospital San Juan de Dios en 1977



De izquierda a derecha: Dr. Francisco Canalejo Mateo, Dr. Juan Garau Salva, desconocido, Dr. Santos García Moris, Dr. Juan Luis León, Dr. Guillermo Malbertí Fernández, Dr. Xamin, Dr. Llacer Requeni (inspector INP), Hno. José Esteve Puig (Hno. Superior de la Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios), Dr. Félix Pons Delgado, Dr. Juan Sánchez, Dr. José Manuel Martínez Ruiz (rehabilitador), Dr. Antonio Pérez Feliu, Dr. Timoteo Martí Capilla y Dr. Onofre Alba Vidal. Fuente: archivo fotográfico particular Dr. Antonio Pérez Feliu.

Antonio Pérez Feliu

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Cádiz (Universidad de Sevilla) en el año 1969. Especialista en COT por la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona en 1972 y en Rehabilitación por la misma Universidad en 1979.

En los años 1970-1971 trabajó en los Servicios de COT de la Clínica Virgen de la Salud "Obra del 18 de Julio" de Palma de Mallorca y en la Clínica Mater Misericordiae. En 1973 gana por oposición la plaza de ajunto del Servicio de COT del Hospital General de Palma de Mallorca. Posteriormente, gana la plaza de jefe de cupo de COT en Palma. En 1977 es nombrado jefe de servicio y director del Hospital de San Juan de Dios de Palma, hasta el año 2001 en que se reintegra a la SS hasta su jubilación.

Destaca su labor docente como profesor de las Escuelas de ATS Salus Infirmorum de Palma y de las Escuelas de ATS y Fisioterapia del HSJD de Palma. Miembro de numerosas sociedades científicas: SECOT, SECCA, SEROD, Asociación Española de Medicina y Cirugía del Pie,

correspondiente extranjero de la Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología y miembro correspondiente de la Venezolana.

Organizó en Palma numerosos cursos de formación profesional y la celebración de Congresos de la especialidad de COT. Destacó en el campo de la cirugía implantológica de cadera y rodilla, con numerosas publicaciones nacionales y extranjeras en estos temas y en el campo de la formación de especialistas COT y de personal de enfermería de dicha especialidad

Cartera de servicios

En este año de 1977 se vislumbraba una nueva estructura física, funcional, sanitaria y profesional del conjunto del hospital, que se estructuraría a través de la planificación de una serie de servicios asistenciales. A grandes rasgos se elaboró una primera cartera de servicios que se desarrollaría en los años siguientes:

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Estaba formado por:

- El Servicio de COT propio del hospital dirigido por el Dr. A. Pérez Feliu y colaboradores. que con el devenir de los años se iría ampliando con sucesivos cambios e incorporaciones de especialistas y que ha permanecido hasta la actualidad en que configura el moderno y actual equipo de COT de HSJD.
- El conjunto de especialistas de cupo que dependían orgánicamente de la SS.
- Equipos quirúrgicos privados.

Servicio de Rehabilitación

Contemplaba dos áreas:

- Aparato Locomotor: abarca la rehabilitación estándar posterior a la traumatología, a los procesos reumáticos y a los procesos ortopédicos. Se realizaba tanto en régimen de hospitalización como en forma ambulatoria.
- Rehabilitación con tratamientos integrales: Este aspecto de la rehabilitación integral poco atendido en Mallorca representaba la atención a los pacientes hemipléjicos, parapléjicos, los casos de rehabilitación post-neurocirugía, los síndromes cerebrovasculares, la rehabilitación post-infarto y rehabilitación respiratoria.

La actividad de rehabilitación se ofrecía a pacientes ingresados en el hospital, y para ello se contaba con 22 camas asignadas, y a pacientes ambulatorios en el centro asistencial.

Servicio de enfermos crónicos

En Baleares en aquellas fechas no existía, ni tampoco en el resto del país, ningún centro que se ocupara de cubrir las necesidades asistenciales mínimas y a la par sociales en los pacientes más necesitados de estos cuidados: se trataba de pacientes geriátricos, con dificultades familiares, etc. Estos casos por sus condiciones sanitarias y sociales no estaban en condiciones de ser admitidos en los hogares o residencias de ancianos y tampoco los atendía convenientemente la familia por otras obligaciones laborales. En estos casos, un centro donde se respiraba humanidad y asistencia, constituía el paradigma idóneo. El hospital contaba con 24 camas ubicadas en la segunda planta.

Servicio de Medicina interna y Cuidados intermedios

Comprendía:

- Medicina interna: su razón de ser estribaba en la tipología de pacientes que admitía el HSJD. Medicina interna sería el responsable operativo de los pacientes crónicos. A ello se añadiría el control de los pacientes ingresados para rehabilitación, muchos de los cuales sufrían patologías concomitantes que exigían tratamientos farmacoterapéuticos varios y el control por el internista se hacía imprescindible.
- Cuidados intermedios: se refiere al control post-operatorio de los pacientes intervenidos de cirugías especialmente significativas como prótesis articulares u osteosíntesis de grandes huesos. También utilizaban dicho servicio los pacientes ingresados en las secciones de crónicos o rehabilitación que sufrían una complicación.
- En ambos casos intervenía como consultor el Dr. Santos García Moris.

Servicio de Radiología

Imprescindible dado el abultado número de patologías osteo-articulares ingresadas en el hospital.

Servicio de Laboratorio

Responde a las demandas que se podían generar en el hospital.

Servicio de Anestesia

Según la opinión de los directivos de la época el Servicio de Anestesia se enfocaba como una prestación profesional por acto médico.

Servicio de médicos consultores

Este servicio se mantuvo desde los inicios de la actividad del HSJD como sanatorio.

Actividad asistencial

Desde el 1 de enero al 30 de septiembre de 1977 se contabilizaron 764 intervenciones quirúrgicas.

Tabla X.4. Actividad quirúrgica. Año 1977

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal , Onofre	10
Dr. Canalejo Mateo, Francisco	108
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martinez , Juan Luis	146
Dr. Llaneras	1
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	104
Dr. Martí Capilla, Timoteo	45
Dr. Pérez Feliu, Antonio	255
Dr. Pons Delgado, Félix	75
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	20
Total intervenciones quirúrgicas	764

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1977

VII AÑO 1978

Instalaciones

1978 fué el año en el que se proyectó una gran ampliación y remodelación del edificio hospitalario, fruto de la necesidad de adaptación del hospital al tipo de enfermos que se atendían, dotando al mismo de aquellos elementos necesarios de primera necesidad: agua caliente, cuartos de baño, calefacción adecuada, etc.

Se encargó la realización del proyecto de ampliación y reforma del hospital al arquitecto Sr. Miguel Arenas Gou, haciendo hincapié en la necesidad de mantener una parte de actividad quirúrgica, primando la dedicación a pacientes de rehabilitación.

En el transcurso de esta primera gran remodelación y ampliación de las tres que va a experimentar el hospital a lo largo de los años, se procedió a la transformación del bloque quirúrgico y a la construcción de una nueva ala hacia la parte que daba al mar. Con esta nueva estructura arquitectónica se pretendía que el centro hospitalario llegase a una capacidad de 100 camas y que la zona quirúrgica tuviera una nueva y moderna configuración según los requerimientos que el Ministerio de Industria exigía a las instituciones sanitarias.

La ampliación del bloque quirúrgico supuso la desaparición de la capilla, reduciéndose el espacio sagrado a la planta baja con entrada directa desde la parte anterior del edificio. La construcción de una nueva ala de tres plantas (planta baja y dos alturas) permitiría ubicar habitaciones y otras dependencias: gimnasio, salas polivalentes, cafetería, etc.

La clausura y residencia de los hermanos, pasó a las dependencias junto a la capilla, con lo que se lograba una mayor intimidad e independencia. Los servicios de cocina, lavandería, ropería quedarían ubicados en un punto central con lo que se facilitaba la conexión con el resto del hospital. La zona de vestuarios del personal tendría acceso por la puerta de servicio adjunta a la cocina. La nueva entrada al hospital sería de cara al mar con lo que ganaría en belleza, quedando las plantas de hospitalización y zona quirúrgica más independientes y alejadas de la zona de entrada.

Fig. X.3. Hospital San Juan de Dios. Año 1978



Fachadas marítima y posterior del edificio hospitalario, antes de la ampliación de 1978. Fuente: archivo fotográfico del HSJD

Fig. X.4. Proyecto de ampliación del Hospital San Juan de Dios. Año 1978



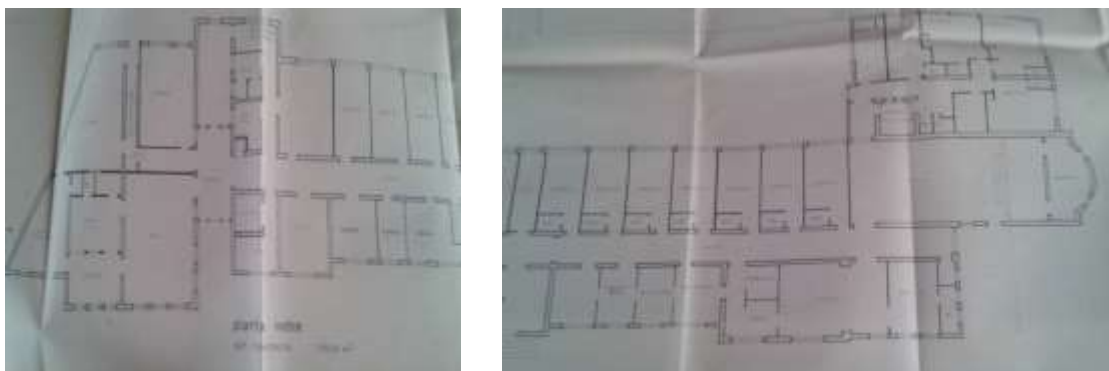
Arquitectos: Sr. Miguel Arenas Gou y José Francisco Villalonga Garau. Fuente: Expediente L.O. 1978/1984 depositado en el archivo Municipal de Palma de Mallorca 'Can Bordils'. Se aprecia el diseño del ala adosada a la cara marítima del edificio original

Fig. X.5. Plano del detalle de una habitación tipo del Hospital San Juan de Dios



Proyecto de reforma julio 1978, arquitectos: M. Miguel Arenas Gou y José Francisco Villalonga Garau. Fuente: expediente L.O. 1978/1984 depositado en el archivo Municipal de Palma de Mallorca 'Can Bordils'

Fig. X.6. Plano primera planta del Hospital San Juan de Dios



Imágenes de los planos de la primera planta del HSJD. Fuente: expediente L.O. 1978/1984 depositado en el archivo Municipal de Palma de Mallorca 'Can Bordils'

En 1978 se presentó definitivamente el proyecto arquitectónico de ampliación del HSJD a cargo de los arquitectos Miguel Arenas Gou y José Francisco Villalonga Garau, siendo el técnico Sr. Mateo Cañellas Amengual según consta en el expediente de licencia de obras L.O. 1978/1984, depositado en el Archivo Municipal de Palma de “Can Bordils”. Con este planteamiento de cambios arquitectónicos, durante el bienio 1978 y 1979 se redujo la actividad en todos sus parámetros: hospitalización, cirugía y rehabilitación.

Personal

El Servicio de COT estaba compuesto por los siete equipos quirúrgicos de los cupos de la SS mencionados anteriormente, cada equipo constaba de un jefe de equipo y un ayudante y el equipo propio del hospital.

El Servicio de Anestesia y Reanimación estaba compuesto por cuatro anestesistas que se turnan operando con los distintos equipos de cirujanos. El Servicio de Rehabilitación disponía de un jefe de servicio y dos médicos rehabilitadores.

Actividad asistencial

El año 1978 registró un descenso en el número de cirugías por las obras de ampliación y renovación de los quirófanos. En relación a la cirugía, durante estos años se realizaban fundamentalmente tres grupos de cirugía según su complejidad:

- Cirugía menor: uñas incarnadas, papilomas, fibrosis palmares y plantares, dedos en resorte-martillo, retoques de cicatrices y tenotomías.
- Cirugía mediana: hallux valgus o hallux rigidus, neuroma de morton, osteotomías, transposiciones tendinosas y nerviosas, operación de pie plano con la técnica Viladot, meniscectomías, release rotuliano, enfermedad de Dupuytren, operación de Lemaire para la insuficiencia del ligamento cruzado anterior(LCA) y operación de Mansat.
- Cirugía mayor: prótesis de cadera como prótesis cefálicas, totales, prótesis de doble cúpula (Hugler-Weber, Mitelmeyer); prótesis de rodilla como prótesis unicondilares, tipos Freeman o Cartier, prótesis totales tipos Freeman II y III, GSBI, Shier, Insall-Burnstein; osteotomías de fémur y tibia; osteotomía de Bandi; artrodesis de columna con injerto; escoliosis; artrodesis de rodilla, tobillo y pie; operación para el pie equinovaro; Dupuytren complejo.

Por las circunstancias mencionadas se apostó mayormente en los grupos de cirugía menor y media, aunque se siguieron implantando prótesis articulares. En la siguiente tabla se relacionan las intervenciones realizadas por los cirujanos.

Tabla X.5. Actividad quirúrgica. Año 1978

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal , Onofre	10
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martinez , Juan Luis	110
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	65
Dr. Martí Capilla, Timoteo	19
Dr. Pérez Feliu, Antonio	202
Dr. Pons Delgado, Félix	22
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	14
Total intervenciones quirúrgicas	442

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1978

VIII AÑO 1979

Instalaciones

En enero de este año, después de un estudio de los distintos presupuestos presentados, y previo cambio de impresiones con el equipo de la Curia Provincial se eligió el grupo de empresas constructoras de albañilería, de aire acondicionado y de instalaciones eléctricas que se harían cargo de la importante reforma y ampliación. Concretamente las empresas encargadas fueron: ALPE SA (como constructora), TECNICA Y CLIMATIZACION SA (para la climatización) y ELECTROTECNIA ESPAÑOLA (para las instalaciones eléctricas).

El movimiento de tierras previo a toda esta estructura se inició el 24 de enero de 1979 y las cimentaciones el 15 de febrero del mismo año.

Personal

En noviembre de este año se contrató al Dr. José Javier Ramos Martín como traumatólogo jefe clínico en el equipo del hospital.

Actividad asistencial

El índice de ocupación es muy satisfactorio. La actividad quirúrgica durante este año alcanzó la cifra de 374 intervenciones quirúrgicas, teniendo en cuenta que durante el bienio 1978-1979 descendió la actividad por las obras de renovación de los quirófanos.

Tabla X.6. Actividad quirúrgica. Año 1979

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martínez, Juan Luis	86
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	52
Dr. Martí Capilla, Timoteo	12
Dr. Pérez Feliu, Antonio	196
Dr. Pons Delgado, Félix	18
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	10
Total intervenciones quirúrgicas	374

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1979

Actividades formativas realizadas en el periodo 1975-1979

Las actividades formativas y docentes realizadas en el HSJD durante los años 1975-1979 fueron las siguientes:

- El profesor H. J. G. Scheier, uno de los autores de la prótesis de rodilla semiconstreñida GSB, realizó un taller sobre este modelo protésico en 1978.
- El profesor J. Wagner, experto en cirugía protésica de cadera realizó un taller en el HSJD sobre las prótesis de cadera de doble cúpula en 1978.
- El profesor M.A.R. Freeman del London Hospital Medical College, Universidad de Londres, acudió invitado al HSJD realizando seminarios sobre las prótesis de deslizamiento de rodilla de su propio diseño tipos Mark I, II y III; sobre prótesis de rodilla unicondilares y sobre prótesis de cadera de doble cúpula en 1979.
- El profesor Walter Bandi (1912-1997), uno de los fundadores de la Asociación para la Osteosíntesis (AO) Suiza, realizó un taller sobre osteotomías de rodilla en 1979.

- El profesor Diego L. Fernández. Oberarzt del Servicio de COT del Inselspital de Berna, visitó el HSJD para realizar un taller sobre dos temas relacionados: la prótesis autobloqueante cementada de M. Müller y el Sistema de Asociación para la Osteosíntesis de placas para fracturas supracondileas de fémur en 1979.
- El profesor Renato Bombelli del Hospital de Busto Arsizio, Lombardia, Italia y del Hospital San Giuseppe de Milán realizó un taller sobre osteotomías derrotativas de fémur en el HSJD en 1979.
- El profesor Ramón Viladot Perice (1922-2001), jefe del Servicio de COT del Hospital de San Rafael de Barcelona y catedrático de COT de la Universidad Autónoma de Barcelona, acudió invitado al HSJD para realizar un taller sobre pie plano en 1979.
- El Dr. Marcel Lemaire (1918-2006), traumatólogo francés pionero en estudiar la patología de la rodilla y la patología del deporte, visitó el HSJD e hizo un taller demostrativo de su técnica de “plastia extra-articular para la insuficiencia del ligamento cruzado anterior” en 1979.
- El Dr. Michel Mansat, traumatólogo jefe de Servicio en el Hospital Universitario de Purpan, Tolosa, Francia, visitó el HSJD y realizó un taller sobre patología del hombro en 1979.
- El Dr. Philippe Cartier, especialista francés en cirugía de rodilla y muy especialmente en las prótesis unicompartmentales, realizó un taller sobre este tipo de implantes en el HSJD.

IX AÑO 1980

Instalaciones

Es el año en que terminó la gran remodelación del HSJD incrementando el número de camas instaladas hasta 110. La nueva ampliación emprendida consistió en añadir un ala nueva orientada hacia la línea del mar, adosada a la parte oriental del edificio original. Las nuevas obras representaron un cambio en la ubicación de los distintos departamentos. En la planta baja del ala nueva se ubicaron la recepción, administración, gerencia, dirección médica, enfermería-asistencia social, el servicio religioso, sala de juntas, archivo y la nueva capilla. Además, se creó un espacio nuevo para el gimnasio, una cafetería y dependencias auxiliares (posibles consultas). En la primera y segunda plantas se habilitaron un total de 28 habitaciones (14 por planta) con una capacidad de 56 camas.

Fig. X.7. Vistas aéreas del Hospital San Juan de Dios hacia 1980



Fuente: archivo fotográfico personal del autor.

En el edificio original, se renovó la parte occidental produciéndose la remodelación de toda la zona quirúrgica de la primera planta y primitiva capilla. Se planteó el objetivo de disponer de dos quirófanos limpios junto a un quirófano complementario para cirugías más contaminadas o traumatología.

De las 110 camas del hospital, se asignaron el 60-75%, según la época del año, para cirugía ortopédica y traumatología, el 25-30% al servicio de rehabilitación y al ingreso sociosanitario un 10%.

Fig. X.8. Imágenes del gimnasio-sala de recuperación y cuidados intermedios en 1980



Imagen superior: gimnasio en la planta baja de la nueva ala construida. Imagen inferior: sala de recuperación y cuidados intermedios situada en la primera planta junto a la zona quirúrgica. Año 1980. Fuente: archivo personal del Dr. A. Perez Feliu.

Este año 1980 fue el último que utilizó la capilla tal y como se conocía desde el inicio ya que por causa de la remodelación hospitalaria, la capilla quedaría reducida a una área de la planta baja.

Personal

Junta de gobierno

Compuesta por el nuevo Hno. Superior José Pelegrín López, acompañado por el director médico Dr. A. Pérez Feliu y el Hno. Salvador Baigual que realizaba funciones de gerente.

Servicios clínicos

El Dr. Santos García Moris, asumió el nombramiento de jefe de Anestesiología-Reanimación así como la jefatura de Medicina Interna. En el área de Medicina Interna y especialmente para los pacientes de ingreso socio-sanitario colaboraba el Dr. Miguel Robredo.

En el área de cirugía ortopédica y traumatología, los equipos quirúrgicos operativos en aquella época eran:

- Equipo propio del hospital formado por el Dr. A. Pérez Feliu y ayudante.
- Cupos quirúrgicos de la SS: eran un total de 13 cupos de especialistas de COT, cada uno de ellos formado por un jefe de equipo y un ayudante trabajando en el hospital. Los especialistas responsables eran:
 - Equipo 1: Alba Vidal, Onofre
 - Equipo 2: Bosch Calafat, Juan
 - Equipo 3: Canalejo Mateo, Francisco
 - Equipo 4: Dora Parera, Miguel
 - Equipo 5: Garau Salvá, Juan
 - Equipo 6: León Martínez, Juan Luis
 - Equipo 7: Llopis Faner, Blas
 - Equipo 8: Malberti Fernández, Guillermo
 - Equipo 9: Martí Capilla, Timoteo
 - Equipo 10: Monné, Antonio
 - Equipo 11: Pérez Feliu, Antonio
 - Equipo 12: Pons Delgado, Félix
 - Equipo 13: Sánchez Fernández, Juan

En el área de rehabilitación, se disponía de un equipo facultativo formado por el Dr. José Manuel Martínez Ruíz y sus ayudantes (un jefe de sección y un médico adjunto) a los que se sumaban diez fisioterapeutas y un asistente social.

En 1980, al disponer de mayor capacidad de recursos materiales y humanos en los dos centros (hospital y centro asistencial) se acometió una nueva organización funcional del servicio de rehabilitación en la que se definían las funciones de todo el personal del servicio, la interrelación interna entre los distintos estamentos del servicio con el resto de equipos asistenciales del hospital y con el departamento de dirección-gerencia-administración del hospital.

En el ámbito asistencial, las actividades realizadas por los facultativos rehabilitadores eran: estudio clínico de los pacientes remitidos al servicio en una primera visita, las indicaciones terapéuticas y controles en sucesivas visitas, la realización de informes médicos para redirigir a los pacientes a los distintos especialistas e indicar el alta clínica.

En 1980 se formaliza un acuerdo con el Radiólogo Matias Enseñat Alemany para que se responsabilice del Servicio de Radiología del HSJD con la colaboración del ATS/DUE técnico en radiología Valentin Peguera

Asimismo en 1980 se contratan 2 neurologos: Antonio Barceló Rosselló y Manuel palomar

Cartera de servicios

Servicio de COT

En relación al servicio de COT, en 1980 los equipos de COT implantaron una división de las intervenciones quirúrgicas de acuerdo con su complejidad quirúrgica, dividiendo o considerando 5 grupos

- Grupo 1º: uña incarnata, pequeños tumores, papilomas, desbridamientos, extracción de material de osteosíntesis pequeño.

- Grupo 2º: gangliones, fibrosis palmar simple, tumoración media, quiste de Baker, desbridamientos complicados, extracción de material de osteosíntesis medio, dedo en martillo, dedo en resorte.
- Grupo 3º: meniscectomías abiertas, osteotomías simples, enfermedad Dupuytren, tumoraciones, prótesis digitales, hallux valgus-rigidus, juanete de sastre, metatarsalgias.
- Grupo 4º: osteotomías huesos grandes, prótesis cefálicas de cadera, artrodesis simples, cirugía de la hernia discal.
- Grupo 5º: prótesis totales de cadera y rodilla, operación de Harrington de columna, reprótesis, artrodesis de articulaciones grandes.

Servicio de Rehabilitación

El servicio de rehabilitación, coincidiendo con la finalización de la ampliación operada en el hospital, experimentó una reestructuración y adecuación de sus recursos materiales y humanos.

Destaca como tema preferente la rehabilitación de los padecimientos de columna vertebral, especialmente la escoliosis; la rehabilitación neurológica de hemiplejias, paraplejias, diplejias y monoplejias y la rehabilitación traumatológica, ortopédica y reumatológica.

Se implementaron nuevas técnicas como: terapia ocupacional, estimulación precoz y psicomotricidad.

Actividad asistencial

Al no disponer de datos estadísticos fehacientes, se presenta un cálculo aproximado de la actividad de COT. Los cupos quirúrgicos producían unas 39 cirugías semanales durante las 40 semanas hábiles del año, lo que hacen un total aproximado de 1.560 cirugías al año. El equipo quirúrgico propio del hospital originaba unas 18 a 20 cirugías a la semana, lo que durante las 40 semanas hábiles al año suponen entre 720-800 cirugías anuales. En total, las cirugías realizadas oscilaban entre 2280-2360.

Actividades formativas

Dada la progresiva orientación hacia la cirugía ortopédica implantológica y de gran especialización, se hizo necesario implantar una serie de iniciativas. Así, el equipo quirúrgico del hospital de COT se planteó la realización de una serie de acciones formativas dirigidas al propio personal médico, enfermero, de auxiliares de clínica y celadores y personal de limpieza.

Se potenciaba:

- Formación teórico-práctica post-graduada de médicos ayudantes especialistas en COT, mediante la realización y frecuentación de cursos y talleres de la especialidad.
- La formación de enfermeros-DUE instrumentistas en COT, mediante el conocimiento de las distintas fases de la instrumentación traumatológica y ortopédica, composición y nomenclatura del material ortopédico y el montaje de la mesa quirúrgica.
- Formación de personal auxiliar en quirófano de COT, insistiendo en el protocolo de asepsia de personal y material, circulación en quirófanos, cuidados y almacenamiento de material y composición de las distintas cajas de material según las técnicas quirúrgicas a utilizar en la sesión.
- Formación de celadores y personal de limpieza según los protocolos de la especialidad.

- Formación en léxico propio y adecuado de la especialidad: diagnósticos, tratamientos, técnicas, etc.

Toda esta disciplina de tipo docente se aplicó de forma intensiva a lo largo de tres años (1980-1983) consiguiéndose así que los propios colaboradores transmitieran ellos mismos a posibles compañeros la instrucción y el aprendizaje de las peculiaridades técnicas de la especialidad de COT.

Dirigido a los colaboradores de la planta de hospitalización quirúrgica se promovió la formación del personal de enfermería, auxiliar, celador y personal de limpieza, habida cuenta de que tras unos años de cuidados a población infantil o pacientes de patologías crónicas, se hacía necesario adecuar los conocimientos del personal a las necesidades específicas de la hospitalización en COT. Los cuidados enfermeros que requiere el paciente quirúrgico difieren de otro tipo de ingresados: valorar adecuadamente el curso de una herida, los drenajes y los cuidados pre y postoperatorios, las transfusiones, etc., lo que requiere una formación específica, motivo por lo que se organizaron cursos y seminarios para este personal, con teoría y práctica adecuada a los distintos estratos del personal de planta.

Por otro lado, el HSJD participó en el V Congreso Hispano-Italiano de Traumatología y Cirugía Ortopédica celebrado en Córdoba los días 4 a 7 de mayo de 1980.

X AÑO 1981

Instalaciones

Se acometieron las obras en la parte posterior de la primera planta del hospital donde antes estaba la entrada principal que quedó reservada para la entrada de ambulancias. Se construyó además un botiquín para curas y un despacho del médico de guardia. El 24 de septiembre de 1981 se utilizó por última vez el quirófano antiguo. Se utiliza ya la sala de yesos y el quirófano séptico. A finales de septiembre se utilizaron los quirófanos nuevos inaugurados por el Dr. Juan Garau Salvá el 29 de septiembre de 1981.

La nueva configuración de la zona quirúrgica suponía la existencia de dos quirófanos para cirugía limpia y un quirófano para traumatología o cirugía contaminada, zona de lavado de manos, zona de anestesia, servicios sanitarios y vestuario del personal, zona de relax, zona de esterilización y lavado de material, zona de UCI y cuidados intermedios, sala de yesos y almacenes. El 28 de diciembre de 1981 se terminó la dotación del aparataje de la sala de UCI, anexa a la zona quirúrgica.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de la disponibilidad de quirófanos para los distintos equipos quirúrgicos del hospital.

Tabla X.7. Distribución de equipos quirúrgicos

	Mañana		Tarde	
	Quirófano 1	Quirófano 2	Quirófano 1	Quirófano 2
Lunes	Equipo 11	Equipo hospital	Equipo hospital	
Martes	Equipo 5	Equipo 6	Equipo 5	Equipo 6
Miércoles	Equipo 3	Equipo 8	Equipo 9	Equipo 10
Jueves	Equipo 12	Equipo hospital	Equipo hospital	
Viernes	Equipo 4	Equipo 7	Equipo 2	Equipo 13
Sábado	Equipo hospital			

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1981

Personal

En febrero de 1981 se incorporó al Servicio de Rehabilitación la Dra. Antonia Mateu cesando a petición propia el Dr. Miguel Robredo Millán.

Cartera de servicios

Se mantiene la misma que en años anteriores.

Actividad asistencial

La tasa de ocupación hospitalaria fue alta a lo largo de todo el año 1981. La ocupación de las camas de rehabilitación y de ingreso socio-sanitario fue igualmente alta.

Actividades formativas

A lo largo de 1981 se realizaron las siguientes acciones formativas y docentes:

- El 23 y 24 de enero se celebraron en el hospital unas Jornadas sobre aspectos de la patología de la rodilla y su tratamiento, organizadas por el Dr. Juan Luis León Martínez, junto a los Dres. Martínez, Pons, Pérez-Feliu, Alba y Canalejo. Acudió el afamado especialista francés Dr. Philippe Cartier. Se trataron dos temas novedosos: las prótesis parciales o unicompartmentales de rodilla, defendidas en Francia y Europa por el Dr. Philippe Cartier¹⁰⁶ y en segundo lugar las lesiones ligamentosas, aportando las soluciones del también colega francés Dr. Lemaire.¹⁰⁷ Las jornadas consistieron en conferencias y realización de intervenciones quirúrgicas sobre los temas tratados. Todas las sesiones quirúrgicas se retransmitían por circuito cerrado de TV.
- El 29 de mayo se celebró una Jornada sobre rodilla artrósico-reumática a la que asistieron 40 médicos.
- Del 11 al 13 de junio tuvo lugar en el hospital el X Congreso Nacional de Rehabilitación organizado por la Sociedad Española de Rehabilitación (SER).
- El 5 de julio se programó una “Sesión teórico-práctica sobre prótesis de cadera isoelástica” a cargo del profesor Erwin Morscher¹⁰⁸ del Hospital Felix Platter de Basilea (Suiza).
- El 5, 6 y 7 de noviembre se celebraron unas Jornadas de cirugía de cadera organizadas por el Servicio de COT del HSJD y las instituciones abiertas de la SS de Palma de Mallorca. Fueron impartidas por el Dr. Renato. Bombelli de Milán, los Dres. Robert. Mathis y E. Morscher, de Basilea. También asistieron el profesor Bandi, muy vinculado a la casa suiza Synthes. Son los creadores de la prótesis isoelástica, tema sobre el que giró el congreso. Se registró una importante asistencia de médicos, 41 de Baleares y 87 de la península conformando un total de 127 asistentes. Se trataron temas como la osteotomía valguzante de cadera, las osteotomías intertrocanterias y las prótesis de cadera tipo R.

¹⁰⁶Philippe Cartier, es un cirujano francés afincado en París especializado en diseño e implantación de prótesis unicompartmentales de rodilla. Nota del autor.

¹⁰⁷Marcel Lemaire (1918-2006) fue un cirujano ortopédico francés que en la década de los 60 y 70 del pasado siglo popularizó una técnica extraarticular para el tratamiento de la insuficiencia del ligamento cruzado anterior (LCA). Nota del autor.

¹⁰⁸Erwin Morscher (1930-2008, Basilea, Suiza) fue un traumatólogo y cirujano ortopédico suizo especializado en el campo de las sustituciones protésicas articulares, especialmente a nivel de cadera. Nota del autor.

Mathys en sesiones teóricas y prácticas. Durante estos días se efectuaron cuatro intervenciones quirúrgicas retransmitidas por circuito cerrado de TV.

- A finales de noviembre una representación de médicos del HSJD (F. Pons, A. Pérez-Feliu y O. Alba) acudieron a Basilea (Suiza) para presentar casuística sobre prótesis de cadera realizada en el hospital.

XI AÑO 1982

Como dato histórico a destacar, el 17 de abril de 1982 vino en visita canónica el padre Superior General de la Orden de San Juan de Dios, el Padre Pierluigi Marchesi, acompañado por el P. Provincial de Aragón-San Rafael, Hno Gabino Gorostieta. De propia mano el Superior General escribió: *“Con gioiosa sorpresa ho visitato questo Centro Ospedaliero trovando una vivacità creativa e scientifica che mi ha dato immensa gioia. Alla Comunità religiosa, ai medici, al personale paramédico, il mio augurio di continuare a crescere ponendo al centro del, della ricerca, della amministrazione e delle struttura l’ uomo portatore di sofferenza”*.

Ambos quedaron muy satisfechos por lo que vieron en cuanto a la misión, visión y los valores del hospital. Así lo expresaron y quedó reflejado en unas inscripciones suscritas en el Libro de Honor del hospital.

Instalaciones

Se instaló un laboratorio de análisis clínico, ubicado en la primera planta, junto a la zona de quirófanos, cuya terminación se produjo en abril de 1982. Asimismo, se organizó el Servicio de Farmacia hospitalaria en la planta baja.

Personal

Se incorporaron a la plantilla permanente del hospital cinco médicos de guardia, dos neurólogos (Dres. Burcet y Monjo) y una farmacéutica. Además, durante este año, un nuevo cirujano se incorporaría de manera temporal al hospital. Se trata del Dr. Antonio Cañellas Trobat que se desplazaba desde Menorca a Palma para intervenir a sus pacientes también derivados al HSJD mientras se realizaban obras en el Hospital de Virgen de Monte Toro de Mahón.

Cesó como médico rehabilitadora la Dra. Antonia Mateu.

Cartera de servicios

En 1982 se crearon los Servicios de Farmacia Hospitalaria y de Laboratorio de Análisis Clínicos a cargo de la farmacéutica Doña Antonia Sampol Vicens. El Servicio de Farmacia en la modalidad de depósito de medicamentos. Además la misma licenciada en farmacia tutelaba la Hematología (Transfusiones) que se realizaba en el hospital

También se creó el Servicio de Neurología, los mencionados Dr Jaime Burcet y Monjo. Asimismo, se puso en marcha la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y cuidados medios, adjunta a la zona quirúrgica.

Por otro lado, se organizó un nuevo Servicio de médicos de guardia que inició su andadura el 19 de julio de 1982. Este año, debido a las necesidades generadas por el importante volumen cuantitativo y cualitativo de la cirugía practicada en el hospital, se vió la necesidad de instituir la figura del médico de guardia. Se crearon cinco plazas de médico de guardia. En principio se ofrecieron a los médicos ayudantes de cupo que habitualmente ya frecuentaban el hospital.

Cada día laborable correspondía a un médico de guardia y los sábados y domingos eran rotatorios.

Al no existir urgencias externas, la actividad estaba básicamente orientada a las urgencias que pudieran surgir de los pacientes ingresados, aunque también se asistía a posibles consultas externas de la vecindad o circunstanciales.

La ubicación del puesto de guardia, era un despacho médico con cuarto y servicios privados. Dicho local estaba situado en el pasillo de la primera planta que conectaba con el puesto de control de enfermería.

Habitualmente el día de guardia se iniciaba a las 8 de la mañana con el acto de relevo entre el médico entrante y el saliente que se intercambiaban las novedades y episodios de interés de la jornada anterior. Posteriormente, subían a la segunda planta donde se ubicaban los pacientes ingresados para rehabilitación y socio-sanitarios, se contactaba con la enfermera de turno y se resolvían las dudas, consultas, revisión de medicación, revisión de exploraciones solicitadas, etc.

La misma pauta se realizaba con la enfermera de la primera planta donde estaban los pacientes quirúrgicos operados por los distintos cupos quirúrgicos, o bien pacientes ingresados por accidentes de tráfico, trabajo o mutuas de seguros médicos.

Si las circunstancias lo permitían, el médico de guardia frecuentaba el quirófano y ayudaba a los cirujanos que estaban operando. Dichos quirófanos funcionaban especialmente en horario de mañanas y alguna tarde.

Por las tardes, se pasaba visita a los pacientes intervenidos y se revisaban las curas pendientes o las dudosas. También se confeccionaban los yesos post-operatorios o se vigilaba el curso de los mismos. Previamente a la hora de la cena se volvía a pasar visita en la primera y segunda planta para prevenir alguna duda de evolución clínica o medicación. Tras la cena, lo habitual era la calma, solo interrumpida por alguna complicación de los pacientes crónicos, que se resolvían o se derivaban al hospital de referencia; la asistencia a algún operado al que le molestaba el vendaje o el yeso y la atención a los exitus que se pudieran presentar.

Los médicos asimismo practicaban analíticas de urgencia, especialmente hematócritos. Para otras exploraciones más completas se daba aviso al laboratorio de guardia. Igualmente se realizaban exploraciones radiológicas que pudieran precisarse: radiografía de tórax, abdomen, huesos.

Actividad asistencial

Empezó el mes de enero con baja actividad quirúrgica que después se fue recuperando a partir de febrero. Concretamente en el mes de febrero, el ritmo de intervenciones quirúrgicas era muy grande con lo que la planta de hospitalización estaba al completo.

En hospitalización las tasas de ocupación se mantuvieron altas, en torno al 70-80% durante todo el año.

En la planta de rehabilitación, la ocupación era menor con una media de 30 pacientes ingresados de un total de 40-45 camas disponibles.

El volumen de enfermos asistidos en el centro asistencial fue bajo, especialmente por la política de no derivación de pacientes desde el Hospital Son Dureta.

Actividades formativas

Entre las acciones de mejora que se realizaron en el hospital, alentadas por la Comunidad de hermanos y la gerencia y organizadas por la Dirección médica, estaban las acciones formativas y las docentes.

Las acciones formativas consistían básicamente en invitar a un especialista, nacional o extranjero, experimentado en un determinado campo de la COT y organizar una sesión clínica hospitalaria con acto quirúrgico incluido, seguido de un seminario o discusión pertinente en cada caso, en las patologías más interesantes para la tipología de pacientes atendidos en el hospital.

Las acciones docentes eran aquellas impartidas por el personal médico del centro, experto en determinados procesos patológicos, y destinadas a otros especialistas foráneos que acudían para perfeccionar sus conocimientos.

En algunas ocasiones podía tratarse de acciones mixtas, en las que se enseñaba y se aprendía simultáneamente.

Las jornadas científicas realizadas en el hospital durante el año 1982 fueron:

- El 18 de febrero visitaron el hospital el Dr. Fernando Collado Herrero (1916-2004), jefe del Departamento de Traumatología del Hospital Valle de Hebrón de Barcelona y profesor titular de cirugía; su hijo, también médico de Barcelona y el Dr. Enrique Galindo Andújar, jefe de sección del Servicio COT del Hospital “La Paz” de Madrid. En esta sesión quirúrgica se realizaron plastias ligamentosas de rodilla tipo Lemaire y prótesis isoelástica. Al término de la sesión el Dr. Collado felicitó al hospital por el nivel alcanzado en los tratamientos quirúrgicos de ortopedia.
- El 25 de febrero participaron en una jornada de cirugía de implante de prótesis isoelástica R. Mathys. Como cirujanos invitados asistieron los Dres. Galindo y Mora del Hospital “La Paz” de Madrid.
 El 27 de febrero participaron en una jornada de cirugía de implante de prótesis isoelástica R. Mathys como cirujanos invitados los Dres. Valencia y Trujillano del Hospital “12 de Octubre” de Madrid.
- El 2 de abril se realizó como acción docente en el hospital una revisión de la patología reumática y artrósica de la cadera así como los tratamientos médicos y quirúrgicos.
- El 23 y 24 abril, los Dres. F. Pons y O. Alba presentaron casos en las Jornadas Reumatológicas organizadas por el Dr. Llopis en Palma de Mallorca.
- El 24 de mayo, se celebró una jornada en el hospital sobre prótesis isoelástica de cadera y la prótesis Mark 2 de rodilla a la que acudieron como invitados los Dres. Luis Baon y Miguel Ordóñez del Hospital “La Paz” de Madrid. En dicha jornada participó también el Dr. Juan Cruz Martínez, Subdirector Provincial de Insalud.
- El 3, 4 y 5 de junio, se realizaron las primeras jornadas de actualización en traumatología y cirugía ortopédica y XIV Simposio de columna vertebral organizados por el Servicio de COT de la Residencia Sanitaria “Virgen de Lluch”. En dichas jornadas el HSJD presentó la ponencia “Sustitución total de la cadera mediante prótesis no cementada tipo isoelastica-cotilo RM”. Participaron entre otros los Dres. Juan Luis León, G. Malberti, J. Sánchez, F. Mulet, F. Izquierdo, M. Mir, J. Ramos, A. Sabater, T. Martí, O. Alba, J. Mérida, A. Llaneras, A. Pérez-Feliu, J. Garau y F. Canalejo.

- El 17 de junio, se organizó una jornada sobre técnicas quirúrgicas aplicadas en el hospital en relación a la implantología de prótesis de cadera y rodilla a la que acudieron como cirujanos invitados los Dres. Felipe Bastos Mora, Perramon, Martí y Fernández, todos de Barcelona.
- En septiembre, se organizó una jornada sobre las reprotésis de cadera a la que acudieron cirujanos del Hospital de Nuestra Señora de la Esperanza y de la Clínica “La Alianza” de Barcelona.
- El 12 de diciembre, un grupo de cirujanos del hospital, los Dres F. Pons, A. Pérez Feliu, Javier Ramos y Rafael Salas intervinieron en unas “Jornadas inter-hospitalarias sobre prótesis isoelásticas” que se celebraron en la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre de Madrid.

Por otro lado, las visitas de intercambio profesional entre el HSJD y otras instituciones nacionales o extranjeras realizadas durante 1982 fueron:

- El 13 de enero, visitó el hospital el profesor Dr. Hans Willeneger (1910-1998), médico-jefe de la Clínica Quirúrgica del Hospital Cantonal de Liestal (Suiza), profesor extraordinario de cirugía en la Universidad de Basilea (Suiza) y primer presidente de la Asociación Internacional para la Osteosíntesis (AOI).
- El 26 y 27 marzo, los Dres. F. Pons, A. Pérez Feliu y J. Ramos asistieron al “3 Symposium über Isoelastische RM- Hüffprothesen”, organizado en Bettlach (Suiza) por el Dr. Erwin Morscher de la Universidad de Basilea (Suiza) y el profesor Renato Bombelli de la Clinica ortopedica Busto Arsizio de Italia. Presentaron los trabajos sobre la prótesis isoelástica exponiendo la experiencia del hospital, único centro español invitado a la reunión científica. Fue la experiencia más completa de todas las presentadas.
- El 30 de marzo, visitó el hospital, Don Luigi Negri, director de la casa Synthes España. Durante la visita se comentó la posibilidad de organizar en el hospital unos cursos para enfermeros instrumentistas de COT, serían los primeros cursos a celebrar en España.
- El 21,22 y 23 de abril, el Dr A. Pérez Feliu, invitado por el Dr. Gala, jefe de Servicio del Hospital Reina Sofía de Córdoba presentó la experiencia del HSJD de Palma en prótesis isoelásticas.
- En may, el Vicerrector de la Universidad Autónoma de Barcelona visitó el hospital con el motivo de que el HSJD pudiera admitir alumnos de sexto curso de Medicina para hacer su curso rotatorio. Serían alumnos de Baleares con difícil cabida en los hospitales de Barcelona.
- El 4 de junio, visitaron el hospital el profesor Dr. José Palacios Carvajal, jefe de Servicio del Hospital “Santiago Ramón y Cajal” de Madrid y el Dr. Juan Cruz Martínez, Subdirector Provincial del Insalud.
- El 5 noviembre, visitó el hospital el profesor Dr. Erwin Morscher (1929-2008), profesor y jefe de la Unidad de Cirugía Ortopédica en la Universidad de Basilea (Suiza). También vinieron el Dr. Enrique Galindo Andújar, jefe de sección del Servicio COT del Hospital “La Paz” de Madrid, el Dr. Renato Bombelli, autoridad italiana en la problemática de las enfermedades de la cadera y el Dr. Tomas Epeldegui Torre (Madrid 1943), jefe del Servicio de COT pediátrica del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

XII AÑO 1983

Durante el año 1983 tuvieron lugar contactos entre la dirección médica del hospital y el Insalud debido al gran retraso en la liquidación de las facturas presentadas y a la situación del nivel asistencial del HSJD en relación a la tarificación de los actos médicos. El hospital se mantenía asignado al Grupo 2 nivel 2 lo que reportaba una tarificación por debajo de los costes reales de la actividad realizada.

Instalaciones

Físicamente se mantiene el hospital configurado con 110 camas a las que se añaden 5 camas destinadas a cuidados medios. Sigue la configuración del hospital en dos aéreas o zonas asistenciales distintas: el hospital para el ingreso de pacientes intervenidos quirúrgicamente y pacientes de rehabilitación y media estancia y el centro de rehabilitación de Palma para los tratamientos de rehabilitación de pacientes ambulatorios procedentes de la SS y de las mutuas.

Personal

Junta de gobierno

Nuevo elenco formado por el Hno Superior José Esteve Puig que acumula el cargo de Gerente y el Director médico Dr. A. Pérez Feliu.

Servicios clínicos

En cirugía, se mantienen operativos el equipo propio del hospital y los 10 cupos quirúrgicos de la SS: Dres. Félix Pons Delgado, Antonio Pérez Feliu, Juan Garau Salvá, Francisco Canalejo Mateo, Guillermo Malberti Fernández, Timoteo Martí Capilla, Juan Luis León Martínez, Blas Llopis Fané, Miguel Dora Parera y Juan José Sánchez Fernández.

En rehabilitación, permanece invariable el mismo equipo facultativo hospitalario. No obstante, durante este año, el Insalud planteó la incompatibilidad del Dr. Martínez Ruíz que ocupaba la plaza de jefe de Servicio de Rehabilitación en el Hospital Son Dureta y también en el HSJD, lo que no resultaba institucionalmente aceptable. Esta situación condujo al cese, en octubre de este año, de los Dres. J.M. Martínez Ruíz y G. Bernabeu. En su lugar, se incorporó al Servicio de Rehabilitación la Dra. Pia Klapsing que permanecería como jefe responsable del Servicio de Rehabilitación hasta su jubilación en 2010.

Dra Pia Klapsing Schulte-Wintrop

Licenciada en medicina y cirugía. Cursa estudios de Medicina en Alemania en las Universidades de Marburgo, Wuszburgo y Essen. Se licencia en 1971. Entre 1972 y 1979 trabaja en la Clínica neurológica "Königin Elena Klinik" en Kassel. El mismo año realiza su tesis doctoral. En 1977 convalida sus estudios de medicina en la Universidad de Valladolid. En 1979 se traslada a Mallorca e inicia el MIR en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Son Dureta. En 1983 y 1984 trabaja como médico rehabilitador en el INSERSO, en valoración de discapacitados. A partir de 1983 entra en el HSJD como jefe del Servicio de Rehabilitación hasta su jubilación en 2010, compaginando con su actividad privada.

Cartera de servicios

Se mantuvo invariable

Actividad asistencial

Servicio de COT

En general, la ocupación de la primera planta rondó el 90-95% durante 10 meses, quedando dos meses con más baja ocupación. La actividad se mantuvo a base de los convenios con la SS y otras fuentes de ingreso de pacientes como: igualatorios médicos, seguros libres (Imeco, Medica Palma, Previa, Sanitas); particulares; seguros internacionales; mutuas laborales y compañías de seguros de accidentes de tráfico.

Como dato orientativo de la calidad asistencial, se dispone de una estadística que recoge la frecuencia de la infección post-operatoria en los tres últimos años, cuyos datos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla X.8. Infección post-operatoria. Año 1983

Tipo de cirugía	Tasa de infección post-operatoria
Cirugía pequeña	0,2%
Cirugía mediana	0,5%
Cirugía mayor	1,0 %
Gran cirugía (reprótesis, reintervenciones)	2,2%

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1983.

Servicio de Rehabilitación

En la segunda planta y durante el año 1983 se percibió una disminución del ingreso para rehabilitación manteniéndose el ingreso socio-sanitario. Ello es debido a la competencia que realizaba el Hospital Son Dureta que asumía la mayor parte de los ingresos de rehabilitación.

Actividades formativas

Las acciones formativas y docentes realizadas por el hospital durante el año 1983 fueron:

- El 31 de enero, se celebró una sesión científica sobre prótesis de cadera isolelasticas con la participación del Dr. Fernández Valencia.
- El 21 de febrero, tuvo lugar una jornada científica sobre cirugía con prótesis isoelelastica a la que acudieron el Dr. Ferrández Portal, catedrático de COT de la Universidad de Salamanca y su adjunto el Dr. Almeida y les acompañó el Dr. Pedro Sánchez del centro Nacional de Rehabilitación.
- En febrero, se realizó una jornada teórico-práctica de cirugía ortopédica con la presencia de los Dres. José Enrique Fernández Valencia, Mora y Trujillano del Servicio de COT de la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre de Madrid junto al Dr. Ginés Egea del Servicio de COT del Hospital Insular de Ibiza.
- El 14 y 15 de marzo, tuvo lugar el "Primer curso Nacional para DUE-instrumentistas en Cirugía Ortopédica", organizado por HSJD, con la tutela de la Universidad Autónoma de Barcelona y el Colegio Oficial de DUE de Baleares, y con el patrocinio de la Asociación para la Osteosíntesis suiza (A.O.). Dicho curso fue patrocinado por Synthes Iberica y tuvo una participación de más de 300 inscritos. Posteriormente, se organizó un segundo curso al que asistieron 74 profesionales sanitarios procedentes de todo el país.

- El 25 y 26 de marzo, un grupo de médicos del hospital: los Dres. Pons, Pérez, Ramos, Mulet y Godoy presentaron en Málaga una película grabada sobre la prótesis isoelástica y la casuística del hospital.
- El 13 de abril, un grupo de médicos del hospital asistieron en Sevilla al Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) para presidir una mesa redonda otorgada al HSJD y presentar varias comunicaciones.
- En abril, se organizó una jornada teórico-práctica sobre cirugía ortopédica viniendo como invitados los Dres. profesor Alberto Gimeno del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y el profesor F. González Fuster, catedrático de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Central de Barcelona.
- El 29 y 30 de abril, se organizaron las II Jornadas reumatológicas de Baleares, con la participación del Servicio de Reumatología y Enfermedades osteoarticulares de la Conselleria de Sanitat y la Real Academia de Medicina de Baleares
- El 15 y 16 de diciembre, se organizó el Primer Congreso Fundacional de la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología (ABCOT).

Por otro lado, durante el año 1983 se realizaron las siguientes visitas de intercambio profesional:

- En abril, visitó el hospital el Dr. Alberto Gimeno Álava, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- El 16 de julio, visitó el centro el Dr. Profesor Francisco González Fusté, catedrático de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona.
- En octubre, una delegación del hospital con el P. S. J. Esteve y los médicos Dres. Pons y Pérez-Feliu visitaron la casa Synthes, dedicada a la fabricación de prótesis y material implantológico para COT, en Suiza. Durante la visita se presentaron casos de prótesis isoelástica realizados en el hospital.
- También en 1983 visitaron el hospital el Dr. Christian López-Urrutia Bojanowsky, jefe del Servicio de COT del Hospital Universitario Gran Canaria Doctor Negrin, de las Palmas; el Dr. Guillermo de la Barreda López, jefe del Servicio de COT del Hospital Universitario de Canarias y Director de la Clínica San Juan de Dios de Tenerife; la Dra. F. González Porcel de Sanidad Nacional; el Dr. José Enrique Fernández-Valencia Rodríguez, jefe de sección del Servicio COT del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

XIII AÑO 1984

Cabe destacar que en julio de 1984 el HSJD consigue la recalificación hospitalaria pasando a ser considerado un hospital colaborador del Grupo IV Nivel II. Esto supondría un aumento del 33% en la tarificación de los actos médicos y hospitalarios.

Personal

El 13 de enero, el jefe de Anestesia y Medicina Interna Dr. Santos García Moris causó baja del hospital por incompatibilidad, asumiendo el cargo a partir de esta fecha la Dr. Concha Segura.

Actividad asistencial

Durante este año, y a petición del Insalud, que instó al HSJD a disponer de un mayor número de camas destinadas a cirugía, el hospital mantuvo un ingreso de pacientes de cirugía satisfactorio llegando a un máximo de disponibilidad de 62 camas.

En relación al ingreso de pacientes para rehabilitación, el hospital disponía de 48 camas con porcentajes de ocupación variables a lo largo de este año.

Actividades formativas

Las acciones formativas y docentes realizadas por el hospital durante el año 1984 fueron:

- Los días 30 y 31 de enero, se organizó en el hospital una sesión científica teórico-práctica sobre cirugía de cadera en la que participaron el Dr. Enrique Recarte del Hospital Insular Las Palmas de Gran Canaria, el Dr. Carlos García del Hospital General y Clínico de Tenerife y el Dr. Julio L. Vega Sanginés del mismo hospital.
- El 10 de marzo, el hospital participó en el XIV Seminario sobre costes y eficiencia de la práctica hospitalaria.

XIV AÑO 1985

El 9 de mayo de 1985 se creó la “Unión Balear de Entidades Sanitarias”, como sociedad de entidades sanitarias de gestión privada que se escindió e independizó de la anterior “Unión Catalano-balear de Hospitales” con sede en Barcelona. Presidió la “Unión Balear de Entidades Sanitarias” el Dr. Miguel Dalmau Diana; actuaron como vicepresidentes los Dres. Rotger y García junto al Superior del HSJD y como secretario general el Dr. Juan Prats.

En julio de 1985 el Insalud aplicó con carácter retroactivo, desde julio del 1984, el aumento de tarifas de la actividad asistencial. Se intuía que la intención del Insalud era concertar la actividad asistencial solamente con los centros hospitalarios sin ánimo de lucro, es decir, el HSJD y el Hospital de la Cruz Roja; ubicando en el HSJD a los traumatólogos y en el Hospital de la Cruz Roja a los cirujanos generales.

Personal

Durante este año 1985 se incrementaron el número de cupos quirúrgicos que desarrollaban su actividad concertada por cuenta de la SS en el HSJD, alcanzando la cifra de 15.

En relación a la plantilla propia del hospital, ésta alcanzaba los 116 trabajadores.

Actividad asistencial

Durante este año, la tasa de ocupación y la tasa de rotación enfermo/cama mejoraron ostensiblemente respecto al año anterior.

En mayo, la Orden de San Juan de Dios planteó la posibilidad de admitir grupos de 15 enfermos minusválidos procedentes de Italia para realizar sesiones de fisioterapia durante los meses de julio y agosto, en los cuales la admisión de enfermos quirúrgicos era menor por motivos vacacionales del personal facultativo. Esto hizo que en el mes de julio de este año, la ocupación fuera de 98 camas del total de 110.

Se adjuntan los datos relativos a la actividad asistencial en el área quirúrgica y de rehabilitación durante el año 1985.

Tabla X.9. Estadística asistencial del área quirúrgica. Año 1985

Camas	48
Índice de Ocupación	97%
Estancias	18.164
Estancia media	8,5 días
Estancia media según grupo quirúrgico	
Grupo 1 y 2	0,8 días
Grupo 3	4,2 días
Grupo 4	12,5 días
Grupo 5	16,4 días
Cirugías	1.823
Cirugía mayor	493
Cirugía mediana-pequeña	1.330

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1985

Tabla X.10. Estadística asistencial del área de rehabilitación. Año 1985

Camas	
Estancias	14.684
Estancia media	23 días
Sesiones de rehabilitación	24.748
Sesiones de electroterapia	22.066
Sesiones de kinesiterapia	11.030
Sesiones de mecanoterapia	19.500
Sesiones de grupo de columna	10.600

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1985

Actividades formativas

En relación a las actividades formativas, el HSJD participó, el 24 de octubre, en unas Jornadas de cirugía de cadera y rodilla organizadas por el Servicio de COT del Hospital de Guipuzcoa, aportando la experiencia hospitalaria en prótesis no cementadas de cadera y en prótesis de rodilla Freman III y IV.

XV AÑO 1986

En junio de 1986 se confirmó la continuidad del Hno. José Esteve como Superior de la Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Palma durante tres años más.

Aunque el grado de ocupación y de actividad asistencial del hospital era elevado, se producía una situación de estrechez económica debido a los retrasos en el pago de las actividades concertadas con el Insalud.

Personal

La plantilla propia del hospital fue de 115 empleados. Cabe destacar que por motivos de incompatibilidad, cesaron los consultores neurólogos, Dres. Antonio Barceló y Manuel Palomar.

Cartera de servicios

Como dato reseñable dentro de la cirugía ortopédica realizada en el hospital durante el bienio 1985-1986 se realizaron las primeras artroscopias articulares de la rodilla a cargo de G. Malberti, Juan Luis León y Miguel Dora.

Actividad asistencial

En general, durante 1986 la ocupación hospitalaria se acercó al 100% durante todo el año. La primera planta del hospital ocupada por los equipos de traumatólogos de cupo estuvo prácticamente al completo y lo mismo ocurría en la segunda planta donde se ubicaban los ingresados para rehabilitación. En la misma situación se encontraba el centro asistencial de la c/Patronato Obrero.

Tabla X.11. Estadística asistencial. Año 1986

Camas	110
Índice de Ocupación	87,37%
Índice de rotación	17,28
Estancias	34.972
Estancia media	18,40 días
Enfermos ingresados	1.901
Altas	1.830
Exitus	36
Consultas Externas	3.128
Primera visita	1.204
Visita sucesiva	1.924
Intervenciones quirúrgicas	2.033
Exploraciones analíticas	1.110
Radiografías	1.321

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1986

Como dato orientativo de la calidad asistencial, se dispone de una estadística que recoge la frecuencia de la infección post-operatoria en el período 1980-1986, cuyos datos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla X.12. Infección postoperatoria años 1980-1986

Tipo de cirugía	Tasa de infección post-operatoria
Grupo 1 y 2	0,02%
Grupo 3	0,15%
Grupo 4	1,03%
Grupo 5	2,01%

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu

Actividades formativas

Las acciones formativas y docentes realizadas por el hospital durante el año 1986 fueron:

- El 17,18 y 19 de abril, se celebró en Palma el IV Symposium Internacional sobre prótesis isoelásticas de cadera, organizado en colaboración entre la Fundación Robert Mathys de Bettlach (Suiza) y el HSJD de Palma. Acudieron el Prof. Renato Bombelli y el Prof. Metzger.

- El 8 de noviembre se realizó un taller teórico-práctico sobre prótesis de cadera isoelástica y de rodilla tipo Freman Mark II con la presencia de los Dres. Felipe Gómez García y Alberto Robles Uribe del Servicio de COT del “Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas” de México D.F.

Planificación hospitalaria

En 1986 tuvo lugar la publicación de la tesis doctoral “Planificación hospitalaria en Mallorca para situaciones de Catástrofe”, del Dr. José-Alfonso Ballesteros Fernández, en la que se realizaba una evaluación de los distintos hospitales y clínicas de Mallorca frente a posibles situaciones de catástrofe. Desde el punto de vista sanitario asistencial se llama catástrofe a todo suceso que desborda los recursos sanitarios disponibles.

En su momento, este trabajo fue pionero en el establecimiento de los Planes Territoriales que, según la Ley de Protección Civil, deben elaborarse para hacer frente a las situaciones de catástrofe. Para llevar a cabo esta planificación, se procedió primeramente a evaluar el inventario de recursos. Se realizaron encuestas planificadas y recogidas de datos en todos los hospitales y clínicas de Baleares para evaluar la situación de cada centro. El HSJD participó plenamente en este estudio, presentando la situación que se resume en la siguiente tabla.

En esas fechas, los recursos presentes en el HSJD para una situación de catástrofe eran:

Tabla X.13. Recursos del Hospital San Juan de Dios en 1986

Capacidad asistencial general				
Camas en funcionamiento	110	Personal		
Índice de ocupación	85%	Jerarquización facultativo	personal	NO
Camas de reserva disponibles	5	ATS-DUE		22
Posibilidad de evacuación a domicilio	50%	Auxiliares sanitarios		33
Equipamiento general		Equipamiento clínico		
Vías de acceso	A*	Oxígeno central		NO
Entradas independientes	SI	Vacio central		NO
Capacidad aprox. para vehículos	200	Generadores de Rayos X fijos		1
Posibilidad de helisuperficie	SI	Generadores de Rayos X portátiles		1
Locales colectivos utilizables (Capilla, aulas)	SI	Laboratorio general		SI
Capacidad mortuorio	2	Laboratorio de microbiología		NO
Numero líneas telefónicas	12	TAC		NO
Líneas telefónicas especiales	NO	Ecografía general		NO
Equipo de megafonía	SI	Angiografía		NO
Numero de buscapersonas	0	Medicina Nuclear		NO
Grupo electrógeno	SI	Banco de sangre		NO
Medicina Intensiva/ Vigilancia especial		Capacidad asistencial urgencias		
Puesta en marcha	NO	Médicos de guardia medicina Interna		1
Camas	5	Servicio exterior de Urgencias		NO
Índice ocupación	0	Puestos de hemodiálisis		NO
Capacidad de expansión	5	Unidad de quemados		NO
Numero tomas de oxígeno	8	Almacén de farmacia		SI
Numero de tomas de vacio	8	Quirófanos		

Numero tomas aire comprimido	5	Numero de quirófanos	3
Numero de respiradores mecánicos de presión	1	Ocupación mañanas	100%
Número de monitores ECG	4	Ocupación tardes	100%
Numero de desfibriladores	2	Ocupación noches	0%
Médicos de guardia presentes	1	Sala de partos	0
		Sala de yesos	1

*Situación y estado suficientes. Fuente: Planificación Hospitalaria en Mallorca para situaciones de catástrofe. Tesis doctoral José-Alfonso Ballesteros Fernández. Govern Balear. Conselleria de Sanitat i Seguritat Social. Palma de Mallorca. 1986

Para el HSJD la situación de vulnerabilidad era la que se resume en las siguientes tablas:

Tabla X.14. Protección pasiva

Ubicación	B	Escaleras	
Número de plantas sobre nivel suelo	3	Número	A
Distancia en minutos al parque de bomberos	10-15 min.	Características	B
Vías de acceso	A	Salidas al exterior	
Fachadas	B	Numero	A
Separación áreas riesgo/ Áreas vitales	B	Características	B
Sectorización	C	Señalización	NO
Vías de evacuación horizontal		Iluminación de seguridad	SI
Número	A	Ambiental	A
Características	B	De señalización	C
		Grupo electrógeno	SI

A: se cumplen todas las normas de seguridad; B: las normas no se cumplen plenamente; C: no se cumplen las mínimas condiciones de seguridad. Fuente: Planificación Hospitalaria en Mallorca para situaciones de catástrofe. Tesis doctoral José-Alfonso Ballesteros Fernández. Govern Balear. Conselleria de Sanitat i Seguritat Social. Palma de Mallorca. 1986

Tabla X.15. Protección activa. Plan de prevención

Fumadores		Gases medicinales	
Carteles de prohibición	C	Almacenamiento	C
Grado de cumplimiento de la prohibición	C	Distribución	B
Ceniceros: número	C	Normas de seguridad	NO
Ceniceros: características	B	Instalación eléctrica	A
Líquidos inflamables		Aparatos eléctricos incontrolados	NO
Almacenamiento general	C	Detección de incendios	
Almacenamiento en lugar de utilización	B	Automática	NO
Normas de seguridad	NO	Ronda de Vigilancia	NO

A: se cumplen todas las normas de seguridad; B: las normas no se cumplen plenamente; C: no se cumplen las mínimas condiciones de seguridad. Fuente: Planificación Hospitalaria en Mallorca para situaciones de catástrofe. Tesis doctoral José-Alfonso Ballesteros Fernández. Govern Balear. Conselleria de Sanitat i Seguritat Social. Palma de Mallorca. 1986

Tabla X.16. Plan de actuación

Comisión de catástrofe interna	NO	Hidratantes de incendios	SI
Plan de catástrofe interna	NO	Hidratantes de incendios propios	B
Brigada o Comité de incendios	NO	Hidratantes de incendios próximos	NO
Instrucciones de actuación	NO	Columna seca	NO
Pulsadores de alarma	NO	Equipos de manguera	SI
Teléfono directo con bomberos	NO	Número de equipos de manguera	A
Extintores	SI	Características de equipos de manguera	A
Número de extintores	B	Armario de incendios	NO
Características de extintores	B	Planos del edificio	NO
		Llaves clasificadas	B
		Material diverso (linternas, caretas, etc.)	NO

A: se cumplen todas las normas de seguridad; B: las normas no se cumplen plenamente; C: no se cumplen las mínimas condiciones de seguridad. Fuente: Planificación Hospitalaria en Mallorca para situaciones de catástrofe. Tesis doctoral José-Alfonso Ballesteros Fernández. Govern Balear. Conselleria de Sanitat i Seguritat Social. Palma de Mallorca. 1986

Del profundo estudio de la situación de todos los establecimientos hospitalarios públicos y de las clínicas privadas en la comunidad de les Illes Balears, el trabajo enfatizaba los siguientes puntos.

- Existe una evidente preocupación colectiva por las catástrofes
- La medicina preventiva para situaciones catastróficas ha de partir de la identificación de los factores de riesgo.
- Cada hospital debe elaborar sus planes, ensayarlos y divulgarlos para coordinarse con el resto de centros.
- Cada centro debe contemplar la existencia de dos tipos de catástrofes: la externa y la interna.
- La falta de planes de actuación, dificulta la asistencia a las víctimas, pese a que los medios existentes serían los adecuados.

En particular las conclusiones que se derivaban del estudio fueron:

- Ni en la comunidad autónoma de les Illes Balears ni en España existe la planificación para catástrofes que exigen la opinión pública del momento y el nivel de desarrollo alcanzado por nuestro país.
- En Baleares el riesgo de catástrofe natural se reduce a la posibilidad (muy remota por los antecedentes históricos) de movimientos sísmicos. Al contrario, el riesgo de catástrofe de origen humano es alto.
- El número más probable de lesionados oscilaría entre 50 y 150. El tipo de lesiones posibles serían: lesiones traumáticas, quemaduras, trastornos asfícticos, infección holomiántica o intoxicación.
- Al no existir categorización ni coordinación hospitalaria es previsible una distribución desproporcionada de las víctimas, que se incrementan por el desconocimiento de la medicina de catástrofes.

- Los hospitales de Mallorca deberían ser clasificados según su capacidad de atención de urgencias en: hospitales designados para asistencia de catástrofes y hospitales de apoyo.
- La carencia de medios de lucha contra el fuego y la inexistencia de planes de catástrofe interna determinan una gran vulnerabilidad de los hospitales.
- El estudio en cuestión realizado antes de que la Ley de Protección Civil fuera promulgada, constituye la primera planificación regional para catástrofes que se realizó en nuestro país.

Estas conclusiones fueron de utilidad inmediata para las autoridades sanitarias de la comunidad autónoma de les Illes Balears.

XVI AÑO 1987

En abril de este año una Sección del Servicio de COT del Hospital Son Dureta es desplazada al HSJD, por una cuestión operativa de falta de espacio a causa de las obras de readaptación y rehabilitación que se estaban realizando en las plantas de hospitalización del Hospital Son Dureta. Dicha sección es denominada Jefatura del Área Sanitaria (JAS) en una primera fase, estaba dirigida por el Dr. Antonio Fernández Billón, y sus componentes eran los Dres. Sebastián Manresa Tejedor, Joaquín Boronat Rom y Fernando Fernández Alcázar. Posteriormente, se añadirían otros profesionales que de forma más o menos permanente formarían parte de este equipo de especialistas. En 1991 la jefatura de la JAS es asignada al Dr. J. Boronat hasta 1995, fecha en la que se transfiere al Dr F. Fernandez Alcazar hasta el año 1999, año en que la JAS retorna al Hospital Son Dureta

Esta nueva sección realiza en el HSJD las actividades asistenciales de hospitalización y cirugía, propias de una sección clínica de un Servicio de COT jerarquizado. Las actividades de consultas externas y de urgencias se realizan en el Hospital Son Dureta. No obstante, a partir de 1991 las consultas externas de la sección JAS se realizarán en el propio HSJD.

Con la llegada de la sección de la JAS se inicia en el HSJD la actividad de cirugía traumatológica diferida, lo que supone el tratamiento de todo tipo de fracturas que no planteando problemática urgente son derivadas al hospital para su tratamiento diferido.

Actividades formativas

Como actividades docentes realizadas ese año, se tiene conocimiento de la realización, el 22 de abril de 1987, de una sesión teórico-práctica en el HSJD a la que acudieron como invitados el Dr. Eduardo G. Carriedo Rico del Hospital IMSS de Méjico y el Dr. Ernesto Maturana del Hospital SS Accidentes de trabajo de Viña del Mar, de Chile.

XVII AÑO 1988

Personal

En el área de personal sanitario del HSJD, se nombra a Margarita Ribas Bisquerra como enfermera responsable del área quirúrgica.

Junta de gobierno

Constituida por el Superior de la comunidad que realiza las funciones de gerente Hno. José Esteve Puig, junto al director médico Dr. A. Pérez Feliu y el administrador Sr. Juan Font Monserrat. Participa también el Hno. Salvador Baigual.

Actividades formativas

Como actividades docentes realizas en el HSJD:

- El 26 de abril, visitó el hospital el traumatólogo chileno Dr. Juan Ernesto Maturana Bascopé del Hospital SS Accidentes de trabajo de Viña del Mar, de Chile.
- En 27 de mayo, tuvo lugar en el hospital una “Mesa redonda sobre osteoporosis”.
- El 25 de junio, se realizó una sesión teórico-práctica sobre prótesis de rodilla tipo APS, en la que intervinieron como ponentes el Profesor Dr. Wolfgang Schwagerl, especialista de COT de Viena y presidente de la Sociedad austriaca de ortopedia y cirugía ortopédica y el Dr. Peter Zenz, del Centro ortopédico del Hospital Otto Wagner de Viena, Austria.

XVIII AÑO 1989

Personal

Junta de gobierno

Entra a formar parte de la misma el Hno. Domingo Alcalá Berne por ser el nuevo Superior de la Comunidad que actúa como gerente del hospital. Permanecen invariables el resto de cargos.

Actividades formativas

Como actividades docentes realizadas en el HSJD durante el año 1989 destacan:

- Los días 26 y 27 de enero de 1989 se celebró el VI Congreso de la ABCOT, organizado por el HSJD.
- El 20 de marzo tuvo lugar una sesión teórico-práctica a cargo del Dr. Julio Álvaro Valdés Añez del Hospital SS Accidentes de trabajo de Viña del Mar, de Chile.
- El 4 de mayo se realizó un taller teórico-práctico de cirugía ortopédica con la participación del Dr. José Vicente Robles, del Hospital Ferroviario de Valparaiso, Chile.
- Los días 12, 13 y 14 de junio se realizaron en el hospital varias sesiones teórico-prácticas impartidas por el Dr. Jerónimo Campos Rodríguez, jefe del Servicio de COT del Hospital “Miguel Pérez Carreño” de Caracas, Venezuela y Profesor de COT en la Universidad Central de Venezuela y el Dr. Luis R. Lizarraga, del Hospital Universitario de Valencia, Venezuela.
- En junio visitó el hospital el afamado traumatólogo mexicano Dr. Fernando Colchero Rozas (1934-2003). Nacido en Madrid, desde muy pequeño se trasladó a Méjico donde desarrolló una brillante carrera como especialista en traumatología y ortopedia. Ocupó diversos cargos directivos en varias instituciones y hospitales (Hospital de Tlatelolco, Hospital Magdalena de las Salinas, Instituto Nacional de Ortopedia de México, IMSS) y fue el creador del llamado “clavo colchero” para las osteosíntesis de los huesos largos y del método de la escarificación para el tratamiento de las osteomielitis.

- Los días 3, 4 y 5 de julio se desarrollaron varias sesiones teórico-prácticas, en el hospital, a cargo del Dr. Hugo Mac Grove, traumatólogo del Instituto de Seguridad del Trabajo de Viña del Mar, Chile.
- El 12 de septiembre se realizó una sesión teórico-práctica en el hospital sobre cirugía de columna a cargo del Dr. Fernando Fernández Mancilla, jefe del Servicio de COT del Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla y uno de los más afamados especialistas en cirugía de la columna en nuestro país.
- El 18 de noviembre tuvo lugar en el hospital, una sesión teórico-práctica impartida por el Dr. Félix Manuel Cabezas García, del Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya.

XIX ESTAMENTO DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA EN LA DÉCADA DE LOS 80

El estamento de enfermería y fisioterapia desarrollaba su tarea en tres áreas bien diferenciadas: plantas de hospitalización, quirófanos y gimnasio.

En plantas de hospitalización

En las dos plantas que mantenía el hospital, las unidades de enfermería con una capacidad de unas 40-45 camas, estaban a cargo de una enfermera a lo largo de los tres turnos laborales complementadas por 4 auxiliares de clínica. A ello, se sumaba un hermano enfermero que se ocupaba de las curas: el Hno. Narciso Mir en la primera planta y el Hno. Miguel en la segunda

En quirófano

En los tres quirófanos el estamento enfermero estaba coadyuvado con auxiliares de quirófano y celadores. En conjunto, asumían los cuidados del paciente en preanestesia, anestesia, instrumentación quirúrgica y postanestesia.

En la década de los 80 la dotación de recursos humanos del departamento de quirófano estaba formado por: cuatro enfermeros-DUE, cuatro auxiliares de enfermería y un celador. Hay que señalar la existencia de las primeras acciones de mejora dirigidas al personal de quirófano durante los años 1980-1983 con la organización de cursos de formación en instrumentación quirúrgica y en anestesia

En rehabilitación

En rehabilitación, la dotación de fisioterapeutas y sus auxiliares practicaban y ejecutaban los tratamientos fisioterápicos.

XX AÑO 1990

Personal

Se mantuvo estable la dotación de personal.

Actividad asistencial

En la siguiente tabla se describen los datos relativos a la actividad de hospitalización en el área de cirugía ortopédica y traumatología y en el área de rehabilitación.

Tabla X.17. Estadística asistencial. Año 1990

Cirugía ortopédica y traumatología	
Estancias	16.258
Estancia media	8,5 días
Ingresos anuales	1.930
Rehabilitación	
Estancias	11.527
Estancia media	90,7 días
Ingresos anuales	127

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial Año 1990

Actividades formativas

Las actividades docentes realizadas durante el año 1990 fueron:

- El 21 y 22 de febrero de 1990, el Servicio de COT de HSJD estuvo presente en el II Congreso Internacional de Ortopedia organizado por el Instituto nacional de Ortopedia, celebrado en México D.F. Se presentaron temas relacionados con la actividad implantológica del HSJD
- El 20 de abril visitaron el hospital el Dr. Alfonso Cabezas Zúñiga, jefe del Servicio de COT del Hospital de Carabineros de Santiago de Chile y profesor de traumatología en las Universidades de Valparaíso y Santiago de Chile y el Dr. Julio César Botello Arroyo, jefe de Servicio del equipo de cadera en el Instituto Traumatológico “Teodoro Guevauer” de Santiago de Chile.
- El 14 de mayo visitó el hospital el Dr. José Antonio Janin Mendía, jefe de Servicio COT de la Clínica Ubarmin, Elcano, Navarra.
- El 21 y 22 de mayo el hospital invitó a la participación en una sesión teórico-práctica al Dr. Michael Freeman del London Hospital Medical College con el título “Protethic Freeman-Samuelson modular knee”.
- En los días 7 a 9 de junio de 1990, el Servicio de COT del HSDJ participó en el Simposio Internacional Conjunto Hispano-Italiano, organizado por el Hospital Universitario San Carlos de Madrid y el Istituto di clínica ortopédica, Università degli studi de Torino. El HSJD presentó la experiencia del hospital en prótesis de rodilla.
- El 11 de junio se realizó en el hospital una sesión teórico-práctica sobre cirugía ortopédica con la participación del Dr. Luis Rodríguez Esteban de Toledo.
- El 18 de noviembre se realizó una jornada teórica-práctica sobre cirugía ortopédica acudiendo como invitado el Dr. M. Saltor del Hospital de Mora, Tarragona.
- El 17 de diciembre se realizó una sesión teórico-práctica sobre cirugía ortopédica en el hospital a cargo del Dr. Gabriel Soler Nonell, del Hospital Puerta del Sur, de Jerez.

XXI AÑO 1991

Personal

Junta de gobierno

La enfermera Margarita Ribas Bisquerra asumió el cargo de Directora de enfermería, entrando a formar parte de la Junta de gobierno.

Servicios clínicos

En la Sección JAS se produjeron importantes cambios, con motivo de la baja de su jefe Dr. Fernández Billón, a lo que se añadió que el Dr. S. Manresa Tejedor solicitó la excedencia del Insalud. En la nueva situación el Dr. Joaquín Boronat Rom asumió provisionalmente la dirección de esta sección JAS. Los Dres. Juan Estarellas Roca y Francisco García Ginard iniciaron su colaboración en dicha sección como especialistas colaboradores.

El Dr. Jaime Burcet Dardé pasó a ser el responsable de las unidades de Neurología y Neurofisiología, ampliando la dotación de especialistas con el Dr Figuerola y la Dra Mercedes Usón

El Dr. Bartolomé Ribas López se incorporó como responsable de Reumatología.

Por otra parte, el Dr. Antonio Pérez Feliu fué nombrado coordinador quirúrgico del Servicio de COT.

La Dra. María Villar Magallón Vera asumió las funciones de responsable de Anestesia y coordinadora de Medicina interna.

Cartera de servicios

En este año, se crearon las unidades de Neurofisiología y Reumatología y se rediseñó la unidad de Neurología. También en este año se consiguió trasladar las consultas externas de la JAS a las dependencias del HSJD, evitándose de esta manera tener que desplazarse al ambulatorio Félix Sánchez (Hospital Son Dureta). Con este cambio la JAS desarrolló las actividades de hospitalización, cirugía y consultas externas en el HSJD y solo urgencias en el Hospital Son Dureta. Se mantenía además la actividad de consultas externas en los ambulatorios de Manacor e Inca.

Actividad asistencial

En las siguientes tablas se recogen los datos de la actividad asistencial, relativos área de COT y al área de Rehabilitación, llevada a cabo en el hospital, así como la actividad realizada en el centro asistencial en el período de enero a septiembre de 1991.

Tabla X.18. Estadística asistencial del hospital (enero-septiembre 1991)

Cirugía ortopédica y Traumatología	
Estancias	15.447
Cirugías ambulatorias	557
Cirugías con ingreso	1.388
Altas	1.336
Rehabilitación	
Estancias	13.197
Ingresos	150
Altas	109
Pacientes ambulatorios	205
Sesiones rehabilitación ambulatoria	7.275

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1991

Tabla X.19. Estadística asistencial del centro asistencial (enero-septiembre 1991)

Consultas externas	1.605
Consultas primera visita	560
Consultas visitas sucesivas	1.045
Pacientes	3.638
Sesiones fisioterapia	80.698

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1991

Las estancias hospitalarias realizadas durante todo el año 1991 y distribuidas por el garante que asumía el pago del servicio se recogen en la siguiente tabla.

Tabla X.20. Estancias totales por garante. Año 1991

	INSALUD	%	ASEGURADORAS	%	PARTICULARES	%	TOTAL	%
Cirugía	18.847	82,28	1.621	7,16	58	0,25	20.526	90,70
Rehabilitación	14.170	80,87	1.592	9,08	1.817	10,37	17.579	100,3
Total	33.017	82,23	3.213	8,00	1.875	4,66	38.105	97,12

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1991

Actividades formativas

Las actividades docentes realizadas durante el año 1991 fueron:

- El 19 de enero visitó el hospital el Dr. Juan Castellanos Robles del Hospital General de Catalunya.
- El 20 y 21 de junio visitó el hospital el Dr. Lorenzo Bárcena Jiménez, traumatólogo del Servicio de Cirugía de la Cadera del Hospital "Magdalena de las Salinas" del IMSS, México D.F.
- El 16 y 17 de agosto tuvo lugar en el hospital un taller teórico-práctico sobre cirugía de cadera con la asistencia del Dr. Humberto Jaime Criollos Dwyer, del Hospital San José, en Monterrey, Méjico.
- En los días 18 y 19 de noviembre se realizaron unas sesiones clínicas en el hospital con la presencia del Dr. Lluís Bernet Vegué, del Hospital Virgen de Monte Toro, de Mahón, Menorca.

Convenios y colaboraciones

El HSJD de Palma, en 1991 entró en relación con la Universidad Autónoma de Barcelona, con el fin de posibilitar que alumnos de los últimos cursos de la Licenciatura en medicina, realizaran prácticas clínicas en los Servicios del hospital. Dicha posibilidad se ofrecía también a otros hospitales de Palma.

XXIIAÑO 1992

Instalaciones

Este año 1992 debido a la creación de los sectores sanitarios como entidades de configuración del mapa asistencial de Baleares, se asignó un sector al servicio hospitalario propio de HSJD. Ello, obligó a la compatibilización de la actividad entre el nuevo sector sanitario creado, los traumatólogos de cupo presentes en el HSJD desde 1975 y la JAS también presente en el hospital desde 1987.

Se dispuso la instalación de unos locales para consultas externas que de ahora en adelante serían utilizados tanto por los especialistas del área Sanitaria JAS como por los especialistas del sector hospitalario. Se llevó a cabo una redistribución de las camas hospitalarias, de las 113 camas instaladas, 28 camas ubicadas en la segunda planta se destinaron para ingreso de rehabilitación y 85 camas, ubicadas entre la primera y segunda planta, se destinaron para la actividad quirúrgica. La distribución quedó de la siguiente forma.

Tabla X.21. Redistribución de camas. Año 1992

Área	Camas	Servicio	Garante
Cirugía	34	COT Sectorización	Seguridad social
	22	COT Área Sanitaria	Seguridad social
	17	COT Cupos	Seguridad social
	14	COT privada	Aseguradoras y Privados
Rehabilitación	12		Aseguradoras y Privados
	16		Seguridad social

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1992

Personal

Servicios clínicos

El Dr. J. Boronat Rom a principio de año fue nombrado definitivamente como responsable operativo de la JAS. Los componentes de esta sección JAS fueron: Dr. J. Boronat Rom, como jefe responsable y los Dres. F. Fernández Alcázar, Dr. G. Ripoll Estela, Dr. M. Sisti Medenica, Dr A. Sabater Vives, Dr. Miguel Mir Umbert y el Dr Juan Mérida Gornals. Cesó el Dr. F. García Ginard. Se organizó el sector sanitario con el Dr. A. Pérez Feliu como responsable y los Dres. L. Camacho Castro, J.M. León Martínez y Juan Moreno como adjuntos.

Puede decirse que por primera vez el HSJD, al organizar el sector sanitario de COT, plantea una relación contractual de tipo jerarquizado con los componentes del servicio COT hospitalario, los cuales pasan a tener una dedicación de 8 horas diarias al centro.

Sector sanitario del Hospital San Juan de Dios.

Tal y como se ha comentado anteriormente, en este año se planteó por parte del Insalud la llamada sectorización del HSJD, que en definitiva equivalía a que un sector sanitario recibía su atención en el hospital para las especialidades de traumatología, cirugía ortopédica, rehabilitación y reumatología, exceptuando las urgencias. Dicho asunto requirió un profundo estudio llevado a cabo por el hospital, atendiendo a varios aspectos:

- Población asignada: equivale a tres cupos quirúrgicos con 63.918 cartillas y 127.836 afiliados, según la siguiente procedencia:

Tabla X. 22. Composición del sector sanitario adscrito al Hospital San Juan de Dios

Zonas Básicas de Salud	Cartillas	Personas
Coll d'en Rabassa	10.297	20.594
Son Ferriol	4.689	9.378
S' Arenal	12.182	24.364
Emili Darder	11.017	22.034
Cupo Dr. A. Pérez Feliu	25.733	51.466
Total	63.918	127.836

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1992

- Demanda asistencial generada:
 - Consultas externas: se planificaron tres módulos de consulta a razón de 40 visitas por cada módulo lo que resultaba en 120 consultas diarias, 2.400 consultas al mes y 28.800 consultas anuales.
 - Actividad quirúrgica: se prevían cinco cirugías diarias (lunes-viernes), es decir, 100 cirugías al mes que equivalía a 1.200 cirugías al año.
 - Hospitalización: se proyectaron entre 9.928 y 12.410 estancias al año con una estancia media entre 8,7 y 10,3 días.
 - Actividad de rehabilitación y reumatología
- Demanda indirecta generada al hospital:
 - Laboratorio: se prevían 8.400 peticiones al laboratorio al año
 - Radiología: se calcularon unas 17.800 peticiones al año
 - Artroscopias
 - Electromiografías
- Repercusiones en otras unidades del hospital
 - Admisión: se precisaban 3 personas
 - Farmacia hospitalaria
 - Administración
- Inversiones necesarias: se requerían inversiones en infraestructura, aparataje e instrumental. Se identificaron como áreas con insuficiente dotación: Laboratorio y Farmacia.
- Recursos humanos necesarios: médicos; DUE y ATS; auxiliares de clínica, celadores y personal administrativo. Se estimó necesario disponer de 17 personas:
 - Personal médico: un jefe de servicio, un jefe de sección, cuatro adjuntos y un anestesista.
 - Personal técnico: un técnico de laboratorio (turno de tarde) y un técnico de rayos X (turno de tarde)
 - Celadores: dos celadores para rayos X y laboratorio (turno de mañana-tarde) y dos celadores para consultas externas (turno de mañana-tarde)
 - Personal auxiliar de clínica: dos auxiliares (turno de mañana - tarde)
 - Personal enfermero: un ATS-DUE (turno de tarde)
 - Personal administrativo: una secretaria de dirección.

Actividades formativas

Como actividades docentes realizadas durante el año 1992 destacó la realización el 28 de enero de una sesión clínica en el hospital sobre cirugía ortopédica a cargo del Dr. Pedro Antonio Bravo Bernabé, jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital General de México, México D. F.

Los días 26 y 27 de marzo de 1992 la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios celebró en Madrid unas Jornadas de Ortopedia y Traumatología conmemorando el primer centenario del Hospital de San Rafael de Madrid (1892-1992). Acudió a dicho evento una representación del HSJD de Palma. El 10 de abril de 1992, el Servicio de COT del HSJD asistió al "R.M. Simposio" celebrado en Madrid. Se presentó la experiencia del hospital en el método de las prótesis isoelásticas de cadera.

XXIII AÑO 1993

El año 1993 tuvo como hito importante la implantación del voluntariado en el HSJD de Palma de Mallorca.

El voluntariado en la Orden hospitalaria de San Juan de Dios

Podemos definir al voluntariado como una forma de solidaridad que nace en la Orden hospitalaria desde su fundador, San Juan de Dios, por esto, es algo constitutivo de los centros de la Orden y no opcional; es un regalo y representa un valor añadido en la atención. El voluntariado está integrado en el proyecto asistencial desde los valores de la orden hospitalaria de San Juan de Dios, inspirado en los principios de voluntariedad, gratuidad, solidaridad, complementariedad asistencial y promoción de nuevos servicios. Esta filosofía está matizada por el hecho de ser una acción hospitalaria o social, realizada en los centros de la Orden, según el espíritu de San Juan de Dios.

El voluntariado reconoce el sentido esencial de la institución: la hospitalidad que universaliza la dignidad de todo ser humano. Para contribuir al cuidado de la persona enferma y/o necesitada de una manera integral. El voluntariado forma parte del personal de los centros de la Orden y tiene su espacio y sus funciones propias. Por tanto, lo que no hace un voluntario se queda sin hacer. La experiencia muestra que el espacio afectivo, de cercanía, de acompañamiento, de encuentro con el que sufre, que cubre el voluntariado, repercute directamente en su mejoría y por tanto en la calidad asistencial de los centros de la Orden.

Desde que Juan de Dios en la Granada del Siglo XV decidió ofrecer su vida al servicio de los enfermos y necesitados, muchas personas colaboraron con él para hacer realidad su sueño. Personas que animadas por distintas motivaciones, dedican su tiempo, de forma generosa y desinteresada al servicio de los enfermos y necesitados colaborando activamente en la humanización y asistencia en los centros de la Orden. Por tanto, el voluntariado de la Orden de San Juan de Dios tiene una larga tradición. En la medida que va creciendo la Institución se va dando forma a este fenómeno. Así, llegamos a la actualidad, en que los centros están organizados en diferentes aéreas, con sus tareas específicas según el tipo de centro donde se actúe.

La Orden de San Juan de Dios ha sido pionera en la incorporación de los voluntarios a los centros y en los programas sanitarios y sociales. En el momento actual y tal como se explicita en la Carta de Identidad de la Orden hospitalaria de San Juan de Dios, *“ha de estar en una continua adaptación y puesta al día para no quedar estancados en ideas y estructuras pasadas”*. Y es por ello que busca potenciar la presencia y el cuidado de los voluntarios y la acción voluntaria, desde la clave de la humanización. El voluntariado debe estar abierto a una formación continuada en valores y crecimiento personal. Por tanto, el voluntariado deberá poner sus actitudes y aptitudes adecuadas para realizar su función, unido a una disposición para formarse y modificar sus modelos de acción siempre que las circunstancias lo requieran.

El voluntariado en el Hospital San Juan de Dios de Palma de Mallorca

Como departamento, el voluntariado organizado en el hospital empezó su andadura el año 1993, al principio con un pequeño grupo de voluntarios, que posteriormente ha ido creciendo y formándose, colaborando en la dinámica del centro y participando en las tareas de los equipos asistenciales.

Las tareas que realiza un voluntario en el centro son múltiples: compañía y soporte emocional; cobertura en deficiencias familiares o necesidades sociales; colaboración con la familia para

ofrecer tiempo de descanso, gestiones administrativas, transporte, etc.; enlace con el exterior, evitando el aislamiento social de la hospitalización y promoción de actividades socioculturales, ludoteca, talleres, biblioteca, animación. En cualquier caso, el voluntariado ofrece no solo la posibilidad de desarrollar una serie de actividades a favor de los demás, sino que puede llegar a ser una actitud ante la vida, una manera de ver la realidad, porque el voluntariado es una escuela de valores. Sin embargo, hay que tener claro que la actividad del voluntario no podrá en ningún caso sustituir el trabajo de un profesional.

Actividades formativas

Las actividades docentes realizadas durante el año 1993 fueron:

- El 25 de abril y el 23 de octubre se realizaron en el hospital sesiones clínicas sobre un nuevo modelo de prótesis de rodilla “Protesis Foundation FK” con la participación del Dr. Gerardo Ferguson, de Pittsburgh, USA. En el transcurso de las sesiones, se realizó un taller de instrumentación y dos intervenciones quirúrgicas con el modelo de prótesis de rodilla FK.
- El 19 de junio se organizó una jornada teórica-práctica sobre cirugía ortopédica acudiendo como invitado el Dr. Jesús Fernández Peinado.
- En septiembre, se realizó una jornada teórica-práctica en el hospital sobre cirugía ortopédica con la participación como invitada de la Dra. F. González Porcel, médico de Sanidad Nacional.
- En septiembre tuvo lugar una jornada teórica-práctica en el hospital sobre cirugía ortopédica con la participación del Dr. López Urrutia, jefe del Servicio de COT del Hospital Las Palmas, Canarias y el Dr. Guillermo de la Barrera, jefe del Servicio de COT del Hospital Clínico de Tenerife, Canarias.
- El 22 de octubre se celebró una jornada técnica de neurofisiología dirigida a médicos, biólogos, farmacéuticos, DUE, ATS y personal sanitario en general, con la finalidad de dar a conocer el Servicio de Neurofisiología. Esta jornada promovida por la dirección médica del HSJD fué organizada por el Dr. J. Burcet y el Dr. R. Monjo.
- El 27 de octubre se realizó una sesión teórica práctica sobre cirugía ortopédica acudiendo como invitado el Dr. Juan Carlos Cucuclic, traumatólogo del Hospital Regional de Salto, Uruguay.

XXIV AÑO 1994

Personal

Se creó el nuevo servicio de Farmacia Hospitalaria por autorización recibida el 19 de enero de 1994. El farmacéutico responsable fue la Sra. Asuncion Bonet, quedando la farmacéutica Antonia sampol a cargo exclusivo del Laboratorio

Actividad asistencial

En la siguiente tabla se recoge la actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios relativa al año 1994 en las áreas de cirugía ortopédica y traumatología, rehabilitación y electromiografía.

Tabla X. 23. Estadística asistencial. Año 1994

HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA	
Camas	72
Ingresos	2.316
Pacientes	3.068
Altas	2.333
Estancias totales	24.159
Primer tramo	8.529
Segundo tramo	5.228
Tercer tramo	7.155
Cuarto tramo	3.246
Estancia media	10,4 días
Ocupación	91,9%
Actividad quirúrgica	
Intervenciones con ingreso	1.943
Intervenciones ambulatorias	1.256
Prótesis	648
REHABILITACIÓN HOSPITALARIA	
Camas	38
Ingresos	188
Pacientes	471
Altas	196
Estancias totales	8.649
Primer tramo	687
Segundo tramo	538
Tercer tramo	1.666
Cuarto tramo	5.757
Estancia media	46 días
Ocupación	68,4%
REHABILITACIÓN AMBULATORIA	
Total pacientes	7.415
Pacientes de fisioterapia	2.599
Pacientes de rehabilitación	4.816
Total sesiones	75.735
Sesiones de fisioterapia	25.826
Sesiones de rehabilitación	49.909
Media sesiones fisioterapia por paciente	9,9
Media sesiones rehabilitación por paciente	10,4
CONSULTAS EXTERNAS	
Visitas traumatología	13.501
Primeras visitas	5.498
Visitas sucesivas	8.003
Índice primera/sucesiva	0,7
Visitas rehabilitación	1.358
Primeras visitas	513
Visitas sucesivas	845
Índice primera/sucesiva	0,8
ELECTROMIOGRAFÍA	
Pruebas diagnósticas	1.012

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1994

Actividades formativas

Las actividades docentes realizadas en el año 1994 fueron:

- El 10 de febrero se celebró en el hospital una sesión teórico-práctica sobre un tipo especial de prótesis de cadera a cargo del Dr. Antonio Navarro Quilis, jefe del Servicio de COT del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y catedrático de COT en la Universidad Autónoma de Barcelona y el Dr. Miguel Moragues Suau, médico adjunto del mismo Servicio.
- El 2 y 3 de junio el HSJD junto con la Universitat de les Illes Balears organizaron las Primeras Jornadas teórico-prácticas sobre artroplastia de rodilla, modelo FK dirigidas a médicos especialistas de COT, médicos internos residentes, diplomados en enfermería instrumentistas de COT. Acudieron como invitados el Dr. P. Schuler, jefe médico de St^o Vinzen-Krankenhaus, Karlsruhe, Alemania y el Dr. G. Ferguson, Director Division of Joint Reconstruction and Replacemant, Allegheny General Hospital, Pittsburg, USA.
- Los días 24 a 28 de octubre de 1994 el Servicio de COT del HSJD participó en las ponencias celebradas en el Instituto mexicano del Seguro Social, con temas relacionados con su experiencia clínica y quirúrgica: rescates de prótesis de cadera y rodilla y experiencia del HSJD en la evolución de las prótesis de rodilla
- Los días 2 a 5 de noviembre de 1994 el Servicio de COT del HSJD estuvo presente en las primeras Jornadas Chileno-Suizas, celebradas en Viña del Mar, Chile y organizadas por la Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología (Capítulo Chileno de la SLAOT). El hospital participó en mesas redondas, conferencias, paneles docentes y talleres docentes
- El 15 y 16 de noviembre se realizó una jornada teórico-práctica en cirugía ortopédica acudiendo como invitados el Dr. Raúl Carretero Cobián del Hospital de San Lorenzo de El Escorial, Madrid y el Dr. Miguel Lozano Gómez del Hospital Militar Central Gómez Ulla de Madrid.

XXV AÑO 1995

Personal

En septiembre de 1995 los cupos quirúrgicos de COT que venían operando en el HSJD desde 1975 fueron desplazados al Hospital Son Dureta. Los cupos quirúrgicos tenían asignadas 15 camas para las intervenciones que requerían ingreso.

Trabajo social

La función de trabajo social era desempeñada por la Sra. Ana Acero.

Servicios clínicos

EL Dr. J. Boronat Rom cesó por excedencia en la jefatura JAS y se incorporó como jefe clínico al Servicio de COT del hospital. Se completa el equipo de facultativos del sector sanitario, con un planteamiento laboral plenamente asimilable a los hospitales públicos de la SS. La jefatura JAS pasó a ocuparla el Dr. F. Fernández Alcázar.

Cartera de servicios

A partir de 1995, la actividad quirúrgica del hospital es desarrollada por dos equipos diferenciados: el equipo de la JAS y el equipo del sector del HSJD. Además, se mantienen los siguientes servicios:

- Servicio de Rehabilitación
- Servicio de Reumatología
- Servicio de Neurología y neurofisiología
- Servicio de Anestesia, reanimación y medicina interna
- Servicio de Laboratorio
- Servicio de Radiología
- Servicio de Hematología
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Médicos de guardia

Actividad asistencial

En comparación con la actividad registrada en el año anterior, en 1995 hubo un descenso de los indicadores de hospitalización quirúrgica, de la actividad quirúrgica propiamente dicha y la rehabilitación ambulatoria y se elevaron los índices correspondientes a la rehabilitación hospitalaria, consultas y electromiografías. Todo ello es explicable por la pérdida de actividad quirúrgica en 1995 ocasionada por el traslado de los 15 equipos de cirujanos traumatólogos de cupo al Hospital Son Dureta. En las siguientes tablas se muestran los datos relativos a la actividad asistencial realizada durante el año 1995.

Tabla X. 24. Estadística asistencial. Año 1995

HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA	
Camas	72
Ingresos	2.195
Pacientes	2.827
Altas	2.281
Estancias del equipo del Sector	
Primer tramo	3.119
Segundo tramo	1.810
Tercer tramo	1.931
Cuarto tramo	482
Estancias totales	7.743
Procesos quirúrgicos	200
Estancias del equipo de la JAS	
Primer tramo	3.066
Segundo tramo	1.821
Tercer tramo	2.206
Cuarto tramo	365
Estancias totales	7.459
Procesos quirúrgicos	88
Actividad quirúrgica	
Intervenciones con ingreso	2.159
Intervenciones ambulatorias	795
Prótesis	472

REHABILITACIÓN HOSPITALARIA	
Camas	20
Ingresos	325
Pacientes	593
Altas	282
Estancias totales	8.744
Primer tramo	503
Segundo tramo	551
Tercer tramo	4.868
Cuarto tramo	2.822
Estancia media	26,9 días
Ocupación	119,8%
REHABILITACIÓN AMBULATORIA	
Total pacientes	7.118
Pacientes de fisioterapia	2.246
Pacientes de rehabilitación	4.872
Total sesiones	73.245
Sesiones de fisioterapia	24.105
Sesiones de rehabilitación	49.140
Media sesiones fisioterapia por paciente	10,7
Media sesiones rehabilitación por paciente	10,1
CONSULTAS EXTERNAS	
Visitas Traumatología	18.776
Primeras visitas	7.645
Visitas sucesivas	11.130
Índice primera/sucesiva	0,7
Visitas rehabilitación	3.845
Primeras visitas	1.802
Visitas sucesivas	2.043
Índice primera/sucesiva	0,9
ELECTROMIOGRAFÍA	
Pruebas diagnósticas	2.010

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1995

Tabla X.25. Comparación de procesos de los equipos del hospital y JAS. Año 1995

Procesos	Equipo Hospital	Equipo JAS
Artroscopias	148	1
Hallux Valgus	9	13
Dupuytren	6	11
Túnel carpiano	16	45
Ganglión	21	18
Total	200	88

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1995

Actividades formativas

Las actividades docentes realizadas en el año 1995 fueron:

- El 3 de febrero se realizó una jornada teórica-práctica en cirugía ortopédica acudiendo como invitado el Dr. J.L. Briones García del Hospital de Navalmoral de la Mata, Cáceres.
- El 2 de marzo tuvo lugar una jornada teórica-práctica en cirugía ortopédica con el tema monográfico "Rizolisis lumbares" desarrollado por el Dr. E. Alava de Vitoria.

- El 13 de marzo se llevó a cabo una jornada teórica-práctica en cirugía ortopédica a la que asistió como invitado el Dr. E. Gil Garay del Hospital La Paz, Madrid.
- El 24 de marzo se realizó una jornada teórica-práctica en cirugía ortopédica acudiendo el Dr. F. Castro Fría y el Dr. E. López Alonso, del Hospital La Paz, Madrid.
- El 31 de mayo el HSJD y la Universitat de les Illes Balears organizaron las Primeras Jornadas de Actualización en traumatología con el tema “Enclavado intramedular”.
- El 1 y 2 de junio el HSJD y la Universitat de les Illes Balears organizaron las Segundas Jornadas de Actualización en cirugía ortopédica con el tema “Cadera”.
- El 9 y 10 de junio el Servicio de Reumatología del HSJD y la Universitat de les Illes Balears organizaron las Primeras Jornadas de actualización en reumatología.
- En noviembre, se organizó una jornada teórica-práctica en cirugía ortopédica con asistencia del Dr. O. Azaleas Zagal y el Dr. M. Cardona de Santiago de Chile, Chile.
- Los días 2 y 3 de noviembre de 1995 el Servicio de COT del HSJD estuvo presente en el Simposio “Experience Hydroxy Apatite in Hip Arthroplasty”, celebrado en Londres y organizado por el Royal College of Surgeons of England.
- Durante el año 1995-1996, el HSJD colaboró junto con el Instituto de Ciencias de la Educación y con el Departamento de Biología Fundamental y Ciencias de la Salud de la Universitat de les Illes Balears en el desarrollo del primer curso del Máster de Valoración del daño corporal, que tuvo una duración de 230 horas y 23 créditos.

XXVI AÑO 1996

Personal

En 1996 el farmacéutico Pablo Morant García se incorporó como nuevo responsable del Servicio de Farmacia Hospitalaria.

El mismo año se incorpora como responsable de Radiología en DR. Angel Girón

Actividad asistencial

En las siguientes tablas se muestran los datos relativos a la actividad asistencial llevada a cabo durante el año 1996.

Tabla X. 26. Estadística asistencial. Año 1996

HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA	
Camas	46
Enfermos	2.499
Estancias	14.734
Estancia media	5,90 días
Ocupación	87,52%
Intervenciones con ingreso	2.499
Intervenciones ambulatorias	566
REHABILITACIÓN	
Camas	56
Enfermos	956
Estancias	19.564
Estancia media	20,46 días

Ocupación	91,88%
Sesiones de fisioterapia	29.571
Sesiones de rehabilitación	38.445
CONSULTAS EXTERNAS	
Visitas Traumatología	16.635
Primeras visitas	7.913
Visitas sucesivas	8.722
Índice primera/sucesiva	0,9
Visitas rehabilitación	5.722
Primeras visitas	2.412
Visitas sucesivas	3.310
Índice primera/sucesiva	0,7
ELECTROMIOGRAFÍA	
Pruebas diagnósticas	2.477

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1996.

Tabla X.27. Comparación de procesos de los equipos del hospital y JAS. Año 1996

Procesos	Equipo Hospital	Equipo JAS
Artroscopias	287	0
Hallux Valgus	26	17
Dupuytren	13	24
Túnel carpiano	86	135
Ganglión	60	38
Total	472	214

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1996

Tabla X. 28. Estadística asistencial por garante. Año 1996

	Seguridad Social	Aseguradoras	Privados	Total
Estancias cirugía	13.273	1405	56	14.734
Estancias rehabilitación	16.342	2.669	553	19.564
Enfermos cirugía	2.242	227	30	2.499
Enfermos rehabilitación	845	92	19	956

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1996

Resultados económicos

La facturación realizada por la actividad asistencial realizada durante el año 1996 se distribuyó de la siguiente forma:

Tabla X. 29. Facturación por actividad asistencial. Año 1996

Seguridad Social	82%
Aseguradoras y particulares	12%

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1996

Actividades formativas

Las actividades docentes realizadas en el año 1996 fueron:

- El 19 de enero se realizó una sesión teórico-práctica en cirugía ortopédica con asistencia de los Dres. R. Otero, M. D. Gimeno y F. Marco del HU San Carlos de Madrid.
- El 23 de marzo se desarrolló una sesión teórico-práctica en cirugía ortopédica asistiendo como invitados los Dres. A. Viñas Domínguez y M. Casado del Hospital de Zamora.

- En los días 28 de abril a 3 de Mayo de 1996, el Servicio de COT del HSJD estuvo presente en el XXIII Congreso-cincuentenario de la Sociedad mexicana de Ortopedia, celebrado en México D.F. Se participó en conferencias docentes sobre la experiencia del HSJD en implantología protésica en cadera y rodilla.
- El 25 de junio se desarrolló una sesión teórico-práctica en cirugía ortopédica con asistencia del Dr.G.Welto del Hospital Gustavo Froche, Viña del Mar, Chile.
- El 5 de junio tuvo lugar una sesión clínico-quirúrgica con la participación del Dr. I. Sanpera y el Dr. M.A. Esparza del Servicio de COT del Hospital “Juan XXIII” de Tarragona.
- El 3 de junio el HSJD en colaboración con la UIB organizaron el Primer Curso Básico de traumatología y cirugía Ortopédica, dirigido a médicos especialistas, MIR y diplomados en enfermería.
- El 3 de junio el HSJD, en colaboración con la UIB, organizaron el Curso de Fijación Externa métodos LC y Orthofix.
- El 3 de junio el HSJD, en colaboración con la UIB, organizaron las Segundas Jornadas de Actualización en reumatología dirigidas a reumatólogos, rehabilitadores, neurólogos, cirujanos ortopédicos y traumatólogos.
- El 4 de junio el HSJD, en colaboración con la UIB, organizaron la Primera Jornada de actualización en enfermería con el tema “Instrumentación y cuidados en planta en enfermería de COT” dirigida a diplomados de enfermería.
- El 5 de junio el HSJD, en colaboración con la UIB, organizaron la Segunda jornada de actualización en traumatología con el tema “Fijadores externos” dirigida a médicos especialistas COT.
- El 6 y 7 de junio el HSJD, en colaboración con la UIB, organizaron las Terceras jornadas de actualización en cirugía ortopédica con el tema “Rodilla” dirigida a médicos especialistas COT, reumatólogos y licenciados en medicina.
- El 8 de junio el HSJD, en colaboración con la UIB, organizaron las Primeras Jornadas de actualización en rehabilitación con el tema “Rehabilitación en las Artroplastias” dirigidas a rehabilitadores, fisioterapeutas, DUE y licenciados en Medicina.
- El 11 de octubre se realizó una sesión teórico-práctica en cirugía ortopédica a la que acudió el Dr. R. Vega del Hospital de Las Palmas de Gran Canaria.
- El 19 de diciembre los Servicios de Neurología, Rehabilitación y Enfermería del HSJD organizaron una Jornada sobre la esclerosis múltiple en la sala de actos de la Fundació La Caixa.
- Durante el año 1996-1997, el HSJD colaboró junto con el Instituto de Ciencias de la Educación y con el Departamento de Biología Fundamental y Ciencias de la Salud de la Universitat de les Illes Balears en el desarrollo del segundo curso del Máster de Valoración del daño corporal, con una duración de 220 horas y 22 créditos.

XXVII AÑO 1997

Personal

Junta de gobierno

En este año se promovieron una serie de cambios a nivel de la gerencia y organización del hospital. Se creó por primera vez el cargo de gerente del hospital, separándolo del Superior de

la Comunidad. Se nombró al Sr. Juan Domenech Tico, licenciado en economía, como nuevo gerente del hospital en sustitución del Hno. Domingo Alcalá Berne, quien permaneció en su cargo de Superior de la Comunidad. El nuevo equipo de dirección lo constituyeron:

- Hermano Superior: Domingo Alcalá Berne
- Gerente: Joan Domenech Tico
- Dirección médica: Antonio Pérez Feliu
- Dirección de enfermería: Margarita Ribas Bisquerra
- Dirección administrativa: Joan Font Monserrat

Servicios clínicos

El Dr. Ángel Girón Martínez entró como responsable del Servicio de Radiología. Los equipos asistenciales de servicios del HSJD eran los que se relacionan a continuación:

Tabla X. 30. Servicios asistenciales del Hospital Sal Juan de Dios. Año 1997

Servicio Hospitalario	Responsable
Cirugía ortopédica y traumatología Hospital	Dr. A. Pérez Feliu
Cirugía ortopédica y traumatología JAS	Dr. F. Fernández Alcázar
Anestesia y reanimación	Dr. S. García Morist
Unidad de vigilancia intensiva	Dr. S. García Morist
Servicio de rehabilitación	Dra P. Klapsing Schulte
Servicio de neurología-neurofisiología	Dr. Jaime Burcet Dardé
Servicio de neuropsicología y daño cerebral	M. Covas y M ^a J. Fernández
Servicio de reumatología	Dr. Bartolomé Ribas López
Servicio de medicina interna	Dr. S. García Moris y Dr. A. García
Servicio de laboratorio y hematología	A. Sampol Vicens
Servicio de radiología	D. A. Girón Martínez
Servicio de farmacia	P. Morant García
Servicio de urgencias	Médico de guardia

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1997

Cartera de servicios

La cartera de servicios ofrecida por el HSJD en 1997 es la que se muestra a continuación:

- **Servicio de Cirugía ortopédica y Traumatología**
 - Traumatología general infantil y de adultos. Ortogeriatría
 - Cirugía ortopédica general
 - Cirugía artroscópica
 - Cirugía de implantes articulares
 - Unidad de valoración del daño corporal
- **Servicio de Anestesia y Reanimación**
 - Anestesia y Reanimación
 - Unidad del dolor
 - Vigilancia intensiva: 3 unidades de vigilancia intensiva

- **Servicio de Rehabilitación**
 - Rehabilitación integral
 - Terapia ocupacional
 - Escuela de espalda
 - Kinesiterapia
 - Electroterapia
 - Mecanoterapia

- **Servicio de Neurología y neurofisiología**
 - Neurología general
 - Electroencefalografía
 - Electromiografía
 - Electroneurografía
 - Potenciales evocados
 - Estudios del sueño

- **Servicio de Neuropsicología clínica y rehabilitación daño corporal**
 - Lesiones cerebrales
 - Logopedia
 - Terapia ocupacional

- **Servicio de Reumatología**
 - Tratamiento integral

- **Unidad de Medicina Interna**

- **Servicio de Laboratorio- hematología**

- **Servicio de Radiología**
 - Radiología convencional
 - Eco-doppler

- **Servicio de Farmacia hospitalaria**

- **Servicio de Urgencias**
 - Médico de guardia 24 horas.

Actividad asistencial

Como resumen anual de actividad asistencial de 1997, suponiendo 10 camas diarias de pacientes de larga estancia, se aporta la siguiente tabla. El epígrafe medicina abarca los servicios de: Rehabilitación, Reumatología y Neurología.

Tabla X. 31. Estadística asistencial. Año 1997

Camas	103
Ocupación	85,90%
Estancias procesos quirúrgicos	11.820
Estancias procesos médicos	14.629
Larga estancia	3.650
Total estancias	19.461
Estancia media quirúrgica	6,22 días
Estancia media medica	45,36 días
Estancia media total	13,52 días
Altas cirugía	1.919
Altas medicina	327
Altas larga estancia	0
Total altas	2.246
Ingresos quirúrgicos	1.884
Ingresos médicos	318
Ingresos larga estancia	5
Total ingresos	2.207
Primeras visitas cirugía	7.881
Primeras visitas medicina	3.524
Total primeras visitas	11.405
Visitas sucesivas cirugía	7.757
Visitas sucesivas medicina	5.132
Total visitas sucesivas	12.889
Intervenciones ambulatorias	292
Urgencias	157
Ecografías	179

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1997

A continuación, se desglosa de manera pormenorizada la actividad asistencial por sector hospitalario, área sanitaria y resto de servicios.

Tabla X. 32. Estadística asistencial por sector hospitalario y área sanitaria. Año 1997

	SECTOR HOSPITAL	ÁREA SANITARIA
Estancias 1 tramo	1.474	1.989
Estancias 2 tramo	755	1.061
Estancias 3 tramo	2.518	1.194
Cirugía ambulatoria	192	100
Urgencias	112	
Primeras visitas	5.940	1.649
Visitas sucesivas	5.919	1.677
Procesos		
Artroscopias	336	6
Hallux valgus	31	20
Dupuytren	11	29
Túnel carpiano	72	122
Ganglion	29	34
Prótesis		

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1997

Tabla X. 33. Estadística asistencial por servicios. Año 1997

Rehabilitación	
Estancias 1 tramo	668
Estancias 2 tramo	654
Estancias 3 tramo	13.648
Sesiones rehabilitación	39.984
Sesiones fisioterapia	32.918
Primeras visitas	2.274
Visitas sucesivas	3.201
Neurología-Neurofisiología	
Estancias 1 tramo	113
Estancias 2 tramo	72
Estancias 3 tramo	39
Electromiografías	1.731
Electroencefalogramas	100
Primeras visitas	853
Visitas sucesivas	912
Reumatología	
Primeras visitas	475
Consultas sucesivas	485

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1997

Resultados económicos

Se muestra la distribución de los ingresos económicos del Hospital de San Juan de Dios según la entidad origen del concierto.

Tabla X. 34. Resultados económicos concertados con SS y otros garantes. Año 1997

Seguridad Social	Distribución (%)
COT Sector hospitalario	37
COT Área sanitaria	18
Rehabilitación	39
Neurología-neurofisiología	6
Reumatología	1
Urgencias	0,1
Otros garantes	
Seguros de enfermedad	46
Seguros tráfico	24
Seguros trabajo	14
Particulares	16

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1997

Actividades formativas

Las actividades formativas llevadas a cabo por el HSJD durante el año 1997 fueron:

- El 31 de mayo tuvo lugar una sesión formativa con el Dr. Josep Giné i Gomà, jefe del Servicio COT del Hospital Universitario "Juan XXIII" de Tarragona, el Dr. Josh Longo del Scottsdale Healthcare Osborn, Arizona, U.S.A. y el Dr. Gary Ferguson del Hospital Southcoast Charlton Memorial, Fall River, MA, U.S.A.

- El 30 y 31 de Mayo se realizaron las Terceras Jornadas de actualización en cirugía ortopédica de rodilla, organizadas por la Universidad de les Illes Balears y el HSJD, dirigidas a médicos especialistas COT, MIR y médicos rehabilitadores.
- El 3 de octubre de 1997 el Servicio COT del HSJD participó en el “VII Memorial Federico Rubio”, celebrado en Madrid, organizado por el Hospital Universitario San Carlos. Se presentó el tema de la experiencia del hospital en prótesis de rodilla.

Tabla X.35. Actividad quirúrgica. Año 1975

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal, Onofre	51
Dr. Canalejo Mateo, Francisco	57
Dr. Dora Parera, Miguel	17
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martínez, Juan Luis	108
Dr. Llaneras	2
Dr. Malbertí Fernández, Guillermo	67
Dr. Martí Capilla, Timoteo	52
Dr. Pérez Feliu, Antonio	193
Dr. Pons Delgado, Félix	23
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	17
Dr. Xamin	1
Total intervenciones quirúrgicas	588

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1975

Tabla X.36. Actividad quirúrgica. Año 1976

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal , Onofre	68
Dr. Canalejo Mateo, Francisco	99
Dr. Dora Parera, Miguel	1
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martinez, Juan Luis	137
Dr. Llaneras	3
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	127
Dr. Martí Capilla, Timoteo	96
Dr. Pérez Feliu, Antonio	256
Dr. Pons Delgado, Félix	35
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	41
Total intervenciones quirúrgicas	894

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1976

Tabla X.37. Actividad quirúrgica. Año 1977

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal , Onofre	10
Dr. Canalejo Mateo, Francisco	108
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martinez , Juan Luis	146
Dr. Llaneras	1
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	104
Dr. Martí Capilla, Timoteo	45
Dr. Pérez Feliu, Antonio	255
Dr. Pons Delgado, Félix	75
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	20
Total intervenciones quirúrgicas	764

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1977

Tabla X.38. Actividad quirúrgica. Año 1978

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Alba Vidal , Onofre	10
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martinez , Juan Luis	110
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	65
Dr. Martí Capilla, Timoteo	19
Dr. Pérez Feliu, Antonio	202
Dr. Pons Delgado, Félix	22
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	14
Total intervenciones quirúrgicas	442

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1978

Tabla X.39. Actividad quirúrgica. Año 1979

Cirujano Traumatólogo Cupo	Intervenciones
Dr. Garau Salvà, Juan y Leon Martínez, Juan Luis	86
Dr. Malberti Fernández, Guillermo	52
Dr. Martí Capilla, Timoteo	12
Dr. Pérez Feliu, Antonio	196
Dr. Pons Delgado, Félix	18
Dr. Sánchez Fernandez, Juan José	10
Total intervenciones quirúrgicas	374

Fuente: archivo personal Dr. A. Pérez Feliu. Año 1979

Tabla X.40. Estadística asistencial del área quirúrgica. Año 1985

Camas	48
Índice de Ocupación	97%
Estancias	18.164
Estancia media	8,5 días
Estancia media según grupo quirúrgico	
Grupo 1 y 2	0,8 días
Grupo 3	4,2 días
Grupo 4	12,5 días
Grupo 5	16,4 días
Cirugías	1.823
Cirugía mayor	493
Cirugía mediana-pequeña	1.330

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1985

Tabla X.41. Estadística asistencial. Año 1986

Camas	110
Índice de Ocupación	87,37%
Índice de rotación	17,28
Estancias	34.972
Estancia media	18,40 días
Enfermos ingresados	1.901
Altas	1.830
Exitus	36
Consultas Externas	3.128
Primera visita	1.204
Visita sucesiva	1.924
Intervenciones quirúrgicas	2.033
Exploraciones analíticas	1.110
Radiografías	1.321

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1986

Tabla X.42. Estadística asistencial. Año 1990

Cirugía ortopédica y traumatología	
Estancias	16.258
Estancia media	8,5 días
Ingresos anuales	1.930
Rehabilitación	
Estancias	11.527
Estancia media	90,7 días
Ingresos anuales	127

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial Año 1990

Tabla X.43. Estadística asistencial del hospital (enero-septiembre 1991)

Cirugía ortopédica y Traumatología	
Estancias	15.447
Cirugías ambulatorias	557
Cirugías con ingreso	1.388
Altas	1.336
Rehabilitación	
Estancias	13.197
Ingresos	150
Altas	109
Pacientes ambulatorios	205
Sesiones rehabilitación ambulatoria	7.275

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1991

Tabla X.44. Estadística asistencial del centro asistencial (enero-septiembre 1991)

Consultas externas	1.605
Consultas primera visita	560
Consultas visitas sucesivas	1.045
Pacientes	3.638
Sesiones fisioterapia	80.698

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1991

Tabla X. 45. Estadística asistencial. Año 1994

HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA	
Camas	72
Ingresos	2.316
Pacientes	3.068
Altas	2.333
Estancias totales	24.159
Primer tramo	8.529
Segundo tramo	5.228
Tercer tramo	7.155
Cuarto tramo	3.246
Estancia media	10,4 días
Ocupación	91,9%
Actividad quirúrgica	
Intervenciones con ingreso	1.943
Intervenciones ambulatorias	1.256
Prótesis	648
REHABILITACIÓN HOSPITALARIA	
Camas	38
Ingresos	188
Pacientes	471
Altas	196
Estancias totales	8.649
Primer tramo	687
Segundo tramo	538
Tercer tramo	1.666
Cuarto tramo	5.757
Estancia media	46 días
Ocupación	68,4%
REHABILITACIÓN AMBULATORIA	
Total pacientes	7.415
Pacientes de fisioterapia	2.599
Pacientes de rehabilitación	4.816
Total sesiones	75.735
Sesiones de fisioterapia	25.826
Sesiones de rehabilitación	49.909
Media sesiones fisioterapia por paciente	9,9
Media sesiones rehabilitación por paciente	10,4
CONSULTAS EXTERNAS	
Visitas traumatología	13.501
Primeras visitas	5.498
Visitas sucesivas	8.003
Índice primera/sucesiva	0,7
Visitas rehabilitación	1.358
Primeras visitas	513
Visitas sucesivas	845
Índice primera/sucesiva	0,8
ELECTROMIOGRAFÍA	
Pruebas diagnósticas	1.012

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1994

Tabla X. 46. Estadística asistencial. Año 1995

HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA	
Camas	72
Ingresos	2.195
Pacientes	2.827
Altas	2.281
Estancias del equipo del Sector	
Primer tramo	3.119
Segundo tramo	1.810
Tercer tramo	1.931
Cuarto tramo	482
Estancias totales	7.743
Procesos quirúrgicos	200
Estancias del equipo de la JAS	
Primer tramo	3.066
Segundo tramo	1.821
Tercer tramo	2.206
Cuarto tramo	365
Estancias totales	7.459
Procesos quirúrgicos	88
Actividad quirúrgica	
Intervenciones con ingreso	2.159
Intervenciones ambulatorias	795
Prótesis	472
REHABILITACIÓN HOSPITALARIA	
Camas	20
Ingresos	325
Pacientes	593
Altas	282
Estancias totales	8.744
Primer tramo	503
Segundo tramo	551
Tercer tramo	4.868
Cuarto tramo	2.822
Estancia media	26,9 días
Ocupación	119,8%
REHABILITACIÓN AMBULATORIA	
Total pacientes	7.118
Pacientes de fisioterapia	2.246
Pacientes de rehabilitación	4.872
Total sesiones	73.245
Sesiones de fisioterapia	24.105
Sesiones de rehabilitación	49.140
Media sesiones fisioterapia por paciente	10,7
Media sesiones rehabilitación por paciente	10,1
CONSULTAS EXTERNAS	
Visitas Traumatología	18.776
Primeras visitas	7.645
Visitas sucesivas	11.130
Índice primera/sucesiva	0,7
Visitas rehabilitación	3.845

Primeras visitas	1.802
Visitas sucesivas	2.043
Índice primera/sucesiva	0,9

ELECTROMIOGRAFÍA

Pruebas diagnósticas	2.010
----------------------	-------

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1995

Tabla X. 47. Estadística asistencial. Año 1996

HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA

Camas	46
Enfermos	2.499
Estancias	14.734
Estancia media	5,90 días
Ocupación	87,52%
Intervenciones con ingreso	2.499
Intervenciones ambulatorias	566

REHABILITACIÓN

Camas	56
Enfermos	956
Estancias	19.564
Estancia media	20,46 días
Ocupación	91,88%
Sesiones de fisioterapia	29.571
Sesiones de rehabilitación	38.445

CONSULTAS EXTERNAS

Visitas Traumatología	16.635
Primeras visitas	7.913
Visitas sucesivas	8.722
Índice primera/sucesiva	0,9
Visitas rehabilitación	5.722
Primeras visitas	2.412
Visitas sucesivas	3.310
Índice primera/sucesiva	0,7

ELECTROMIOGRAFÍA

Pruebas diagnósticas	2.477
----------------------	-------

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1996.

Tabla X. 48. Estadística asistencial. Año 1997

Camas	103
Ocupación	85,90%
Estancias procesos quirúrgicos	11.820
Estancias procesos médicos	14.629
Larga estancia	3.650
Total estancias	19.461
Estancia media quirúrgica	6,22 días
Estancia media medica	45,36 días
Estancia media total	13,52 días
Altas cirugía	1.919
Altas medicina	327
Altas larga estancia	0
Total altas	2.246
Ingresos quirúrgicos	1.884
Ingresos médicos	318
Ingresos larga estancia	5
Total ingresos	2.207
Primeras visitas cirugía	7.881
Primeras visitas medicina	3.524
Total primeras visitas	11.405
Visitas sucesivas cirugía	7.757
Visitas sucesivas medicina	5.132
Total visitas sucesivas	12.889
Intervenciones ambulatorias	292
Urgencias	157
Ecografías	179

Fuente: datos estadísticos de la Curia Provincial. Año 1997

XXVIII FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito*. Palma, 1986.
- Ballesteros Fernández, José Alfonso. 1986 <<Planificación Hospitalaria en Mallorca para situaciones de catástrofe>>. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears.
- Perez Feliu, Antonio. *Nuestro grano de arena.Hospital San Juan de Dios Palma de Mallorca (1974-2006)*. Palma, 2018

Fuentes archivísticas primarias

- Archivos de la Curia Provincial de la Provincia de Aragón-San Rafael. Sant Boi de Llobregat, Barcelona. Año 1991; año 1992; año 1993; año 1994; año 1995; año 1996 y año 1997.
- Informe de situación del Centro de Rehabilitación San Juan de Dios y Proyecto Futuro Fray José María Muñoz Alcon. Palma .1978
- Expediente de licencia de obras: L.O.1978/1984. Archivo municipal de Palma de Mallorca 'Can Bordils'. Arquitectos: Sr. Miguel Arenas Gou y José Francisco Villalonga Garau. Técnico Sr. Mateo Cañellas Amengual.
- Archivo fotográfico de la Curia Provincial de Aragón-San Rafael.
- Archivo fotográfico del Hospital San Juan de Dios de Palma.
- Archivo estadístico y fotográfico del Dr. A. Pérez Feliu.
- Archivo estadístico y fotográfico del autor.

Fuentes orales primarias

Director de RRHH del HSJD

- Jesús Iglesias Barceló

Médicos

- Dr. Miguel Barrios Caldentey
- Dr. Juan Estarellas Roca
- Dr. Fernando Fernández Alcázar
- Dra. Pia Klapsing Schulte-Wintrop
- Dr. Juan Luis León Martínez
- Dr. Guillermo Malberti Fernández
- Dr. Sebastián Manresa Tejedor
- Dra. Nuria Navarro Ciruelos
- Dr Antonio Pérez Feliu
- Dr. Félix Pons Delgado
- Dr. Guillermo Ripoll Estela

Farmacéuticos

- Pablo Morant García
- Antonia Sampol Vicens

Enfermeros-DUE

- Miguel Cloquell Mir
- Juan Antonio Navarro Febrer
- Margarita Ribas Bisquerra
- Esperanza Rossello Janer
- Marta Segarra Ferran

Auxiliares de enfermería

- Elena Nogueras Palmer

Servicio de Informática

- Vicens Lopez Julià

Servicio de voluntarios

- Antonia Cladera Munar

Auxiliares administrativas

- Carmen Ribas Bisquerra

Colaboradores técnicos

- Arturo Fernández-Escandón García
- Jaime Martorell Vanrell
- Antonio Nicolau
- Juan Rodríguez
- Jaime Simonet Pujol
- Jordi Velasco Soler

Fuentes documentales secundarias

- Bastos Mora, Felipe. *Prótesis sin cementar de la Cadera*. Barcelona: Editorial JIMS, 1988.
- Chapman, Michael W, M.D. y Madison, Michael, Ph.D. *Operative Orthopaedics Volume 1 y 2*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1988.
- Charnley, Sir John. *Artroplastia de baja fricción en la cadera*. Barcelona: Salvat Editores S.A, 1981.
- Freeman, M.A.R. *Artritis y artrosis de la rodilla. Clínica y tratamiento quirúrgico*. Barcelona: Salvat Editores S.A ,1982.
- Furlong, Ronald F.R.C.S. *Six Years Experience of Hydroxyapatite Ceramic Coated Hip Prostheses*. Londres: Furlong Research Foundation, 1992.
- Jackson, Keith y otros. *Furlong 20 años en España*. Barcelona: Departamento de marketing MBA, 2011.
- Josa Bullich, S y de Palacios y Carvajal, J. *Cirugía de la Rodilla*. Barcelona: Editorial JIMS S.A., 1995
- López-Durán Stern, L. y de Pedro Moro, J.A. *Avances de Traumatología y Cirugía ortopédica: I Artroplastia total de Cadera*. Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

- Muller, M. E. *Total hip replacement without trochanteric osteotomy*. In The Hip Society: The Hip. Proceedings of the Second Open Scientific Meeting of the Hip Society. St.Louis: Mosby, 1974.
- Muller, M.E., Allgower M. y Willenegger H. *Manual de Osteosíntesis. Técnica AO*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1971.
- Neiger, Henri. *Estiramientos Analíticos Manuales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998
- Piulachs Oliva, Pedro. *Lecciones de Patología Quirúrgica*. 5 Tomos. Barcelona: Editorial Toray, S.A., 1963.
- Sanchez Cabeza, Angel. *Terapia ocupacional en disfunciones físicas*. Madrid: Editorial Sintesis, 2015
- Seco Calvo, Jesús Angel. *Métodos específicos de intervención en Fisioterapia*. Madrid: Editorial Médicfda Panamericana, 2015
- Seco Calvo, Jesus Angel. *Fisioterapia en Especialidades clínicas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2016
- Schneider, Robert. *La prótesis total de cadera. Un concepto biomecánico y sus consecuencias*. Madrid: Editorial AC, 1983.

- Self-Locking System SLS. Original M.E. Müller. Protek. A company of Sulzer medica. Edición 1990/1.
- Seral Iñigo, F. *Symposium sobre prótesis totales de cadera no cementadas Zweymüller/Endler*. Zaragoza: Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Cátedra de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 1986.
- Terol García, Enrique y Palanca Sanchez, Inés (Coordinadores). *Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, 2008.
- Tronzo, Raymond G, M.D. *Surgery of the Hip Joint*. Philadelphia: Lea& Febiger, 1973.
- Vidal, Jacques y Simon, Lucien. *Prótesis de Cadera y Rodilla*. Barcelona: Masson S.A ,1991.

CAPITULO XI. HOSPITAL GERIÁTRICO. TERCERA ÉPOCA (AÑOS 1998-2006)

I MODELO DE ATENCION GERIATRICA INTEGRAL

A partir de 1998 el HSJD cambió su orientación hacia un modelo de atención geriátrica integral con inclusión de tratamientos de rehabilitación y de cirugía ortopédica conservando una sección de ingreso sociosanitario.

Se emprendió una iniciativa pionera en las Baleares, consistente en sentar las bases y planificar una atención geriátrica integral, hasta la consecución de un Servicio de Geriátrica plenamente homologado con los más desarrollados del país, y que va a ser el primero en organizarse en las Baleares. A este respecto, recordemos que la geriatría, según reza en el Boletín Oficial del Estado, es la rama de la medicina dedicada a aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos; su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía. Su objetivo principal es evitar o limitar el deterioro funcional, determinante fundamental de la calidad de vida y principal predictor de dependencia, mortalidad, institucionalización y consumo de recursos en el anciano. Son fines de la especialidad el desarrollo de un sistema asistencial que atienda las múltiples situaciones de enfermedad, en especial aquellas con pérdida de autonomía, organización de una asistencia continuada, movilización de recursos para integrar en la comunidad el mayor número de ancianos posible y formación, investigación y docencia. Todo este proceso se logrará a través de unas fases correlativas y progresivas desde 2002 a 2004, de la siguiente forma:

1. Implantación de un primer nivel asistencial de la especialidad de geriatría, en forma de un hospital de día geriátrico con 15 plazas iniciales que con el tiempo se irán incrementando, hasta 20 y después 25. Dicho servicio lo inició en el año 2002 la Dra. Margarita Viñuela, que permaneció en el puesto hasta junio de 2003. Le suplió el Dr. Antonio García hasta 2004, fecha en que se incorporó el Dr. Nicolás Flaquer, quien sería el responsable del desarrollo completo del servicio de Geriátrica.
2. Creación de las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) y de media Estancia (UME) a lo largo de 2002.
3. Configuración de la Unidad de Ortogeriatría. Dicha Unidad, de forma preliminar, había sido diseñada a partir de iniciativas de los servicios de COT, Medicina Interna y Enfermería, desde el año 1998; aunque posteriormente en una segunda fase se estimó conveniente incluirla dentro del servicio de Geriátrica; hecho que tuvo lugar a partir de 2004 incluyéndose en la Unidad de geriatría de agudos (UGA).
4. Estas dos unidades se crearon con la participación primero del servicio de Medicina Interna y posteriormente pasaron a ser responsabilidad del servicio de Geriátrica.
5. Desarrollo de la Unidad Geriátrica de Larga Estancia, llamada también Unidad de Cuidados Especiales (UCE).

II AÑO 1998¹⁰⁹

En 1998, tras la apertura de nuevos hospitales en Mallorca, el HSJD decidió rediseñar su estrategia para mantener su actividad y empezó a orientarse hacia un nuevo modelo asistencial pivotando alrededor de la geriatría, aunque sin abandonar las áreas de Rehabilitación y COT.

¹⁰⁹ No se han podido localizar estadísticas hospitalarias del año 1998.

Instalaciones

Edificio hospitalario

El HSJD disponía con una superficie de 6.200m² distribuidos en tres plantas con una capacidad de hospitalización de 106 camas.

En la planta baja, en el ala este del edificio, se planificó la ubicación del hospital de día geriátrico con 15 plazas iniciales que posteriormente se incrementarán, el gimnasio de rehabilitación, las consultas externas; y hacia el ala oeste, las dependencias administrativas y de gerencia y dirección, sala de reuniones, archivo de historias clínicas, voluntariado, capilla, farmacia y tanatorio

En la primera planta, se ubicaban dos unidades de hospitalización, tres quirófanos (uno de ellos utilizable como quirófano de traumatología y cirugía contaminada) con sus instalaciones adyacentes (sala de esterilización, lavado de personal, preanestesia, lavado de instrumental, vestuarios y recuperación post-operatoria), el laboratorio, la ropería y la cocina-cafetería.

En la segunda planta se ubicaban otras dos unidades de hospitalización y la unidad de radiodiagnóstico.

Centro asistencial

No se produjeron cambios sustanciales en la organización del centro asistencial de Palma.

Personal

Junta de gobierno

En 1998 se llevaron a cabo cambios a nivel del personal de dirección. Se nombró como nuevo Director médico al Dr. José María Vicens Gómez en sustitución el Dr. Antonio Pérez Feliu, quien permaneció como jefe de Servicio de COT. Cesó el administrador Sr. Joan Font Monserrat y se incorporó el nuevo Hno. Superior Juan Esparza.

Cartera de servicios

Como dato destacable, en 1998 se crearon como nuevos servicios asistenciales:

- Servicio de Medicina Interna a cargo del jefe de servicio, Dr. Josep Vicens Gómez.
- Servicio de Atención al Usuario a cargo de la psicóloga Margarita Covas, quien además ostentaba la responsabilidad de la unidad de Admisión-Hospitalización. El Servicio de Atención al Usuario constituyó una de las fuerzas favorecedoras de cambio en la organización. Desde su inicio fue siempre una unidad muy próxima a la gerencia ya que se vio precozmente la capacidad de identificar las necesidades de los usuarios e impulsar los cambios orientados a aumentar la satisfacción de los pacientes/usuarios/clientes. Tanto la misión como los valores del hospital señalan al paciente y a sus familiares como elementos centrales de la organización sanitaria. Como herramientas de conocimiento se elaboraron encuestas de satisfacción de periodicidad continua en las distintas áreas del hospital: datos generales, sobre el personal, sobre el tipo de la asistencia, sobre los voluntarios, sobre las instalaciones, nutrición, higiene, medios técnicos, valores de la Orden. Con todo ello se persigue la satisfacción global y la excelencia en la atención recibida.

- Por otro lado, el Servicio de COT puso en marcha la Unidad de Orto geriatria. Concretamente, el 16 de noviembre de 1998 dicho servicio presentó el proyecto siguiendo el modelo desarrollado en otros hospitales de España y de Europa, siendo esta unidad la primera de las implantadas en Baleares.

La Unidad de Orto geriatria involucra a médicos de los siguientes servicios clínicos: Medicina Interna, COT, Reumatología, Neurología y Rehabilitación, si bien atañe preferentemente a pacientes afectados de fractura osteoporótica de cadera y pivota alrededor de los Servicios de Medicina Interna, después Geriatria y de COT. Es en definitiva una unidad clínica que representa el inicio de la colaboración multidisciplinar en el HSJD de Palma.

Las unidades de Orto geriatria fueron diseñadas e introducidas en la práctica hospitalaria en el Reino Unido a partir de la década de los 50 y posteriormente se expandieron por todos los países de Occidente, donde la fractura osteoporótica de cadera representa un serio problema de salud y economía sanitaria.

Lo novedoso para planificar un servicio clínico hospitalario de estas características, así como cualquier otra actividad sanitaria o de salud pública, consiste en que el planificador debe considerar 6 premisas de información, que resultan imprescindibles y que deben tenerse en cuenta desde el principio. Dichas premisas son: información sobre el área atendida, información de los posibles clientes, información sobre los servicios prestados, información sobre los equipos profesionales, información financiera e información sobre la competencia.

Es fundamental la colaboración estrecha entre profesionales hospitalarios que deben girar alrededor del médico geriatra como traumatólogos, rehabilitadores y fisioterapeutas que realizan su cometido coordinados por el geriatra, que es quien toma el mando en el curso del periodo de internamiento.

Efectivamente, después de la introducción de dicha Unidad, el hospital constató una serie de mejoras en la evolución de los casos clínicos, a saber: reducción de la duración de los ingresos; menores complicaciones intra-hospitalarias (delirio, trastornos cognitivos, depresión, estreñimiento, malnutrición, retención e incontinencia urinaria, úlceras de decúbito, etc); reducción de la mortalidad intra y extra-hospitalaria; todo ello ha redundado en la reducción de los costes por proceso.

Actividades formativas

Durante el año 1998 se llevaron a cabo las siguientes actividades formativas:

- En abril de 1998 el HSJD organizó una Jornada sobre la Enfermedad de Parkinson que tuvo lugar en la sede de la Fundación La Caixa, en la Plaza Weyler, 3 de Palma.
- El 6 y 7 de junio el HSJD organizó un curso de posgrado de la Escuela Universitaria de Fisioterapeutas "Gimbernat" sobre Técnicas de reeducación en los desequilibrios de la cintura escapular, dirigido a fisioterapeutas.

Voluntariado

A pesar de que el Servicio del Voluntariado se creó en el año 1993 y sus miembros han venido trabajando todos estos años según los parámetros que se describieron en el momento de su implantación en 1993, no existían estadísticas registradas en el periodo comprendido entre 1993 y 1997.

El 23 de mayo de 1998 se celebró el Tercer encuentro local de voluntarios, organizado por la Asociación de voluntarios de San Juan de Dios de Palma que tuvo lugar en el propio hospital y en el Monasterio de Lluch.

Durante el año 1998 aparecen los primeros datos registrados, anotando un total anual de 2.175 horas de dedicación de los voluntarios al HSJD.

III AÑO 1999

Inmerso en una profunda crisis durante 1999 el HSJD que estuvo a punto de cerrar, aprobó un plan de viabilidad y un ambicioso plan estratégico que orientó la gestión del centro a las nuevas demandas de la sociedad balear y de la propia red sanitaria autonómica. Este plan consiguió en 6 años reducir progresivamente el fuerte déficit del año 1999 y llegar en 2005 al equilibrio financiero.

El plan de viabilidad contemplaba ir aumentando progresivamente la calidad percibida por los usuarios. El Servicio de Atención al Usuario atendía las quejas, sugerencias y reclamaciones y se introducían mejoras a partir de la información obtenida de este modo.

El hospital participó activamente en el Grupo de calidad establecido para los hospitales de la provincia de Aragón San Rafael. Se elaboró un documento marco cuyos principios sirven de guía y apoyo a la organización interna del hospital. Posteriormente, los cambios registrados por el hospital respondieron a las directrices emanadas de los Capítulos Provinciales XX y XXI.

Instalaciones

Se mantienen las mismas instalaciones que en años anteriores. Sin embargo, se elaboró un proyecto arquitectónico de ampliación y reforma. Este proyecto contemplaba la construcción de un nuevo edificio (2005-2006) que contaría con una superficie de 8.000m², tres unidades de hospitalización de 40 camas cada una; un gimnasio para rehabilitación; consultas externas; farmacia; unidad de radiodiagnóstico; servicio de admisión; bloque técnico; vestuarios; tanatorio; almacén-archivos y parking subterráneo con 94 plazas y exterior de 150 plazas.

Por otro lado, se contempló la reforma del edificio antiguo (2007-2009) que supondrían 6.000m² de edificación, con dos unidades de hospitalización con 40 camas cada una; bloque quirúrgico y UCSI; esterilización; servicio de laboratorio; hospital geriátrico; sala de rehabilitación; sala de actos; capilla; aula de formación; departamento de dirección-administración; lencería; farmacia; almacenes; servicios generales y hospedería. En la segunda planta se ubicarían las dependencias de la Comunidad de hermanos.

Personal

En este año la Sección JAS regresó al Hospital Son Dureta, lo que supuso que el personal facultativo de esta unidad, que venía desarrollando actividades de cirugía, hospitalización y consultas externas en el HSJD desde 1987, regresó al Hospital de referencia de la SS.

En 1999, la dotación de personal del HSJD era de 144 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XI. 1. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 1999

Directivos	3
Facultativos	15
Enfermeros	21
Auxiliares enfermería	48
Fisioterapeutas	8
Otro personal asistencial	2
Administrativos	17
Servicios generales	30
Plantilla laboral total	144

Fuente: Memoria Hospital San Juan de Dios. 1999

Tabla XI. 2. Características de la plantilla. Año 1999

Contratación indefinida	73,8%
Contratación interina	16%
Contratación eventual	10,2%
Edad media	36,48 años
Antigüedad media	6,42 años
Absentismo por incapacidad temporal	3,36%
Absentismo por accidente de trabajo	0,92%
% mujeres	72,86%
% hombres	27,14%

Fuente: Memoria Hospital San Juan de Dios. 1999

Cartera de servicios

Según el modelo asistencial que se estableció, el hospital quedó organizado en las siguientes Unidades.

Unidad de Cirugía sin ingreso (UCSI)

Comprende la asistencia de los procedimientos quirúrgicos de cirugía ortopédica y traumatología que no precisan ingreso hospitalario, más allá de unas horas de seguimiento de la recuperación anestésica, todo lo cual se realiza en la sala de vigilancia post-operatoria dispuesta ex profeso y pueden ser dados de alta durante la misma jornada. Es una fase inicial de dicha unidad que en años posteriores experimentaría un gran crecimiento.

Unidad geriátrica de Agudos (UGA)

Atiende a personas con problemas de medicina interna y geriatría. En general, se trata de pacientes ancianos frágiles con pluripatología y patologías con riesgo de incapacidad. También se incluye en esta unidad los pacientes de ortogeriatría, o sea, pacientes intervenidos o bien hospitalizados por el Servicio de COT y que precisan además control por Medicina Interna o Geriatría. La Unidad en conjunto tiene destinadas 56 camas.

Unidad de Media Estancia (UME)

Destinada a personas que tras padecer una enfermedad médica o quirúrgica han sufrido un deterioro en su situación funcional. Precisan por tanto atención médica y cuidados de su enfermedad de base y especialmente rehabilitación. Esta unidad tiene destinadas 30 camas.

Las tres unidades descritas: UCSI, UGA y UME se basan en la atención médica y enfermera con la finalidad de curar y rehabilitar, alcanzando la máxima capacidad funcional de la persona. Requieren un estrecho trabajo interdisciplinar.

Unidad de Larga Estancia (ULE)

Es una unidad destinada a atender a pacientes en los que se prevé una estancia media prolongada por diferentes motivos de índole médica o social (Síndrome de inmovilización prolongado, ACV con grandes secuelas, etc). También inicialmente esta unidad atendió a pacientes con proceso de terminalidad y supuso la introducción de lo que posteriormente se conocería como Unidad de Cuidados Paliativos.

Servicio de Rehabilitación

Este servicio continuó operando en dos localizaciones: en el propio hospital y en el centro asistencial, con gimnasios en ambas ubicaciones e ingreso en el hospital.

Actividad asistencial

Los parámetros de actividad y de calidad asistencial se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 3. Actividad asistencial. Año 1999

Hospitalización	
Camas	103
Altas	2.136
Estancias	32.545
Ocupación	89%
Estancia media	15,31 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	27.644
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.352
Prótesis articulares	37
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	37
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	182.282
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	2.928

*GRD>3 Incluye procesos de Orto geriatria, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria Hospital San Juan de Dios. 1999.

Resultados económicos

En 1999 el hospital arrastraba una difícil situación con importantes pérdidas económicas y deuda acumulada, agravado por la obsolescencia de su tecnología y de sus infraestructuras, por los escasos especialistas titulados que trabajaban en él, por la baja ocupación de sus camas, por la poca rotación de los pacientes, lo que provocaba secundariamente una desmotivación de los profesionales y se cuestionaba muy seriamente la viabilidad de centro.

Para dar solución a esta situación crítica, la Curia Provincial impulsó un cambio en su organigrama y un nuevo equipo directivo con la finalidad de garantizar la continuidad de la

institución en las Islas Baleares. Se diseñó un nuevo modelo asistencial y de gestión adaptado a las nuevas exigencias. Este proceso de mejora se basó en varios planes o documentos fundamentales: Plan de Viabilidad; Plan de Empresa; Carta de Identidad; Plan de Calidad y Plan de Salud del gobierno balear, desarrollado este último en fechas posteriores (2003-2007).

Atención al usuario

Durante 1999 se fue configurando con mayor complejidad analítica la Unidad de Atención al Usuario, potenciando las encuestas de satisfacción que a lo largo de las siguientes anualidades irían adquiriendo mayor protagonismo.

Voluntariado

Durante el año 1999, 34 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 3.123 horas.

Actividades Formativas

Los días 4 a 8 de diciembre de 1999 el Servicio COT del HSJD participó en la "1ª Reunión sobre recubrimientos en las prótesis totales de cadera". Evento organizado por el Servicio COT del Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

IV ESTAMENTOS DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA EN LA DÉCADA DE LOS 90

En la década de los 90 se inició un cambio progresivo en la organización de ambos estamentos. La llegada del Hno. Domingo Alcalá a la gerencia supuso un estímulo en estas disciplinas, llevándose a cabo una serie de acciones de mejora:

1. En recursos humanos:
 - En 1991 se nombró a la primera Directora de enfermería en la persona de Margarita Ribas, que contó con la colaboración de Marta Segarra Ferran como adjunta de enfermería a partir de 1993. Se nombraron las primeras coordinadoras en las Unidades de Enfermería de la primera y segunda plantas (Ana María Pérez Fernández y Reyes Martín Fernández) y de rehabilitación (Petra Vidal Barceló). En quirófano se nombró como coordinadora a Margarita Ribas Bisquerra hasta 1995, pasando a serlo posteriormente Miguel Cloquell Mir.
 - En las plantas de hospitalización, se incrementó la dotación de personal que pasó a ser de dos enfermeras y cuatro auxiliares en los tres turnos de servicio.
 - En quirófano, se configuraron tres áreas: enfermería de quirófano-instrumentistas, enfermería de anestesia y enfermería de la UCSI y se incrementó la dotación de personal a ocho enfermeros-DUE, ocho auxiliares de enfermería y dos celadores.
 - En el área de rehabilitación, se incrementó el personal a un total de ocho fisioterapeutas en ambos gimnasios (hospital y centro asistencial).
2. Se describieron los puestos de trabajo de enfermería, auxiliares clínicas y celadores, enmarcados en el estilo institucional del HSJD, teniendo como centro de atención al usuario y su familia.
3. Se desarrollaron los registros de enfermería y se implantó la valoración de enfermería al ingreso de cada paciente.

Asimismo se organizaron cursos de formación y de pedagogía, concretamente, se potenció la formación interna del personal propio con seminarios sobre: dietética; calidad de cuidados;

prevención de las úlceras de decúbito; estrés en el profesional; cursos de rehabilitación de la espalda; formación en enfermería geriátrica y traumatológica; cursos para formación de personal auxiliar de enfermería en rehabilitación y de auxiliares de enfermería de planta.

También se colaboró con la Universitat de les Illes Balears para la admisión de estudiantes de enfermería en las prácticas obligatorias en el área de hospitalización y área quirúrgica.

Además, se promovió la realización de proyectos, entre ellos:

- Entre 1993 a 1998 se realizaron proyectos para la estructuración de la Línea de cuidados del hospital y se desarrolló el organigrama funcional.
- Entre 1999 y 2000 se realizó un nuevo proyecto para la mejora del nivel de Calidad, planteando 12 objetivos específicos entre los que destacaron: creación de Unidades de Medicina Interna, el diseño de un historial de enfermería y el informe de alta de enfermería.

V AÑO 2000

Se diseñó un plan estratégico que debía servir para definir, a partir de un diagnóstico de la situación, el modelo asistencial centrado en el paciente y la reorganización del hospital en unidades asistenciales. Se decidió, en definitiva, ser un hospital de apoyo en atención geriátrica con un modelo de asistencia integral e interdisciplinar.

Con el plan de viabilidad, el Definitorio Provincial y el equipo directivo del hospital se propuso reflotar la Institución. Para ello se contrató una consultora externa, y se emitieron directivas para utilizar al máximo los recursos disponibles y proceder a un aumento progresivo de la actividad asistencial. Se adoptó el Modelo Europeo de Excelencia EFQM.

Instalaciones

Sin cambios respecto al año anterior.

Personal

Junta de gobierno

Cesó el gerente Sr. Juan Domenech Tico asumiendo el cargo de gerente-director médico el Dr. Josa M^a Vicens López.

Servicios clínicos

El Dr. Luis Tomas Castro Valero se incorporó al Servicio de Radiología para colaborar especialmente en la Unidad de Ecografía.

La Dra. María Esther Cardo Jalón colaboró en el Servicio de Neurología, atendiendo especialmente casos de pacientes neurológicos infantiles (neuropediatría).

En el año 2000, la dotación de personal del HSJD era de 149 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XI. 4. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2000

Directivos	4
Facultativos	16

Enfermeros	21
Auxiliares enfermería	48
Fisioterapeutas	8
Otro personal asistencial	2
Administrativos	18
Servicios generales	32
Plantilla laboral total	149

Fuente: Memoria HSJD año 2000

Tabla XI. 5. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2000

Contratación indefinida	67,8 %
Contratación interina	15,5 %
Contratación eventual	16,7 %
Edad media	36,50 años
Antigüedad media	6,89 años
Absentismo por incapacidad temporal	2,35 %
Absentismo por accidente de trabajo	0,89 %
% mujeres	73,44%
% hombres	26,56

Fuente: Memoria HSJD año 2000

Cartera de servicios

Sigue con la misma cartera de servicios que en años anteriores.

Actividad asistencial

Los principales indicadores clínicos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 6. Actividad asistencial Hospital San Juan de Dios. Año 2000

Hospitalización	
Camas	108
Altas	2.701
Estancias	36.087
Ocupación	91%
Estancia media	13,33 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	25.368
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.416
Prótesis articulares	49
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	49
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	198.669
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	3.765

*GRD>3 Incluye procesos de ortogeriatría, reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2000

Resultados económicos

Con las medidas implementadas en el año 2000 se logró una reducción del déficit histórico aunque la cuenta de resultados fue aún desfavorable.

Voluntariado

Durante el año 2000, 34 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 3.203,15 horas.

VI AÑO 2001

Instalaciones

Los cambios más significativos se produjeron en el area quirúrgica. Se inicia la renovación de los tres quirófanos en el apartado de locales y se incrementa y actualiza la dotación de material e instrumental.

Personal

Junta de gobierno

Entró a formar parte de la misma el nuevo Hno. Superior Juan Bautista Llinares.

Servicios clínicos

En el Servicio de COT se produce el cese del Dr A. Pérez Feliu y se hace cargo de la dirección del mismo y como jefe de Servicio el Dr. Joaquin Boronat Rom, que hasta la fecha se desempeñaba como jefe clínico del Servicio. Permanecen en el servicio los Dres. M. Barrios Caldentey y J. Estarellas Roca.

En 2001 cesa el Dr. Jaime Burcet como responsable de Neurología y Neurofisiología y entra en su puesto el Dr Friederich A. Nobbe. Constan como colaboradoras en el Servicio de Neurología y Neurofisiología la Dra. Cristina Descals Moll (en el área de neurofisiología) y la Dra. María Mercedes Usón Martín (en el área de Neurología y Neurofisiología).

Tabla XI. 7. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2001

Directivos	5
Facultativos	16
Enfermeros	21
Auxiliares enfermería	48
Fisioterapeutas	8
Otro personal asistencial	2
Administrativos	17
Servicios generales	32
Plantilla laboral total	149

Fuente: Memoria HSJD año 2001

La apertura del hospital público Son Llàtzer, inaugurado en diciembre de 2001 por la ministra de Sanidad y Consumo D. Celia Villalobos, modifica la plantilla hospitalaria del centro por cuanto un segmento de personal: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, optan por integrarse en el mencionado centro. En el año 2001, la dotación de personal del HSJD se mantuvo en 149 trabajadores. Las características de la plantilla son las que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla XI. 8. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2001

Contratación indefinida	63,5 %
Contratación interina	14,7 %
Contratación eventual	21,8 %
Edad media	37,35 años
Antigüedad media	7,11 años
Absentismo por incapacidad temporal	2,20 %
Absentismo por accidente de trabajo	0,58 %
% mujeres	73,40%
% hombres	26,60%

Fuente: Memoria HSJD año 2001

Cartera de servicios

Se mantiene sin cambios la misma cartera de servicios definida en 1999. Durante este año 2001, finalizó el periodo de sectorización hospitalaria del HSJD por cuanto los centros de asistencia primaria relacionados con HSJD, derivaron sus casos al nuevo Hospital Son Llätzer.

Actividad asistencial

Los principales indicadores clínicos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 9. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2001

Hospitalización	
Camas	108
Altas	3.122
Estancias	36.575
Ocupación	93%
Estancia media	11,75 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	24.599
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.700
Prótesis articulares	91
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	91
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	200.492
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	3.828

*GRD>3 Incluye procesos de Orto geriatria, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2001

Resultados económicos

En este año 2001 se constata un aumento de los parámetros de actividad clínica y una reducción del déficit presupuestario al final del ejercicio.

Voluntariado

Durante el año 2001, 30 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 4.162 horas.

VII AÑO 2002

En el año 2002 se configuró una nueva estructura funcional del hospital que lo dividió en dos áreas diferenciadas: la primera planta acoge la unidad geriátrica de agudos (UGA), la segunda planta acoge las unidades de media estancia (UME) y de larga estancia (ULE).

Por otra parte, una vez probada la rentabilidad del hospital, merced al recorte de gastos y al aumento de la actividad asistencial (consultas externas y cirugías) y de las altas; así como la progresiva especialización del centro, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y el Govern Balear llegaron a un acuerdo para ampliar las instalaciones del hospital y la reforma de las ya existentes. El mencionado convenio abría un nuevo horizonte para un hospital que desde sus inicios como sanatorio infantil, supo adaptarse a la evolución de una sociedad que llegaba al nuevo siglo con una población en la que los ancianos prevalecían frente a la juventud de antaño exigiendo nuevas atenciones.

Instalaciones

Se adaptó un área de la planta baja para la instalación del hospital de día geriátrico. Era un área destinada a pacientes ambulatorios, ancianos frágiles con riesgo elevado de discapacidad, pluripatología y que precisando cuidados relativos a su medicación, dieta o por algún tipo de problemática social que les dificultara permanecer en su domicilio durante las horas diurnas. Se trataba de un nivel asistencial ambulatorio acogiendo al paciente en horario de mañana y tarde, dos o tres veces por semana. Se contemplaba una estancia máxima de tres meses. Se posibilitaba la implantación de cuidados a domicilio.

Personal

Junta de gobierno

Entró el Sr. Pedro Novas como director financiero.

Servicios clínicos

En 2002, debido a la puesta en marcha del Hospital Son Llàtzer, el Servicio de Neurología y Neurofisiología quedó solo constituido por el Dr. F. A. Nobbe.

Trabajo social

Se ocupó de esta sección la Sra. Silvia Sánchez Balsalobre.

Personal

En el año 2002, la dotación de personal del HSJD se incrementó en 6 personas, pasando a 155 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XI. 10. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2002

Directivos	5
Facultativos	11
Enfermeros	26
Auxiliares enfermería	50
Fisioterapeutas	10
Otro personal asistencial	3
Administrativos	18

Servicios generales	32
Plantilla laboral total	155

Fuente: Memoria HSJD año 2002

Tabla XI. 11. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2002

Contratación indefinida	54,6 %
Contratación interina	14 %
Contratación eventual	31,3 %
Edad media	36,22 años
Antigüedad media	6,76 años
Absentismo por incapacidad temporal	2,53 %
Absentismo por accidente de trabajo	0,39 %
% mujeres	78,22
% hombres	21,78

Fuente: Memoria HSJD año 2002

Cartera de servicios

Se mantuvo sin cambios la misma cartera de servicios definida en 1999.

Actividad asistencial

Los principales indicadores clínicos del año 2002 se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 12. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2002

Hospitalización	
Camas	109
Altas	3.238
Estancias	32.706
Ocupación	82%
Estancia media	9,52 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	19.056
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.873
Prótesis articulares	175
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	175
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	197.809
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	2.335

*GRD>3 Incluye procesos de Ortopediatria, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2002

Resultados económicos

En este año 2002 continuó disminuyendo el déficit lo que conllevó una progresiva recuperación de los resultados financieros.

Actividades formativas

Durante el año 2002 se llevaron a cabo 31 acciones formativas con un total de 1.302 horas de formación al personal del centro hospitalario.

Voluntariado

Durante el año 2002, 30 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 5.697 horas.

VIII AÑO 2003

Se elaboró un plan de empresa que contemplaba como uno de sus puntos básicos la ampliación y reforma arquitectónica del edificio hospitalario. Este proyecto planificaba la construcción de un nuevo bloque (sótano, planta baja y tres plantas), anexo al edificio original y conectado al mismo a dos niveles, sería destinado a actividad ambulatoria y de soporte con tres plantas de hospitalización. La inauguración de este nuevo edificio se planificaba para principios de 2007. El proyecto se completaba con la remodelación y readecuación funcional del edificio original.

El HSJD adjudicó las obras de ejecución de su nuevo edificio a la empresa FCC Construcción S.A. y al Grupo AG. El presupuesto inicial destinado a esta obra era de 12 millones de euros y su inauguración estaba prevista a finales de 2007. La ejecución y dirección de las obras estuvieron bajo la dirección del arquitecto Sr. Javier Muñoz del Estudio Muñoz & Aranda.

Instalaciones

Finalizó la remodelación de la planta baja que alberga el hospital de día geriátrico. Asimismo finalizó la remodelación del quirófano 3 y se inició la actuación en la central de esterilización y posteriormente a los quirófanos 1 y 2.

Fig XI. 1. Imagen actual de quirófano del Hospital San Juan de Dios



Imagen del quirófano 3 totalmente renovado. Fuente: archivo fotográfico del HSJD

Durante este año 2003 se empezaron a planificar las bases para la puesta en marcha de una Unidad de Cirugía mayor y menor sin ingreso (UCSI). Este proyecto fué llevado a cabo entre los Servicios de COT y Anestesia junto a la responsable de enfermería de quirófanos.

Recursos tecnológicos

Hasta el año 2003, el HSJD disponía de un sistema de información basado en el registro de los datos administrativos y tráfico de pacientes. En este año el HSJD inició un proceso de transformación de la historia clínica de los pacientes hacia un formato electrónico con la implantación de la WebhospitalL de Steria, que permitía el registro de los datos clínicos de los pacientes en un entorno electrónico. Además de los registros clínicos también se incorporó al sistema informático la gestión de las agendas de citas y la prescripción electrónica de los pacientes ingresados.

Personal

Servicios clínicos

En 2003 se nombra al Dr. Joaquín Boronat Rom como coordinador quirúrgico hospitalario y jefe del Servicio de COT del HSJD. Desde ahora el Servicio de COT del HSJD quedó constituido con la siguiente composición: Dr. J. Boronat Rom (jefe del Servicio de COT y coordinador quirúrgico), Dr. M. Barrios Caldentey y el Dr J. Estarellas Roca como médicos adjuntos. EL Servicio de COT hospitalario continúa en la mejora de la dinámica del trabajo en equipo.

Se incorporó el Dr. Juan Galofré como coordinador médico y la Dra Nuria Navarro Ciruelos como responsable de la Sección de Electromiografía. Ambos profesionales con una dedicación plena al hospital.

En el año 2003, la dotación de personal del HSJD se incrementaría en 8 personas, pasando a ser 163 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XI. 13. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2003

Directivos	5
Facultativos	11
Enfermeros	30
Auxiliares enfermería	52
Fisioterapeutas	10
Otro personal asistencial	4
Administrativos	19
Servicios generales	32
Plantilla laboral total	163

Fuente: Memoria HSJD año 2003.

Tabla XI. 14. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2003

Contratación indefinida	63,5%
Contratación interina	9,7 %
Contratación eventual	25,1%
Edad media	36,36 años
Antigüedad media	6,71 años
Absentismo por incapacidad temporal	2,99 %
Absentismo por accidente de trabajo	1,05 %
% mujeres	76,11
% hombres	23,89

Fuente: Memoria HSJD año 2003.

Dr. Joaquin Boronat Rom

Licenciado en medicina y cirugía por la Facultad de Medicina de Barcelona en 1969. Realiza la especialidad de COT en el Hospital del Sagrado Corazón de Barcelona (jefe de Servicio: Dr. Angel Santos Palazzi Duarte). Obtiene el título de Especialista COT en la Universidad de Barcelona en 1971 y el de Rehabilitación en la misma Universidad en 1979. Consigue plaza de médico especialista ayudante de cupo y en 1975 gana por concurso-opición plaza de médico adjunto del Servicio de COT del Hospital Son Dureta. En 1987 es transferido al HSJD en comisión de servicio. En 1995 cesa como médico de la S.S. y entra a formar parte del cuadro médico del Servicio de COT del HSJD, como jefe clínico. En 2001 asume la jefatura del Servicio de COT del HSJD hasta su jubilación en 2011.

Es miembro de la SECOT, de la ABCOT y de la SECCA, becado de la AO Internacional. Participa en la organización de numerosos symposios de la especialidad en el Hospital Son Dureta y organiza el XXV congreso de la ABCOT en 2008. Formó parte del profesorado de anatomía (Prof Domenech de la Universidad Autónoma de Barcelona) del primer curso de Medicina que durante 2 años se impartió en Palma: 1976/77 y 1977/78.

Cartera de servicios

Se aumentó la cartera de servicios con la puesta en marcha del hospital de día geriátrico, que fué el primero en su modalidad instalado en las Islas Baleares. En 2003 se planifica y se dan los primeros pasos para la implantación de una Unidad de Cirugía mayor y menor sin ingreso, bajo el impulso de los Dres J. Boronat Rom, Santos García Moris y la enfermera M. Ribas Bisquerra.

Actividad asistencial

Los principales indicadores clínicos del año 2003 se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 15. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2003

Hospitalización	
Camas	109
Altas	3.219
Estancias	34.410
Ocupación	84%
Estancia media	11,59 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	15.150
Hospital de día	
Estancias hospital de día	935
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	2.367
Prótesis articulares	300
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	300
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	185.055
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	2.232

*GRD>3 Incluye procesos de ortogeriatría, reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2003.

Resultados económicos

En este año 2003 hubo un pequeño repunte del déficit rompiendo la tendencia anterior aunque se mantuvo un balance financiero negativo.

Atención al usuario

En 2003, a modo piloto, se proyectaron y remodelaron tres habitaciones de hospitalización en la primera planta con un diseño actualizado con la finalidad de comprobar la funcionalidad y el confort de las nuevas habitaciones que posteriormente se construirán en el edificio adjunto. Se recabó la opinión de los propios usuarios así como del personal sanitario y auxiliar.

En 2003 se diseñaron e implantaron las primeras encuestas de satisfacción para pacientes y familiares. Se realizaron tres tipos de encuestas:

- Encuesta de satisfacción general.
- Encuesta de opinión sobre el confort de las nuevas habitaciones piloto.
- Encuesta de opinión sobre los procesos quirúrgicos de prótesis y artroscopias.

Como resultado de estas encuestas, el HSJD obtuvo una puntuación global de 7,2 sobre 10.

Actividades formativas

Durante el año 2003 se llevaron a cabo 52 acciones formativas con un total de 1.989 horas de formación al personal del centro hospitalario.

Voluntariado

Durante el año 2003, 30 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 7.150 horas.

IX AÑO 2004

En 2004 se concretó el acuerdo para ampliar las instalaciones del hospital y reformar las ya existentes entre la Curia Provincial de Aragón-San Rafael de la Orden hospitalaria de San Juan de Dios y el Govern Balear. El mencionado convenio abría un nuevo horizonte para el hospital. En este contexto, se firmó por primera vez un Plan plurianual (2004-2008) con el Servicio de Salud de las Islas Baleares (Ibsalut).

En este año se realizó una autoevaluación de la dinámica y gestión hospitalarias y se identificaron las posibles áreas de mejora, según los criterios del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM).

A partir de 2004 el Departamento de Comunicación externa del hospital fué el encargado de gestionar la imagen de la institución en el exterior.

Instalaciones

Se consolidó una zona del área quirúrgica para la realización de la actividad de cirugía sin ingreso, que había dado sus primeros pasos en el año anterior. Esta sección comprendía una sala de hospitalización con camas habilitadas; una zona de vigilancia en sillones especiales, un control de enfermería, unos vestidores y unos servicios sanitarios. Suponía la primera adaptación que

realizaba el hospital con la finalidad de implantar los procedimientos de cirugía sin ingreso. Con posterioridad, esta zona adquirirá un gran protagonismo y una nueva remodelación.

Fig. XI. 2. Imágenes de la zona de cirugía ambulatoria



Fuente: archivo fotográfico del HSJD.

Recursos tecnológicos

Durante el año 2004 el HSJD implantó su primer sistema informático de diagnóstico por imagen, incorporando un CR para la digitalización de la radiología convencional, un sistema de PACS para el almacenamiento de la imagen médica y un visor web para su difusión por las distintas estaciones clínicas.

Personal

Junta de gobierno

Entró como nueva directora de enfermería la Sr. Mercedes Vacas Guerrero.

Servicios clínicos

En 2004 se incorporó el Dr Nicolás Flaquer Terrassa como responsable del área de Geriátrica, el cual posteriormente, en 2005, asumiría el cargo de coordinador asistencial.

En el año 2004, la dotación de personal del HSJD se incrementó en 2 personas respecto al año anterior, alcanzando un total de 165 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XI. 16. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2004

Directivos	4
Facultativos	13
Enfermeros	31
Auxiliares enfermería	54
Fisioterapeutas	11
Otro personal asistencial	3
Administrativos	18
Servicios generales	31
Plantilla laboral total	165

Fuente: Memoria HSJD año 2004.

Tabla XI. 17. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2004

Contratación indefinida	73,8%
Contratación interina	7,7%
Contratación eventual	18,6%
Edad media	36,36 años
Antigüedad media	6,71 años
Absentismo por incapacidad temporal	3,80 %
Absentismo por accidente de trabajo	0,90 %
% mujeres	76,11
% hombres	23,89

Fuente: Memoria HSJD año 2004.

Cartera de servicios

Laboratorio

Asume la función de Hematología.

Cirugía Mayor Ambulatoria

En 2004 se incluye entre la actividad ofertada por el hospital, la Unidad de Cirugía Sin Ingreso o Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Servicio de COT. Se tomaron como base los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo elaborados a lo largo de una serie de guías y recomendaciones.

Antecedentes históricos de la CMA

- En 1992 El Ministerio de Sanidad y Consumo encargó la elaboración de unas primeras guías de CMA, publicadas en 1993.
- En 1994 se creó la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- En 2001 el Servicio Vasco de Salud elaboró un documento sobre guías de actuación en CMA.
- En 2002 la Generalitat de Cataluña y el Servicio Valenciano de Salud publicaron sendas guías de CMA.
- En 2003 se definió la CMA en el Real Decreto 1277/2003, estipulando y definiendo las bases generales sobre autorización de centros, servicios, etc.

Implantación de Unidades CMA en España

- La primera Unidad de CMA que se puso en marcha en nuestro país fue la del Hospital de Viladecans, en Barcelona en el año 1990.
- En 1992 el Hospital de Toledo montó la segunda Unidad de CMA
- Con posterioridad a 1993 se produjo una notable expansión de las Unidades de CMA por todo el país

Procedimientos de CMA puestos en marcha en el HSJD de Palma

▪ Procedimientos propios de COT

Los procedimientos quirúrgicos más accesibles a CMA son: liberación del túnel carpiano (GRD 6); procedimientos sobre el pie (GRD 225); procedimientos sobre mano o muñeca, excepto procedimientos mayores de la articulación sin complicaciones (GRD 229); escisión local & eliminación de dispositivo de fijación interna excluido cadera y fémur (GRD 231); procedimientos sobre rodilla sin complicaciones (GRD 222); procedimientos sobre tejidos blandos sin complicaciones (GRD 227); artroscopia (GRD 232); procedimiento mayor sobre pulgar o articulación u otros procedimientos sobre mano o muñeca con complicaciones (GRD 228).

▪ Procedimientos propios de la clínica del dolor.

Infiltraciones epidurales, rizólisis cervicales y lumbares y técnicas de discolisis.

Servicio de geriatría

También en 2004, quedó terminada la organización del Servicio de Geriatría actuando como referente del mismo el Dr. Nicolás Flaquer Terrassa. Se consiguió así la configuración completa de este nuevo servicio clínico asistencial, el primero en Baleares, con el progresivo desarrollo de todos los aspectos constitutivos de estos servicios.

Actividad asistencial

Los principales indicadores clínicos del año 2004 se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 18. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2004

Hospitalización	
Camas	106
Altas	3.204
Estancias	31.458
Ocupación	82%
Estancia media	9,9 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	26.672
Hospital de día	
Estancias hospital de día	2.628
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	2.367
Unidad Cirugía sin ingreso	935
Prótesis articulares	320
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	320
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	201.639
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	4.677

*GRD>3 Incluye procesos de ortogeriatría, reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2004.

Resultados económicos

En este año 2004 se consiguió una gran reducción del déficit acumulado como consecuencia del gran aumento de la actividad asistencial realizada por el hospital que conllevó un aumento de la facturación.

Atención al usuario

En las encuestas realizadas durante este año para evaluar la percepción que los pacientes y usuarios tenían del hospital, se alcanzó una puntuación global de 8 sobre 10.

Actividades formativas

Durante el año 2004 se llevaron a cabo 52 acciones formativas con un total de 2.184 horas de formación al personal del centro hospitalario. Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Prevención y cuidados de las úlceras por presión (UPP)
- Prevención de accidentes biológicos
- Movilización de pacientes
- Búsqueda bibliográfica
- Terapia Reequilibradora del Aparato Locomotor (Grupo TRAL)
- Escuela de espalda
- Rehabilitación del paciente amputado
- Vías clínicas
- Alimentación y dietoterapia

Voluntariado

Durante el año 2004, 30 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 5.490 horas.

X AÑO 2005

Este año 2005 fué testigo de la celebración de un acontecimiento memorable: la celebración del 50 Aniversario del HSJD de Palma y la colocación de la primera piedra del nuevo edificio del hospital. Una fecha importante que marcaba el fin de una era y el inicio de otra, basada en una nueva forma de atención a la salud.

El Comité de Honor del 50 Aniversario, presidido por S.M. el Rey Juan Carlos I diseñó la programación de actos a lo largo de todo el año 2005 que sustancian en las siguientes actividades:

Celebración del cincuentenario del HSJD-12 marzo de 2005

Eucaristía

El sábado 12 de marzo de 2005 constituyó una emotiva jornada. A las 11 horas de este día se celebró la eucaristía de la festividad de San Juan de Dios, presidida por el Superior General de la Orden Hno. Pascual Piles y concelebrada por el Hno. Juan Bautista Llinares, Superior de la Comunidad de Palma, D. José Cabrinetti, Arcipreste, D. Jaume Serra, párroco y D. Guillem

Miralles, Conciliario de la Delegación Pastoral de la Salud. Animaron el acto los cantos de la escolanía “Els Blauets” del Santuario de Lluch. Realizaron parlamentos el Hno. Quim Erra i Mas Provincial de la Orden, el Hno. Pascual Piles Superior general y el Hno. Juan Bautista Llinares Superior de la Comunidad de Palma.

Colocación de la primera piedra del nuevo hospital

Posteriormente, a las 13 horas, el presidente del Govern Balear D. Jaume Matas y el Hno. Superior General Pascual Piles colocaron la primera piedra de la nueva ala del complejo hospitalario. Además de los nombrados estuvo presente todo el equipo directivo del hospital, la Consellera de Salut, Aina Castillo, el delegado del gobierno, Ramón Socías, la alcaldesa de Palma, Catalina Cirer y el Dr. Xavier Pomés, director de la Curia Provincial. Fueron introducidos junto a la primera piedra elementos que si algún día fuesen hallados por futuras generaciones, permitirían ubicar el acto en su contexto histórico: monedas de curso legal, las portadas de los principales periódicos, el proyecto del nuevo edificio, la Carta de Identidad de la Orden, la guía informativa del centro y un acta firmada y rubricada por las máximas autoridades políticas y de la Orden presentes en este día Jaume Matas Palou y Pascual Piles Ferrando.

Fig. XI. 3. Imágenes del 50 aniversario del Hospital San Juan de Dios de Palma



Imágenes del 50 Aniversario el HSJD de Palma el 12 de marzo de 2005. Imagen superior: bendición de la primera piedra. Imagen central: introducción de los testimonios de actualidad dentro de la primera piedra. Imagen inferior: colocación de la primera piedra por el Hno. Pascual Piles. Fuente Información y noticias, marzo-abril 2005.

Otros actos de interés

Febrero de 2005

Un dato a destacar fue la constitución en febrero de 2005 de la primera Comisión de Ética Asistencial de les Illes Balears. Sus objetivos principales se orientaban a la formación en el ámbito de la bioética, la resolución de casos éticamente conflictivos y la defensa de los derechos de los enfermos ingresados en el hospital.

8 de abril de 2005

Jornada de Cirugía ortopédica y traumatología celebrada en la sede social de Sa Nostra.

15 de abril de 2005

Jornada sobre espasticidad.

26 de abril de 2005

Entrega oficial del Sello de Calidad Europeo.

18 de junio de 2005

Excursión a Lluch. Por parte de la Comunidad de Hermanos, voluntariado y pacientes asistidos susceptibles de realizar el desplazamiento

27 de junio de 2005

1ª Jornada de Atención al Cliente.

22 de julio de 2005

Fiesta Popular de agradecimiento del hospital a todos los vecinos del Coll d'en Rabassa que 50 años atrás se volcaron en una fiesta popular a beneficio del centro, Sanatorio Infantil en aquellas fechas.

2 de Octubre de 2005

Firma del convenio entre el HSJD y la Fundación Real Mallorca.

21 de octubre de 2005

Conferencia "Retos al final de la Vida" en el Club Diario de Mallorca.

12 a 16 de diciembre de 2005

Concurso de dibujos dirigido a estudiantes de los Centros del Coll d'en Rabassa y a hijos de profesionales del hospital.

Curso de Bioética.

17 de diciembre de 2005

Curso de Fisioterapia.

Instalaciones

Las inversiones realizadas durante el año 2005 consistieron en: renovación del material clínico, implantación de nuevos sistemas de información y remodelación del tercer quirófano. Paralelamente, continúa el proceso de construcción del nuevo bloque hospitalario.

Fig. XI. 4. Imágenes de la construcción del nuevo edificio del HSJD en 2005



Construcción del edificio nuevo (diciembre 2005). En el área quirúrgica destaca durante este año la finalización de la remodelación de la central de esterilización y la puesta en marcha de la remodelación de los quirófanos 1 y 2.

Personal

Junta de gobierno

Entró a formar parte de la misma el Sr Jesús Iglesias Barceló con el cargo de director de Recursos humanos.

Servicios clínicos

Como coordinador asistencial fué nombrado el Dr. Nicolás Flaquer Terrassa en sustitución del Dr. Juan Galofré Rius.

El Dr. José María Gámez Martínez se incorporó como colaborador en el Servicio de Cardiología.

El Dr José Antonio Morales Molina se incorporó al Servicio de COT

Trabajo Social

Se incorporó como responsable de este servicio la Sra. Blanca Orta Navarro

En el año 2005, la dotación de personal del HSJD es de 175 trabajadores, lo que supone un incremento de 10 personas respecto al año anterior, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XI. 19. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2005

Directivos	4
Facultativos	13
Enfermeros	33
Auxiliares enfermería	55
Fisioterapeutas	15
Otro personal asistencial	4
Administrativos	24
Servicios generales	30
Plantilla laboral total	175

Fuente: Memoria HSJD año 2005.

Tabla XI. 20. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2005

Contratación indefinida	71,3%
Contratación interina	6,9%
Contratación eventual	21,8%
Edad media	35,87 años
Antigüedad media	6,34 años
Absentismo por incapacidad temporal	3,81 %
Absentismo por accidente de trabajo	0,68 %
% mujeres	72,08%
% hombres	27,92%

Fuente: Memoria HSJD año 2005.

Cabe comentar que las nuevas políticas de recursos humanos, que han supuesto el aumento del perfil medio y la contratación de personal cada vez más cualificado, han conseguido una importante evolución del conocimiento.

Durante el ejercicio 2005 se convocaron un total de 20 plazas en el ámbito de enfermería, auxiliares y celadores que fueron cubiertas siguiendo un proceso concienzudamente diseñado y en el que participaron más de 50 candidatos. Las nuevas incorporaciones de personal participaron en el proceso de acogida establecido por el hospital durante el cual se muestra a los recién llegados el estilo de trabajo propio de las instituciones de la Orden de San Juan de Dios.

En el período 1999-2005 se apostó por practicar una política laboral de estabilidad de plantilla promoviendo la contratación indefinida.

Cartera de servicios

Durante este año 2005 se incorporaron los tratamientos de logopedia, terapia ocupacional y atención psicológica a la cartera de servicios que ofrece el hospital.

Actividad asistencial

Los principales indicadores de actividad asistencial del año 2005 se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 21. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2005

Hospitalización	
Camas	106
Altas	3.782
Estancias	31.656
Ocupación	85,8 %
Estancia media	13,4
Consultas Externas	
Total consultas externas	39.744
Hospital de día	
Estancias hospital de día	2.971
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	3.082
Unidad Cirugía sin ingreso	1.454
Prótesis articulares	462
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	462
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	239.374
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	4.989

*GRD>3 Incluye procesos de Ortopediatria, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2005.

Del análisis evolutivo de los resultados de la actividad asistencial en el período comprendido entre 1999 y 2005 cabe destacar el notorio incremento en el número de personas atendidas por el hospital, reflejándose dicha circunstancia en el aumento de las altas que pasó de 2.136 en el año 1999 a 3.782 en el año 2005; el número de intervenciones quirúrgicas que pasó de 1.352 a 3.082 y las técnicas de rehabilitación que pasó de 182.282 a 239.374, respectivamente. Del mismo modo, también se produjo un incremento progresivo en la actividad de consultas externas que pasó de realizar 25.368 consultas en el año 1999 a 39.744 consultas en el año 2005.

Resultado económicos

En 2005 se consiguió un saldo positivo de beneficio, lo que representó el alcance de equilibrio presupuestario.

El principal objetivo del centro era alcanzar un equilibrio económico para garantizar la calidad y la continuidad asistencial. En 1999 el hospital arrastraba una difícil situación con importantes pérdidas económicas y con una importante deuda acumulada; agravado todo ello por la obsolescencia de su tecnología y de sus infraestructuras, por los escasos especialistas titulados, por la baja ocupación de las camas, escasa rotación de pacientes y por la desmotivación secundaria de los profesionales que cuestionaban muy seriamente la viabilidad del centro. Para afrontar esta crítica situación, la Curia Provincial, impulsó un cambio en su organigrama y en el equipo directivo.

Este proceso de mejora se basó en varios planes o documentos fundamentales: Plan de Viabilidad, Plan de Empresa; Carta de Identidad; Plan de Calidad y el Plan de Salud 2003-2007 del Govern Balear. Como motores de este cambio cabe señalar el concierto plurianual con el Ibsalut; la reorganización de los recursos humanos; las mejoras en la gestión y el incremento de la actividad asistencial. Gracias a ello, se consiguió reducir el déficit de los últimos ejercicios hasta la consecución del equilibrio financiero en 2005.

Atención al usuario

Este año la puntuación global de satisfacción de los usuarios fue de 8,6 sobre 10. Se obtuvo el Sello de Bronce del Modelo EFQM y se continúa con el plan de excelencia.

En 2005 se diseñó el proceso "La voz del cliente" que contemplaba:

- a) Una segmentación de las encuestas y el diseño de formas diferentes para cada tipo de usuario: de consultas externas, de cirugía sin ingreso y hospitalizados. Se externalizó la explotación y análisis de datos de las mismas a un equipo de profesionales especialistas.
- b) Se aumentaron los contactos y sinergias entre los grupos de trabajo de Atención al usuario de la red pública balear y de los hospitales propios de la Orden, organizando y participando en diferentes reuniones, congresos y jornadas.

Actividades formativas

Durante el año 2005 se llevaron a cabo 82 acciones formativas con un total de 5.051 horas de formación al personal del centro hospitalario. Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Metodología enfermera
- Entrevista clínica
- Cuidados básicos auxiliares de enfermería
- Control de la infección nosocomial
- Salud y seguridad en el trabajo
- Atención al paciente terminal
- Soporte vital básico
- Reeducción tridimensional postural. Método SCHROTH
- Fisioterapia respiratoria
- Método cognoscitivo Perfetti
- Atención al paciente geriátrico
- Gestión de las Unidades de Enfermería
- Electroterapia

Voluntariado

Durante el año 2005, 34 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 6.510 horas.

Convenios y colaboraciones

El HSJD estableció convenios con distintos centros universitarios, para que algunos de sus alumnos realizaran un periodo de prácticas en el centro hospitalario. En el año 2005 el número de horas de formación en prácticas ascendió a 5.305 horas. Los centros universitarios de procedencia eran:

- Universitat de les Illes Balears: con alumnos de enfermería, fisioterapia y psicología.
- IES Francesc de Borja Moll: con alumnos auxiliares de enfermería.
- Universidad de Valladolid: con alumnos de fisioterapia.

- Universidad de Vic: con alumnos de fisioterapia.

Premios, certificaciones y reconocimientos

En 2005, el HSJD obtuvo los siguientes reconocimientos:

- Obtención del Sello de Calidad europea por su Sistema de Gestión en el nivel 200-400, siguiendo los modelos del criterio de gestión EFQM.
- Obtención del Premio “Populares 2005” por parte de la Cadera COPE de Mallorca.
- Inclusión en el Catálogo de Empresas Excelentes, editado por el Institut d’Innovació de les Illes Balears.
- Hermanamiento con el Hospital Universitario Son Dureta bajo el Lema 50+50=100 Anys al Servei de la Salut.

XI AÑO 2006

En 2006, la actividad en el antiguo hospital se compatibilizó con la construcción del nuevo edificio anejo. Además, se elabora la memoria EFQM.

Instalaciones

Se mantuvo la estructura funcional del hospital que dividía al hospital en 2 áreas diferenciadas con un total de 106 camas acogiendo las unidades UCSI, UGA, UME y UCE.

En cuanto a recursos tecnológicos, se implantó un cuadro de mandos integral, se integraron las pruebas de laboratorio y radiología en la historia clínica, configurando una historia clínica electrónica (Web Hospital) y se implantó la radiología digital.

Personal

En la Junat de Gobierno, entró el Sr Joan Carrió Vidal como Director Financiero en sustitución del Sr Pedro Novas

En el año 2006, la dotación de personal del HSJD ascendía a 186 trabajadores, según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XI. 22. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2006

Directivos	28
Facultativos	11
Enfermeros	39
Auxiliares enfermería	50
Fisioterapeutas	14
Otro personal asistencial	5
Celadores	10
Servicios generales	29
Plantilla laboral total	186

Fuente: Memoria HSJD año 2006.

Tabla XI. 23. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2006

Contratación indefinida	76%
Índice de rotación	1,23%
Edad media	37,86 años
Antigüedad media	9,52 años
Índice de absentismo	4,74%
% mujeres	73,25%
% hombres	26,75%

Fuente: Memoria HSJD año 2006.

Cartera de servicios

Se mantuvo la misma oferta de servicios que en el año anterior. Se externalizaron los servicios de lavandería, seguridad, mensajería y jardinería.

Actividad asistencial

Los principales indicadores de actividad asistencial del año 2006 se detallan en la siguiente tabla:

Tabla XI. 24. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2006

Hospitalización	
Camas	103
Altas	3.733
Ingresos	2.244
Estancias	32.730
Ocupación	90%
Consultas Externas (CEX)	
CEX traumatología	26.180
CEX rehabilitación	10.843
CEX otras especialidades	2.251
Total consultas externas	39.274
Hospital de día	
Estancias hospital de día	3.475
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.755
Ambulatorias	1.457
Total intervenciones quirúrgicas	3.212
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	228.633
Pacientes atendidos	4.678
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.451
Ecografía	1.671
Radiología convencional	13.412

Fuente: Memoria HSJD año 2006.

Resultados económicos

En las siguientes tablas se relacionan los principales indicadores económicos del año 2006.

Tabla XI. 25. Composición de la facturación por garante. Año 2006

IB-salud	93%
Aseguradoras	6%
Particulares	1%

Fuente: Memoria HSJD año 2006.

Tabla XI. 26. Composición del gasto. Año 2006

Gastos de personal laboral	49%
Aprovisionamientos y servicios externos	39%
Dotaciones para amortización de inmovilizado	4%
Gastos financieros	1%
Otros gastos de explotación	6%

Fuente: Memoria HSJD año 2006

Actividades formativas

Este año se iniciaron las sesiones clínicas periódicas multidisciplinares dentro del hospital. Durante el año 2006 se llevaron a cabo 3.806 horas de formación al personal del centro hospitalario que trataron las siguientes áreas temáticas:

- Introducción en las trayectorias clínicas
- Habilidades comunicativas
- Taller básico de reanimación cardiopulmonar
- Taller de movilización del paciente
- Cuidados paliativos
- Anciano enfermo y fragilidad
- Necesidades básicas
- Habilidades directivas
- Plan de excelencia. Q de plata

Voluntariado

En el año 2006 las horas de dedicación de los voluntarios al centro hospitalario fueron 6.844.

Convenios y colaboraciones

Se mantuvo la colaboración entre el HSJD y diferentes Universidades e instituciones académicas para la formación de profesionales de enfermería, fisioterapia, logopedia y auxiliares de enfermería.

Premios, certificaciones y reconocimientos

En 2006, el HSJD obtuvo los siguientes reconocimientos:

- Premio Balear de excelencia en la gestión (Premio Plata). Institut d'Innovació de les Illes Balears (Govern de les Illes Balears).
- Mención "Premi Llum" por el trabajo y actividades desarrolladas para la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Federación de servicios públicos de UGT-Illes Balears.

Tabla XI. 27. Actividad asistencial. Año 1999

Hospitalización	
Camas	103
Altas	2.136
Estancias	32.545
Ocupación	89%
Estancia media	15,31 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	27.644
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.352
Prótesis articulares	37
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	37
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	182.282
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	2.928

*GRD>3 Incluye procesos de Ortogeriatría, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria Hospital San Juan de Dios. 1999.

Tabla XI. 28. Actividad asistencial Hospital San Juan de Dios. Año 2000

Hospitalización	
Camas	108
Altas	2.701
Estancias	36.087
Ocupación	91%
Estancia media	13,33 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	25.368
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.416
Prótesis articulares	49
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	49
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	198.669
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	3.765

*GRD>3 Incluye procesos de ortogeriatría, reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2000

Tabla XI. 29. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2001

Hospitalización	
Camas	108
Altas	3.122
Estancias	36.575
Ocupación	93%
Estancia media	11,75 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	24.599
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.700
Prótesis articulares	91
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	91
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	200.492
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	3.828

*GRD>3 Incluye procesos de Ortogeriatría, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2001

Tabla XI. 30. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2002

Hospitalización	
Camas	109
Altas	3.238
Estancias	32.706
Ocupación	82%
Estancia media	9,52 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	19.056
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	1.873
Prótesis articulares	175
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	175
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	197.809
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	2.335

*GRD>3 Incluye procesos de Ortogeriatría, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2002

Tabla XI. 31. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2003

Hospitalización	
Camas	109
Altas	3.219
Estancias	34.410
Ocupación	84%
Estancia media	11,59 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	15.150
Hospital de día	
Estancias hospital de día	935
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	2.367
Prótesis articulares	300
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	300
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	185.055
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	2.232

*GRD>3 Incluye procesos de ortogeriatría, reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2003.

Tabla XI. 32. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2004

Hospitalización	
Camas	106
Altas	3.204
Estancias	31.458
Ocupación	82%
Estancia media	9,9 días
Consultas Externas	
Total consultas externas	26.672
Hospital de día	
Estancias hospital de día	2.628
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	2.367
Unidad Cirugia sin ingreso	935
Prótesis articulares	320
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	320
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	201.639
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	4.677

*GRD>3 Incluye procesos de ortogeriatría, reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2004.

Tabla XI. 33. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2005

Hospitalización	
Camas	106
Altas	3.782
Estancias	31.656
Ocupación	85,8 %
Estancia media	13,4
Consultas Externas	
Total consultas externas	39.744
Hospital de día	
Estancias hospital de día	2.971
Intervenciones quirúrgicas	
Quirófanos instalados	2
Intervenciones quirúrgicas	3.082
Unidad Cirugía sin ingreso	1.454
Prótesis articulares	462
Complejidad quirúrgica (GRD>3)*	462
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	239.374
Pruebas complementarias	
Total pruebas complementarias	4.989

*GRD>3 Incluye procesos de Ortopedia, Reimplantación mayor de articulación con y sin complicación. Fuente: Memoria HSJD año 2005.

Tabla XI. 34. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2006

Hospitalización	
Camas	103
Altas	3.733
Ingresos	2.244
Estancias	32.730
Ocupación	90%
Consultas Externas (CEX)	
CEX traumatología	26.180
CEX rehabilitación	10.843
CEX otras especialidades	2.251
Total consultas externas	39.274
Hospital de día	
Estancias hospital de día	3.475
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.755
Ambulatorias	1.457
Total intervenciones quirúrgicas	3.212
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	228.633
Pacientes atendidos	4.678
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.451
Ecografía	1.671
Radiología convencional	13.412

Fuente: Memoria HSJD año 2006.

XII FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Memoria del Hospital de San Juan de Dios de Palma. Años 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.
- Archivos de la Curia Provincial de la Provincia de Aragón-San Rafael. Sant Boi de Llobregat, Barcelona.
- Memoria EFQM del Hospital San Juan de Dios de Palma. Año 2006

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo fotográfico del Hospital San Juan de Dios de Palma.
- Archivo fotográfico del autor.

Fuentes orales primarias

Hermanos de la Orden de San Juan de Dios

- Superior de la Comunidad de Palma, Hno. Felipe Romanos Mesa

Director de RRHH del HSJD

- Jesús Iglesias Barceló

Médicos

- Dr Miguel Barrios Caldentey
- Dr Nicolás Flaquer Terrassa
- Dr. Santos García Morris
- Dr. José Antonio Morales Molina

Enfermeros-DUE

- Mercedes Vacas Guerrero (Dirección de Enfermería)
- Margarita Ribas Bisquerra

Auxiliares administrativas

- Irene Mesquida Pons

Fuentes documentales secundarias

- Hermanos de San Juan de Dios. Provincia de Aragón-San Rafael «Un hospital junto al mar, 50 años de historia». *Información y Noticias*. Marzo-Abril (2005):29-41.
- Josa Bullich, S. y José de Palacios y Carvajal. *Cirugía de la Rodilla*. Barcelona: Editorial JIMS S.A., 1995.
- Furlong Research Foundation. *Six Years Experience of Hydroxyapatite Ceramic Coated Hip Prostheses*. 31st October 1991.Londres: Furlong Research Foundation, 1992.
- Pardo Montaner, J., Editor. *Symposium Internacional sobre artroplastias de cadera con recubrimiento de hidroxiapatita*. Madrid: EGRAF, SA, 1991.

CAPITULO XII. CENTRO ORIENTADO A LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA. CUARTA ÉPOCA (AÑOS 2007-2015)

I PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA

A partir de 2007 se trabajó con el objeto de lograr una plena integración del HSJD en el sistema de la red pública balear de sanidad, alcanzándose posteriormente dicha situación en diciembre de 2013, tras la firma de un convenio singular entre el HSJD y la Conselleria de Salut, en esos momentos dirigida por el Conseller Sr. Martí Sansaloni.

II AÑO 2007

El año 2007 supuso un punto de inflexión muy importante en la historia reciente del HSJD de Palma. Con la llegada del nuevo director-gerente Dr. Juan Carulla Civit, el 28 de septiembre de ese mismo año tuvo lugar la inauguración del nuevo edificio del hospital, con la presencia de los Príncipes de Asturias.

Inauguración del nuevo edificio del hospital bajo la presidencia de los Príncipes de Asturias

A su llegada al hospital, los príncipes fueron recibidos por las principales autoridades civiles y militares de la isla, y por el Superior Provincial de la Orden P. Pascual Piles. Seguidamente, escucharon las explicaciones del gerente del hospital, Dr. Juan Carulla Civit que les acompañó en un recorrido por todas las dependencias del centro. Al finalizar el mismo firmaron en el Libro de Honor y descubrieron una placa conmemorativa.

Fig. XII. 1. Inauguración del nuevo edificio del Hospital San Juan de Dios en 2007



Inauguración del nuevo edificio del HSJD, con los Príncipes de Asturias recibidos por el P. Superior Provincial Pascual Piles y el Director-Gerente Dr. J. Carulla. Fuente: archivo fotográfico del HSJD.

Durante 2006 y gran parte de 2007 la actividad en el antiguo hospital se había compatibilizado con la construcción del nuevo edificio. El nuevo equipo directivo implantó un nuevo modelo asistencial que se describe más adelante.

Instalaciones

El HSJD disponía de 110 camas repartidas entre los dos edificios que conformaban el complejo hospitalario y cuya distribución era la siguiente:

Edificio nuevo

En septiembre de 2007 se inauguró oficialmente el nuevo edificio, finalizado después de 23 meses desde la colocación de la primera piedra el 12 de marzo de 2005. El edificio consta de 9.500m² y es anejo al antiguo hospital. Supuso una inversión de 14 millones de euros. En la planta baja se instalan las nueve consultas externas, el gimnasio, la piscina terapéutica, boxes de tratamientos individualizados, sala de grupos y el área de radiodiagnóstico. En el nuevo edificio se dispone de 125 camas repartidas en tres unidades de hospitalización de las cuales 11 están destinadas a pacientes con daño cerebral. Se complementa con el departamento de Admisión, zona de vestuarios, tanatorio y aparcamiento subterráneo de 94 plazas y exterior de 150 plazas. Este nuevo edificio, en el que inicialmente solo se concertó actividad para 85 camas, permaneciendo cerradas las 40 camas de la tercera planta, alcanza pleno funcionamiento en diciembre de 2007.

Edificio antiguo

Tiene una superficie de 6.200m², disponiendo de 25 camas de hospitalización que forman una única unidad de hospitalización. En el bloque quirúrgico, con el quirófano 3 ya renovado, finaliza la remodelación de los quirófanos 1 y 2 con lo que se dispone a partir de ahora de los tres quirófanos completamente reformados según los más actuales requerimientos tecnológicos y legales. También se ubica la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Además, dispone de un hospital de día geriátrico, laboratorio, farmacia hospitalaria, cocinas-cafetería, almacenes, capilla, aula de formación y despachos de dirección-administración.

Centro asistencial San Juan de Dios en Palma

Sigue en su línea de atención ambulatoria a pacientes de rehabilitación que no precisan ingreso hospitalario.

Recursos tecnológicos

El hospital tiene implantados los siguientes sistemas: sistema de gestión de redes, red Wifi en todo el hospital; sistemas de telefonía IP; Tablet-pc a pie de cama; plataforma de envío de SMS recordatorio de citas a pacientes y acceso al repositorio de imágenes del servicio de radiología del Hospital Son Llàtzer.

Personal

Junta de gobierno-Comité de Dirección

Durante este año se produjo una gran renovación del equipo directivo. El Dr. Joan Carulla Civit fue nombrado nuevo director-gerente. Se incorporó como director de Economía y Financiero el

Sr Jaume Morell Elias y como Hno. Superior entró el Hno. Juli Sapiña. La hasta ahora Junta de gobierno pasó a nombrarse Comité de Dirección

Servicios clínicos

Se incorporó el Dr. Francisco García Ginard al Servicio de COT. Se incorporó como responsable de Neurología el Dr. Ricardo Hernández Zorrilla

En 2007, la dotación de personal del HSJD y del centro asistencial de Palma era de 195 personas, distribuidas según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XII. 1. Plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2007

Dirección-Administración	28
Médicos	11
Diplomados enfermería	44
Auxiliares enfermería	59
Fisioterapeutas	16
Otro personal asistencial	5
Servicios generales	21
Celadores	11
Plantilla laboral total*	195

*No incluye personal de servicios externos. Fuente: Memoria HSJD año 2007.

Tabla XII. 2. Características de la plantilla del Hospital San Juan de Dios. Año 2007

Índice plantilla indefinida	72,6%
Índice rotación	3,19%
Edad media	38,26 años
Antigüedad media	8,28 años
Índice absentismo	5,29%
% mujeres	72,80%
% hombres	27,20%

Fuente: Memoria HSJD año 2007.

Cartera de servicios

Se incluyen los servicios ofertados por el hospital y el centro asistencial.

- **Geriatría**
 - Unidad geriátrica de agudos
 - Hospital de día geriátrico
 - Consultas externas
 - Ortogeriatría
 - UME o Unidad de recuperación funcional
- **Cirugía ortopédica y traumatología**
 - Área quirúrgica
 - Unidad de hospitalización
 - Unidad de cirugía sin ingreso
 - Consultas externas

- **Rehabilitación**

- Neurorrehabilitación
- Rehabilitación integral traumatológica y general
- Boxes para tratamientos individualizados de electroterapia
- Hidroterapia
- Rehabilitación domiciliaria
- Consultas externas
- Logopedia
- Neuropsicología
- Terapia ocupacional
- Rehabilitación cognitiva

Se dispone de una amplia piscina terapéutica y una completa sala de gimnasio.

- **Cuidados Especiales (2007-2008)**

- Daño cerebral
- Cuidados paliativos. Tiene destinadas 20 camas. Paralelamente desaparece la antigua Unidad de Larga Estancia (ULE).

- **Otros Servicios**

- Radiodiagnóstico
- Farmacia
- Trabajo social
- Atención al usuario
- Atención espiritual
- Voluntariado
- Psicología
- Medicina Interna
- Neurofisiología
- Neurología
- Anestesia y reanimación
- Reumatología
- Cardiología
- Podología
- Análisis clínicos

Actividad asistencial

El modelo asistencial implantado, de matiz interdisciplinar e integrado dentro de la sanidad pública Balear, supone que se ha organizado el proceso asistencial según determinan las necesidades de los pacientes. Se promueve una asistencia continua, progresiva, rehabilitadora y limitante de incapacidades. Prima el concepto de que “las necesidades de los pacientes determinan la organización del proceso asistencial”.

Estadística asistencial

En las siguientes tablas se reflejan los parámetros de actividad y de calidad asistencial.

Tabla XII. 3. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2007

Hospitalización	
Camas	110
Altas	3.703
Ingresos	2.293
Estancias	36.114
Ocupación	89,90%
Consultas externas	
CEX Traumatología	27.295
CEX Rehabilitación	10.101
CEX otras especialidades	3.988
Total consultas externas	41.384
Intervenciones quirúrgicas	
Con Ingreso	1.798
Ambulatorias	1.458
Total intervenciones quirúrgicas	3.256
Rehabilitación	
Técnicas	204.553
Pacientes atendidos	4.813
Hospital de día	
Estancias	3.521
Pruebas complementarias	
Electromiografía	2.627
Ecografía	1.633
Radiología convencional	12.927

Fuente: Memoria HSJD año 2007.

Tabla XII. 4. Calidad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2007

% de pacientes con poco-nulo dolor postoperatorio (UCSI)	91,97%
Paciente con riesgo UPP	7,84%
Caídas en hospital	0,15%
Tasa de mortalidad	5,60%
Tasa de reingresos	0,50%
Duración media espera quirúrgica	51
Duración media CEX	49

Fuente: Memoria HSJD año 2007.

Resultados económicos

El año 2007 representó un ejercicio económico con una gran inversión y una facturación que no llegó a cubrir las inversiones realizadas por lo que el ejercicio cerró con un déficit en la cuenta de resultados.

Tabla XII. 5. Composición de la facturación por garante. Año 2007

IB-salud	95%
Aseguradoras	4%
Particulares	1%

Fuente: Memoria HSJD año 2007.

Tabla XII. 6. Composición del gasto. Año 2007

Gastos de personal laboral	46%
Aprovisionamientos y servicios externos	38%
Dotaciones para amortización de inmovilizado	5%
Gastos financieros	3%
Otros gastos de explotación	7%

Fuente: Memoria HSJD año 2007.

Actividades formativas

Durante el año 2007 se realizaron 3.540 horas de formación en 75 acciones formativa. Los temas abordados en las acciones formativas fueron:

- Sesión accidente cerebrovascular (ACV)
- Adaptaciones para una correcta sedestación
- Sesión de protocolo cervicalgia
- Taller de reanimación cardio-pulmonar (RCP)
- Fisioterapia acuática
- Prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP)
- Prevención de infecciones hospitalarias
- Introducción de las prótesis de resuperficialización en la sanidad pública de les Illes Balears.

En el transcurso de 2007 el Servicio de COT del HSJD procedió a implementar un procedimiento quirúrgico novedoso en el ámbito de la sanidad pública Balear: las llamadas prótesis articulares de cadera del tipo de resuperficialización. El hospital tuvo la satisfacción de contar con el Dr. Alejandro Braña Vigil, jefe de Servicio de COT del Hospital Universitario Central (Provincial) de Asturias, un especialista pionero en este tipo de implantes. Se realizó un seminario sobre el tema consistente en dos cirugías seguido de una conferencia con discusión sobre el tema. La conferencia fue retransmitida por la televisión balear.

En los días 15 a 17 de marzo de 2007, el Servicio de COT del Hospital de San Rafael de Madrid bajo la dirección de los Dres. José Carlos Martí y Francisco Játiva, organizaron las "Primeras Jornadas de Traumatología de San Juan de Dios". A dicho evento fueron invitados a participar todos los hospitales de la Orden en España dotados de un Servicio de COT. El Dr. Joaquín Boronat en representación y como responsable del Servicio de COT de Palma de Mallorca presentó la Ponencia: "Hospital San Juan de Dios de Palma de Mallorca 1955-2005: transformación del Hospital y su Servicio COT como adaptación a las necesidades asistenciales"

Voluntariado

Durante 2007 las horas de dedicación de los voluntarios ascendieron a 9.095,30 horas.

Premios, certificaciones y reconocimientos

En el año 2007, el HSJD de Palma recibió los siguientes premios y reconocimientos:

- Premio Diario de Mallorca por la labor asistencial y por la adaptación a los nuevos tiempos, especializándose en geriatría. Diario de Mallorca.

- Distinción a las buenas prácticas medioambientales, concedido por la Confederación de Asociaciones Empresariales de les Illes Balears (CAEB).
- I premio Serono de Gestión de la Calidad, con el proyecto “*Un modelo de asistencia geriátrica integral*”. Serono-Diario de Mallorca.
- Certificado de gestión medioambiental que evidencia la conformidad del sistema de gestión con la norma UNE-EN ISO 14001. AUREN.

III AÑO 2008

Este año fue de crecimiento en todos los aspectos. El hospital aumentó su actividad en todas sus líneas de servicios. Se consolidó el modelo asistencial implantado, buscando una posición de referencia en Mallorca en el ámbito de la geriatría, determinados aspectos de la rehabilitación y en la cirugía ortopédica y traumatología. También se procedió a la reforma integral del centro asistencial de rehabilitación de Palma.

Instalaciones

Edificios del Hospital San Juan de Dios en Palma

Tras haber finalizado las obras de construcción del edificio nuevo, el HSJD dispuso de un total de 150 camas. En el edificio antiguo, por la remodelación realizada en la zona de quirófanos, el laboratorio se desplazó a la planta baja, donde con algún cambio más de ubicación en dicha planta, permanecería hasta 2014, fecha en que se trasladó definitivamente a su actual situación.

Centro asistencial San Juan de Dios en Palma

Durante el 2008 destacó la reforma del centro de rehabilitación de la c/ Patronato Obrero, número 19 de Palma. Con la reforma efectuada se consiguió una mejora de la distribución de los espacios, con una superficie total de 450m² y las siguientes características: un gimnasio de rehabilitación y salas de grupos; tres consultas externas; boxes para tratamientos individualizados y sala de extracciones para analíticas

Fig. XII. 2. Plano de las instalaciones reformadas del centro asistencial de San Juan de Dios



Fuente: archivo fotográfico del HSJD

Fig. XII. 3. Imágenes del actual centro asistencial de San Juan de Dios



Imágenes de la entrada, recepción y salas de tratamiento del centro asistencial de rehabilitación de Palma. Fuente: archivo fotográfico del HSJD

El 30 de septiembre de 2008 tuvo lugar la inauguración de los locales renovados del centro asistencial de Palma, situado en la C/Patronato Obrero, 19 de Palma. A dicho evento acudieron autoridades sanitarias locales, el Superior Provincial Hno. Pascual Piles y el Director-gerente del HSJD Dr. Juan Carulla Civit.

Fig. XII. 4. Inauguración del centro asistencial de San Juan de Dios



Acto de inauguración del centro asistencial de rehabilitación. Entre las autoridades sanitarias están el Dr. Josep Pomar y el Dr. Vicenç Thomas. Por parte de HSJD están el Hno. Pascual Pile, Superior Provincial y el Dr. J. Carulla Civit, director gerente del HSJD. Fuente: archivo fotográfico del HSJD

Recursos tecnológicos

Durante el año 2008 se implementaron los siguientes sistemas y servicios tecnológicos:

- Integración de agendas compartidas con Ibsalut a través de un motor de integración
- Virtualización de servidores.
- Desarrollo de sistema automatizado para la programación quirúrgica.
- Desarrollo de herramientas de gestión de honorarios profesionales.
- Mejora del cuadro de mando integral.

Personal

En 2008 se incorpora el Dr. Miquel Janer Beltran al servicio de COT

En 2008, la dotación de personal del HSJD y del centro asistencial de Palma se incrementó en 25 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XII. 7. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2008

Dirección-administración	34
Médicos	11
Diplomados enfermería	56
Auxiliares enfermería	73
Fisioterapeutas	17
Otro personal asistencial	6
Servicios generales	10
Celadores	13
Plantilla laboral total*	220

*No incluye personal de servicios externos. Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Tabla XII. 8. Características de la plantilla. Año 2008

Índice plantilla indefinida	73,8%
Índice rotación	2,16%
Edad media	36,17 años
Antigüedad media	6 años
Índice absentismo	4,75%
% mujeres	72,45%
% hombres	27,55%

Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Cartera de servicios

Se mantuvo la misma oferta de servicios que el año 2007.

Actividad asistencial

En las siguientes tablas se reflejan los parámetros de actividad asistencial.

Tabla XII. 9. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2008

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.221
Ingresos	2.496
Estancias	50.552
Ocupación	92,40%
Consultas Externas	
CEX traumatología	30.640
CEX rehabilitación	10.044
CEX otras especialidades	2.871
Total consultas externas	43.555
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.893
ambulatorias	1.771
Total intervenciones quirúrgicas	3.664
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	248.054
Pacientes atendidos	4.903
Hospital de día	
Estancias	4.191
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.485
Ecografía	1.436
Radiología convencional	13.356

Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Resultados económicos

En 2008, debido a la puesta en marcha de la nueva estructura asistencial que posibilitó un aumento de la producción en todas las unidades y servicios clínicos, es de destacar el gran aumento de la facturación que se produjo ese año.

Tabla XII. 10. Composición de la facturación por garante. Año 2008

IB-salud	96%
Aseguradoras	3%
Particulares	1%

Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Tabla XII. 11. Composición del gasto. Año 2008

Gastos de personal laboral	42%
Aprovisionamientos y servicios externos	39%
Dotaciones para amortización de inmovilizado	9%
Gastos financieros	4%
Otros gastos de explotación	7%
Total	100%

Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Atención al usuario

A partir de encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el HSJD, se extraen los siguientes datos:

Tabla XII. 12. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2008

Indicador	Puntuación*
Hospitalización	4,30
Planta primera	-
Planta segunda	-
Planta tercera	-
Planta cuarta	-
Hospital de Día	4,6
Rehabilitación	4,3
Rehabilitación centro asistencial	4,3

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Tabla XII. 13. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2008

Reclamaciones	79
Agradecimientos	202
Encuestas	721

Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Tabla XII. 14. Disposición del personal para ayudar. Año 2008

Indicador	Puntuación*
Unidad cirugía sin ingreso	4,7
Consultas externas	4,2
Consultas externas centro asistencial	4,6

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Actividades formativas

Durante el año 2008 se realizaron 4.555 horas de formación al personal del hospital, distribuidas en las siguientes áreas temáticas:

- Comunicación
- Introducción a la bioética
- Trayectorias clínicas
- Investigación
- Prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP)
- Soporte vital básico
- Prevención de la infección
- Atención al paciente con lesión medular
- Gestión de la calidad
- Informática

Además, el HSJD, fue la sede del XXV Congreso de la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología (ABCOT). Por ello, durante los días 18 y 19 de abril de 2008 tuvo lugar dicho congreso que además conmemoraba el 25º aniversario de la fundación de dicha asociación. La

organización del congreso fue a cargo del servicio de COT. Más de 80 cirujanos de las islas acudieron a esta cita.

Fig. XII. 5. Equipo integrante del Servicio de COT del Hospital San Juan de Dios



De izquierda a derecha: Dr. Miquel Janer, Dr. Francisco García Ginard, Dr. Joaquín Boronat Rom (coordinador quirúrgico y jefe del servicio), Dr. Miguel Barrios Caldentey y Dr. Juan Antonio Morales. Año 2008. Fuente: Archivo fotográfico del HSJD.

Voluntariado

Durante 2008, 53 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 5.889 horas.

Premios, certificaciones y reconocimientos

En 2008, el HSJD obtuvo el Premio accesibilidad al nuevo edificio por asumir los valores de la accesibilidad universal en el diseño y ejecución de la obra, otorgado por el Consell de Mallorca.

IV AÑO 2009

El año 2009 representó la consolidación definitiva de la primera fase del nuevo hospital, obteniéndose una actividad alta, máxima optimización de los recursos con unos resultados económicos equilibrados.

Se continuaba con la finalidad de convertir el HSJD en un centro de referencia en el ámbito de la geriatría en Mallorca y en determinados aspectos de la rehabilitación, concretamente la neuro-rehabilitación y la COT.

Se mantuvo el modelo asistencial, trabajando en equipo trabajadores y voluntarios. Esta voluntad de mejora se tradujo en la obtención del Certificado de Excelencia Europea 400+ puntos EFQM (sello de plata), otorgado por AENOR por concesión del Club de Excelencia en Gestión.

Instalaciones

Se mantenía la misma capacidad hospitalaria que en el año anterior pendiente de iniciar la renovación de las instalaciones del edificio antiguo en el año 2010.

Recursos tecnológicos

Durante el año 2009 se implementaron los siguientes sistemas y servicios tecnológicos:

- Mejoras en la Historia Clínica Electrónica: incorporación de nuevos registro e imágenes médicas.
- Automatización de registros de constantes y electrocardiogramas (wifi) a pie de cama.
- Registro automatizado de errores de medicación.
- Aplicación de seguimiento de pacientes de electroterapia (Pizarra).
- Comunicación wifil entre hospital y centro Asistencial.
- Servicio automatizado de alertas del estado de los servidores.
- Puesta en marcha de la intranet provincial.

Personas

En 2009, la dotación de personal del HSJD y el centro asistencial de Palma se incrementó en 13 trabajadores ascendiendo a un total de 233, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XII. 15. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2009

Dirección-administración	37
Médicos	13
Diplomados enfermería	58
Auxiliares enfermería	75
Fisioterapeutas	20
Otro personal asistencial	7
Servicios generales	9
Celadores	13
Plantilla laboral total*	233

*No incluye personal de servicios externos. Fuente: Memoria HSJD año 2009.

Tabla XII. 16. Características de la plantilla. Año 2009

Índice plantilla indefinida	78,4%
Índice rotación	0,68%
Edad media	36,21 años
Antigüedad media	6,32 años
Índice absentismo	3,9%
% mujeres	74,6%
% hombres	25,4%

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

A destacar, que el hospital también contaba con estructura de servicios externos asistenciales y no asistenciales.

Cartea de servicios

Permaneció estable la misma cartera de servicios de 2007. Se implantó la Unidad de Atención Psico-social (EAPS).

Actividad asistencial

En las siguientes tablas se reflejan los parámetros de actividad y de calidad asistencial.

Tabla XII. 17. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2009

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.110
Ingresos	2.508
Estancias	52.469
Ocupación	96%
Consultas Externas	
CEX traumatología	33.699
CEX rehabilitación	11.661
CEX otras especialidades	9.191
Total consultas externas	54.551
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.905
ambulatorias	1.608
Total intervenciones quirúrgicas	3.513
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	323.926
Pacientes atendidos	5.156
Hospital de día	
Estancias	4.927
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.598
Ecografía	1.801
Radiología convencional	15.111

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

En este año, se crearon los EAPS enmarcados en un programa de la Obra Social “La Caixa” con la intención de atender a personas con enfermedades avanzadas y sus familiares. El HSJD era la institución que en la comunidad autónoma de las Islas Baleares desarrollaba este programa a través de un equipo especializado, compuesto por un geriatra, dos psicólogos, un trabajador social y un religioso. El objetivo de este servicio era contribuir a la mejora de la calidad de vida de los enfermos y sus familias en la etapa final de la vida. El equipo EAPS también daba soporte a diversos ayuntamientos, asociaciones y hospitales, entre ellos el Hospital Son Llätzer y el Hospital Son Espases.

Tabla XII. 18. Actividad de los EAPS. Año 2009

Pacientes	239
Familiares	272
Acompañamiento	1.340
Intervención duelo	471

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

Resultados económicos

La alta ocupación del hospital y la importante actividad generada lograron que en el año 2009 se generara un incremento de la facturación asistencial del 20%; lo que junto a la contención de gastos, logró que se alcanzaran beneficios más allá de la línea de gastos corrientes y se superasen las amortizaciones y gastos financieros, alcanzando el equilibrio en la cuenta de pérdidas y ganancias.

Tabla XII. 19. Composición de la facturación por garante. Año 2009

IB-salud	96%
Aseguradoras	3,6%
Particulares	0,4%

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

Tabla XII. 20. Composición del gasto. Año 2009

Gastos de personal laboral	42%
Aprovisionamientos y servicios externos	39%
Dotaciones para amortización de inmovilizado	8%
Gastos financieros	3%
Otros gastos de explotación	7%

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

Atención al usuario

A partir de encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el HSJD, se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla XII. 21. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2009

Indicador	Puntuación*
Hospitalización	4,43
Planta primera	4,42
Planta segunda	4,22
Planta tercera	5,00
Planta cuarta	4,69
Hospital de Día	4,62
Rehabilitación	3,98
Rehabilitación centro asistencial	3,61

**Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2009*

Tabla XII. 22. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2009

Reclamaciones	82
Agradecimientos	281
Encuestas	1635

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

Actividades formativas

Durante el año 2009 se realizaron 8.545 horas de formación al personal del hospital, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla XII. 23. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2009

Disciplina	Horas
Formación en calidad	2
Formación en gestión	7
Formación en habilidades sociales	3
Formación en prevención de riesgos	3
Formación técnica	56
Formación en valores	8
Total acciones formativas	79
Nº horas formación presencial	5.700
Nº horas formación a distancia	2.845

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Prevención y cuidados de las úlceras por presión (UPP)
- Seguridad del paciente
- Relaciones interpersonales
- Actualización en electroterapia
- Cuidados al paciente de geriatría
- Cuidados al paciente neurológico
- Cuidados al paciente al final de la vida

Durante los días 3 y 4 de Abril de 2009 tuvieron lugar las “I Jornadas de Rehabilitación: de la práctica clínica a la reinserción social”, organizadas por el Servicio de Rehabilitación del HSJD.

Voluntariado

Durante 2009, 51 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 5.355 horas.

Premiso, certificaciones y reconocimientos

En 2009, el HSJD obtuvo las siguientes certificaciones:

- Renovación del certificado de gestión medio-ambiental ISO14001. AENOR.
- Certificado de excelencia europea 400+ puntos EFQM (sello de plata). AENOR por concesión del Club de Excelencia en Gestión.

V AÑO 2010

Después de tres años de la inauguración del nuevo edificio hospitalario y de la consolidación de una actividad asistencial y unos resultados óptimos, el HSJD de Palma era ya un referente en proporcionar una atención de calidad y un centro donde el paciente es el eje central de todas las actuaciones. Una muestra de ello es la alta valoración que los usuarios hacían de la atención recibida y también la obtención de la categoría ORO del Premio Balear de Excelencia en la Gestión, máximo galardón que otorga el Gobierno de les Illes Balears por la calidad en la gestión, según el modelo EFQM de excelencia. Este reconocimiento, dirigido a todos los colaboradores y voluntarios del hospital, corroboraba el modelo asistencial, integral e interdisciplinar, que convierte al HSJD en un centro de referencia cualitativo en geriatría, rehabilitación y COT para Baleares.

Instalaciones

Durante el año 2010 destacó la elaboración del proyecto de reforma del edificio antiguo y comienzo de las obras.

Recursos tecnológicos

Durante el año 2010 se llevaron a cabo mejoras en el Plan de continuidad de negocio, concretamente:

- Actualización de sistemas copia de seguridad
- Cluster de firewal
- Analizador logs de conexiones

También se llevaron a cabo mejoras en los cuadros de mandos como:

- Implementación de herramienta BI y Datawarehouse
- Informes dinámicos de indicadores de calidad
- Informes periódicos de indicadores de eficiencia
- Informes automatizados de seguimiento de objetivos asistenciales

Personas

Junta de gobierno

Se incorporó a la misma el nuevo Hno. Superior Felipe Romanos Mesa

Servicios clínicos

En este año tuvo lugar la jubilación de la Dra. Pía Klapsing que había ejercido como jefe del Servicio de Rehabilitación desde 1984. La sustituyó en el cargo como coordinador médico del área de rehabilitación el Dr. Ramón Boqué.

Se incorporó como responsable del servicio de Cardiología el Dr. José María García del Pozo. Se incorporó el Dr. Ricardo Hernández Zorrilla como responsable de la Sección de Neurología.

En 2010, la dotación de personal del HSJD y del centro asistencial de Palma se incrementó hasta un total de 242 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XII. 24. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2010

Dirección-administración	36
Médicos	16
Diplomados enfermería	60
Auxiliares enfermería	76
Fisioterapeutas	23
Otro personal asistencial	10
Servicios generales	8
Celadores	13
Plantilla laboral total*	242

**El hospital también cuenta con estructura de servicios externos asistenciales y no asistenciales. Fuente: Memoria HSJD año 2010.*

Tabla XII. 25. Características de la plantilla. Año 2010

Índice plantilla indefinida	75%
Índice rotación	0,79%
Edad media	37,09 años
Antigüedad media	6,78 años
Índice absentismo	2,9%
% mujeres	76,3%
% hombres	23,7%

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Cartera de servicios

Permaneció la misma que el año anterior, enmarcada en un modelo asistencial integral, interdisciplinar e integrado dentro de la red sanitaria pública balear.

Actividad asistencial

En las siguientes tablas se reflejan los parámetros de actividad y de calidad asistencial.

Tabla XII. 26. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2010

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.162
Ingresos	2.622
Estancias	52.532
Ocupación	96%
Consultas Externas	
CEX traumatología	32.075
CEX rehabilitación	13.186
CEX otras especialidades	9.634
Total consultas externas	54.895
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.951
Ambulatorias	1.541
Total intervenciones quirúrgicas	3.492
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	334.899
Pacientes atendidos	5.384
Hospital de día	
Estancias	5.316
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.614
Ecografía	1.955
Radiología convencional	15.257

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

En relación a los EAPS, se detalla la siguiente actividad realizada durante el 2010. Hay que señalar que durante este año se produjo un cambio de perfil de los profesionales que conforman el grupo EAPS, apostando por la contratación de tres psico-oncólogos que junto el especialista geriatra conforman el nuevo equipo.

Tabla XII. 27. Actividad de los EAPS. Año 2010

Pacientes	316
Familiares	516
Acompañamiento	1636
Intervención duelo	494

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Resultados económicos

Los resultados económicos del 2010 supusieron un balance financiero positivo.

Tabla XII. 28. Composición de la facturación por garante. Año 2010

IB-salud	97,1%
Aseguradoras	2,6%
Particulares	0,3%

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Atención al usuario

A partir de encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el HSJD, se extrajeron los siguientes datos:

Tabla XII. 29. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2010

Indicador	Puntuación*
Hospitalización	4,35
Planta primera	4,35
Planta segunda	4,33
Planta tercera	5,00
Planta cuarta	4,43
Unidad de Cirugía Sin ingreso (UCSI)	4,74
Hospital de Día	4,68
Rehabilitación	4,38
Rehabilitación centro asistencial	4,17

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Tabla XII. 30. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2010

Reclamaciones	56
Agradecimientos	255
Encuestas	1404

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Tabla XII. 31. Disposición del personal para ayudar. Año 2010

Indicador	Puntuación*
Unidad cirugía sin ingreso	4,7
Consultas externas	4,4
Consultas externas centro asistencial	4,2

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Actividades formativas

Durante el año 2010 se realizaron 8.919 horas de formación al personal del hospital, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla XII. 32. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2010

Disciplina	Acciones
Formación en calidad	3
Formación en gestión	7
Formación en habilidades sociales	10
Formación en prevención de riesgos	10
Formación técnica	71
Formación en valores	13
Total acciones formativas	114
Nº horas formación presencial	5.469
Nº horas formación a distancia	3.450

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Reflexiones sobre la condición y la dignidad humana.
- Ética asistencial para auxiliares de enfermería
- Formación para formadores.
- Estimulación sensorial.
- Aspectos nutricionales del paciente hospitalizado.

En los días 15, 16 y 17 de abril de 2010 tuvieron lugar las II Jornadas de Rehabilitación “*Daño cerebral adquirido: de la práctica clínica a la reinserción social*”, organizadas por el Servicio de Rehabilitación del HSJD de Palma.

Voluntariado

El voluntariado es una iniciativa promovida desde la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, inspirada en los principios de voluntariedad, gratuidad, solidaridad y complementariedad asistencial. Las aportaciones del voluntariado a los pacientes y familiares son las siguientes:

- Compañía y soporte emocional.
- Cobertura de deficiencias familiares.
- Colaboración con la familia acompañando al paciente para facilitar los tiempos de descanso y realizar gestiones administrativas.
- Promoción de actividades lúdicas, aula de ocio y biblioteca.

Durante 2010, 54 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 11.330 horas.

Obra social

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y gracias al apoyo solidario de donativos económicos realiza una labor de ayuda a los más necesitados, a personas sin recursos ni coberturas sociales a nivel local e internacional.

Tabla XII. 33. Inversiones y donaciones benéficas. Año 2010

INVERSIÓN		
	Total invertido	Beneficiarios
Ayuda a pacientes y familiares	2.308,12€	200 familias
Ayuda a países empobrecidos	6.989,20€	Hospital de Cuba
RECAUDACIÓN 2010		
<i>Proyecto "Cajitas solidarias"</i>	N^a cajas vendidas	Recaudación
C&A	304	1.655€
HSJD	144	770€
Total	448	2.425€
DONATIVOS 2010		
	Donantes	Donaciones
	181	6.112,54€

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

VI AÑO 2011

En 2011, el HSJD, se había consolidado como un referente en Baleares que proporcionaba atención de calidad, teniendo al paciente como el centro de todas las actuaciones y los valores de hospitalidad, calidad, respeto, responsabilidad y espiritualidad que forman parte del quehacer diario. Todo ello confiando al hospital y a todos los centros de la Orden Hospitalaria un estilo e identidad propia.

Durante el año 2011 la actividad asistencial fue óptima en las cuatro grandes áreas asistenciales: geriatría, rehabilitación, cuidados especiales y COT, con buenos resultados y un alto nivel de satisfacción percibido por los pacientes y los familiares atendidos.

Instalaciones

Durante el año 2011 se mantuvieron las mismas instalaciones que en años anteriores. Se inició la nueva fase de remodelación del edificio antiguo del hospital

En febrero de 2011 la Comunidad de Hermanos hospitalarios pasó a ubicarse en la segunda planta del edificio antiguo, como local provisional mientras terminaba el proceso general de remodelación de dicho edificio

Recursos tecnológicos

Durante el año 2011 se implantaron ordenadores portátiles en los carros de administración de medicación que permitían el registro a pie de cama.

Personas

Servicios clínicos

El Dr. Joaquin Boronat Rom, jefe del Servicio de COT y coordinador quirúrgico se jubiló del cargo y fue sustituido por el Dr. Francisco García Ginard.

En 2011, se produjo un leve incremento de la plantilla laboral que pasó de 242 a 247 trabajadores, distribuidos según se indica en la siguiente tabla:

Tabla XII. 34. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2011

Dirección-administración	38
Médicos	17
Diplomados enfermería	60
Auxiliares enfermería	76
Fisioterapeutas	23
Otro personal asistencial	12
Servicios generales	8
Celadores	13
Plantilla laboral total*	247

*El hospital también cuenta con estructura de servicios externos asistenciales y no asistenciales. Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Tabla XII. 35. Características de la plantilla. Año 2011

Índice plantilla indefinida	77,2%
Índice rotación	0,67%
Edad media	37,05 años
Antigüedad media	7,04 años
Índice absentismo	2,9%
% mujeres	76,7%
% hombres	23,3%

Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Cartera de servicios

Se mantuvo la misma que el año anterior.

Actividad asistencial

En las siguientes tablas se reflejan los parámetros de actividad y de calidad asistencial.

Tabla XII. 36. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2011

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.283
Ingresos	2.570
Estancias	51.963
Ocupación	95%
Consultas Externas	
CEX traumatología	32.769
CEX rehabilitación	15.150
CEX otras especialidades	10.785
Total consultas externas	58.704
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.872
Ambulatorias	1.719
Total intervenciones quirúrgicas	3.591
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	350.181
Pacientes atendidos	24.255
Rehabilitación domiciliaria	481

Hospital de día	
Estancias	5.262
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.738
Ecografía	2.768
Radiología convencional	15.936

Fuente: Memoria HSJD año 2011.

En relación a los EAPS, se detalla la siguiente actividad realizada durante el 2011.

Tabla XII. 37. Actividad de los EAPS. Año 2011

Pacientes	310
Familiares	711
Acompañamiento	2.274
Intervención duelo	350

Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Resultados económicos

Las buenas cifras de ocupación del hospital en todas sus áreas, permitieron que durante el ejercicio 2011 se consolidara la estructura del mismo, alcanzando nuevamente y por tercer año consecutivo, elevados ingresos por actividad asistencial. Dicha consolidación, junto con el mantenimiento de una política de contención del gasto y un uso eficiente de los recursos posibilitó de nuevo alcanzar el equilibrio en la cuenta de resultados, a pesar del incremento de los gastos financieros y de los retrasos en los cobros del principal garante del hospital.

Tabla XII. 38. Composición de la facturación por garante. Año 2011

IB-salud	97,2%
Aseguradoras	2,6%
Particulares	0,2%

Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Atención al usuario

De las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el HSJD, se extraen los siguientes datos:

Tabla XII. 39. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2011

Indicador	Puntuación*
Hospitalización	4,42
Planta primera	4,52
Planta segunda	4,58
Planta tercera	4,79
Planta cuarta	4,31
Unidad de Cirugía Sin ingreso (UCSI)	4,85
Hospital de Día	4,70
Rehabilitación	4,53
Rehabilitación centro asistencial	4,54

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Tabla XII. 40. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2011

Reclamaciones	42
Agradecimientos	325
Encuestas	1.323

Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Actividades formativas

Durante el año 2011 se realizaron 10.095 horas de formación al personal del hospital, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla XII. 41. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2011

Disciplina	Acciones
Formación en calidad	2
Formación en gestión	2
Formación en habilidades sociales	6
Formación en prevención de riesgos	12
Formación técnica	53
Formación en valores	6
Total acciones formativas	81
Nº horas formación presencial	6.290
Nº horas formación a distancia	3.805

Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Taller de disfagia.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Cuidados postquirúrgicos.
- Kinesthetics.
- McClonell: tratamiento de problemas de hombro.
- Metodología de planes de cuidados

En los días 3 y 4 de junio de 2011 se realizaron las I Jornadas de Geriátrica "Demencia avanzada y terminalidad", organizadas por el Servicio de Geriátrica del HSJD de Palma.

Voluntariado

Durante el año 2011, 54 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 11.330 horas.

Convenios y colaboraciones

Durante 2011 se establecieron diversos convenios de colaboración con entidades públicas y privadas de les Illes Balears, pero también en el resto del estado. Se detallan a continuación dichos acuerdos.

- a) Programa de atención a las personas con enfermedades avanzadas y sus familiares: se establece colaboración con:
 - Fundación La Caixa

- Asociación Balear de Esclerosis Múltiple (ABDEM)
 - Federación de discapacitados físicos y físicos-psíquicos de les Illes Balears (PREDIF)
 - Servicio de Hematología del Hospital Son Llàtzer
 - Servicios de Hematología y Oncología del Hospital Universitario Son Espases
 - Servicios sociales del Ayuntamiento de Calvià
- b) Programa de rehabilitación domiciliaria: se establece convenio con Fisiogestión.
- c) Proyectos de investigación en el área de rehabilitación: se establece un convenio con la Universidad de les Illes Balears (UIB).
- d) Prácticas de alumnos de enfermería y fisioterapia: se establecen convenios con:
- Universidad de les Illes Balears (UIB)
 - Universidad Europea de Madrid
 - Universidad de Vic
- e) Prácticas de alumnos de enfermería: se establece un convenio con la Escuela Universitaria de enfermería de Sant Joan de Déu.
- f) Rotación de médicos residentes en las Unidades de Rehabilitación y COT: se establece un convenio con el Hospital La Fe de Valencia.
- g) Prácticas de alumnos de celador y auxiliar de enfermería, se establecen convenios con:
- Cruz Roja Española
 - IES Obert de Catalunya
 - Centre Educatiu CC Nuestra Señora de Montesion
 - IES Francesc de Borja Moll
 - Centre Educatiu CC Es Liceu
 - Centre Educatiu C Privat ADEMA, Escuela dental Mallorca.

VII AÑO 2012

En el año 2012, el hospital mantuvo su línea habitual, adaptándose a los requerimientos del Servei de Salut de les Illes Balears, para dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población en los ámbitos de la geriatría, COT y rehabilitación.

En este año, el hospital se acomodó al Plan de Contención de la actividad, pactado con el Servei de Salut de les Illes Balears.

Durante este año el hospital renovó el Sello de Excelencia Europeo EFQM 400+ (AENOR), lo que demuestra la apuesta por la calidad y la mejora continua como eje de su sistema de gestión. Una gestión basada en unos valores y una atención humanizada que es el rasgo distintivo de todos los centros de la Orden Hospitalaria en el mundo y también en el HSJD de Palma.

Se constituyó el Grupo de Reflexión Ética y Humanización y se editó la Guía de Recomendaciones Éticas elaborada con la participación de todos los profesionales. Esta guía es un manual que recoge todo aquello que debe hacerse para garantizar una atención de acuerdo con la misión de la institución.

Instalaciones

Idénticos parámetros a anteriores años. Se inauguraron los nuevos locales de la Unidad de Cirugía sin ingreso.

Fig. XII. 6. Imágenes de las nuevas instalaciones de la Unidad de cirugía sin ingreso



Unidad de Cirugía sin ingreso inaugurada en 2012. Fuente: archivo personal de M. Ribas Bisquerra

En febrero de 2012 la comunidad de Hermanos Hospitalarios pasó a ocupar su residencia habitual ya completamente reformada en el edificio antiguo. Concretamente el 29 de febrero la residencia fue bendecida y reinaugurada por el Hno. Pascual Piles, Superior Provincial.

Fig. XII. 7. Bendición de la nueva residencia de la Comunidad de Hermanos del hospital



Acto de la bendición el 29 de febrero de 2012. Fuente: archivo fotográfico de HSJD

Personas

Durante el año 2012, la plantilla se redujo en 27 personas para reequilibrar el capítulo de gastos y adecuarlo a la disminución de la actividad asistencial programada.

Tabla XII. 42. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2012

Dirección-administración	35
Médicos	16
Diplomados enfermería	52
Auxiliares enfermería	66
Fisioterapeutas	20
Otro personal asistencial	11
Servicios generales	8
Celadores	12
Plantilla laboral total*	220

*El hospital también cuenta con estructura de servicios externos asistenciales y no asistenciales. Fuente: Memoria HSJD año 2012.

Tabla XII. 43. Características de la plantilla. Año 2012

Índice plantilla indefinida	80,9%
Índice rotación	0,30%
Edad media	39,25 años
Antigüedad media	9,05 años
Índice absentismo	2,1%
% mujeres	76,7%
% hombres	23,3%

Fuente: Memoria HSJD año 2012.

Cartera de servicios

Se creó el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER) que se integró en el modelo asistencial del hospital, tomándose como referencia para el resto de centros de la provincia. Este servicio se instauraba con el fin de completar la atención integral a la persona en todas sus vertientes, la física, la psíquica, la social y también la espiritual.

Se externalizó la actividad de laboratorio, propiamente dicho. Permanecería la actividad de hematología-hemoterapia, gasometría, protocolos informáticos-historia clínica y colaboración con el laboratorio externo.

Actividad asistencial

En 2012 se procedió al cierre de 20 camas de hospitalización. La actividad asistencial fue:

Tabla XII. 44. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2012

Hospitalización	
Camas	130
Altas	1.608
Ingresos	1.606
Estancias	45.470
Ocupación	95%
Consultas Externas	
CEX traumatología	27.874
CEX rehabilitación	12.388
CEX otras especialidades	9.630
Total consultas externas	49.892
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.135
Ambulatorias	1.745
Total intervenciones quirúrgicas	2.880
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	286.508
Pacientes atendidos	21.926
Rehabilitación domiciliaria	579
Hospital de día	
Estancias	5.111
Pruebas complementarias	
Electromiografía	5.010
Ecografía	2.361
Radiología convencional	12.338

Fuente: Memoria HSJD año 2012.

En relación a los EAPS, se detalla la siguiente actividad realizada durante el 2012.

Tabla XII. 45. Actividad de los EAPS. Año 2012

Pacientes	388
Familiares	550
Acompañamiento	2.188
Intervención duelo	377

Fuente: Memoria HSJD año 2012.

Resultados económicos

Las restricciones presupuestarias ocasionaron una disminución aproximada de los ingresos del 8%. El plan de contención aplicado por el hospital para garantizar la viabilidad del centro, dió lugar a una disminución paralela de los gastos de explotación que, junto con el mantenimiento de la política de racionalización de gastos y de uso eficiente de los recursos, posibilitó alcanzar el equilibrio en la cuenta de resultados.

Atención al usuario

De las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el HSJD, se extraen los siguientes datos:

Tabla XII. 46. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2012

Indicador	Puntuación*
Hospitalización	4,60
Planta primera	4,71
Planta segunda	4,69
Planta tercera	4,57
Planta cuarta	4,46
Unidad de Cirugía Sin ingreso (UCSI)	4,78
Hospital de Día	4,54
Rehabilitación	4,54
Rehabilitación centro asistencial	4,48

**Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2012.*

Tabla XII. 47. Reclamaciones, agradecimientos y encuestas. Año 2012

Reclamaciones	97
Agradecimientos	356
Encuestas	1.163

Fuente: Memoria HSJD año 2012.

Actividades formativas

Durante el año 2012 se realizaron 5.773 horas de formación al personal del hospital, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla XII. 48. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2012

Disciplina	Acciones
Formación en calidad	3
Formación en gestión	3
Formación en habilidades sociales	1
Formación en prevención de riesgos	4

Formación técnica	39
Formación en valores	12
Total acciones formativas	62
Nº horas formación presencial	4.343
Nº horas formación a distancia	1.430

Fuente: Memoria HSJD año 2012.

Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Taller sobre la Ley de protección de datos
- Taller de disfagia
- Reanimación cardiopulmonar
- Cuidados postquirúrgicos
- Curso general de neuro-rehabilitación
- Movilización de pacientes
- Taller de prevención caídas
- Gimnasia abdominal hipopresiva
- Metodología de cuidados de enfermería
- Curso de cuidados paliativos
- Curso de seguridad del paciente
- Taller de nuevas técnicas quirúrgicas

El 20 y 21 de Abril de 2012 se organizaron las III Jornadas de rehabilitación “*El hombro: un vértice funcional. Abordaje multidisciplinar*”, puestas en marcha por el Servicio de Rehabilitación del HSJD de Palma.

Voluntariado

Durante el año 2012, 54 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 11.390 horas.

El voluntariado realiza acciones de:

- Compañía y soporte emocional, apoyando y acompañando al enfermo en situación de soledad y acompañamiento emocional a los familiares.
- Gestiones externas. Acompañamiento al pacientes en las consultas externas fuera del centro hospitalario, cuando éste lo precisa.
- Actividades culturales y de animación, promoviendo actividades de entretenimiento e interrelación con los pacientes y cuidadores a fin de hacer más llevadera su estancia hospitalaria: comprende servicio de biblioteca, aula de juegos, organización de actos, participación en festividades, etc.
- Servicio de peluquería. Se ofrece al paciente que lo solicita.

Convenios y colaboraciones

Se mantuvieron los convenios firmados en el año 2011 y se añadieron los siguientes:

- a) Programa de apoyo médico rehabilitador: se establece un convenio con la Asociación de Parálisis Cerebral de Baleares (ASPACE).

- b) Prácticas de terapia ocupacional para alumnos universitarios, se establecen convenios con:
- Universitat de Terrassa
 - Universidad Miguel Hernández de Elche

Premios, certificaciones y reconocimientos

En 2012, el HSJD obtuvo las siguientes certificaciones:

- Premio autonomía personal 2012. Categoría entidad facilitadora. Servicio de promoción de la autonomía personal (SEPAP).
- Renovación del certificado de excelencia europea 400+ EFQM. AENOR.
- Renovación del certificado de gestión medioambiental ISO 14001. AENOR.
- Certificado ISO 27001 de gestión de la seguridad de la información. APPLUS.

VIII AÑO 2013

La aprobación por parte del Govern de les Illes Balears (*Decreto 3/2013 de 14 de junio*) de la creación de la Red Hospitalaria Pública de les Illes Balears en el año 2013, donde pueden integrarse hospitales sin ánimo de lucro, como el HSJD, permitió la incorporación de este hospital, que había solicitado su vinculación el 27 de agosto de 2013, al sistema público, a través de un Convenio Singular de larga duración. Además, la acreditación obtenida por el centro garantizaba la prestación de asistencia con los mismos patrones de calidad asistencial aplicados al resto de centros de la sanidad pública balear.

El convenio singular firmado obedeció a una decidida apuesta de la Orden hospitalaria, del propio centro y de sus colaboradores y a una clara voluntad de la administración sanitaria por incorporar el HSJD a su red hospitalaria, para garantizar y ampliar sus recursos asistenciales de una manera planificada según las necesidades sanitarias de la población de Mallorca.

Por tanto, el año 2013 se caracterizó por el crecimiento y la modernización del hospital dentro de un modelo asistencial de calidad y eficiencia. Se realizaron importantes obras de reforma y ampliación con el fin de ofrecer la calidez y el confort necesarios a las personas atendidas y a sus familiares, y también a los colaboradores y voluntarios.

La inclusión del centro en la red hospitalaria pública, la alta actividad asistencial, las certificaciones de calidad obtenidas, la satisfacción percibida por las personas atendidas y por los propios colaboradores indicaban la consolidación de un modelo asistencial de calidad donde los valores de la hospitalidad forman parte del trabajo de la institución en el día a día.

Se trabajó este año en la línea de aumentar la presencia de la Institución en Mallorca como hospital y también para dar respuesta a los más necesitados. Debido a la crisis económica que sufrió nuestro país, muchas familias eran alojadas por el Ayuntamiento en distintos hostales, con un gran riesgo de exclusión. Se buscó un equipamiento y se obtuvo la cesión a precario del Convento de las Hermanas Dominicas.

Instalaciones

Idénticos parámetros a anteriores años.

El 22 de diciembre de 2013 tuvo lugar la inauguración y bendición de la nueva capilla del hospital, a cargo del Hno. Pascual Piles, Superior Provincial.

Fig. XII. 8. Inauguración y bendición de la nueva capilla del Hospital San Juan de Dios



Acto celebrado el 22 de diciembre de 2013, presidido por el Hno. Pascual Piles, Superior Provincial. Fuente: archivo fotográfico HSJD

Recursos tecnológicos

Durante 2013 se empezaron a registrar los primeros planes de cuidados en web-hospital.

Personas

Comité de Dirección

El Dr. Bartolomé Flaquer Terrassa fué nombrado Director médico del HSJD y se incorporó al Comité de Dirección del centro.

Servicios clínicos

En el Servicio de Cardiología, colaboraron los Dres. Jorge Álvarez Rubio y Lucia Pasamar Márquez. Durante el año 2013, la plantilla aumentó en 17 personas, pasando a tener un total de 237 trabajadores propios.

Tabla XII. 49. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2013

Dirección-administración	36
Médicos	16
Diplomados enfermería	59
Auxiliares enfermería	73
Fisioterapeutas	20
Otro personal asistencial	13
Servicios generales	7
Celadores	13
Plantilla laboral total*	237

*El hospital también cuenta con estructura de servicios externos asistenciales y no asistenciales. Fuente: Memoria HSJD año 2013.

Tabla XII. 50. Características de la plantilla. Año 2013

Índice plantilla indefinida	76,2%
Índice rotación	0,21%
Edad media	39,84 años
Antigüedad media	9,53 años
Índice absentismo	2,4%
% mujeres	76,6%
% hombres	23,4%

Fuente: Memoria HSJD año 2013.

Cartera de servicios

Permaneció la misma cartera de servicios que en años anteriores, basada en un modelo asistencial integral, interdisciplinar que abarca los siguientes campos asistenciales:

- **Cirugía ortopédica y traumatología:**
 - Unidad de cirugía sin ingreso
 - Unidad de cirugía con ingreso

- **Rehabilitación:**
 - Neuro-rehabilitación y lesionados medulares
 - Rehabilitación general y traumatológica
 - Rehabilitación integral, promoción de la autonomía y adaptación de la persona a su nueva situación en entorno y familia

- **Geriatría:**
 - Hospital de día geriátrico
 - Unidad de geriatría de agudos
 - Unidad de geriatría de media estancia
 - Unidad de geriatría de larga estancia

- **Cuidados especiales:**
 - Unidad de daño cerebral.
 - Unidad de lesión medular
 - Unidad de cuidados paliativos.(2013-2014)

Actividad Asistencial

En la siguiente tabla se reflejan los parámetros de actividad asistencial.

Tabla XII. 51 Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2013

Hospitalización	
Camas	154
Altas	1.933
Ingresos	1.923
Estancias	53.165
Ocupación	95%

Consultas Externas	
CEX traumatología	31.713
CEX rehabilitación	13.070
CEX otras especialidades	12.598
Total consultas externas	57.381
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.358
Ambulatorias	2.135
Total intervenciones quirúrgicas	3.493
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	284.281
Pacientes atendidos	23.830
Rehabilitación domiciliaria	706
Hospital de día	
Estancias	5.291
Pruebas complementarias	
Electromiografía	4.392
Ecografía	2.920
Radiología convencional	15.062

Fuente: Memoria HSJD año 2013.

Resultados económicos

Se mantuvo una buena tendencia en los resultados económicos anuales, consiguiendo una eficiencia económica y alcanzando el equilibrio presupuestario.

Atención al usuario

De las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el HSJD, se extraen los siguientes datos:

Tabla XII. 52. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2013

Indicador	Puntuación*
Hospital	
Unidad de Cirugía Sin ingreso (UCSI)	4,42
Hospital de Día	4,66
Rehabilitación	4,58
Consultas Externas	4,73
Hospitalización planta 1A	4,75
Hospitalización planta 2A	4,58
Hospitalización planta 2B	4,72
Hospitalización planta 3B	4,46
Hospitalización planta 4B	4,58
Centro asistencial	
Rehabilitación	4,58
Consultas Externas	4,51

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2013.

Actividades formativas

Durante el año 2013 se realizaron 7.871 horas de formación al personal del hospital, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla XII. 53. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2013

Disciplina	Acciones
Formación en calidad	2
Formación en gestión	3
Formación en habilidades sociales	5
Formación en prevención de riesgos	12
Formación técnica	45
Formación en valores	25
Total acciones formativas	92
Nº horas formación presencial	5.619
Nº horas formación a distancia	2.252

Fuente: Memoria HSJD año 2013.

Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Taller de elaboración de planes de cuidados
- Seguridad del paciente
- Estimulación basal
- Taller de planes de cuidados para auxiliares
- Reeduación de alteraciones movimiento cintura escapular

Los días 24 y 25 de mayo de 2013 se organizaron las II Jornadas de Geriátría. “*Síndrome confusional agudo*”, desarrolladas por el Servicio de Geriátría del HSJD de Palma.

Además, el hospital participa a nivel de la comunidad balear en la constitución de grupos transversales de estudio y análisis de iniciativas en geriatría, cuidados paliativos y daño cerebral

Voluntariado

Durante el año 2013, 54 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 11.390 horas.

Convenios y colaboraciones

Durante el 2013 se mantuvieron algunos programas y convenios de colaboración con entidades públicas y privadas firmados en años anteriores como son:

- a) Programa de atención a las personas con enfermedades avanzadas y sus familiares.
- b) Programa de rehabilitación domiciliaria
- c) Prácticas de alumnos de enfermería y fisioterapia de la Universidad de les Illes Balears y la Universidad de Vic.
- d) Rotación de médicos residentes en las Unidades de Rehabilitación y COT del Hospital La Fe de Valencia.
- e) Proyectos de investigación en el área de Rehabilitación con la Universidad de les Illes Balears.
- f) Prácticas de alumnos de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Deu y de la Universidad de les Illes Balears.
- g) Prácticas de alumnos de celador y auxiliar de enfermería.

Se establecieron nuevos acuerdos en 2013 como son:

- h) Convenio para mejorar la inserción laboral de personas con discapacidad “COORDINADORA”, en colaboración con la Federación balear de personas con discapacidad.
- i) “INCORPORA” Integración laboral: convenio de adhesión para favorecer una mayor incorporación de las personas con riesgo de exclusión social en el mundo laboral y promover la responsabilidad social empresarial.
- j) Prácticas de alumnos del Máster de Psico-oncología de la Universidad Complutense de Madrid
- k) Prácticas de neuropsicología de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla.

Derivado de la firma de estos convenios, durante el año 2013, un total de 113 alumnos realizaron prácticas formativas en el HSJD y 171 alumnos de diferentes centros visitaron el hospital.

Premios, certificaciones y reconocimientos

En 2013, el HSJD obtuvo las siguientes certificaciones:

- Premio a las buenas prácticas empresariales en prevención de riesgos laborales. CAEB.
- Renovación del certificado de gestión medioambiental ISO 14001. AENOR.
- Renovación del certificado de gestión de la seguridad de la información. ISO 27001. APPLUS.
- Renovación de la autorización y acreditación del hospital por parte del Servei d’Avaluació, Acreditació i Inspecció de la Conselleria de Salut.

IX AÑO 2014

El año 2014 representó la consolidación del HSJD como un centro público integrado, desde 2013, en la Red Hospitalaria pública de les Illes Balears. Con su modelo asistencial, había conseguido ser un centro de referencia para la derivación de pacientes de los grandes hospitales públicos, principalmente en los ámbitos de la neurorehabilitación, COT y geriatría.

Los buenos resultados en calidad asistencial y en el nivel de satisfacción de sus usuarios avalaban la corrección del trabajo realizado por los profesionales y voluntarios.

Las restricciones en el presupuesto del Servicio de Salud de les Illes Balears en el último trimestre del 2014, afectaron negativamente los resultados asistenciales y económicos; si bien las perspectivas de futuro para nuevos acuerdos en posteriores ejercicios eran óptimas. Nuevamente la implicación de colaboradores y voluntarios identificados con los valores de hospitalidad, calidad, respeto, responsabilidad y espiritualidad, fueron claves para seguir avanzando en la mejora continua de los servicios ofrecidos por el hospital.

Inauguración de la reforma del edificio antiguo y ampliación del HSJD

El 29 de marzo de 2014 tuvo lugar la mencionada inauguración. El Presidente de les Illes Balears, José Ramón Bauzá, acompañado por el Superior General de la Orden Hospitalaria, Hno. Jesús Etayo y por el Director-Gerente del hospital, Dr. Joan Carulla, inauguró la reforma del edificio antiguo y ampliación del hospital. Monseñor Javier Salinas, obispo de la diócesis de Mallorca, bendijo las instalaciones. Asistieron al acto el Hno. José Luis Fonseca, Superior Provincial de Aragón-San Rafael; el Sr. Martí Sansaloni, conseller de salut; la Sra. Margarita Duran, presidenta del Parlament de les Illes Balears y el Sr. Miquel Tomas, director general del Servei de Salut.

El acto se inició con un recorrido guiado por el Dr. Carulla por todas las instalaciones del hospital. En el recorrido por las instalaciones renovadas se pudo admirar la pintura que representa a San Juan de Dios.

Fig. XII. 9. Imagen de San Juan de Dios



San Juan de Dios arrodillado ante un altar. Autor desconocido. 1726. Hospital de San Juan de Dios de Palma

El presente cuadro fue hallado en la parroquia de El terreno (Palma) en mal estado de conservación. Fue restaurado por el artista Pere Terrassa y cedido a la Orden y al HSJD. La pintura data de 1726 y es de autor desconocido. Representa a San Juan de Dios arrodillado ante un altar. Interesante observar la parte lateral derecha del cuadro que adquiere una mayor profundidad que el resto y donde son visibles una perspectiva arquitectónica y unos cortinajes tras los cuales aparecen camas de enfermos

En su parlamento el Presidente José Ramón Bauzá manifestó *“que la reforma y ampliación permiten que el Hospital de San Juan de Dios pueda continuar ofreciendo una sanidad de primer nivel. También señaló que con la integración del HSJD en la red hospitalaria pública de Baleares, los pacientes que el Ibsalut deriva a este centro reciben una atención sanitaria en las mismas condiciones y con los mismos estándares de calidad aplicables al sistema público de sanidad de les Illes Balears. La voluntad del Govern es mantener esta relación y colaboración históricas y así continuar derivando pacientes para las actividades de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, consultas externas, pruebas diagnósticas y rehabilitación”*.

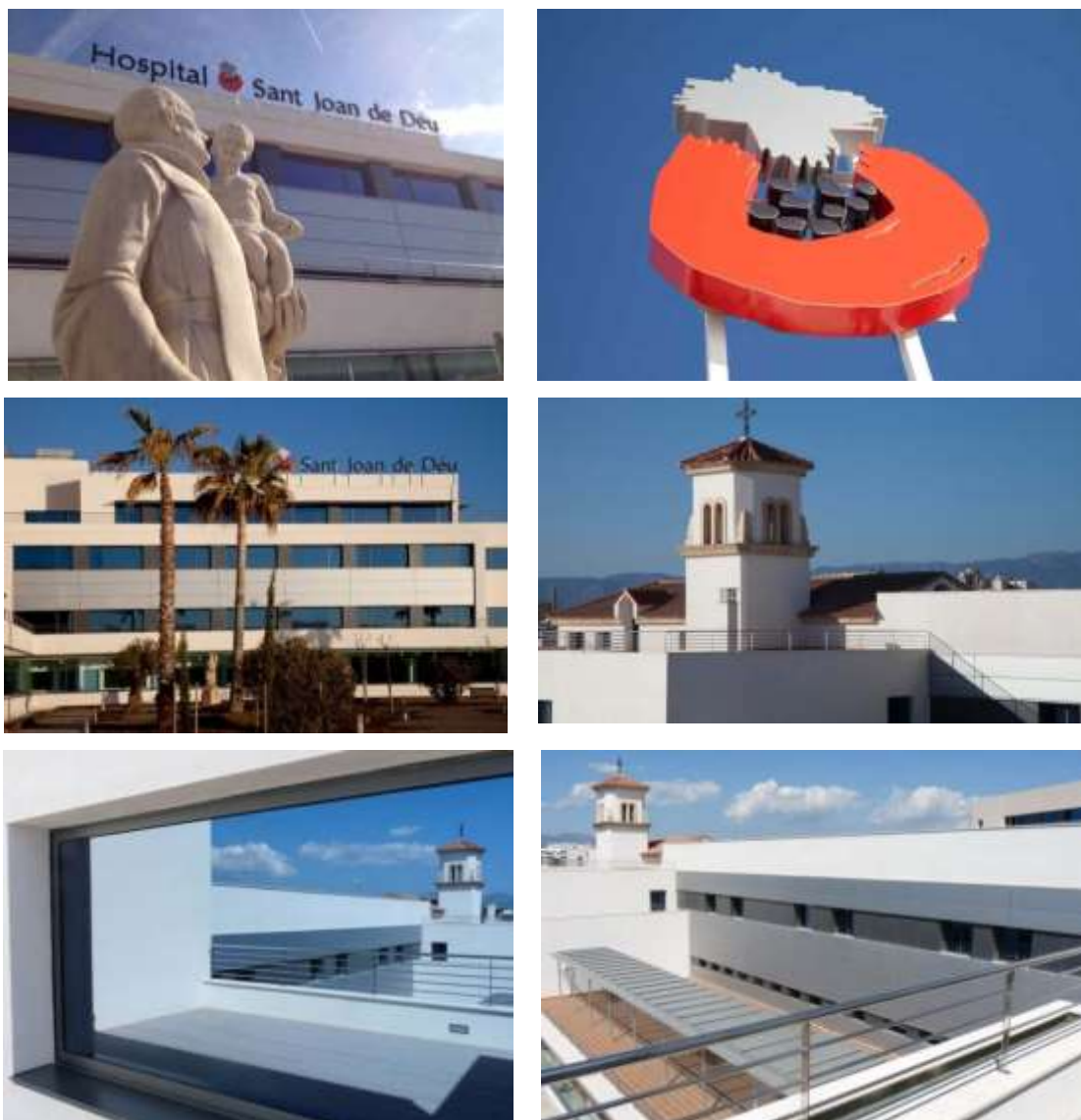
Instalaciones

Se mantuvieron las mismas instalaciones del edificio hospitalario y del centro asistencial de Palma. Se inauguró la remodelación del edificio antiguo, con lo que quedaba renovado todo el complejo de edificios hospitalarios. Este nuevo espacio permitió disponer de un nuevo gimnasio de rehabilitación exclusivo para pacientes de neurorrehabilitación y concentrar en esta área las zonas de neuropsicología, logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia.

Se implantó el nuevo sistema informático de gestión clínica SAP.

Se constituyó la Fundación “Sant Joan de Deu Serveis Socials Mallorca” con participación activa de directivos y colaboradores del hospital, iniciándose las obras para la reforma integral del Convento de las Hermanas Dominicas para poder acoger a familias en riesgo de exclusión social.

Fig. XII. 10. Aspectos de la remodelación del edificio antiguo del HSJD en 2014



Fuente: archivo fotográfico del HSJD, año 2014.

Fig. XII. 11. Aspectos de la remodelación del edificio antiguo del HSJD en 2014



Fuente: archivo fotográfico del HSJD, año 2014.

Recursos tecnológicos

En el año 2014, desde el Servicio de Salud de les Illes Balears se implantó la utilización de receta electrónica por los facultativos del HSJD, lo que facilitaba incorporar en el sistema de prescripción y dispensación electrónica (receta electrónica) los tratamientos derivados de la asistencia sanitaria ofrecida a los pacientes derivados al HSJD por el propio Servicio de Salud. De este modo se permitía la integración de dichas prescripciones en el registro único de tratamiento ambulatorio.

Personas

Servicios clínicos

La Dra. Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera fué nombrada coordinadora médica del Servicio de Geriatría.

Durante el año 2014, la plantilla aumentó en 25 personas, pasando a tener un total de 262 trabajadores propios.

Tabla XII. 54. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2014

Dirección-administración	39
Médicos	18
Diplomados enfermería	67
Auxiliares enfermería	77
Fisioterapeutas	26
Otro personal asistencial	15
Servicios generales	6
Celadores	14
Plantilla laboral total*	262

*El hospital también cuenta con estructura de servicios externos asistenciales y no asistenciales. Fuente: Memoria HSJD año 2014.

Tabla XII. 55. Características de la plantilla. Año 2014

Índice plantilla indefinida	72%
Índice rotación	0,48%
Edad media	39,41 años
Antigüedad media	9,17 años
Índice absentismo	3,7%
% mujeres	77,7%
% hombres	22,3%

Fuente: Memoria HSJD año 2014.

Cartera de sevicios

Se mantuvo la misma cartera de servicios que en años anteriores. Se incorporó la Unidad de Cuidados Paliativos. Con el nacimiento de la Estrategia Balear de Cuidados Paliativos se daban las circunstancias adecuadas para el desarrollo de una Unidad de Cuidados Paliativos con una capacidad total de 20 camas destinadas a tal efecto.

Actividad asistencial

El año 2014 presentó un primer semestre con una alta actividad que daba respuesta por una parte a la presión asistencial de los servicios de urgencia del resto de hospitales públicos y, por otra, a las listas de espera quirúrgica. Durante el segundo semestre la actividad fue más baja. En la siguiente tabla se reflejan los parámetros de actividad asistencial.

Tabla XII. 56. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2014

Hospitalización	
Camas	151
Altas	1.833
Ingresos	1.804
Estancias	51.611
Ocupación	94%
Consultas Externas	
CEX traumatología	28.160
CEX rehabilitación	13.490
CEX otras especialidades	11.068
Total consultas externas	52.718
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.131
Ambulatorias	1.900

Total intervenciones quirúrgicas	3.031
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	341.567
Pacientes atendidos	4.676
Rehabilitación domiciliaria	895
Hospital de día	
Estancias	5.376
Pruebas complementarias	
Electromiografía	4.378
Ecografía	2.276
Radiología convencional	12.136
Equipo atención psicosocial	
Pacientes	494
Familiares	601
Pacientes atendidos	20.157

Fuente: Memoria HSJD año 2014.

Resultados económicos

Durante el 2014 los ingresos de explotación bajaron, lo que redujo la tendencia positiva de los resultados económicos conseguida en años anteriores.

El govern balear, para cumplir con el objetivo de déficit autonómico, comunicó al HSJD la imposibilidad de hacer frente al presupuesto pactado, lo que forzó al hospital a disminuir la actividad asistencial con el cierre de quirófanos el último trimestre del año. Se renegó con el govern un nuevo Convenio Singular que asegurase un presupuesto estable y suficiente para el futuro y se consiguió firmar una ampliación presupuestaria para los próximos años y una ampliación de la cartera de servicios que incluyó, entre otros, diagnóstico por imagen (RNM y TAC) y la atención a pacientes con lesión medular.

Atención al usuario

De las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el HSJD, se extraen los siguientes datos:

Tabla XII. 57. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2014

Indicador	Puntuación*
Hospital	
Unidad de Cirugía Sin ingreso (UCSI)	4,83
Hospital de Día	4,63
Rehabilitación	4,73
Consultas Externas	4,90
Hospitalización planta 1A	4,75
Hospitalización planta 2A	4,44
Hospitalización planta 2B	4,89
Hospitalización planta 3B	4,79
Hospitalización planta 4B	5,00
UDC	3,20
Centro asistencial	
Rehabilitación	4,73
Consultas Externas	4,58

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2014.

Actividades formativas

En 2014 se realizaron 7.603 horas de formación al personal del hospital, distribuidas según:

Tabla XII. 58. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2014

Disciplina	Acciones
Formación en habilidades sociales	3
Formación en prevención de riesgos	5
Formación técnica	49
Formación en valores	15
Total acciones formativas	72
Nº horas formación presencial	7.458
Nº horas formación a distancia	145

Fuente: Memoria HSJD año 2014.

Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Taller de elaboración de planes de cuidados
- Taller de vendajes y suturas
- Estimulación basal
- Terapia intravenosa
- Movilización de pacientes
- Entrenamiento de actividades vida diaria (AVDs)
- Necesidades espirituales
- Prevención y tratamiento de úlceras por presión.

Los días 16 y 17 de mayo de 2014 se organizaron las I Jornadas de cuidados paliativos “*Cuidados paliativos en la etapa final de la cronicidad*”, organizadas por el Servicio de Geriátrica del HSJD de Palma.

Voluntariado

Durante el año 2014, 58 voluntarios cumplieron un total de 18.516 horas de voluntariado.

Premios, certificaciones y reconocimientos

En 2014, el HSJD obtuvo las siguientes certificaciones:

- Certificación por la práctica transfusional, autodonación y gestión de calidad. Fundación CAT-ENAC.
- Renovación del certificado de gestión medioambiental ISO 14001. AENOR.
- Renovación del certificado de gestión de la seguridad de la información. ISO 27001. APPLUS.

X AÑO 2015

El año 2015 vino condicionado por la actualización del Plan estratégico vigente del hospital, motivado por la integración del hospital dentro de la red de hospitales públicos de las Islas Baleares y la aprobación del nuevo Plan estratégico provincial (2015-2018) de la Orden de San Juan de Dios. Esta actualización y también la evolución del hospital como un centro de referencia

en rehabilitación y promoción de la autonomía de la persona, han comportado una nueva visión del hospital como un referente dentro de la red sanitaria con un modelo de asistencia integral en los procesos que mejoren la funcionalidad y promuevan la autonomía de las personas. Esto es un cambio fundamental pues pone al paciente en el centro de la atención y hace que el hospital no sea visto como un centro fragmentado en distintos servicios, sino como un hospital singular y especializado en atender a personas con procesos que demandan la promoción de la autonomía personal y la rehabilitación para integrarse lo más rápidamente posible en su entorno familiar, social o laboral.

Un hecho destacable en este año 2015 fue la puesta en funcionamiento de la Unidad de atención a lesionados medulares que contó con el apoyo de las asociaciones de pacientes y familiares ASPAYM y ASPROM, y que permitió que un buen número de pacientes y familias no tuvieran que desplazarse a la península para sus revisiones.

Se constituyó el Comité de Ética asistencial y funcionalmente se unieron las áreas de Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER), Voluntariado y Obra Social, manteniendo cada una su referente y coordinadas por el responsable del SAER.

Se celebraron las IV Jornadas Asistenciales de la Provincia.

Instalaciones

Se mantuvieron las mismas instalaciones del edificio hospitalario y del centro asistencial.

Recursos tecnológicos

En el ámbito de las nuevas tecnologías cabe comentar que durante este año 2015 se implantó el programa informático SAP para adecuar los sistemas de información al necesario desarrollo del modelo asistencial y la gestión clínica. Se produjo la integración con los sistemas de información del resto de centros públicos, compartiendo la historia clínica, receta electrónica, e historia clínica digital, lo que convirtió al centro en un hospital sin papeles.

Personas

Servicios clínicos

Se produjo una renovación en el Servicio de Rehabilitación. Cesó el Dr. R. Boqué y se nombró a la Dra. Susana Inés Holub Torres como coordinadora del área de Rehabilitación. El Dr. Santiago Magnani Raganato se incorporó al servicio de Cardiología. Durante el año 2015, la plantilla aumentó en 16 personas, pasando a tener un total de 278.

Tabla XII. 59. Plantilla del hospital y centro asistencial de San Juan de Dios. Año 2015

Dirección-administración	39
Médicos	17
Diplomados enfermería	71
Auxiliares enfermería	82
Fisioterapeutas	27
Otro personal asistencial	21
Servicios generales	7
Celadores	14
Plantilla laboral total*	278

*El hospital también cuenta con estructura de servicios externos asistenciales y no asistenciales. Fuente: Memoria HSJD año 2015.

Tabla XII. 60. Características de la plantilla. Año 2015

Índice plantilla indefinida	71,10%
Índice rotación	0,69%
Edad media	39,78 años
Antigüedad media	9,21 años
Índice absentismo	1,7%
% mujeres	76,60%
% hombres	23,4%

Fuente: Memoria HSJD año 2015.

Cartera de servicios

La cartera de los servicios generales se mantuvo inalterable.

- **Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología**
 - Cirugía protésica de las grandes articulaciones: cadera, rodilla y hombro
 - Cirugía artroscópica a distintos niveles. Rodilla, hombro, cadera, tobillo y muñeca
 - Cirugía del raquis lumbar
 - Cirugía de mano y microcirugía
 - Cirugía de pie y tobillo
 - Tratamiento de la osteoporosis
- **Servicio de Rehabilitación**
 - Rehabilitación músculo esquelética
 - Neuro-rehabilitación (ver más adelante)
- **Servicio de Geriátría**
 - Valoración geriátrica integral: clínica, funcional, mental y social
 - Atención integral e integrada
 - Trabajo en equipo multidisciplinar
 - Existencia de niveles asistenciales:
 - Unidades de Hospitalización de agudos, de media estancia, de convalecencia y de recuperación funcional (ortogeriatría y neuro-rehabilitación geriátrica).
 - Hospital de día geriátrico
 - Consultas externas de geriátría
- **Unidad de Cuidados paliativos y especiales**
 - Unidad de cuidados paliativos
 - Unidad de daño cerebral no recuperable
 - Unidad de cuidados especiales
- **Atención psicosocial**

El equipo de atención psicosocial (EAPS) está dirigido por el Dr. Nicolás Flaquer. Sus líneas de actuación son: atención psicosocial, espiritualidad, duelo, soporte profesional, voluntariado.

Sus ámbitos de actuación están en:

- HSJD: Unidades de cuidados paliativos, de geriatría, de cuidados especiales, de daño cerebral y de neuro-rehabilitación.
- Hospital Universitario Son Espases: Unidades de Oncología, Hematología, cuidados paliativos pediátricos y cuidados intensivos pediátricos.
- Hospital Son Llàtzer: Unidades de Oncología, Hematología, y de Soporte hospitalario
- Hospital Comarcal de Inca: Unidades de Medicina Interna y Oncología
- En los Servicios Sociales del Ajuntament de Calvià
- En la Associació Balear d' Esclerosi Múltiple (ABDEM)
- En Plataforma representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF).

▪ **Otros Servicios Hospitalarios**

Destacan: Radiodiagnóstico, Farmacia, Trabajo social, Atención al usuario, Atención espiritual, Voluntariado, Psicología, Medicina Interna, Neurofisiología, Neurología, Anestesia y Reanimación, Reumatología, Cardiología, Podología y Análisis clínicos.

En relación a los servicios especiales cabe destacar la creación de la Unidad de Medicina del Deporte, la Unidad de Lesión Medular y la Unidad de Medicina Internacional (Mallorca Health Care).

▪ **Unidad de Medicina del Deporte**

Orientada a la prevención de lesiones en las actividades deportivas. Esta unidad cuenta con cardiólogos, especialistas en Medicina del Deporte y en general con los profesionales relacionados con las patologías que puede generar el deporte. Como usuarios de esta unidad se atiende a deportistas de élite o personas que antes de acometer una actividad deportiva estiman conveniente una revisión de su estado sanitario. Es un unidad multidisciplinar coordinada por la Dra. Patricia Hernández Puiggròs abarcando diversos aspectos como son: medicina del deporte, radiología, terapias alternativas, terapia del dolor, traumatología, nutrición, fisioterapia, estudio biomecánico, entrenamiento y cardiología.

▪ **Unidad de lesión medular**

La Unidad de lesionados medulares está preparada para la atención y manejo de casos de lesión medular con nivel de afectación de grado medio y bajo. Los casos con afectación más grave se derivan a centros especializados de la península en Toledo o Barcelona y posteriormente, pasada la fase aguda de la lesión, pueden continuar con las revisiones sistemáticas en el hospital.

En este primer año se realizaron 70 revisiones a pacientes. El protocolo contempla una visita por enfermería, por el médico rehabilitador y por el urólogo. Son revisiones que antes debían realizarse en centros especializados ubicados en la península con lo que se evita este desplazamiento de pacientes y familiares. Además durante este primer año fueron hospitalizados 25 pacientes, afectados de lesión medular.

Los niveles de satisfacción tras la creación de la Unidad de lesión medular han sido muy altos por parte de los usuarios y sus familiares así como por las dos asociaciones de afectados, ASPROM y ASPAIM.

▪ Unidad de Medicina Internacional

Es la unidad de asistencia clínica internacional del HSJD de Palma de Mallorca. Su misión es la atención médica de pacientes y sus familiares procedentes del extranjero (resto de Europa, Rusia y oriente próximo). El HSJD ofrece asesoría y tratamiento médico en las especialidades en las que es un referente profesional: COT, rehabilitación, geriatría y daño cerebral.

Asimismo, en el 2015 se plantearon como proyectos de futuro a desarrollar:

- Musicoterapia
- Arterapia
- Terapia complementaria con animales (perros-caballos).
- Monitor del tiempo libre
- Uso de exoesqueletos

Actividad asistencial

En el año 2015, para apoyar el incremento de demanda procedente de los servicios de urgencia de los hospitales públicos se llegaron a abrir 201 camas, manteniendo abiertas linealmente durante todo el año 10 camas más que el año anterior. La actividad quirúrgica, la rehabilitación y las pruebas complementarias experimentaron una recuperación.

Tabla XII. 61. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2015

Hospitalización	
Camas	161
Altas	2.295
Ingresos	2.223
Estancias	56.666
Ocupación	96%
Consultas Externas	
CEX traumatología	28.777
CEX rehabilitación	12.450
CEX otras especialidades	7.975
Total consultas externas	49.202
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.131
Ambulatorias	2.152
Total intervenciones quirúrgicas	3.483
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	329.930
Pacientes atendidos	6.29
Rehabilitación domiciliaria	858
Hospital de día	
Estancias	5.882
Pruebas complementarias	
Electromiografía	4.091
Ecografía	1.877
Radiología convencional	11.062
TAC	528
RNM	3.354

Equipo Atención psicosocial	
Pacientes	547
Familiares	603
Pacientes atendidos	22.215

Fuente: Memoria HSJD año 2015.

Resultados económicos

Este año 2015 se recuperó el equilibrio financiero que en 2014 se había desequilibrado, alcanzándose una cuenta de resultados positiva.

Atención al usuario

De las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios receptores de los diferentes servicios ofertados por el Hospital San Juan de Dios, se extrajeron los siguientes datos:

Tabla XII. 62. Nivel de satisfacción global de los usuarios. Año 2015

Indicador	Puntuación*
Hospital	
Unidad de Cirugía Sin ingreso (UCSI)	4,89
Hospital de Día	4,76
Rehabilitación	4,83
Unidad de Lesión Medular	4,50
Hospitalización planta 1A	4,68
Hospitalización planta 2ª (Neuro-rehabilitación)	4,42
Hospitalización planta 2B	4,76
Hospitalización planta 3B	4,82
Hospitalización planta 4B	4,85
UDC	4,00
Centro asistencial	
Rehabilitación	4,48
Consultas Externas	4,50

*Nota: Puntuación máxima: 5. Fuente: Memoria HSJD año 2015.

Actividades formativas

Durante el año 2015 se realizaron 12.365 horas de formación al personal del hospital, distribuidas de la siguiente forma:

Tabla XII. 63. Acciones formativas para el personal del Hospital San Juan de Dios. Año 2015

Disciplina	Acciones
Formación en habilidades sociales	5
Formación en prevención de riesgos	9
Formación técnica	49
Formación en valores	17
Total acciones formativas	80
Nº horas formación presencial	5.720
Nº horas formación a distancia	6.645

Fuente: Memoria HSJD año 2015.

Las áreas temáticas tratadas en las sesiones formativas fueron las siguientes:

- Curso básico de estimulación basal.
- Acompañamiento en estimulación basal
- Curso operador de rayos X
- Higiene hospitalaria
- Taller de limpieza y cuidados del instrumental
- Necesidades espirituales
- Taller teórico-práctico de suturas
- Curso sensibilización no sujeciones
- Taller de elaboración planes de cuidados
- Entrenamiento para actividades vida diaria (AVDs)
- Soporte emocional al paciente
- Prevención y tratamiento de úlceras por presión
- Disfagia

Como actividades formativas de relevancia realizadas durante el año 2015 destacan:

- El 26 de marzo se realizó la “*Jornada de intervención terapéutica asistida con animales (ITAA)*” organizada por los Servicios de Geriatria y Rehabilitación del HSJD de Palma.
- Los días 17 y 18 de abril tuvo lugar en el propio hospital el *XXXII Congreso de la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología (ABCOT)*, organizado por el Servicio de COT del HSJD de Palma.
- Los días 27, 28 y 29 de mayo el HSJD organizó las “*IV Jornadas asistenciales Sant Joan de Deu*”.
- El 27 de octubre se impartió la Jornada “*Viure la mort. Una reflexió ètica, social i espiritual*” organizada por el HSJD de Palma.

Voluntariado

Durante el año 2015, 74 voluntarios participaron en acciones de voluntariado cumpliendo un total de 20.772 horas.

En el ámbito de la cooperación internacional, destaca la firma de un Convenio de Hermanamiento entre el HSJD de Palma y la Clínica San Juan de Dios de Cuzco (Perú). Este convenio, firmado el 31 de octubre de 2015 en Perú, tiene como objeto impulsar la colaboración entre los dos centros en materia asistencial, de formación, docencia e investigación; estrechar lazos entre hermanos y colaboradores de diversas culturas y experiencias, propiciando un sentido de pertenencia común y compartir experiencias y buenas prácticas asistenciales y de gestión, carismáticas, de liderazgo y de compromiso de hospitalidad.

Convenios y colaboraciones

Durante el 2015 el HSJD mantuvo convenios con diversas instituciones públicas y privada:

- a) Centro de Formación Profesional Cruz Roja. Convenio anexo al acuerdo con el centro educativo para realizar formación práctica.
- b) C C Nuestra Señora de Montesión. Convenio anexo al acuerdo con el centro educativo.
- c) Facultad de Ciencias de la Salud y Bienestar. Anexo al convenio de colaboración educativa entre la Universidad de Vic.

- d) Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos para la Investigación y la Integración. Convenio-Marco de colaboración entre la Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos para la Investigación y la integración y el Hospital Sant Joan de Deu
- e) Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios. Anexo al convenio de prácticas curriculares entre la Escuela universitaria de enfermería SJD y HSJD.
- f) Universidad Europea de Madrid. Anexo al convenio de prácticas curriculares entre la UEM y HSJD.
- g) ISEP Instituto Superior de estudios psicológicos. Convenio de colaboración para la realización de prácticas de formación.
- h) ISEP Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Anexo al Convenio para la realización de prácticas entre ISEP y HSJD.
- i) Escuela Universitaria de la Salud y el Deporte. Convenio específico de cooperación educativa para la realización de prácticas académicas externas en entidades colaboradoras.
- j) Hospital Universitario de Son Espases. Convenio entre el Servicio de Salud de las Islas Baleares y el HSJD para el desarrollo de actividades, técnicas de asesoramiento y de atención a los profesionales, pacientes con enfermedades terminales y sus familiares de las áreas de oncología, hematología y pediatría.
- k) Hospital Comarcal de Inca. Convenio entre el Servicio de Salud de las Islas Baleares y el HSJD para el desarrollo de actividades, técnicas de asesoramiento y de atención a los profesionales, pacientes con enfermedades terminales y sus familiares del área de Medicina Interna.
- l) Fundación La Caixa. Adenda al convenio suscrito entre la Fundación Bancaria “La Caixa” y HSJD en fecha de 1 Noviembre 2014
- m) CEU Universidad Cardenal Herrera. Convenio de cooperación entre CEU y HSJD para la realización de prácticas formativas por parte de los alumnos universitarios.
- n) CC Es Liceo. Anexo al acuerdo con el centro educativo.
- o) CFPF ADEMA, Escuela Dental Mallorca. Anexo al acuerdo con el centro educativo.
- p) Universidad Nacional de Educación a Distancia. Convenio de cooperación educativa entre la ENED y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.
- q) CEU Universidad Cardenal Herrera. Anexo de prácticas formativas para la realización de la asignatura “Practicum II”.
- r) Universidad Central de Catalunya. Anexo al convenio de colaboración educativa entre la UVIC y HSJD.
- s) Universitat de Girona. Convenio específico de cooperación educativa para la realización de prácticas académicas externas en entidades colaboradoras.
- t) UAM Universidad Autónoma de Madrid. Convenio-Marco de cooperación educativa para prácticas externas (curriculares y extracurriculares) entre la UAM y HSJD.
- u) Universidad Pablo Olavide: Anexo al convenio de prácticas curriculares.

Derivado de la firma de estos convenios, un total de 72 alumnos han realizado prácticas formativas en el Hospital Sant Joan de Deu.

Premios, certificaciones y reconocimientos

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2015¹¹⁰

¹¹⁰Fundacion premios Princesa de Asturias.www.fpa.es/es/especial-2015. Acceso realizado el 22.10.2017

En el año 2015 la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios fue galardonada con la concesión del Premio Princesa de Asturias a la Concordia 2015, según hizo público en Oviedo el 2 de septiembre de 2015, por el jurado encargado de la concesión del premio.

Palabras del Rey Felipe VI sobre la Orden:

Teatro Campoamor. Oviedo. Principado de Asturias. 24 de Octubre de 2015

“El Premio de la Concordia concedido a la orden Hospitalaria de San Juan de Dios me recuerda las palabras que dediqué el año pasado en este escenario a todas las personas que, sobre todo en África, luchan con entrega, generosidad y profesionalidad contra la pobreza y las enfermedades, como el ébola. En particular a tantos cooperantes, voluntarios y religiosos españoles que trabajan, que se entregan por todo el mundo, para aliviar el sufrimiento de los más desfavorecidos. Unas palabras que quiero repetir ahora: todos ellos son, todos vosotros sois, un verdadero orgullo para España.

En esta tarea, la Orden Hospitalaria es ejemplar. Los Hospitalarios que conocen muy de cerca el dolor humano, desempeñan una labor abnegada, pero inherente a su razón de ser, a su fe, a su sentido del deber. Por eso, además, su ejemplo sublime de compasión y caridad, de generosidad y alegría, es una llamada de alerta constante para todos nosotros.

Cuando con su obra dan testimonio de vida verdadera, sabemos que sin su entrega, sin su misericordia, todos estaríamos un poco más solos, un poco más desprotegidos. Les damos las gracias desde el fondo de nuestros corazones por esa labor humilde y grande al mismo tiempo; se las damos por su amor, que nos permite oír, incluso en medio del griterío ensordecedor o de ese silencio, a menudo, por desgracia, complica y culpable, las voces de la gratitud y del consuelo.”

La candidatura fue propuesta por Doña Marta Elvira Rojo, miembro del Jurado del Premio Princesa de Asturias de Ciencias Sociales 2015, y se impuso a otras 27 candidaturas procedentes de países de todo el mundo que también optaban al premio.

Según la Fundación del Premio Princesa de Asturias se le ha concedido a la Orden de San Juan de Dios *“como reconocimiento a una ejemplar labor asistencial desarrollada a lo largo de cinco siglos”*. También se ha destacado que la Orden se centra, en los difíciles momentos que hoy vive el mundo, en cuestiones tan sensibles como la epidemia de ébola, las crisis migratorias y, en general, la protección de las personas más desfavorecidas y en riesgo de exclusión.

En su motivación se destaca que la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios es una organización internacional que presta cuidados sanitarios a los más necesitados, sin distinción de creencias. Es una institución sin ánimo de lucro, católica, que forma parte de la Iglesia y que tiene la expresión de su filosofía en la hospitalidad y en la humanización de la asistencia. Fundada en Granada en 1593 por Juan Ciudad, quien estableció el primer hospital dedicado a la atención de los enfermos pobres, financiado con donaciones. Al finalizar el siglo XVI se habían creado más de 50 centros hospitalarios, principalmente en España e Italia. Después continuó su expansión por Europa y por las colonias españolas de América, de forma que al finalizar el siglo XVIII contaba ya con 256 centros. Durante el siglo XIX se produjo la máxima expansión en América Latina y durante el Siglo XX alcanzó África, Asia y Oceanía. Los Hospitalarios fueron los primeros en inaugurar un centro de cuidados paliativos en China, en Yan-Ji en 2004.

Adaptando su misión a los requerimientos de cada época la Orden mantiene la solidez de su servicio, en particular en cuidados paliativos, realizando un especial esfuerzo durante la epidemia de ébola declarada en África en 2014 en diversos países. La Orden Hospitalaria y la

ONGD Juan Ciudad lanzaron la campaña “Paremos el ébola” en África del Oeste, solicitando donaciones para sus hospitales de Lunsar (Sierra Leona) y Monrovia (Liberia). Parte de su personal hospitalario resultó contagiado falleciendo 18 colaboradores y hermanos. Actualmente la Orden de San Juan de Dios cuenta con cerca de 400 centros repartidos en 55 países (70 centros en los 27 países más empobrecidos). Está compuesta por más de mil hermanos hospitalarios que trabajan juntos, 55.000 profesionales y cerca de 9000 voluntarios y ofrece asistencia a 27 millones de personas. Trabaja en el ámbito hospitalario, pero también en salud mental, discapacidad, geriatría y problemática social con especial atención a emigrantes y personas en riesgo de exclusión social, personas sin hogar, enfermos de sida o drogodependientes.

Por otra parte cuenta con más de 300.000 benefactores-donantes.

La dotación del premio se compone de una escultura del artista Joan Miró y una cantidad en metálico de 50.000 euros con diploma e insignia y los galardones son entregados en un solemne acto en el teatro Campoamor de Oviedo presidido por SSMM los Reyes.

El Hermano General de la Orden Hospitalaria Jesús Etayo agradeció a los miembros del jurado el reconocimiento recibido, en nombre de la Orden. Es un premio que se hace extensible a toda la familia hospitalaria. Recalcó que el premio pertenece a las personas asistidas por todo el mundo. La Orden de San Juan de Dios dedica este premio a la sociedad por su apoyo y también a todos sus pacientes, especialmente los del ébol, y recuerda a los Hnos. Miguel Pajares y Manuel García Viejo, y a los 18 colaboradores muertos por esta enfermedad.

Otros reconocimientos 2015

En 2015, el Hospital San Juan de Dios obtuvo las siguientes certificaciones:

- Renovación del Certificado de gestión medioambiental ISO 14001. AENOR.
- Renovación del Certificado de gestión de la seguridad de la información ISO 27001. APPLUS.

XI ESTAMENTOS DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA EN LA DÉCADA DE LOS 2000

Entre 2001 y 2003 y por impulso del XX Capitulo provincial se pone en marcha un Plan de Calidad con el modelo FQM de Excelencia.

En el departamento de enfermería se definen los cuidados dentro del estilo de San Juan de Dios a base de constituir equipos multidisciplinares constituidos por enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares y celadores, configurando unidades de cuidado global. Se trabaja por paciente asignado, con diagnóstico de enfermería, identificando las necesidades y elaborando planes de cuidados individuales, todo ello con el soporte documental de la historia clínica del paciente. Se define la misión de los cuidados enfermeros sobre la base de cumplir las funciones enfermeras fundamentales: función asistencial, función docente y función investigadora.

En relación a la organización de la actividad asistencial:

En planta de hospitalización, actualmente en el HSJD existen cinco Unidades de Enfermería, tres de ellas en el edificio nuevo (B) y otras dos en el edificio antiguo(A). Estas unidades contienen entre 38 y 40 camas cada una. La dotación de personal es la siguiente: por cada uno de los tres turnos de trabajo:

- cuatro enfermeras y cuatro auxiliares en el turno de mañana

- tres enfermeras y tres auxiliares en el turno de tarde
- dos enfermeras y dos auxiliares en el turno de noche

De esta forma cada equipo de una enfermera y un auxiliar controlan entre 12 y 14 pacientes.

En quirófanos existen tres áreas conocidas:

- Enfermería de instrumentación
- Enfermería de anestesia
- Enfermería de Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI)

En la década de 2000 y años posteriores la dotación de recursos humanos en quirófano ascendía a: once enfermeros-DUE, nueve auxiliares de enfermería y dos celadores.

En el área de fisioterapia, se registran hasta 27 fisioterapeutas en 2015, entre los dos centros: el hospital y el centro asistencial.

Una reflexión final sobre esta cuarta época del HSJD

“Un hospital para la promoción integral de la autonomía personal”

Actualmente, según el último plan estratégico, el HSJD aspira a convertirse en **un centro monográfico orientado a la promoción de la autonomía de la persona.**

El hospital a lo largo de su existencia, como se deduce del presente estudio histórico, ha experimentado muchas modificaciones adaptándose a las necesidades sanitarias de la población y a las concertaciones de servicios con la sanidad pública.

El sanatorio inicial de 1955 nace cuando la orden de San Juan de Dios acude a Mallorca por la alta prevalencia de niños con poliomielitis que estaban desatendidos. Estos niños tenían grandes necesidades de rehabilitación, cirugía y en general de tratamientos y cuidados; no en vano, sufrían además el estigma social, que a la sazón incrementaba su sufrimiento.

En la era de los 70, al notarse la inversión de la pirámide poblacional, y al disminuir o casi desaparecer la poliomielitis, el hospital se orienta a la rehabilitación y a la cirugía ortopédica del adulto, manteniendo el potente Servicio de COT, que desde siempre ha formado parte del ADN de la institución y asume también un fuerte componente socio-sanitario.

Con el correr de los años, cuando sobre la década de los 2000 se erigió el Hospital Son Llàtzer se dimensionó su área quirúrgica pensando en la actividad que el Servicio de COT del HSJD venía realizando desde hacía 50 años. Entonces el HSJD en una nueva iniciativa ausente en la comunidad balear implanta la geriatría moderna en su cartera de servicios e instala el primer hospital de día geriátrico, entre otras iniciativas.

Los actuales campos de trabajo en el hospital se hallan principalmente en el ámbito de la promoción de la autonomía de la persona, haciendo incidencia en los aspectos que asume el centro: la geriatría, la neuror-rehabilitación y también en determinados procesos de la cirugía ortopédica.

En el último plan estratégico se reorientó todo el hospital hacia un centro monográfico para la rehabilitación integral y la autonomía de la persona. Este nuevo enfoque se desarrolla a través de varias situaciones: Ejemplos de este nuevo enfoque son:

Del ámbito de la geriatría:

- Diferentes patologías como las infecciosas y cardíacas
- Demencias y síndromes demenciantes , entre ellos el síndrome confusional agudo
- Alteraciones del comportamiento
- Caso de la situación del paciente que ha sufrido un encamamiento prolongado y padece un síndrome de inmovilidad.
- Paciente fracturado ya intervenido y que precisa rehabilitación

Del ámbito de la COT

- Paciente afecto de un proceso degenerativo articular que precisa de una prótesis articular.

Del ámbito de la neuror-rehabilitación

- Paciente neurológico que ha sufrido un daño cerebral sobrevenido
- Paciente con secuelas por lesión medular

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, siempre sensible a las recientes demandas nacidas de la moderna sociedad, percibe en el segmento de los adultos situaciones acuciantes:

- El estado de dependencia frecuente en muchos individuos adultos: económica, física, social, emocional
- El aislamiento
- La necesidad de empoderar al paciente en los procesos de decisión que afecten al individuo.
- El necesario respeto a la autonomía de decisión de las personas. A este propósito recordemos las palabras del gran clínico Dr. Jordi Gol i Gurina (1924-1985): “Salud equivale a la plenitud armónica del individuo y de la comunidad humana. La salud debe entenderse como una manera de vivir autónoma, solidaria y feliz”. El modelo de asistencia que debe implantarse pasa de los paradigmas paternalistas donde el sanitario era el principal decisor a un nuevo modelo donde la persona atendida cada vez tome más relevancia en la toma de decisiones

Las herramientas para desarrollar estos nuevos retos van a ser:

- Ponerse en la piel del otro.
- Eliminar los factores de stress que produce siempre el contacto del paciente con una institución.
- Cultivar la información con la escucha activa, adaptando el hospital al enfermo.
- Cuidar la llamada “primera imagen” de nuestro entorno sanitario.
- Carta de derechos y deberes del paciente.
- Asistencia humanizada.

Tabla XII. 64. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2007

Hospitalización	
Camas	110
Altas	3.703
Ingresos	2.293
Estancias	36.114
Ocupación	89,90%
Consultas externas	
CEX Traumatología	27.295
CEX Rehabilitación	10.101
CEX otras especialidades	3.988
Total consultas externas	41.384
Intervenciones quirúrgicas	
Con Ingreso	1.798
Ambulatorias	1.458
Total intervenciones quirúrgicas	3.256
Rehabilitación	
Técnicas	204.553
Pacientes atendidos	4.813
Hospital de día	
Estancias	3.521
Pruebas complementarias	
Electromiografía	2.627
Ecografía	1.633
Radiología convencional	12.927

Fuente: Memoria HSJD año 200.

Tabla XII. 65. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2008

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.221
Ingresos	2.496
Estancias	50.552
Ocupación	92,40%
Consultas Externas	
CEX traumatología	30.640
CEX rehabilitación	10.044
CEX otras especialidades	2.871
Total consultas externas	43.555
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.893
ambulatorias	1.771
Total intervenciones quirúrgicas	3.664
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	248.054
Pacientes atendidos	4.903
Hospital de día	
Estancias	4.191
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.485
Ecografía	1.436

Radiología convencional	13.356
-------------------------	--------

Fuente: Memoria HSJD año 2008.

Tabla XII. 66. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2009

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.110
Ingresos	2.508
Estancias	52.469
Ocupación	96%
Consultas Externas	
CEX traumatología	33.699
CEX rehabilitación	11.661
CEX otras especialidades	9.191
Total consultas externas	54.551
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.905
ambulatorias	1.608
Total intervenciones quirúrgicas	3.513
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	323.926
Pacientes atendidos	5.156
Hospital de día	
Estancias	4.927
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.598
Ecografía	1.801
Radiología convencional	15.111

Fuente: Memoria HSJD año 2009.

Tabla XII. 67. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2010

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.162
Ingresos	2.622
Estancias	52.532
Ocupación	96%
Consultas Externas	
CEX traumatología	32.075
CEX rehabilitación	13.186
CEX otras especialidades	9.634
Total consultas externas	54.895
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.951
Ambulatorias	1.541
Total intervenciones quirúrgicas	3.492
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	334.899
Pacientes atendidos	5.384
Hospital de día	
Estancias	5.316
Pruebas complementarias	

Electromiografía	3.614
Ecografía	1.955
Radiología convencional	15.257

Fuente: Memoria HSJD año 2010.

Tabla XII. 68. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2011

Hospitalización	
Camas	150
Altas	4.283
Ingresos	2.570
Estancias	51.963
Ocupación	95%
Consultas Externas	
CEX traumatología	32.769
CEX rehabilitación	15.150
CEX otras especialidades	10.785
Total consultas externas	58.704
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.872
Ambulatorias	1.719
Total intervenciones quirúrgicas	3.591
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	350.181
Pacientes atendidos	24.255
Rehabilitación domiciliaria	481
Hospital de día	
Estancias	5.262
Pruebas complementarias	
Electromiografía	3.738
Ecografía	2.768
Radiología convencional	15.936

Fuente: Memoria HSJD año 2011.

Tabla XII. 69. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2012

Hospitalización	
Camas	130
Altas	1.608
Ingresos	1.606
Estancias	45.470
Ocupación	95%
Consultas Externas	
CEX traumatología	27.874
CEX rehabilitación	12.388
CEX otras especialidades	9.630
Total consultas externas	49.892
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.135
Ambulatorias	1.745
Total intervenciones quirúrgicas	2.880
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	286.508

Pacientes atendidos	21.926
Rehabilitación domiciliaria	579
Hospital de día	
Estancias	5.111
Pruebas complementarias	
Electromiografía	5.010
Ecografía	2.361
Radiología convencional	12.338

Fuente: Memoria HSJD año 2012.

Tabla XII. 70. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2013

Hospitalización	
Camas	154
Altas	1.933
Ingresos	1.923
Estancias	53.165
Ocupación	95%
Consultas Externas	
CEX traumatología	31.713
CEX rehabilitación	13.070
CEX otras especialidades	12.598
Total consultas externas	57.381
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.358
Ambulatorias	2.135
Total intervenciones quirúrgicas	3.493
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	284.281
Pacientes atendidos	23.830
Rehabilitación domiciliaria	706
Hospital de día	
Estancias	5.291
Pruebas complementarias	
Electromiografía	4.392
Ecografía	2.920
Radiología convencional	15.062

Fuente: Memoria HSJD año 2013.

Tabla XII. 71. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2014

Hospitalización	
Camas	151
Altas	1.833
Ingresos	1.804
Estancias	51.611
Ocupación	94%
Consultas Externas	
CEX traumatología	28.160
CEX rehabilitación	13.490
CEX otras especialidades	11.068
Total consultas externas	52.718
Intervenciones quirúrgicas	

Con ingreso	1.131
Ambulatorias	1.900
Total intervenciones quirúrgicas	3.031
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	341.567
Pacientes atendidos	4.676
Rehabilitación domiciliaria	895
Hospital de día	
Estancias	5.376
Pruebas complementarias	
Electromiografía	4.378
Ecografía	2.276
Radiología convencional	12.136
Equipo atención psicosocial	
Pacientes	494
Familiares	601
Pacientes atendidos	20.157

Fuente: Memoria HSJD año 2014.

Tabla XII. 72. Actividad asistencial del Hospital San Juan de Dios. Año 2015

Hospitalización	
Camas	161
Altas	2.295
Ingresos	2.223
Estancias	56.666
Ocupación	96%
Consultas Externas	
CEX traumatología	28.777
CEX rehabilitación	12.450
CEX otras especialidades	7.975
Total consultas externas	49.202
Intervenciones quirúrgicas	
Con ingreso	1.131
Ambulatorias	2.152
Total intervenciones quirúrgicas	3.483
Rehabilitación	
Técnicas de rehabilitación	329.930
Pacientes atendidos	6.29
Rehabilitación domiciliaria	858
Hospital de día	
Estancias	5.882
Pruebas complementarias	
Electromiografía	4.091
Ecografía	1.877
Radiología convencional	11.062
TAC	528
RNM	3.354
Equipo Atención psicosocial	
Pacientes	547
Familiares	603
Pacientes atendidos	22.215

Fuente: Memoria HSJD año 2015.

XII FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Memoria Hospital San Juan de Dios de Palma. Años 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015.
- Presupuesto del Hospital San Juan de Dios de Palma, año 2008.
- Plan de empresa 2007-2010. Hospital San Juan de Dios de Palma.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivos de la ABCOT (Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología).
- Archivos de la Universitat de les Illes Balears (UIB).
- Archivo fotográfico del Hospital San Juan de Dios de Palma.
- Archivo fotográfico del autor.

Fuentes orales primarias

Director-gerente del HSJD

- Juan Carulla Civit

Director de RRHH del HSJD

- Jesús Iglesias Barceló

Director económico-financiero

- Jaume Morell Elías

Médicos

- Dr. Miguel Barrios Caldentey
- Dr. Juan Estarellas Roca
- Dr. Nicolás Flaquer Terrasa
- Dr. Francisco García Ginard
- Dr. Miguel Janer Beltran
- Dr. Jose Antonio Morales Molina

Dirección de enfermería

- Mercedes Vacas Guerrero

Enfermeros-DUE

- Miguel Cloquell Mir
- Juan Antonio Navarro Febrer
- Margarita Ribas Bisquerra
- Esperanza Rossello Janer

Fuentes documentales secundarias

- Fundación Premios Princesa de Asturias.

- De Prado, Mariano, Pedro Luis Ripoll y Pau Golanó. *Cirugía percutánea del pie. Técnicas quirúrgicas, Indicaciones y Bases anatómicas*. Barcelona: Masson SA, 2003.
- Insall, John N, Russell E. Windsor, W. Norman Scott, Michael A. Kelly y Paolo Aglietti. *Cirugía de la Rodilla. (2 tomos)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- Josa Bullich, S y José de Palacios y Carvajal. *Cirugía de la Rodilla*. Barcelona: Editorial JIMS SA, 1995.
- Yunta, Alejandro *et al.* *Furlong. 20 años en España. Jornada científica*. Barcelona: Departamento de Marketing MBA, 2011.

CAPÍTULO XIII. EL HJSD Y EL CUERPO DE BOMBEROS DE PALMA DE MALLORCA

I INTRODUCCIÓN

En un breve repaso histórico municipal recordemos que el 11 de agosto de 1855 la Comisión de la Milicia de Palma de Mallorca, recibió la solicitud de varios ciudadanos, en la que se pedía la formación de una Compañía de Zapadores, a cuyo cargo estuviesen las bombas de incendios. Dicha solicitud se transfirió a la Diputación Provincial. El 7 de septiembre de 1855 se acordó autorizar al Consistorio para la organización y puesta en marcha de dicha compañía. Acababa de nacer el embrión de lo que sería el Cuerpo de Bomberos, dependiente en aquellos momentos de una entidad aseguradora. Los componentes de este cuerpo iban uniformados con una blusa azul de lana o franela y disponían para el desarrollo de su misión de: bombas, mangas, tubos de salvación, picas, ganchos, sogas etc. Se les dotaba también de mosquetones y cartucheras.

En 1875, siendo alcalde de Palma D. Andrés Rubert, el ayuntamiento creó una Brigada autónoma de Bomberos, vinculada directamente a la alcaldía. Este servicio tendría su cuartel general en el recinto de la actual biblioteca municipal y disponía de una primera bomba de vapor de tracción humana.

En 1888 el alcalde D. Mateo Enrique Lladó promovió una notable mejora del Servicio de Bomberos y por fin en 1897 se elaboró un reglamento definitivo que enumeraba, amparaba y delimitaba todos los deberes y obligaciones de quienes integran el cuerpo.

II SAN JUAN DE DIOS, PATRONO DEL CUERPO DE BOMBEROS

En el año 1952 el Papa S.S. Pio XII, proclamaba a San Juan de Dios patrono del Cuerpo de Bomberos de España y de Portugal, en 1990. Se instituyó la fiesta patronal el 8 de marzo de cada año.

El fundamento de esta designación es un conocido episodio de la vida de San Juan de Dios, el cual, durante un voraz incendio ocurrido en el Hospital Real de Granada, imposible de dominar con los medios de que se disponía en el siglo XVI, en medio del desconcierto que se había apoderado de todos, se lanzó a través de las llamas, empezando por salvar a los enfermos. Luego libró del fuego camas, sábanas y demás mobiliarios y enseres, y por último, empuñando un hacha, subió a los techos más altos, cortando vigas y maderos para impedir la propagación del fuego. Recordemos que Juan de Dios fue beatificado el 21 de septiembre de 1630 por el Papa Urbano VIII y canonizado por Alejandro VIII el 16 de octubre de 1690.

En 1886 fue proclamado patrono de los enfermos y hospitales, en 1930 fue nombrado patrono de los enfermeros y el 11 de diciembre de 1948 fue proclamado patrono de los practicantes por el Consejo General de practicantes de España.

Fig. XIII.1. San Juan de Dios salvando a los enfermos del incendio del Hospital Real de Granada



Manuel Gómez-Moreno González
(1880). Museo de Bellas Artes de
Granada

El himno de los bomberos españoles a su patrono San Juan de Dios, compuesto por Fr. Matias Mina O.H., dice así:

*“Si destruyen violentas las llamas
Cual lo hicieron en el Santo Hospital
Su coraje malhechor
Sin zozobra ni temor
Mi bravura de Bombero vencerá.
Pues que en ti confío,
Seguro te invoco
En la dura lucha dame protección
Bate, lucha. Nunca desmayes. ! No!
¡Libra audaz del fuego al que va a morir!
Vence, triunfa. Siempre bravío. ¡Sí!
¡Mira que Juan de Dios te da valor!*

III EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PALMA Y LOS BOMBEROS

En el caso de Palma de Mallorca, se constata que desde la fundación del Sanatorio infantil en 1955 y más concretamente desde el año 1957 y a lo largo de todos estos años, nunca ha faltado la presencia del cuerpo de bomberos en los actos y celebraciones religiosas del día 8 de marzo, especialmente en la celebración de la eucaristía de la fiesta patronal.

En esta ocasión, celebrando el día del santo patrón común a los hermanos hospitalarios y al cuerpo de bomberos, en el hospital, además de contar con la presencia de autoridades y miembros del cuerpo de bomberos, especialmente durante los años de actividad sanatorial infantil, los bomberos obsequiaban a los presentes con muestras de su actividad profesional y

exhibición de sus capacidades operativas, lo que a decir verdad siempre hacia las delicias de los niños ingresados y aún de los mayores presentes.

Fig. XIII.2. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1960



Mostrando los primeros ERA bitrúquea. Fuente: archivo fotográfico del HSJD. Año 1960.

Fig. XIII.3. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961



Fuente: fotografías de ABP procedente del libro «Bombers de Palma», de Rafael Bonnín y Paco Pérez, año 1961.

Fig. XIII.4. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961



Festividad de San Juan de Dios, el 8 de marzo de 1961. En la imagen superior, exhibición de los bomberos en la extinción del fuego realizado cerca del mar, con el camión Magirus y las casas de Cas Capellans en segundo término. En la imagen inferior, exhibición en el uso de la escalera articulada delante del sanatorio, actual paseo de Cala Gamba. Fuente: fotografías de ABP procedente del libro «Bombers de Palma», de Rafael Bonnín y Paco Pérez

Fig. XIII.5. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961



Los bomberos tirando agua, al fondo la fachada sur del sanatorio y a la derecha, el antiguo camión GMC. Fuente: fotografía de Gabriel Guardiola Cabot, del libro «Bombers de Palma», de Rafael Bonnín y Paco Pérez, año 1961.

Fig. XIII.6. Exhibición del cuerpo de bomberos en el Sanatorio infantil. Año 1961



Otra actividad de la misma exhibición, al fondo, el campanario de la capilla, que actualmente se conserva. Fuente: fotografía de Gabriel Guardiola Cabot, del libro «Bombers de Palma», de Rafael Bonnín y Paco Pérez, año 1961.

Fig. XIII.7. Accidente ocurrido durante la exhibición del cuerpo de bomberos. Año 1961



9 DE MARZO DE 1961

SUCESOS

Dos bomberos resultaron con quemaduras

Ayer por la mañana los bomberos acudieron al Sanatorio de San Juan de Dios donde con frecuencia ofrecen una exhibición, en un simulacro de incendio.

El bombero Rafael Crespi Martorell, de 25 años, tenía que atravesar un aro encendido. Al intentarlo, rozó el aro, cayendo. Inmediatamente el sargento, don Gabriel Guardiola Cabot, de 43 años, auxilió a aquél, librándole del fuego. Ambos resultaron con quemaduras, de las que fueron asistidos en la Casa de Socorro.

El sargento presentaba quemaduras de segundo grado en ambas manos. Y Rafael Crespi, quemaduras, también de segundo grado, en ambas manos y muslos.

En la exhibición del año 1961 hubo un accidente. El bombero Rafael Crespi Martorell, de 25 años de edad, al atravesar un aro de fuego rozó el borde de la acera y cayó envuelto en llamas. El sargento Gabriel Guardiola Cabot acudió en su rescate, sufriendo también quemaduras de segundo grado. Ambos bomberos tuvieron que ser atendidos en el Casa de socorro. Fuente: fotografía de Gabriel Guardiola Cabot, del libro «Bombers de Palma», de Rafael Bonnín y Paco Pérez, año 1961.

Fig. XIII.8. Visita del Cuerpo de bomberos al Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1964



Fuente: archivo fotográfico del HSJD. Año 1964

Fig. XIII.9. Visita del Cuerpo de bomberos al Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1966



La calle de San Juan de Dios el 8 de marzo del 1966, cuando los bomberos con el Land Rover, el Magirus y el Pegaso Comet venían del Sanatorio infantil, donde habían realizado una demostración en motivo de la festividad del santo patrón. A la izquierda se observa la pared medianera entre los huertos de Cas Metge Matas y Can Matalobos y un compresor de las obras de construcción de la central de GESA, que entonces empezaban. Actualmente, a la izquierda se encuentra el edificio de GESA y el nuevo hospital y a la derecha las pistas deportivas. Fuente: fotografía de Gabriel Guardiola Cabot, del libro «Bombers de Palma», de Rafael Bonnín y Paco Pérez.

Fig. XIII.10. Visita de autoridades y cuerpo de bomberos al Sanatorio infantil de San Juan de Dios. Año 1967



En la fotografía se ve al alcalde de Palma Máxim Alomar Josa, al general Benigno Cabrero y al jefe de los bomberos Enrique Vadell, el 8 de marzo del 1967 pasando revista a los componentes del Cuerpo de los Bomberos delante la fachada principal del Sanatorio de San Juan de Dios. En segundo plano, se encuentra el camión Pegaso Comet. Este espacio, actualmente está integrado dentro del nuevo hospital. Fuente: fotografía de Gabriel Guardiola Cabot, del libro «Bombers de Palma», de Rafael Bonnín y Paco Pérez.

Fig. XIII.11. Celebración del patrón del cuerpo de bomberos en el Hospital San Juan de Dios. Año 1997



Misa en honor al Patrón, el 8 de marzo de 1997, con presencia del cuerpo de bomberos, oficiada por el obispo Teodoro Úbeda. Fuente: archivo fotográfico del HSJD, año 1997.

IV FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito.* Palma, 1986.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo fotográfico del Hospital de San Juan de Dios de Palma.

Fuentes orales primarias

- Bartomeu Bestard Cladera. Cronista oficial de la ciudad de Palma.

Fuentes documentales secundarias

- Bonnin, Rafael y Perez, Paco. *Bombers de Palma.* Palma: Ajuntament de Palma, 2009.

CAPÍTULO XIV. EL FUTURO

Antes de ver el futuro será conveniente pensar en lo que han supuesto el pasado y el presente del HSJD.

EL PASADO

En los capítulos 1 al 11 precedentes se ha analizado el pasado del HSJD de Palma. Cabe resaltar como puntos fuertes:

1. La labor de la Orden y los Hospitalarios sanjuanistas (juandedianos)
 - Dedicación carismática de la Orden
 - Participación de los Hermanos hospitalarios
2. La importancia y valor para la sociedad mallorquina
 - Valoración positiva del HSJD por parte de la sociedad balear
3. El papel de los profesionales y colaboradores:
 - La gran implicación de sus trabajadores. Su sentido de pertenencia a la institución.
 - El afán de superación.
 - Conciencia de formar parte de la empresa.

EL PRESENTE

El presente del HSJD se explicita en el capítulo 12. Recordar al respecto que el cometido fundamental y los actuales focos de interés de la institución juandediana son la promoción de la autonomía de la persona, en los campos sanitarios de la geriatría, la neuror-rehabilitación y la COT. Destacan asimismo las nuevas iniciativas sanitarias con la creación de las unidades de medicina del deporte, lesionados medulares y medicina internacional.

EL FUTURO

Pero el hospital tiene un futuro, que se presenta alentador. Desde la óptica carismática de los hospitales de la Orden Hospitalaria, y con la mirada puesta en la evolución y las necesidades de la población de nuestra comunidad autónoma estas son a nuestro juicio las líneas futuras de acción del HSJD:

1. Mantener y afianzar el posicionamiento del hospital como centro de referencia en el ámbito de la promoción de la autonomía de la persona y atención a la cronicidad con el modelo asistencial basado en los valores que constituyen la manera de ser de las instituciones de San Juan de Dios.
2. Persistir en la operatividad de la unidad de promoción y mantenimiento de la autonomía personal, unidad financiada por el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS).
3. Promover el empoderamiento del paciente en relación a su participación en el proceso nosológico personal.
4. Abarcar mayor territorio, llevando a cabo el proyecto planificado de un nuevo hospital en Inca, con la misma cartera de servicios que el hospital de Palma, para dar respuesta a las necesidades de la población del área de salud de las comarcas de Tramuntana, todo ello con el acuerdo a las necesidades planteadas por el Ibsalut.

5. Puesta en marcha en 2017 del funcionamiento de una nueva Unidad de diagnóstico por imagen, incorporando la última tecnología en tomografía axial computerizada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN).
6. Participar en el desarrollo normativo que incluye la regulación de los Comités de Ética Asistencial en Baleares.
7. Disponer de servicios más preparados, conjuntados y especializados en sus respectivas líneas pero sin perder el eje de la asistencia en los hospitales de San Juan de Dios, constituido por los valores: hospitalidad, calidad, respeto, responsabilidad y espiritualidad.
8. Potenciar los cuidados paliativos y la geriatría
9. Potenciar la neuror-rehabilitación incrementando, si cabe, el volumen de las instalaciones y la cartera de servicios.
10. Promocionar la investigación e innovación en todas las áreas de asistencia desarrolladas por el hospital.

CAPÍTULO XV. CONCLUSIONES

1

En la época de la fundación del Sanatorio infantil, existía una auténtica necesidad social de la implantación de instituciones sanitarias que paliasen las grandes carencias sanitarias, especialmente de la infancia, de nuestro país, asolado por diversos acontecimientos civiles y sociales: reciente contienda civil, segunda guerra europea, bloqueo y aislamiento de nuestro país por parte de diversas naciones de nuestro entorno. Todo ello acontecía en una situación de recientes epidemias infecciosas infantiles (poliomielitis y tuberculosis) contra las que se había luchado con escasos medios (aun no estaba implantada la vacunación antipolio y había dificultad para la terapia antibiótica antituberculosa) y que habían provocado un gran número de casos, especialmente en las clases sociales más desasistidas, que se desarrollaban con total desamparo social. Esta situación, estimuló a la Orden, amparada en su carisma de dedicación a la infancia desvalida y el efecto altruista no se hizo esperar.

El Sanatorio infantil de San Juan de Dios de Palma fue pionero en las Islas Baleares en la puesta en marcha en 1955 de los Servicios de Rehabilitación y Cirugía Ortopédica y Traumatología de la infancia, en unos años en que no existía una organización sanitaria pública que asumiera aquella problemática, prolongando su dedicación hasta 1975. Recordemos a este respecto que la Residencia Sanitaria Virgen de Lluch, después Hospital Son Dureta, organizó la rehabilitación a partir de 1974 y el departamento de pediatría y cirugía pediátrica a partir de 1977.

Un conjunto de circunstancias favorecedoras, concitadas por la misma acción benefactora de la Orden Hospitalaria, el interés de los profesionales de la época que aportaron las medidas sanitarias imperantes en Europa en general y la respuesta positiva de la sociedad balear, facilitó que los niños asistidos recibieran la atención más adecuada para la época.

2

En la segunda época, años 1975 a 1997, la situación de nuestro país había cambiado radicalmente. La población infantil ya estaba protegida por la asistencia pública. Motivado por la inversión de la pirámide poblacional, eran entonces los ancianos los que estaban más necesitados de ayuda. El HSJD reorientó su función a la asistencia de personas adultas. Si bien manteniendo unos servicios específicos de COT y de rehabilitación que siempre han formado parte del ADN de la institución, readaptaba parte de su capacidad asistencial al llamado ingreso socio-sanitario, o sea, el destinado a pacientes con patologías crónicas o incurables que hacían difícil su permanencia en hospitales generales de agudos o bien carecían de los suficientes apoyos familiares para una conllevancia de su enfermedad en su domicilio original.

El hospital apostaba en una de sus facetas por la rehabilitación y la COT del adulto adquiriendo una posición preeminente en la cirugía ortopédica implantológica que se realizaba en las islas. Prueba de ello es la solidez alcanzada en la cirugía articular y ligamentosa y la importancia de la actualización científico-médica del hospital en sus relaciones con otros foros académicos nacionales e internacionales.

Además, el carisma de la orden hospitalaria se evidencia en el acto de acogimiento y hospitalidad hacia ancianos o enfermos, hasta cierto punto orillados por el entorno sanitario y social. En este punto ha sido fundamental la existencia del voluntariado dentro de la Orden, que colabora en esta visión aportando si cabe un plus de humanidad en la atención a los pacientes.

Apuntemos que en el año 1975 en el que el HSJD inició su andadura como hospital de adultos, con un añadido de ingreso socio-sanitario, en Baleares no existía esta posibilidad en los hospitales o clínicas del momento, enfocadas más bien a centros de agudos. En lo tocante a residencias de ancianos solo existían la de la Diputación Provincial y la de las Hermanitas de los Pobres, pero ninguna de las dos actuaba como residencia asistida, lo cual empezó a contemplarse en el HSJD.

3

La aparición de la geriatría en el HSJD en 1998, como rama de la medicina específica de las etapas avanzadas y finales de la vida, hace que nuevamente el HSJD reorientase su campo de actuación a este nuevo aspecto. También en esta etapa el hospital fue pionero en Mallorca de este nuevo modelo asistencial geriátrico basado en la asistencia integral de la persona, creando entre otros niveles asistenciales, el primer hospital de día geriátrico de Mallorca. Resaltamos pues esta labor pionera realizada por el HSJD, con la geriatría, toda vez que en estos años impera ya una nueva visión de dar más calidad de vida a la población anciana.

4

Desde siempre la Orden hospitalaria ha tenido la idea de que el hospital debe estar al servicio de la población y así lo comunicaba a las administraciones sanitarias oficiales para que incluyeran al hospital en sus sucesivos planes asistenciales.

En la actualidad, el HSJD, como hemos visto a lo largo del presente trabajo histórico, ha pasado de una orientación totalmente benéfica por la iniciativa de los sanjuanistas a formar parte, de forma ya imprescindible, de la red Sanitaria pública autonómica, volcando la Orden su carisma benefactor hacia otros ámbitos sociales y humanitarios acordes con la situación del presente.

La última etapa del hospital supone la orientación del mismo según el concepto de promotor de la autonomía personal. La asistencia pasa de un modelo asistencial paternalizado donde el profesional sanitario es el principal decisor a otro modelo donde la persona atendida cada vez asume más relevancia en la toma de decisiones.

En definitiva, podemos afirmar que las instituciones sanitarias de la Orden Hospitalaria en Palma, así como en sus otras fundaciones, han representado para la sociedad puentes de solidaridad, evitando y luchando contra los muros de exclusión que en ocasiones la propia sociedad civil ha construido para sus ciudadanos.

APÉNDICE I LA SANIDAD EN MALLORCA: EVOLUCIÓN POSTERIOR

Años 1970 a 2015

En este apéndice se continúa exponiendo la situación de la sanidad balear en las décadas finales del siglo XX y primeros años del XXI, siguiendo una sistemática similar al capítulo IV.

- Centros especiales para la infancia minusválida
- Hospitales públicos
- Hospitales privados sin ánimo de lucro
- Clínicas privadas

En otro plano hay que contar con:

- Mutuas de accidentes laborales, dedicadas a la protección del trabajador accidentado
- Compañías de seguros de accidentes de tráfico.
- Seguros médicos de enfermedad, muy desarrollados en ciertas áreas de la geografía nacional, especialmente en Baleares.

I CENTROS ESPECIALES PARA LAS MINUSVALIAS INFANTILES

I.1 CENTRO MATER MISERICORDIAE

Tabla Ap I. 1. Evolución cronológica Centro Mater Misericordiae

Año	Acontecimiento
1964	Inauguración del centro. Dedicación preferente sanitaria: fisioterapia, cirugía y hospitalización. La actividad educativa era secundaria
Década de los años 70	Creación de los departamentos de logopedia, psicomotricidad y terapia ocupacional
Décadas años 80 y 90	Acción preferente en Integración Escolar
Décadas años 90 y 2000	Aspecto de Educación Inclusiva

Siguiendo con la descripción evolutiva del Centro Mater Misericordiae, se distinguen diversos períodos:

Década de los años 70

En la década de los años 70 se crean los Departamentos de Logopedia, Psicomotricidad y Terapia Ocupacional.

En el boletín informativo de la Congregación de las hermanas Franciscanas de 1978 se describen perfectamente las actividades del centro Mater Misericordiae. Se transcribe su filosofía de actuación.

En líneas generales el centro trabaja en las siguientes líneas o tipos de actividad: educación especial, centro ocupacional, psicomotricidad, rehabilitación motora, terapia ocupacional, audición y lenguaje y unidad de autismo.

La educación especial contaba con once clases de doce a quince niños cada una. En el centro ocupacional o de pre-talleres se encontraban las niñas mayores de 14 años, realizando especialmente trabajos de costura que después se ponían al comercio.

El Departamento de Psicomotricidad atiende dos aspectos de la discapacidad del habla: en la fase previa a la palabra y en la fase de corrección del habla instaurada.

El Departamento de Rehabilitación motora estaba dedicado a niñas y niños de ocho meses a 18 años con secuelas de parálisis cerebral, poliomielitis, trastornos psicomotores, espina bífida, artrogriposis, trastornos neurológicos congénitos o adquiridos.

El Departamento de Terapia Ocupacional se ocupa especialmente de las actividades manuales, artísticas, del equilibrio motor y la sensibilidad epicrítica.

El Departamento de Audición y Lenguaje atiende a niños con dificultades de lenguaje, de la palabra y de la voz, a menudo casos de dislexia.

La Unidad de Autismo trata de realizar una terapia integradora de estos niños, modificando sus respuestas a los estímulos físicos, sociales y tratando en definitiva de modificar su conducta ausente.

En estos años 70-80 el cuadro médico estaba formado por tres médicos rehabilitadores, un pediatra, un psiquiatra, un otorrino-foniatra, un odontólogo y un médico de familia.

Etapas de integración y normalización de los discapacitados

En años posteriores (décadas 80 y 90) la regulación de la educación promovida por el Estado a través de leyes, decretos y reglamentos propició un enorme cambio del colectivo de discapacitados. Se evolucionó desde la segregación a la normalización e integración escolar. En la misma terminología se promueven cambios: así ya no se hablaba de deficientes, anormales o subnormales sino de personas con disminuciones, minusvalías o inadaptaciones.

En esta fase, según consta en los archivos del centro fueron atendidos un total de 246 niñas; siendo 126 de educación especial y el resto, 120 niñas, correspondían a las distintas áreas de la rehabilitación.

En la memoria del final de esta etapa (1989-1990) se reseñaba que el total de personas atendidas alcanzaba 294 discapacitados: 25, entre 1 y 5 años; 170, entre 6 y 17 años; 43, entre 17 y 20 años y finalmente 56 mayores de 20 años. Según el criterio de minusvalías que presentaban los niños atendidos aparece el siguiente resultado: 66 casos con trastornos del lenguaje (22,4%); 58 con trastornos de la personalidad (19,7%); 29 con trastornos psicomotrices (9,8%); 28 con deficiencia mental media (9,5%); 14 con deficiencia mental ligera (4,7%); 32 con deficiencia mental grave (10,8%); 24 con deficiencia mental profunda (8,1%) y por último 43 casos de parálisis cerebral infantil (14,6%).

Etapas multidimensional de la discapacidad

En el periodo de los años 1990-2000 la implantación de la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo) propició la sustitución progresiva del concepto de "Educación Integradora" por el de "Educación Inclusiva". La educación inclusiva parte de la base de que todos los niños y niñas de una comunidad aprenden juntos, independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales, incluidas aquellas que presentan alguna discapacidad.

El enfoque multidimensional propició que desde Mater Misericordiae se planteara la creación de nuevos servicios o la ampliación de los existentes. En este sentido, tuvieron lugar diversas iniciativas: colaboración con empresas comerciales, creación de una Escuela de horticultura y cría de animales de campo, introducción del método Vojta en el tratamiento de la parálisis cerebral y otras alteraciones motoras infantiles y juveniles, creación de los pisos tutelados, creación de los centros de respiro y finalmente la puesta a punto del llamado espacio de los sentidos para discapacitados profundos.

Hacia una autentica educación y autodeterminación del individuo

Contempla los principios de la llamada escuela inclusiva y las reformas a implantar en la educación especial. Su desarrollo coincide con el inicio del siglo XXI. El nuevo paradigma es: ausencia de discriminación + acción positiva = inclusión social.

Actividad asistencial

A continuación, se resumen los aspectos principales de la actividad asistencial del centro Mater Misericordiae, recogida en la memoria de actividad del año 2015.

Tabla Ap I. 2. Centros instalados. Año 2015

Localidad	Centro
Palma	Centro Mater Misericordiae
Palma	Talleres Isla
Palma	Pisos supervisados
Palma	Atención precoz
La Cabaneta	Granja Escuela
Inca	Centro de Formación
Llubí	Ses Oliveres
Costitx	Centro de Día y residencia
Sineu	Centro multifuncional
Ariany	Es Convent
Ariany	S' Hort d' Es Convent

Fuente. Memoria asistencial Mater Misericordiae. Año 2015

Tabla Ap I. 3. Cartera de servicios. Año 2015

Tipo de Servicio	Usuarios	Trabajadores/voluntarios
Estimulación precoz/ Logopedia	283	15
Educación Especial/ Transición a la vida adulta	182	48 profesores 43 ayudantes
Servicio ocupacional	139	43
Ocio y transporte	364	-
Centros de día	86	18
Pisos/ residencias tutelados	107	-
Atención a las familias	444 familias (55 familias Respiro)	-
Fundación tutelar	20	8 voluntarios
Trabajo protegido	62	

Fuente. Memoria asistencial Mater Misericordiae. Año 2015.

Tabla Ap I. 4. Personas atendidas. Año 2015

Personas atendidas	585
Lista de Espera	141

Plazas concertadas	283
Índice satisfacción de usuarios y familiares	4 sobre 5
Grado de discapacidad	
Menor de 33%	44
Entre 33%-64%	221
Mayor de 64%	310

Fuente. Memoria asistencial Mater Misericordiae. Año 2015.

Tabla Ap I. 5. Personal. Año 2015

Trabajadores	284
Voluntarios	84
Índice satisfacción del personal	4 sobre 5

Fuente. Memoria asistencial Mater Misericordiae. Año 2015

I.2 OTROS CENTROS DE AYUDA A LA INFANCIA MINUSVÁLIDA

Desde las últimas décadas del siglo XX y primeros años del XXI, han ido surgiendo en la sociedad balear una serie de iniciativas de creación de centros específicos destinados a la atención de los distintos tipos de minusvalías que presenta la infancia. En general dichos centros se han configurado de una forma monográfica, atendiendo cada tipo de deficiencia en particular: trastornos motores, trisomía del cromosoma XXI, autismo, sordera, retraso mental.

Solo los citaremos brevemente: Aproscm, Aspace, Asnimo, Apna, Agrupación Subnormales de Inca, Asociación de padres del Centro Mater Misericordiae, Asociación de Padres del Colegio la Purísima, Asociación de Padres del Centro Príncipe de Asturias, Centro de Educación especial Joan Mesquida de Manacor, Centro Pinyol Vermell para la parálisis cerebral, Centro Príncipe de Asturias para mongólicos, Centro de Autistas, Centro Joan XXIII de Inca, Centro la Purísima para niños sordos.

Entre todos estos centros mencionados, incluido Mater Misericordiae, según la estadística del año 1984 de la UNAC (Unión de Asociaciones y Centros de Asistencia y Minusválidos de Baleares), se atendían un total de 711 discapacitados, lo que suponía el 75% de los existentes en Mallorca de edades comprendidas entre 0-20 años. A Mater Misericordiae le correspondían en aquella estadística 258 asistidos.

II HOSPITALES PÚBLICOS

A continuación se describe la situación en que operaban estas instituciones a partir de la década de los años 70.

II.1 HOSPITAL SON DURETA

Tabla Ap I. 6. Evolución cronológica del Hospital Son Dureta

Año	Acontecimiento
1955	Inauguración del hospital como Residencia Sanitaria de SS "Virgen de Lluch"
1969	Se inicia la fase de jerarquización de los servicios hospitalarios
1987	Cambia su nombre a Hospital Son Dureta
1992	Recalificación como Hospital Universitario Son Dureta
2010-2011	Cierre del hospital y traslado de personal y funciones al nuevo HU.Son Espases

II.1.1 Fase de jerarquización

En esta fase, o sea a partir de la década de los 70 se inició la llamada jerarquización de los servicios clínicos y generales, concretamente a partir de 1969, creándose los servicios jerarquizados con el siguiente orden cronológico:

- **Servicio de Medicina Interna**

Fue el primer servicio clínico que se jerarquizó. El jefe de Servicio fue el Dr. Ramón Pérez Sotelo, quien tomó posesión de su cargo el 9 de diciembre de 1969. Posteriormente, en las décadas de los años 70 y 80 se incorporaron nuevos servicios.

- **Servicio de Obstetricia y Ginecología**

Se jerarquizó el 1 de enero de 1970 siendo su jefe de Servicio el Dr. Santiago Moral Ferreira.

- **Servicio de Análisis Clínicos**

El 1 de enero de 1970 se jerarquizó el Servicio de Análisis Clínicos, con su jefe de Servicio Dr. Antonio Juan Pujol.

- **Unidad de Electro-diagnóstico**

El 1 de Julio de 1971 se organizó la Unidad de Electro-diagnóstico a cargo del Dr. Bartolomé Mestre Mestre.

- **Servicio de Anatomía Patológica**

El 30 de marzo de 1971 se creó el Servicio de Anatomía Patológica con el Dr. Juan Francisco Artaloya Elviro como responsable.

- **Servicio de Anestesia y Reanimación**

El 1 de Septiembre de 1972 se jerarquizó el servicio de Anestesia y Reanimación a cargo del Dr. Manuel Barrios Bauza.

- **Servicio de Radiología**

El Servicio de Radiología se constituyó a partir de 1972 a cargo del Dr. Antonio Luna Fantony quien posteriormente renunció a la plaza siendo sustituido por el Dr. Julio Marcos Fernández.

- **Servicio de Hematología y Hemoterapia**

En 1973 se jerarquizó el Servicio de Hematología y Hemoterapia cuyo jefe sería el Dr. Andrés Vanrell Torrandell.

- **Servicio de Rehabilitación**

El 6 de febrero de 1974 se jerarquizó el Servicio de Rehabilitación con el Dr. José Manuel Martínez Ruiz como jefe de Servicio.

- **Servicio de Oftalmología**

El 6 de febrero de 1974 se creó el Servicio de Oftalmología con el Dr. Juan José Fuster Abad como jefe de Servicio.

- **Servicio de Urología**

El 18 de febrero de 1974 se creó el Servicio de Urología cuyo jefe fué el Dr. Mariano Ozonas Moragues.

- **Servicio de Farmacia Hospitalaria**

El Servicio de Farmacia Hospitalaria se organizó el 29 de marzo de 1974 a cargo del licenciado en farmacia D. Miguel Truyols Real.

- **Servicio de Medicina Intensiva**

El Servicio de Medicina Intensiva se organizó a partir del 17 de abril de 1974 a cargo del Dr. Santos García Moris.

- **Servicio de Cirugía General y Digestiva**

El Servicio de Cirugía General y Digestiva a cargo del Dr. Miguel Llobera Andrés se constituyó a partir de 8 de agosto de 1974.

- **Sección de Oncología**

La Sección de Oncología se independizó y adquirió personalidad propia en 1974. Su responsable era el Dr. Carlos Señor de Uría.

- **Servicio de Otorrinolaringología**

El Servicio de Otorrinolaringología a cargo del Dr. Gabriel Oliver Capó nació el 30 de septiembre de 1974.

- **Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología**

El 11 de noviembre de 1974 se creó el Servicio de Cirugía Ortopédica y traumatología con el Dr. Eduardo Jordá López como jefe de Servicio.

- **Sección de Medicina Nuclear**

A partir del 1 de abril de 1975 se constituyó la Unidad o Sección de Medicina Nuclear, cuyo responsable sería el Dr. Alberto Peñafiel Ramírez.

- **Servicio de Nefrología**

El Servicio de Nefrología se constituyó el 1 de abril de 1975, cuyo primer responsable fue el Dr. Antonio Alarcón Zurita.

- **Sección de Endocrinología**

La Sección de Endocrinología tuvo como primer responsable, a partir del 1 de octubre de 1975 al Dr. Miguel Ángel Nadal de los Santos Reyes.

- **Servicio de Cirugía pediátrica**

El Servicio de Cirugía Pediátrica a cargo del Dr. Crisanto Borrás Martínez de Azcoitia, empezó su andadura el 22 de febrero de 1977.

- **Departamento de Pediatría**

El Departamento de Pediatría se creó el 14 de abril de 1977 cuyo Jefe fue el Dr. Gabriel Rullán Buades.

- **Sección de Cirugía Plástica**

La Sección de Cirugía Plástica se creó a partir de 1 de diciembre de 1977 y el responsable fue el Dr. Antonio Cursach Esteva.

- **Sección de Cirugía Maxilofacial**

La Sección de Cirugía Maxilofacial se organizó a partir del 1 de diciembre de 1977 y el responsable fue el Dr. Ignacio Forteza-Rey Borralleras.

- **Sección de Neurología**

La Sección de Neurología se organizó a partir del 22 de diciembre de 1977 a cargo del Dr. Antonio Barceló Rosselló.

- **Servicio de Neurocirugía**

El Servicio de Neurocirugía se organizó como servicio a partir de 20 de julio de 1978. El jefe de Servicio fué el Dr. Fernando Bacci Ballerini.

- **Servicio de Cirugía Torácica**

El Servicio de Cirugía Torácica, con su jefe el Dr. Miguel Llobera Andrés se creó a partir del 1 de enero de 1978.

- **Sección de Radioterapia**

La Sección de Radioterapia se jerarquizó el 10 de abril de 1978. El responsable fue el Dr. Gil Panades Nigorra.

- **Servicio de Inmunología**

Se constituyó como servicio jerarquizado a partir de 1 de diciembre de 1995 a cargo de la Dra. Nuria Matamoros Flori.

- **Sección de Neurofisiología**

La Sección de Neurofisiología tuvo su origen en la antigua Sección de electro-diagnóstico. El responsable pasó a ser el Dr. Jaime Burcet Darde a partir de 12 de mayo de 1980.

II.1.2 Fase de consolidación

En 1987 el hospital cambió de nombre y recibió el nombre de Hospital Son Dureta. Más adelante, en 1992 después del Concerto con la Universidad de les Illes Balears pasaria a llamarse Hospital Universitario Son Dureta.

Pasaron unos seis años de estabilización con la puesta en marcha de los servicios jerarquizados señalados en la anterior fase. En una nueva fase aparecieron y se configuraron los siguientes Servicios, Secciones y Unidades clínicas:

- **Servicio de Psiquiatría**

Se organizó a partir del 10 de abril de 1986 a cargo del Dr. Cesar Gabriel Anton Saiz.

- **Unidad de Investigación**

Se constituyó en 1987 y la ocupó como responsable el doctor en Biología Xavier Busquets Xaubet.

- **Servicio de Angiología y Cirugía Vascular**

Inicialmente ubicada dentro del Servicio de Cirugía General, a cargo de un adjunto, el Dr. Antonio Luis Gost. Posteriormente, en 1987 se creó el servicio autónomo, cuyo primer responsable fue el Dr. Marco Antonio Cairols Castellote.

- **Sección de Dermatología**

En los inicios un adjunto del Servicio de Medicina Interna llevaba la dermatología, la Dra Francesca Mestre Bauza que ocupaba dicha plaza desde 1987. Posteriormente, en 1996 se independizó como sección autónoma a cargo de la misma facultativa.

- **Unidad de Medicina Preventiva**

La responsable será la Dra. María Hidalgo Pardo a partir de 1 de septiembre de 1987.

- **Unidad de Reumatología**

Incardinada dentro del Servicio de Medicina Interna. Su responsable fue el Dr. Luis Espadaler Poch, desde el 5 de mayo de 1987.

- **Unidad de Coordinación de Trasplantes**

Esta unidad se creó como sección asistencial. El responsable sería el Dr. Pedro Marse Milà a partir de 26 de mayo de 1988.

- **Servicio de Urgencias**

El Dr. Bartolomé Siquier Mascaró ocupó la coordinación del Área de Urgencias, a partir del 4 de agosto de 1990.

- **Servicio de Cardiología**

Inicialmente incardinado dentro de Medicina Interna. El primer responsable fue el Dr. Jaime Tomas-Verdera Cosmelli, como jefe de sección. Posteriormente, la jefatura del mismo pasó a depender del Dr. Armando Bethencourt González, a partir del 12 de agosto de 1990.

- **Servicio de Microbiología**

Su andadura como servicio específico se inició el 11 de enero de 1991 a cargo del Dr. Pedro María Alomar Cardell.

- **Servicio de Neumología**

La neumología era responsabilidad de un adjunto/jefe clínico del Servicio de Medicina Interna, el Dr. Felipe de la Calle Moral. Posteriormente, fue nombrado jefe del Servicio de Neumología el Dr. Alvaro Agustí García-Navarro a partir del 27 de junio de 1991.

- **Servicio de Aparato Digestivo**

Al inicio, la patología del aparato digestivo era asumida por un adjunto del Servicio de Medicina Interna, en este caso el Dr. Jaime Manuel Gayá Cantallops. Posteriormente, a partir del 8 de julio de 1991 la jefatura del mismo recayó en el Dr. Antonio Obrador Adrover.

- **Unidad/Sección de Genética**

El responsable fue el Dr. Jordi Rosell Andreo a partir del 1 de febrero de 1994.

- **Servicio de Oncología Radioterápica**

Su primer responsable fué el Dr. Víctor Manuel Muñoz Garzón, a partir de 15 de junio de 1993.

- **Servicio de Oncología Médica**

Sus orígenes se hallan en el Servicio de Medicina Interna, en el que un adjunto/jefe de sección se ocupaba de los casos oncológicos, en este caso el Dr. Carlos Señor de Uría. En 1994 se independizó como Servicio de Oncología Médica. El 1 de octubre de 1994 pasó a ocupar la plaza de jefe de Servicio el Dr. Julio Rifa Ferrer.

- **Unidad de salud Laboral**

Se creó en 1994 y su responsable fue el Dr. Antonio Serra Capó.

- **Unidad de Geriatría**

Estaba a cargo de un adjunto, en este caso el Dr. Miguel José Oliver Ramón.

- **Unidad de ayuda a la Radioterapia**

Desde el 2 de noviembre de 1996 un licenciado en ciencias físicas se hizo cargo de esta Unidad, el Sr. Agustín Fernández Mallo.

II.1.3 Aspectos generales del Hospital Son Dureta

En 1996 la plantilla del hospital ascendía a 3.200 personas, de las que 1.337 eran personal sanitario. Desde su inauguración en 1955 el número de camas instaladas se ha triplicado alcanzando el número de 930 con 22 quirófanos y 4 paritorios.

Hacia 2007 el hospital atendía diariamente unas 1.565 consultas externas y alrededor de 360 urgencias, realizándose 96 intervenciones quirúrgicas diarias y 93 ingresos. La estancia media era de unos 8 días.

Durante más de cuarenta años el Hospital Son Dureta fue el único hospital de referencia no solo de la isla de Mallorca sino de toda la comunidad Balear.

A pesar de diversas polémicas, en 2007 se iniciaron las obras de construcción del que sería nuevo hospital de referencia de las Islas Baleares, Hospital Son Espases, y que vendría a sustituir al Hospital Universitario Son Dureta. Finalmente, el nuevo Hospital Universitario Son Espases fue entregado a la Administración el 10 de octubre del 2010. A partir de esta fecha los distintos servicios clínicos y centrales del Hospital Son Dureta fueron iniciando el traslado hacia el nuevo Son Espases.

Los últimos servicios que abandonaron el Hospital Son Dureta para trasladarse al Hospital Son Espases fueron el Servicio de Medicina Nuclear y el Servicio de Radioterapia en los meses de mayo y noviembre de 2011, quedando clausurado el Hospital Son Dureta en dicha fecha.

En su aspecto docente, cabe destacar la fundación en 1960 de la Escuela Universitaria de Enfermería “Verge de Lluch” y en 1976 la acreditación docente para la formación de posgraduados MIR. Todo ello convirtió al Hospital Son Dureta en la institución capital para la formación de especialistas en Baleares.

En el ámbito investigador es de destacar la activa labor de los médicos del centro, con la presentación de proyectos al FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias), la publicación de trabajos científicos, la presentación de comunicaciones y ponencias y la obtención de becas para ampliación de estudios.

De una de las últimas memorias publicadas de la actividad del Hospital Universitario Son Dureta, concretamente la del año 2007, se recaban los siguientes datos. Finalmente entre 2010 y 2011 se procedió al cierre del Hospital Son Dureta y traslado de su actividad al nuevo Hospital Universitario Son Espases.

Tabla Ap I. 7. Actividad asistencial del Hospital Son Dureta. Año 2007

Población asignada	320.215
Población de referencia	1.100.000
Personal empleado	4.359
Personal facultativo	824
Camas instaladas	759
Altas	27.734
Estancias	234.478
Estancia media	8,45
Ocupación	85%
Intervenciones quirúrgicas	21.102
Intervenciones hospitalarias programadas	6.996
Intervenciones hospitalarias urgentes	2.808

Intervenciones ambulatorias programadas	11.033
Intervenciones ambulatorias urgentes	265
Urgencias ambulatorias	114.548
Urgencias/día	358
Urgencias éxitus	113
Ingresos programados	11.175
Ingresos urgentes	16.572
Primeras visitas	156.553
Visitas sucesivas	325.539

Fuente. Memoria de actividad H. Son Dureta. Año 2007

II.2 HOSPITAL GENERAL

Tabla Ap I. 8. Evolución cronológica del Hospital General

Año	Acontecimiento
1456	Fundación del Hospital por el Rey Alfonso V de Aragón. Dependencia orgánica del Gran i General Consell
Siglo XIX	Dependencia de la Diputación Provincial
Años 50	Reduce su actividad a centro de beneficencia
1973	Remodelación funcional y arquitectónica estructural
1975	Construcción de una zona de aislamiento
1979	Pasa a depender del Consell Insular de Mallorca
2015	Forma parte del complejo sanitario del HU Son Espases como hospital socio-sanitario

En la etapa de los años 70, concretamente en 1973, el Hospital General llevó a cabo una remodelación arquitectónica con la construcción de habitaciones de una a cinco camas. En 1975, se construyó una zona de aislamiento para enfermos infecciosos graves, dentro del Servicio de Medicina Interna.

Precisamente alrededor del año 1973 el Servicio de COT del Hospital General de Palma se configuró sobre la base de los Dres. Félix Pons Delgado y Antonio Pérez Feliu, profesionales ya consolidados, a los que se sumaron un conjunto de jóvenes especialistas con distintos grados de formación. Con el devenir del tiempo estos mismos profesionales formarían parte del equipo de COT del HSJD a partir de 1975, cuando dicho centro experimentó la transición desde sanatorio infantil a hospital de adultos.

En 1979 el hospital pasó a depender del Consell Insular de Mallorca. Se constituyeron nueve servicios clínicos con hospitalización: Cirugía General con 37 camas; Cirugía Ortopédica y Traumatología con 23 camas; Ginecología con 10 camas; Medicina Interna con 70 camas; Oftalmología con 3 camas; Oncología con 15 camas; Otorrinolaringología con 4 camas; Pediatría con 3 camas y Urología con 5 camas. En total tiene 171 camas instaladas.

En la actualidad (2016) el Hospital General forma parte del Complejo Hospitalario de Son Espases como un hospital sociosanitario. En la memoria de actividad correspondiente a 2015 presenta el siguiente estado:

Tabla Ap I. 9. Actividad asistencial del Hospital General. Año 2015

Camas	88
Ocupación	97%
Estancias	31.347
Ingresos	1.371
Altas	1.374
Estancia Media	22,9
Rotación	15,60 días
Tasa de Mortalidad	31,6%
Nº de derivaciones comunidad	325
% derivaciones comunidad	23,7 %
Total Consultas Externas	3.398
Sesiones de Rehabilitación	52.876
Pruebas radiográficas	1.118

Fuente. Memoria de actividad HU Son Espases. Año 2015

II.3 HOSPITAL JOAN MARCH

Tabla Ap I. 10. Evolución cronológica Hospital Joan March

Año	Acontecimiento
1938	Inicia su actividad como "Sanatorio Caubet"
1968	Cambio de denominación a Hospital de enfermedades del tórax "Juan March"
1972	Amplía su campo de actuación asistencial
1985	Transferencia a la Conselleria de Sanitat del Govern Balear. Centro monográfico de medicina interna
1993	Se adscribe su gestión a GESMA
2004	Creación de la fundación CINGRA
2015	Función preferente como Hospital de Crónicos

En 1968 se había cambiado la primitiva denominación de Sanatorio Caubet a Hospital de enfermedades del tórax "Juan March". Esta segunda época duraría hasta 1991. Tras la introducción de la rifampicina en 1972 se abrió una nueva etapa, y a medida que la tuberculosis fue remitiendo por la eficacia de la medicación, el área de asistencia del hospital se amplió a otras enfermedades del tórax.

En 1985 el hospital fue transferido a la Conselleria de Sanidad del Govern Balear que lo convirtió en centro monográfico hospitalario de medicina interna.

A partir de 1991 se inició una tercera época en la que se denomina simplemente Hospital Joan March. En 1993 el hospital quedó adscrito a la empresa pública Gesma (Gestión Sanitaria de Mallorca) dependiente de la Conselleria de Salut del Govern Balear.

En el momento presente tiene una función asistencial como hospital de crónicos para lo que dispone de 112 camas para ingreso admitiendo especialmente pacientes de las siguientes patologías: ortogeriatría, ictus, enfermedades respiratorias crónicas, problemas relacionados con el alcohol, rehabilitación, pluripatología y paciente que precisa de cuidados paliativos.

Tabla Ap I. 11. Actividad asistencial del Hospital Joan March. Año 2015

HOSPITALIZACIÓN TOTAL	
Total ingresos	1.465
Índice de rotación	1,31
Estancias	33.113
Estancia media	22,6 días
% ocupación	97,37 %
Tasa de mortalidad	29,93%

Fuente. Memoria de actividad Hospital Joan March. Año 2015

Este esquema de cifras totales se distribuye en cuatro áreas: ortogeriatría (25 camas), pluripatológicos (38 camas), respiratorio crónico (24 camas) y cuidados paliativos (19 camas).

Las relaciones entre el HSJD y el Hospital Joan March a lo largo de la historia de ambas instituciones, han sido básicamente de coexistencia colaborativa dados los diferentes campos clínicos y sanitarios que operaban en ambos centros.

Tabla Ap I. 12. Hospitalización por patologías

	ORTOGERIATRÍA	PLURIPATOLÓGICOS	RESPIRATORIO CRÓNICO	CUIDADOS PALIATIVOS
Total ingresos	177	606	307	375
Índice rotación	0,71	1,48	1,13	2,00
Estancias	6.887	13.694	7.357	5.175
Estancia media	38,91días	22,60 días	23,96 días	13,80 días
% ocupación	90,56%	110,13%	88,94 %	90,82 %
Tasa mortalidad	7,51%	19,0%	7,28%	71,92%

Fuente. Memoria de actividad Hospital Juan March. Año 2015

Por otra parte, el Hospital Joan March acoge al Centro Internacional de Medicina Respiratoria Avanzada (CIMERA), fundación sin ánimo de lucro, puesta en marcha por el Govern Balear en 2004, con el objetivo de convertirse en un centro de referencia en investigación traslacional en medicina respiratoria en al ámbito europeo. En 2005 la actividad científica de CIMERA se estructura en tres programas de trabajo: epidemiología e investigación clínica, infección e inmunidad y neumología regenerativa.

II.4 HOSPITAL MILITAR

Tabla Ap I. 13. Evolución cronológica del Hospital Militar

Año	Acontecimiento
1846	Inicio de la actividad sanitaria asistencial para el estamento militar
1995-2005	Actuación como hospital de agudos para estamento militar y familiares
2005	Cierre

Refiriéndonos al Hospital Militar, en la serie temporal desde 1955 hasta su cierre en 2005, y para lo que atañe a este trabajo hay que considerar al Hospital Militar como un hospital de agudos para una población delimitada y cerrada, personal de los tres Ejércitos, de la Guardia Civil, de la Policía Nacional y sus familiares.

Una estadística correspondiente al año 1994, que puede considerarse como ejemplo de uno de los años con plena actividad hospitalaria, da idea de la actividad realizada en este centro.

Tabla Ap I. 14. Actividad asistencial del Hospital Militar. Año 1994

Camas instaladas	102
Ingresos hospitalarios	1.117
Estancias	9.862
Estancia media	8,8 días
Índice ocupación camas	27%
Consultas externas	61.776
Cirugías totales	145
Cirugía mayor	25
Cirugía menor	120
Urgencias	1.632

Fuente: Memoria Hospital Militar de Palma de Mallorca. Año 1994

El Hospital Militar cerró su actividad asistencial y hospitalaria en 2005.

II.5 HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD

Tabla Ap I. 15. Evolución cronológica del Hospital Virgen de la Salud

Año	Acontecimiento
1964	Inauguración como clínica privada
1971	Pasa a depender de la Obra Social "18 de Julio"
1976	Pasa a depender de la Seguridad Social

Actualmente, depende del Hospital Universitario Son Espases. Tiene dos funciones, actúa como centro de derivación para pacientes crónicos de media estancia, ingresados en el HU. Son Espases y en el Hospital Son Llàtzer, para lo que dispone de 29 camas dedicadas a estos pacientes y tiene actividad de cirugía ambulatoria sin ingreso, especialmente en la especialidad de otorrinolaringología.

La actividad generada en este hospital queda incluida en la memoria asistencial de Son Espases de 2015, ya que se considera que el Hospital Virgen de la Salud es un pabellón de los que conforman el HU. Son Espases.

II.6 CASA DE SOCORRO

Tabla Ap I. 16. Evolución cronológica de la Casa de Socorro

Año	Acontecimiento
1868	Se establece como centro de beneficencia municipal
1891	Primer traslado
1984	Nuevo traslado
1904	Creación de laboratorio municipal
1910	Nueva reforma
1933	Ampliación de servicios asistenciales
Década años 70	Disminución progresiva de la frecuentación asistencial
1982	Remodelación estructural y funcional y disminución de su capacidad operativa
1997	Cierre

En cuanto a la actividad clínica y asistencial de la Casa de Socorro de Palma sucede que a partir de la década de los años 70, la mayor actividad del Hospital General y la implantación de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (centros de Salud) y de atención especializada (hospitales) de la Seguridad Social, motivó que la frecuentación de las Casas de Socorro fuera

decreciendo, tanto más cuanto la cobertura de la asistencia sanitaria por la SS se hizo universal. En 1982 durante el mandato del alcalde Don Ramón Aguiló la Casa de Socorro fue remodelada y sufrió una gran reducción de espacio operativo.

En 1995 los ayuntamientos fueron eliminando la actividad benéfica de asistencia sanitaria. Según datos del Archivo Municipal, la Casa de Socorro de Palma extinguió su cometido y fue clausurada en 1997.

II.7 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Tabla Ap I. 17. Evolución cronológica del Hospital Psiquiátrico

Año	Acontecimiento
1911	Apertura del Hospital
1931	Creación de un servicio de consultas externas de beneficencia
1965	Introducción de la medicación ansiolítica
Década años 70	Reforma psiquiátrica
1972-78	Escuela profesional de Psiquiatría
1994	Integración en la seguridad social
2015	Forma parte del complejo sanitario del H. U. Son Espases

En el contexto europeo y mundial de la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX, pese a que muchos psiquiatras consideraban que los nosocomios no realizaban una auténtica labor terapéutica, se seguían manteniendo muchos de los centros existentes con una función especialmente asilar y custodial. La aparición de los psicofármacos y los cambios económicos y sociales posteriores a la segunda guerra mundial, propiciaron la aparición de un nuevo modelo de atención a los pacientes mentales: era la llamada psiquiatría comunitaria, que revolucionaría la atención psiquiátrica.

Las políticas de reforma psiquiátrica se pusieron en marcha en la mayor parte de los países de Europa en las décadas de los años 60 y 70. En España este movimiento renovador se implantaría a partir de la década de los 80. Los principios que sustentan el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedan plasmados en el Artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril).

A nivel del Hospital Psiquiátrico de Palma, en 1980 se presentó un Plan de Actuación que quería adaptar el hospital hacia una estrategia de sectorización.

En 1989 un nuevo Plan estratégico, reestructuraba los servicios según la duración del internamiento en corta, media y larga estancia y se creaba el Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil, el primero en Baleares. En 1990 se ponía en marcha la Unidad de Rehabilitación y Reinserción. En 1993 se creaba la Unidad de Día y el Plan general de Crónicos. En 1994 el Hospital Psiquiátrico se integraba plenamente en el Sistema Sanitario del Govern Balear.

En la actualidad forma parte del Complejo Sanitario del HU.Son Espases, conformando el Área de Salud Mental. En la memoria del año 2015, ofrece la siguiente situación:

Tabla Ap I. 18. Actividad asistencial del Hospital Psiquiátrico. Año 2015

Camas	169
Ocupación	91,7 %
Estancias	56.580
Ingresos	381
Otros	381
Exitus	7
Sesiones usuarios UCR	43.691
Pisos tutelados	7/7
Pisos supervisados	30/32
Mini residencias SARC	29/30

Fuente: Memoria HU Son Espases. Año 2015.

II.8 HOSPITAL DE MANACOR

El Hospital de Manacor es un hospital comarcal cuya área de influencia es la comarca del Llevant de Mallorca. Inició su andadura el 17 de Marzo de 1997 como un hospital general de agudos con una población a la que dar servicio de 139.581 personas. En su estructura posee 211 camas, ocho quirófanos, 40 consultorios y tres paritorios. Trabajan en el centro 958 empleados. Se adjunta la memoria de actividad del año 2015.

Tabla Ap I. 19. Actividad asistencial del Hospital de Manacor. Año 2015

Población asignada	139.581
Personal laboral	1.028
Camas instaladas	211
Quirófanos	8
Paritorios	1
Consultorios	40
Altas	11.295
Estancias	57.180
Estancia Media	5,06 días
Ocupación	78,3 %
Intervenciones programadas	6.152
Intervenciones urgentes	1.379
Intervenciones en gabinetes	4.164
Total Intervenciones	11.696
% ambulatorización	66%
Urgencias atendidas	68.459
Urgencias ingresadas	8.980
% ingreso urgencias	13,1%
Total consultas externas	159.012
Primeras visitas	54.555
Visitas sucesivas	104.457

Fuente: Memoria asistencial Hospital Manacor. Año 2015.

Su impacto sobre el HSJD ha sido ambivalente. En una primera fase detrajo pacientes del HSJD, los cuales, perteneciendo a la comarca del Llevant, debían por lógica ser atendidos en el Hospital de Manacor. Posteriormente, en plena fase de desarrollo, habida cuenta de la gran cantidad de lista de espera que se originó, tanto en consultas como para cirugía programada, la derivación de estos casos en lista de espera, representó una fuente adicional de actividad para el HSJD en cirugía ortopédica y rehabilitación.

II.9 HOSPITAL SON LLÀTZER

El Hospital Son Llàtzer inició su andadura en diciembre de 2001. Al principio supuso una disminución de las frecuentaciones en el HSJD, especialmente dada la proximidad entre ambos hospitales y el hecho de que la asistencia primaria de la zona del Coll de'n Rabassa derivara preferentemente al Hospital Son Llàtzer la patología que previamente acudía al HSJD. Posteriormente, la propia saturación del Hospital Son Llàtzer favoreció las derivaciones de consultas, cirugías, rehabilitación y exploraciones complementarias al HSJD. En lo profesional, las relaciones entre ambos centros han sido en general positivas, mejorando indudablemente a lo largo de estos 15 años de coexistencia.

Los parámetros de su actividad clínica se ven reflejados en la memoria de actividad del año 2015.

Tabla Ap I. 20. Actividad asistencial del Hospital Son Llàtzer. Año 2015

Población asistida	255.536
Personal facultativo	337
Camas instaladas	369
Quirófanos	13
Consultas	94
Altas	17.540
Índice rotación	3,94
Estancia Media	6,13 días
Ocupación	79,38 %
Total intervenciones quirúrgicas	12.795
Intervenciones quirúrgicas programadas	11.270
Intervenciones quirúrgicas urgentes	1.525
Urgencias	100.747
Porcentaje de urgencias ingresadas	12,8%
Frecuentación urgente / 1000 habitantes	394,2
Total ingresos	17.438
Total altas	17.540
Total consultas externas	307.200
Primeras visitas	82.762
Visitas sucesivas	224.438
Índice 1ª/2ª visita	2,84

Fuente: Memoria asistencial Hospital Son Llàtzer. Año 2015

II.10 HOSPITAL DE INCA

Dicho hospital comarcal fue inaugurado el 26 de febrero del 2007 para dar cobertura sanitaria a la población de las comarcas del norte y poniente de Mallorca. Su apertura modificó moderadamente la estrategia del HSJD. Se reprodujo la misma situación que con el Hospital de Manacor, en una primera etapa atrajo a una población que podía frecuentar el HSJD, pero en una segunda fase derivó patología y listas de espera cuando se empezó a colapsar por exceso de demanda.

A continuación se presentan en forma somera los parámetros de actividad recogidos en la memoria de actividad asistencial del año 2015.

Tabla Ap I. 21. Actividad asistencial del Hospital de Inca. Año 2015

Población asignada	120.533
Personal Facultativo	162
Camas instaladas	165
Quirófanos	5
Altas	7.635
Estancias	47.799
Ocupación	79,01%
Intervenciones quirúrgicas totales	6.537
Intervenciones con ingreso	2.270
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	4.267
Intervenciones /1000 habitantes	52,23
Urgencias atendidas	56.742
Total consultas externas	143.860
Primeras visitas	45.313
Visitas sucesivas	98.547

Fuente: Memoria asistencial Hospital Comarcal Inca. Año 2015

II.11 HOSPITAL SON ESPASES

Inició su actividad entre finales de 2010 y 2011 incorporando paulatinamente los servicios del Hospital Universitario Son Dureta. Es el Hospital Universitario de referencia de la comunidad autónoma de les Illes Balears.

El edificio contiene una capacidad de hospitalización de 816 camas, 27 quirófanos. Trabajan como personal facultativo 765 licenciados. Da entrada a 235 residentes y 800 estudiantes universitarios. Incluye la gestión del Hospital Psiquiátrico, Hospital General, Hospital Verge de la Salud y el ambulatorio El Carme. En la memoria de actividad correspondiente al año 2015 se consignan los siguientes parámetros:

Tabla Ap I. 22. Actividad asistencial del Hospital Universitario Son Espases. Año 2015

Población asignada	324.028
Población referencia	1.060.964
Profesionales	4.988
Personal facultativo	765
Recursos económicos	365.717.697€
Camas instaladas	816
Camas funcionales	694
Quirófanos generales	20
Altas totales	29.615
Estancias totales	211.289
Estancia media	7,13 días
Intervenciones quirúrgicas	21.672
Intervenciones gabinetes	1.934
Intervenciones centros ajenos	152
Urgencias	135.661
Consultas externas	522.024
Consultas enfermería	6.640
Partos	1.806

Fuente: Memoria asistencial HU Son Espases. Año 2015

III HOSPITALES PRIVADOS SIN ÁNIMO DE LUCRO

III.1 HOSPITAL-DISPENSARIO DE LA CRUZ ROJA

Tabla Ap I. 23. Evolución cronológica del Hospital de la Cruz Roja

Año	Acontecimiento
1873-1899	Realiza prestaciones benéficas
1900	Se crean servicios médico-sanitarios asistenciales
1949	Se traslada a la ubicación actual
1936-1939	Actúa como hospital para heridos de la contienda civil
1939-1870	Gran ampliación de los servicios hospitalarios asistenciales
Década años 70	Potenciación de los servicios de socorrismo
1995-2007	Dedicación preferente a servicios de inclusión social
2008 en adelante	Implementación de un Plan de proximidad, hospitalización de larga estancia, área quirúrgica, consultas externas, pruebas complementarias

A partir de la década de los 70 del pasado siglo XX, el Hospital de la Cruz Roja de Palma, inaugura nuevas fases en su evolución benéfica y asistencial, que resumimos como sigue.

- **Los servicios de socorrismo**

La quinta etapa de la institución va desde 1971 hasta 1995. Es un periodo de gran expansión de la actividad de la Cruz Roja. En estos años la labor de la Cruz Roja se centró en los servicios de socorro en carreteras, playas, aguas de ribera, operaciones de salvamento marítimo. Existía una amplia colaboración con el Ejército y la Armada. Se amplía la dotación de la Cruz Roja del mar, con puestos de socorro, lanchas y voluntarios. La Cruz Roja asumiría un gran protagonismo mediático, estando presente en la prensa, radio y televisión.

- **Intervención e inclusión social**

Esta etapa de iniciaría en 1995 y dura hasta 2007. Pierden importancia los servicios de socorrismo y prevalecen los servicios de intervención y de inclusión social destinados a dar apoyo a personas vulnerables. No se abandona el socorrismo, pero la mayor actividad se concentra en la tele-asistencia domiciliaria, la ayuda domiciliaria complementaria, la intervención en las cárceles de Palma e Ibiza, programas dedicados a la infancia, los programas de emergencia social y el servicio de información a emigrantes. Se trabaja en el ámbito de la prevención, inclusión social, formación en valores humanos y en la igualdad de género.

- **La crisis económica y financiera**

A partir de 2008, la crisis económica produce un gran colectivo de personas sin trabajo y con pocos ingresos. Aparecen grupos de personas con necesidades de alimentos, vestidos, pagos de suministros, alquiler de casas, etc. Ante esta situación, la Cruz Roja incrementa la dedicación a los programas de lucha contra la pobreza, el paro, la exclusión social y la emergencia social. Se pone en marcha un potente Plan de Proximidad.

Estructura

El edificio en el que está ubicado el Hospital de la Cruz Roja asienta en un solar de 1.786 m² y una construcción total equivalente a 8.241m² distribuidos en cuatro plantas.

- En la planta baja se instalan: 11 consultas, la farmacia, la capilla, el servicio de rehabilitación y los servicios domésticos.
- En la primera planta se encuentran: 11 camas de larga estancia, 29 camas de hospitalización quirúrgica, el gabinete radiológico, el bloque quirúrgico y las dependencias destinadas a la gerencia, dirección médica, atención al paciente y los servicios sociales.
- En la segunda planta hay 25 camas de hospitalización de larga estancia.
- En la tercera planta se ubican la lavandería, ropería y el taller de mantenimiento.
- En la cuarta planta se encuentra el despacho del médico de guardia, la sala de juntas y el vestuario de personal.

Cartera de servicios

Las áreas de actividad del Hospital de la Cruz Roja son:

- Hospitalización socio-sanitaria de larga estancia y quirúrgica.
- Área Quirúrgica.
- Consultas Externas.
- Pruebas Complementarias.

Hospitalización de larga estancia

Corresponde a un perfil de personas adultas, con patologías crónicas o pluripatología, con fragilidad y frecuentemente con problemas sociales o familiares añadidos. Es un grupo de pacientes con alta mortalidad. El perfil social corresponde a personas de 70-85 años, que viven solos o con un cuidador mayor o enfermo, con frecuentes barreras arquitectónicas en sus domicilios y de estatus económico medio o bajo.

Los diagnósticos más frecuentes corresponden a: enfermedad de Alzheimer y otras demencias, accidente vascular-cerebral, cardiopatías y broncopatías crónicas, neoplasias, fracturas y pacientes neoplásicos paliativos. Estos pacientes son derivados a través de las UVAS (Unidades de Vigilancia a la Atención Sanitaria) o directamente desde los hospitales de la red pública sanitaria de Baleares.

Tabla Ap I. 24. Unidad de hospitalización socio-sanitaria del Hospital Cruz Roja

Altas	54
Ingresos	70
Estancias	14.243
Estancia media	203,4 días

Fuente: Memoria asistencial Hospital Cruz Roja. Año 2015

Tabla Ap I. 25. Procedencias y destinos de los pacientes atendidos en el Hospital Cruz Roja

PROCEDENCIA		DESTINO	
H.U Son Espases	25	Exitus	20
H. General	23	Domicilio	15
H. Juan March	6	Residencia	11
H. Son Llätzer	2	Otro hospital	7
H.C.Inca	11	Alta voluntaria	1
Total	70	Total	54

Fuente: Memoria asistencial Hospital Cruz Roja. Año 2015

Área quirúrgica

Se compone de tres quirófanos operativos para cirugía general, digestiva (colecistectomías), traumatología y cirugía ortopédica (excepto implantación de prótesis), urología, endoscopia, cirugía maxilofacial y con posibilidades para la cirugía vascular, oftalmología, dermatología y Unidad del Dolor. Los pacientes quirúrgicos se derivan directamente de paquetes de lista de espera de los Hospitales Son Espases, Son Llätzer, Inca o Manacor.

Tabla Ap I. 26. Actividad quirúrgica Hospital Cruz Roja. Año 2015

Nº total de cirugías	3.135
Cir con hospitalización	1.110
Cir ambulatorias	2.025
Nº de estancias	828
Estancia media	0,74 días

Fuente: Memoria asistencial Hospital Cruz Roja. Año 2015

Consultas externas

Actualmente pasan consulta externa médicos especialistas de traumatología y cirugía ortopédica, aparato digestivo, cirugía general y rehabilitación. Los pacientes proceden de las agendas abiertas en atención primaria o de bloques de consulta derivados por los hospitales de la red pública sanitaria de Baleares, para aliviar sus listas de espera.

El Servicio de Rehabilitación lo frecuentan los pacientes intervenidos en el mismo centro por los traumatólogos. Otros pacientes proceden de la derivación por los especialistas rehabilitadores de otros centros de la red sanitaria pública.

Pruebas complementarias

En relación a la actividad en pruebas complementarias, en el año 2015 se realizaron 1.866 endoscopias y 12.522 ecografías.

IV CENTROS PRIVADOS

Se hace una breve reseña de los principales centros privados presentes desde 1970 hasta la actualidad. Cabe comentar que no se relacionan los centros clínicos preferentemente privados que carecen de hospitalización, que realizan únicamente atención médica urgente o programada en consultas externas, exploraciones complementarias o cirugía sin ingreso.

IV.1 CENTROS PRIVADOS EN FUNCIONAMIENTO EN LA ACTUALIDAD

IV.1.1 Clínica Juaneda

A finales de los años 80 se creó la Red Asistencial Juaneda, que experimenta un gran crecimiento, adquiriendo Policlínica Miramar en 2013, de forma que un siglo después de la creación de la primera clínica, la moderna Red Asistencial Juaneda agrupa varios hospitales: dos en Palma, uno en Muro, en Porto Cristo, en Ciudadela y en Mahón y 37 centros de urgencias. En total, gestiona 458 camas, con 31 camas de UCI, 27 quirófanos y 320 consultas externas.

Como muestra de su actividad asistencial, en 2012, la Red Asistencial Juaneda registró 71.000 estancias, 31.000 intervenciones quirúrgicas, 900 partos y 180.000 urgencias.

IV.1.2 Clínica Mutua Balear

En 1968 adquirió otro edificio en la calle Obispo Campins, 4, para la rehabilitación de sus afiliados y otros colectivos. Confirió esta responsabilidad a la orden de los Hermanos de San Juan de Dios, los cuales dirigirán este aspecto desde 1972 a 1976. Posteriormente, se transformó en una clínica especializada en atención integral a accidentes laborales de la propia aseguradora, hasta la actualidad que permanece en funcionamiento.

IV.1.3 Clínica Rotger

En el año 1991 dicha clínica se trasladó al edificio de la antigua clínica Mare Nostrum, por absorción de la misma, donde continua en la actualidad. Hoy en día, el centro dispone de 177 habitaciones individuales con cama doble para acompañante. Se trata de un centro privado con alta tecnología y con todos los servicios clínicos asistenciales propios de los centros de agudos.

IV.1.4 Policlínica Miramar

En 1969, la Agrupación Médica Balear (AMEBA) construyó y puso en marcha dicha policlínica médico-quirúrgica. Su primer director médico fue el Dr. Juan Munar Marqués y a partir de 2013, forma parte del grupo sanitario privado Juaneda. El conjunto sanitario consta de tres edificios y zona ajardinada periférica. El llamado edificio central, el primero que se construyó en 1969, tiene una superficie de 4.000m² en cinco plantas. En dicho edificio se ubican las urgencias, las unidades de hospitalización, el hospital de día, UCI, quirófanos, servicios centrales, administración y comedor-cafetería. En 2001 se añadió un edificio de consultas externas y en 2002 un edificio para oncología. Dispone en la actualidad de una capacidad de 110 camas de hospitalización y todos los servicios asistenciales propios de un centro de agudos.

IV.1.5 Clínica Palma Planas

En 1967, siendo su director el Dr. Antonio Planas Hevia, se produjo el traslado a un edificio de la calle Menorca de Palma y se amplió notablemente su cartera de servicios y en el año 2001 tuvo lugar un nuevo y último traslado y edificación del nuevo edificio de la clínica en una zona de la periferia de Palma, rodeada de amplios espacios verdes.

En la actualidad, la moderna Clínica Quirónsalud-Palmaplanas, situada en Camí dels Reis, 308 de Palma de Mallorca, dispone de edificios que totalizan 87.000m², con una capacidad de hospitalización de 170 camas y servicios clínicos propios de un hospital de agudos.

IV.1.6 Hospital de Muro

Es una pequeña clínica privada localizada en Muro e integrada en la Red Asistencial Juaneda. Su actividad se centra en patologías de agudos, urgencias y consultas externas de los residentes y la población turística de la zona norte de Mallorca.

IV.1.7 Hospital de Llevant

Clínica privada situada en la calle Escamarlà, 6, en Porto Cristo. Presta atención médica y quirúrgica con los servicios de hospitalización, tres quirófanos, urgencias, consultas externas, diagnóstico por imagen, laboratorio, fisioterapia y UCI.

IV.1.8 Hospital de Alcudia

Pequeña clínica privada con 27 camas para hospitalización, situada en la calle Formentera, 5, de Alcúdia.

V MUTUAS DE ACCIDENTES LABORALES

Posteriormente, a lo largo de los años sucesivos y especialmente hacia 1989-1990 se empezó un movimiento de fusión, absorción y desaparición de varias de dichas entidades, con lo cual en la actualidad permanecen únicamente 26 a nivel nacional y en menor número en las Islas Baleares.

De las que operan en las Islas Baleares, con cierta frecuencia han utilizado los servicios asistenciales del HSJD, bien sea el propio hospital o el centro asistencial de Palma, realizando el ingreso de accidentados para cirugía o rehabilitación o bien tratamientos ambulatorios de rehabilitación y seguimientos de control en consultas externas.

Entre la principales mutuas laborales que operan en Baleares, las más significativas son: Mutua Universal, Activa Mutua, Asepeyo, Fraternidad-Muprespa, La Estrella, Fremap, Medifiatc, Mutua Balear, Mutua Intercomarcal, Unión de Mutuas, Mutua de Accidentes de Zaragoza, MC Mutua, Ibermutuamur y el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

VI COMPAÑÍAS DE SEGURO DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

El seguro de accidentes de tráfico es cubierto obligatoriamente por diversas entidades. A lo largo de los años ha habido convenios con las distintas aseguradoras y el HSJD para la atención de los accidentados de tráfico, abarcando tanto el aspecto quirúrgico como la rehabilitación de los accidentados. Las compañías de seguro de accidentes de tráfico que operan en 2015 en territorio nacional y Baleares son: Vidacaixa, Grupo Caser, Mapfre, Grupo Axa, Segurcaixa Adeslas, Allianz, Zurich, Grupo Liberty, BBVA Seguros, Generali Seguros, Seguros Catalana Occidente, Seguros Bilbao, Linea Directa, Plus Ultra Seguros, Fiatc, Reale, Grupo Mutua Madrileña, MGS Seguros, Pelayo Mutua de Seguros, RACC Seguros, Fenix Directo, GES Seguros, AMA, Helvetia Seguros, Catalunya Caixa, Patria Hispana, Verti Aseguradora, Etema Aseguradora, MMT Seguros, Mutualidad de Levante y Fidelidade Mundial.

VII ASEGURADORAS MÉDICAS

Aunque en menor proporción, el HSJD ha establecido convenios de colaboración con distintas compañías de seguro médico, para la atención quirúrgica o médica y rehabilitadora de los asegurados. Entre las aseguradoras médicas que operan en Baleares en 2015 tenemos: Vidacaixa, Grupo Caser, Mapfre, Grupo Axa, Segurcaixa Adeslas, Allianz, Sanitas, Grupo Liberty, BBVA Seguros, Asisa, Generali Seguros, Santa Lucia, Seguros Catalana Occidente, Grupo DKV, Seguros Bilbao, Plus Ultra Seguros, Fiatc, Reale, MGS Seguros, Mutual Medica, Aegon Santander, Nortehispana, Aegon España, Previsión Sanitaria Nacional, RACC Seguros, GES Seguros, Helvetia Seguros, Aviva Vida y Pensiones, Mutua General de Cataluña, la Previsión Mallorquina, ACUNSA, Agrupacion Sanitaria.

VIII FUENTES

Fuentes documentales primarias

- Jordà López, Eduardo. <<Historia del Hospital Son Dureta>>. Tesis doctoral. Universidad de les Illes Balears, 2006.
- Memoria Centro Mater Misericordiae. Año 2015.
- Memoria Hospital de Inca. Año 2015.
- Memoria Hospital de la Cruz Roja. Año 2015.
- Memoria Hospital de Manacor. Año 2015.
- Memoria Hospital General (incluida en Son Espases). Año 2015.
- Memoria Hospital Juan March. Año 2015.
- Memoria Hospital Psiquiátrico (incluida en Son Espases). Año 2015.
- Memoria Hospital Son Llàtzer. Año 2015.
- Memoria Hospital Universitario Son Dureta. Año 2007.
- Memoria Hospital Universitario Son Espases. Año 2015.

Fuentes archivísticas primarias

- Archivo Intermedio Militar de las Baleares.
- Centro de Historia y Cultura Militar de las Baleares.

Fuentes orales primarias

- Dr. José Luis Caride Eiras (Mutuas de accidentes laborales, Compañías de Seguro de accidentes tráfico y Aseguradoras médicas).
- Jesús M^a Luna Fernández. Director-gerente Centros Mater Misericordiae. Palma
- Jaume Mayrata Fiol, Delegado de Mutua Universal en Baleares
- Dr. Pedro Lucas Riquelme Cantero (Hospital Militar de Palma).

Fuentes documentales secundarias

- Alenyà Fuster, Miquel. *La Creu Roja a les Balears. 140 anys d' acció humanitaria (1874-2014)*. Palma: Creu Roja Espanyola, 2014.
- Beltran Pons, Bartolomé. *Enciclopedia Práctica de Medicina y Salud de Baleares. Dos volúmenes*. Palma de Mallorca: Promomallorca Edicions, S.A., 1995.
- Fábregas, Pedro A. *Los primeros 100 años. Mutua Universal. Aniversario 1907-2007*. Barcelona: Ediciones Reunidas (Grupo Zeta), 2007.
- López Molina, J. y Esteban de Abizanda, R. *El hospital provincial de Baleares. 1456-1960. Monografía de historia, arte y estadística editada con motivo del V centenario de su fundación*. Palma de Mallorca: Imprenta-Escuela de Nazaret, 1961.
- López Ruiz de Azagra, Manuel. *Casa de socorro 1901-1950*. Palma: Ayuntamiento de Palma, 1987.
- Matas Pastor, Joan Josep. *Crónica 50 anys Mater Misericordiae*. Palma: Impresrapit para Rapitbook; 2015.
- Rodríguez Tejerina, José María. *Historia de la Medicina en Mallorca. Tomo I, 1981; Tomo II, 1984; Tomo III, 1986*. Palma de Mallorca: Caja de Baleares "Sa Nostra", 1981-1986.

Páginas web

- El Mercado de Seguros por Provincias. Estadística año 2015. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). <https://www.icea.es/es-ES>. Acceso 17/07/2017.

APÉNDICE II EVOLUCIÓN DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

I TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ESPECÍFICAS DE LA DÉCADA DE LOS AÑOS 70

I.1 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA

Implantología en la articulación de la cadera

En la década de los 70, y posteriores del pasado siglo, existía un “consensus” entre la comunidad ortopédica mundial de indicar la protézica articular de la cadera, cuando ha sido agotada la vía de los tratamientos conservadores, en determinadas patologías articulares, y en determinado tipo de pacientes; todo ello condicionado a la edad, las características morfológicas y las patologías asociadas.

Escuelas de diseño e investigación en implantología articular de cadera

La sustitución protésica de las articulaciones ha constituido con seguridad el avance más importante en la cirugía ortopédica durante el siglo XX. En los ambientes de la cirugía ortopédica española, las escuelas profesionales de cirugía que influyeron en la implantología de la cadera fueron: la escuela americana, la escuela inglesa, la escuela francesa y la escuela suiza.

Escuela americana

Entre los miembros de la escuela americana se debe mencionar a Marius Nygaard Smith-Petersen (Grimstad, Noruega 1886-Boston, EEUU 1953) como el iniciador de la llamada artroplastia de molde, cuando en 1938 introdujo en los EEUU su cúpula de Vitalio para el tratamiento de los procesos degenerativos de la articulación de la cadera. Dicho método, aunque superado con el tiempo tuvo una difusión universal. Otros investigadores americanos fueron Fred Thompson y Austin Moore quienes en los años 1950 y 1952 introdujeron las prótesis con vástago metálico que más adelante se presentan.

Escuela francesa

En Francia, los hermanos Jean Judet (Paris, 1905-Paris, 1995) y Robert Judet (Paris, 1909-Paris, 1980) presentaron en 1952 una prótesis acrílica que tuvo escasa repercusión mundial.

Escuela inglesa

En Inglaterra, J. K. McKee y J. W. Farrar presentaron su prótesis metálica completa en 1953 así como, Ring en 1964 y Freeman, en cadera y especialmente en rodilla. Posteriormente, la gran influencia de Sir John Charnley destacó por encima de otras iniciativas científicas

Escuela suiza

En Suiza, en 1966 destaca la versión que Maurice Muller realizó de un modelo muy parecido a la prótesis de Charnley y que tuvo una especial difusión entre los cirujanos españoles. Posteriormente, otros autores suizos como Huggler y Weber presentaron modelos que fueron utilizados en el mercado español, pero los que tuvieron más difusión fueron los diseños de Maurice Muller que continuó mejorando sus modelos.

Aunque hubo muchos intentos, el gran cambio en dicha técnica lo inició John Charnley¹¹¹ en la década de los 60, con la utilización del cemento para la fijación de los implantes metálicos, el cual venía siendo empleado por los cirujanos dentistas desde hacía décadas. Posteriormente, los modelos protésicos mejoraron tanto en el diseño como en los materiales utilizados para su fabricación y se extendieron a otras articulaciones: rodilla, hombro, codo, tobillo, etc.

Indicaciones

Los investigadores y cirujanos ortopédicos en general dispusieron a partir de finales de la década de los 60 de sistemas de prótesis articulares fiables que les animaron a indicar dichas técnicas, en los procesos crónicos de desgaste articular por traumatismo, degeneración, reumatismos o alteraciones del desarrollo, que generaban un alto grado de invalidez al paciente y que no se resolvían por vía de los tratamientos conservadores. Dichas patologías articulares susceptibles de plantear una implantación protésica se pueden resumir en:

- Fracturas transcervicales, subcapitales y capitales de fémur.
- Fracturas de fondo de cotilo.
- Secuelas de luxación o subluxación traumática de cadera.
- Enfermedad articular degenerativa o coxartrosis primarias y secundarias resistentes a los tratamientos conservadores.
- Osteonecrosis o necrosis ósea avascular de cabeza de fémur.
- Artritis o enfermedad articular inflamatoria de la cadera o coxitis: artritis reumatoide, espondiloartropatías, artritis por microcristales, artritis crónica juvenil.
- Osteopatías metabólicas: osteoporosis, osteomalacia, enfermedad de Gaucher.
- Enfermedad de Paget ósea¹¹².
- Enfermedad de Legg-Perthes-Calvé¹¹³.
- Alteraciones secundarias a luxación, subluxación o displasia congénitas de cadera.
- Tumores de la cadera: cabeza de fémur o cavidad cotiloidea.
- Sinovitis villonodular pigmentaria.

Procedimientos quirúrgicos

Se describen los distintos tratamientos implantológicos que se aplicaron en el HSJD de Palma en la década de los 70.

Las prótesis articulares se dividen clásicamente según su método de fijación al hueso que las contiene en cementadas, no cementadas y mixtas o híbridas. Mención aparte merecen las

¹¹¹Sir John Nevil Charnley (1911-1982) fue un cirujano ortopédico británico considerado uno de los pioneros mundiales en la técnica de implantología de la cadera por la introducción del cemento acrílico en la fijación de los implantes. Nota de autor.

¹¹²La osteítis deformante o enfermedad de Paget ósea es una inflamación crónica del tejido óseo que produce dolor y deformación y que puede acarrear una degeneración a osteosarcoma agresivo. Su causa es desconocida. Fue descrita por primera vez por el cirujano británico Sir James Paget en 1876. Nota del autor.

¹¹³ Opuscit 62

reprótesis y las prótesis tumorales, ambas utilizando implantes de mayor tamaño que las prótesis primarias.

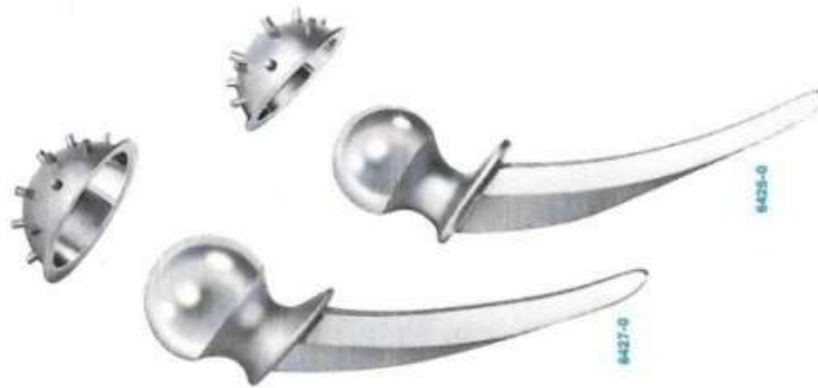
Prótesis cementadas totales

Dentro de las prótesis cementadas totales utilizadas en el hospital destacan:

- **Prótesis de McKee-Farrar¹¹⁴**

Este tipo de prótesis fue escasamente utilizada en el HSJD. El implante femoral era de tipo monobloque incluyendo un vástago curvo y cabeza y cuello femorales en una sola pieza. El material de fabricación era el vitalio. El implante cotoideo estaba igualmente formado por una copa de vitalio¹¹⁵ provista en la parte convexa de unos tetones que se hundían en la cavidad cotoidea. El par de fricción era metal-metal ya que no disponía de inserto de polietileno entre la cabeza y el cotilo. Ambos elementos se fijaban con cemento acrílico.

Fig. Ap II.1. Prótesis de cadera modelo McKee-Farrar



Se muestra el implante femoral monobloque y el implante cotoideo. Fuente: imagen procedente del archivo personal del autor

- **Prótesis de Charnley¹¹⁶**

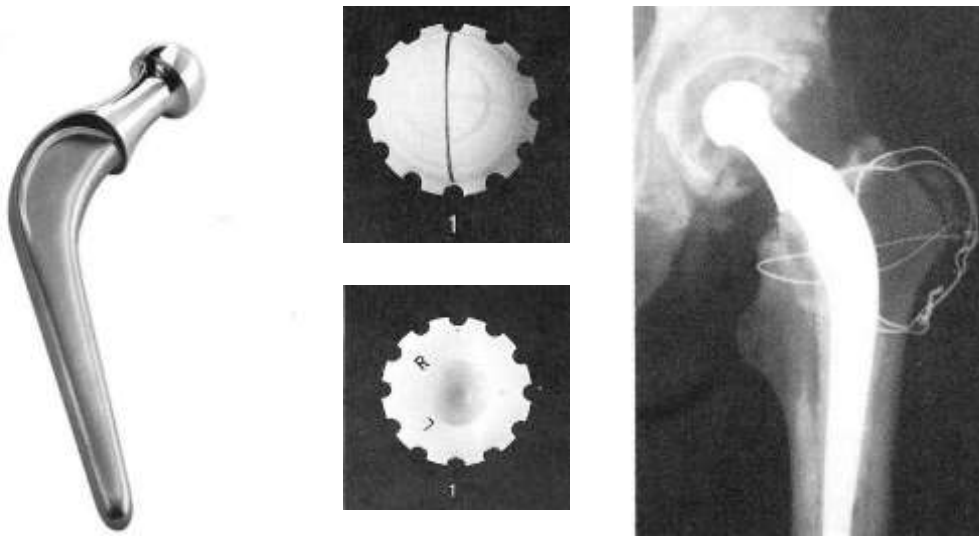
Utilizada en nuestro país desde 1971. El implante se componía de dos piezas: un vástago femoral metálico que incluía la cabeza y el cuello femoral y una copa en material de polietileno para insertarse en el cotilo.

¹¹⁴Prótesis diseñada conjuntamente por el cirujano inglés George Kenneth McKee (1906-1991) y el cirujano canadiense John Watson Farrar (1926-1996). Nota del autor.

¹¹⁵ El metal llamado vitalio es una aleación a base de cromo 60%, cobalto 30% y molibdeno 7% que a veces incluye níquel. Se introdujo en la fabricación de implantes metálicos para traumatología y cirugía ortopédica a partir de 1936. Nota del autor.

¹¹⁶Opuscit 106. Sir John Nevil Charnley (1911, Bury U.K-1982, Manchester, U.K.) Nota del autor.

Fig. Ap II.2. Prótesis de Charnley



Prótesis de Charnley de 3ª generación, mostrando el implante y su colocación en la cadera. Fuente: Imagen tomada del libro 'Artroplastia de baja fricción en la cadera. Teoría y práctica' Sir John Charnley. Salvat Editores SA, Barcelona, año 1981

- Vástagos: se utilizaron especialmente los vástagos tipo “cobra”, de aleación sobre acero inoxidable¹¹⁷, llamado así por los alerones laterales dorsales. Este modelo, el tercero en la historia de la prótesis, fue introducido por Charnley a partir de 1975. Adquirió pronto una gran popularidad en los ambientes ortopédicos por su gran resistencia y facilidad de implantación. Se utilizaba con una técnica de cementación adecuada al implante y siguiendo unos protocolos muy bien definidos por el autor. La longitud de los modelos estándar era de 12,5 cm.
- Vástagos especiales: se fabricaron tallas pequeñas, llamadas CDH para pacientes con luxación congénita de cadera y aún de tallas extra-pequeñas para casos muy excepcionales. También existieron modelos de vástagos especiales extra-largos para casos de revisión, que llegaban hasta los 38 cm de longitud.
- Cotilos: eran de diseño esférico en polietileno de alta densidad y después de polietileno de peso molecular ultraelevado. Se utilizaban en tallas diversas según cada paciente: grande, pequeña, extra-pequeña y excéntrica. Se utilizaba igualmente el cemento acrílico (polimetil-metacrilato) para su adherencia al cotilo óseo.
- Cabeza: era metálica de 22,2mm formando un solo bloque con el vástago femoral.

¹¹⁷El acero inoxidable utilizado en la fabricación de implantes en medicina, para traumatología y cirugía ortopédica, es el llamado acero inoxidable austenítico 316 y 316L. Es una aleación compuesta por hierro 60%, cromo 20%, níquel 15% y molibdeno 3% con alguna presencia de manganeso y carbono. Nota del autor.

- **Prótesis banana de Maurice E. Müller¹¹⁸ (modelo Charnley-Müller)**

Era un modelo de vástago curvado, diseñado a partir de 1965. El vástago femoral mono-bloque estaba compuesto por una aleación metálica en cromo-cobalto (protasul-10). Se ofrecían 5 tamaños y la cabeza, formando una sola pieza con el vástago, tenía un diámetro de 32 mm. El cotilo era muy parecido al diseño de Charnley de polietileno de alta densidad. Tenía cuatro tamaños y ambos elementos se fijaban al hueso con cemento acrílico.

El diseño en conjunto tenía la ventaja de no exigir la osteotomía del trocánter, pero demostró una evolución con más complicaciones posteriores de rotura del vástago y aflojamiento precoz, que condujo a abandonar este diseño a favor de los vástagos rectos.

Fig. Ap II.3. Prótesis tipo Banana de Maurice E. Müller



Prótesis tipo Banana: vástagos y cotilos de Maurice Müller. Fuente: imagen tomada del archivo personal del autor.

- **Prótesis autobloqueante de Müller**

La prótesis autobloqueante de Muller fue el modelo más usado en la década de los 70 en el hospital dado que la influencia de la escuela suiza de Maurice Muller y en general de la Asociación para la Osteosíntesis suiza fue más potente que la de la escuela inglesa de Charnley, con un protocolo de aprendizaje facilitado por una clara bibliografía, precisos esquemas didácticos y facilidad de formación cerca de los autores suizos del implante.

Los primeros diseños de implantes autobloqueantes para sustitución de cadera, diseñados en 1964-1966 por este afamado médico suizo, llegaron a España a finales de la década de los 60 del

¹¹⁸Maurice Edmond Müller (1918-2009) fue un cirujano ortopédico y traumatólogo suizo que revolucionó con sus inventos la técnica de la osteosíntesis de las fracturas y contribuyó a grandes progresos en la implantología de cadera. En 1958 fundó con otros colegas suizos la "Asociación para la Osteosíntesis" que posteriormente tuvo una expansión mundial. En 2002 la Sociedad Internacional de cirugía ortopédica y traumatología (SICOT) lo nombró cirujano ortopédico de la Centuria. Nota del autor.

siglo XX. Eran sistemas fabricados en acero inoxidable con dos modelos de vástago y cabezas de 24 y 32mm. El cotilo estaba compuesto por polietileno de alta densidad. Este primer diseño no fue utilizado en el HSJD.

A partir de 1975-1976, M. Muller diseñó un nuevo modelo con un vástago recto y con la finalidad de ocupar la mayor parte de la cavidad femoral. Utilizó el protasul-10 (aleación de cromo-níquel-cobalto-molibdeno) fabricando un modelo normal (con cabeza de 32mm), un modelo lateralizado (con cabeza de 32mm) y un tercer modelo para caderas displásicas (con cabeza de 22mm). Este modelo de segunda generación fue el utilizado en el HSJD.

Fig. Ap II.4. Prótesis tipo autobloqueante



Distintos tipos de vástago: normal, lateralizado y displásico y cotilo estándar de Maurice Müller. Fuente: imagen tomada del libro 'Self-Locking System SLS'. Original de M.E. Müller. Edición 1990/1 [9-10].

Los vástagos se diseñaron en seis tallas para cada uno de los tres tipos de diseño (normal, lateralizado y displásico). Se implantaban ajustados con cemento. Con la evolución del diseño posteriormente se utilizaría el titanio como material de base.

Inicialmente, la cabeza y el vástago se presentaban en un único bloque, y posteriormente se fabricó la cabeza independiente del resto del implante. Otra evolución fue la sustitución de la cabeza metálica por la de cerámica.

El cotilo, al igual que en otros modelos, era de polietileno de alta densidad. Este cotilo se utilizó en combinación con un anillo metálico de refuerzo cuando la sustancia ósea acetabular presentaba una resistencia deficiente. También se cementa el cotilo.

- **Prótesis de Huggler- Weber¹¹⁹**

Fue la primera prótesis de cadera cementada que introdujo la modularidad en sus elementos ya que dividía el inserto femoral en dos componentes: uno correspondiente al vástago femoral y el otro incluye el segmento cabeza-cuello. El vástago, en aleación de acero tipo protasul 10, con tres longitudes de 100, 115 y 140mm con un ángulo cervice-diafisario de 123 grados. El inserto cotiloideo estaba compuesto de polietileno y se presentaba en tres medidas de tamaños crecientes de 42, 52 y 57mm. El inserto formado por el cuello-cabeza se presenta en tres

¹¹⁹Bernhard Georg Weber. (1927-2002) cirujano ortopédico suizo de Basilea que junto a Arnold Heinrich Huggler trabajaron en Chur (Suiza) siendo autores del diseño de la primera protesis modular de cadera. Nota del autor.

longitudes de 42, 47 y 52mm de largo y cabezas de 32mm. Este modelo de prótesis de cadera, introducido en España por el profesor D. José de Palacios y Carvajal, de Madrid, fue ampliamente utilizado en nuestro país y concretamente en la Residencia sanitaria de la SS de “ Virgen de Lluch” en los primeros años de funcionamiento como servicio jerarquizado.

Fig. Ap II.5. Prótesis de cadera modelo Huggler-Weber



Prótesis de cadera modelo Huggler-Weber mostrando el implante femoral, el inserto cabeza-cuello y el cotilo. Fuente: imagen procedente del archivo personal del autor.

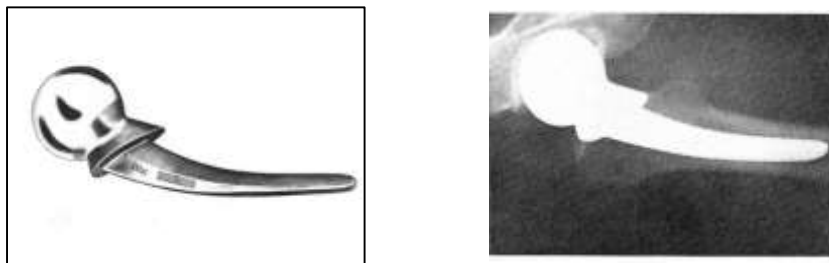
Prótesis cementadas parciales o hemiartroplastias

- Prótesis de Thompson

Diseñada por Fred Thompson de EEUU a partir de los años 1950, fue uno de los sistemas de hemiartroplastia de cadera más populares, utilizados en dicho país para el tratamiento de la fractura subcapital de cadera o en las pseudartrosis de cuello femoral. Posteriormente, se popularizó en Europa, donde se utilizó a partir de la década de 1960. Construidas en acero inoxidable, constan de una sola pieza que reproduce un vástago femoral ligeramente curvado, un cuello y una cabeza femoral. Existen diversos tamaños con tallas crecientes tanto en vástago como en cabeza. Se fijan al hueso mediante cemento.

En el HSJD se utilizó especialmente para el tratamiento de las fracturas subcapitales o transcervicales de cuello de fémur en personas de más de 65 años, así como en el tratamiento de las pseudartrosis del cuello de fémur.

Fig. Ap II.6. Prótesis de Thompson



Se muestra el implante y su colocación en el fémur. Fuente: imagen tomada del libro ‘Surgery of the Hip Joint’ de Raymond G. Tronzo. Lea & Febiger. 1973 Philadelphia, EE.UU.

- **Prótesis bipolares**

A finales de la década de los 70 y en la década de los 80 se introducen las llamadas prótesis bipolares de cadera. Fueron diseñadas a partir de 1973 por diversos autores: MacKeever, Collison, Bateman y Giliberti. En el inserto se crean dos articulaciones: una interna y otra externa. Su indicación era la misma que la de las hemiartroplastias y se indicaba para soslayar las complicaciones de usura del cotilo que aquellas acababan provocando. Eran implantes cementados.

Fig. Ap II.7. Prótesis bipolar de Bateman

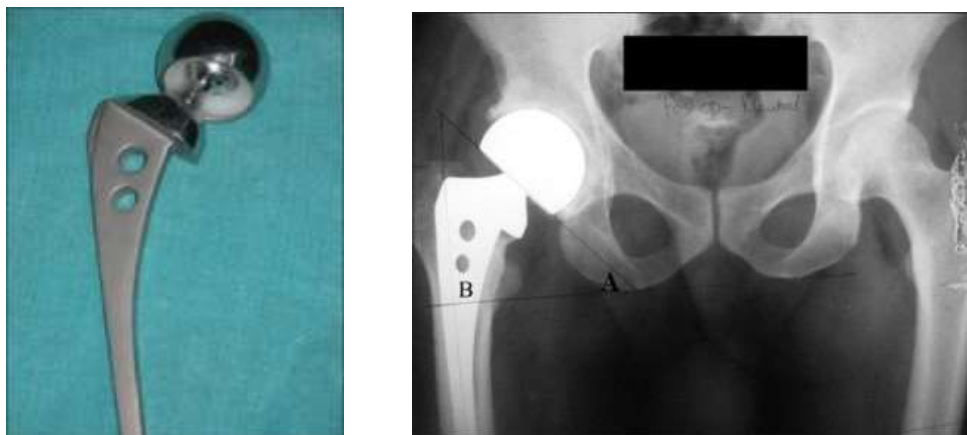


Imagen del implante y de su colocación en la cadera. Fuente: archivo personal fotográfico del autor. Año 1980

- **Prótesis de doble cúpula de Freeman¹²⁰**

La prótesis en doble cúpula estaba constituida por un inserto acetabular en polietileno disponible en cinco tamaños y un inserto femoral en protasul o acero inoxidable disponible en tres tamaños. Ambos componentes se colocaban con la ayuda de cemento protésico.

Fig. Ap II.8. Prótesis en doble cúpula tipo Freeman



Fuente: imagen procedente del archivo fotografico del Dr. A. Pérez Feliu

¹²⁰Michael Alexander Reykers Freeman (1931-2017) fue un afamado traumatólogo y cirujano ortopédico inglés, que desarrolló especialmente implantes protésicos para cadera y rodilla. Presidió la Sociedad Internacional de la Cadera entre 1982 y 1985, la British Hip Society entre 1989 y 1991 y la British Orthopaedic Association entre 1992 y 1993. Nota del autor.

Prótesis no cementadas

▪ Prótesis de Moore

Diseñada también en EEUU por Austin Moore en la década de los 50. Tenía las mismas indicaciones que la anterior pero se diferenciaba por tener el vástago femoral fenestrado, que permitía un crecimiento óseo posterior y una curvatura mucho más suave. En este caso, era preferible no utilizar cemento. Se aprovechaban las ranuras del implante para colocar injerto óseo impactado extraído de la misma cabeza femoral. Su utilización, con las mismas indicaciones, fue menor que el modelo de Thompson.

Fig. Ap II.9. Prótesis de Moore



Se muestra el implante y su colocación en el fémur. Fuente: imagen tomada del libro 'Surgery of the Hip Joint' de Raymond G. Tronzo. Lea & Febiger. 1973 Philadelphia, EE.UU.

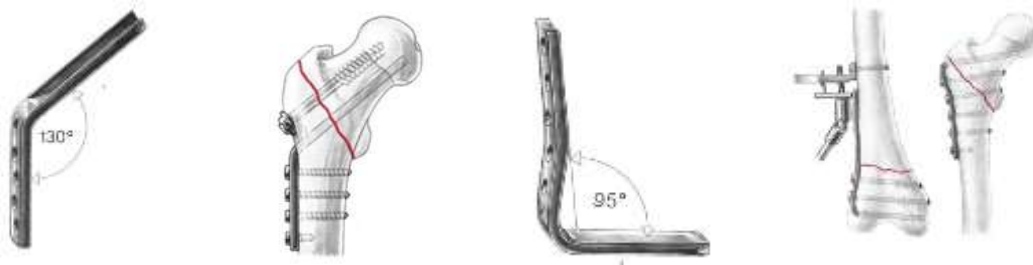
I.2 TRAUMATOLOGÍA DE LA CADERA-FÉMUR

Fracturas-osteosíntesis

En el tratamiento de las fracturas trocántericas destacaron por su gran difusión y seguridad en el manejo el llamado sistema de placas monobloque. Si bien este sistema de placas existían en el mercado ortopédico a partir de los precursores: Jewet (1956), Neufel (1958), Staca (1941), en nuestro medio profesional ganó muchos adeptos el sistema introducido por M. Muller y la AO suiza a partir de 1968, confirmándose el gran predicamento de la escuela suiza de traumatología en nuestro país

Las placas AO acodadas de 130 y 95 en sus distintas medidas, fueron ampliamente utilizadas en la década de los 70 y posteriores y estaban indicadas en las fracturas de la región trocánterea y supracondilea del fémur. Representaron un hito en el tratamiento de este tipo de fracturas ya que su técnica estaba totalmente protocolizada. Este sistema de osteosíntesis conseguía una sólida inmovilización del foco de fractura. La placa de 95 se utilizaba además en ciertas fracturas de la epífisis superior de tibia, así como en las osteotomías de la región supracondilea del fémur y de la epífisis superior de la tibia.

Fig. Ap II.10. Placas acodadas AO

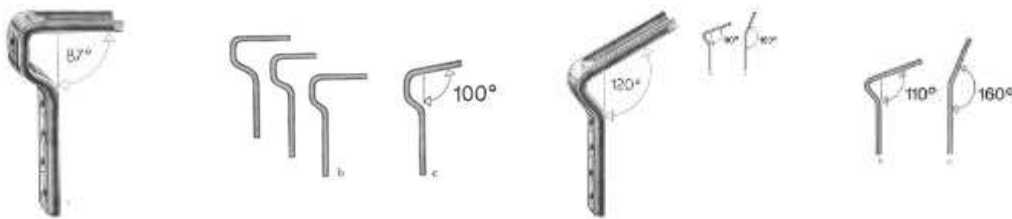


Placas acodadas AO de 130 y 95 grados para el tratamiento de fracturas de la región trocanterea y supracondilea del fémur. Fuente: imagen tomada del manual de osteosíntesis. Técnica AO de M. E. Müller, M. Allgöwer y H. Willenegger. Editorial científicomédica, Barcelona 1971.

Osteotomias-osteosíntesis de cadera

Se utilizaban placas monobloque de 87, 100, 110, 120 y 160 grados, protocolizadas por la AO suiza, en las osteosíntesis por osteotomías de la extremidad superior de fémur, en adultos y niños para el tratamiento de la patología de esta región: coxa valga, vara, antetorsa, retrotorsa, enfermedad de Perthes, epifisiolisis.

Fig. Ap II.11. Placas de osteosíntesis de la escuela AO Suiza



Distintas placas de osteosíntesis de la escuela AO Suiza utilizadas en osteotomías femorales. Imagen tomada del manual de osteosíntesis. Técnica AO de M. E. Müller, M. Allgöwer y H. Willenegger. Editorial científicomédica Barcelona 1971.

I.3 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Indicaciones de implantología articular de rodilla

En patología de rodilla la implantación de una prótesis en el HSJD, se indicaba en los siguientes casos y situaciones:

- Enfermedad articular degenerativa o gonartrosis, primarias y secundarias avanzada.
- Gonartrosis por desviación angular en varo o valgo.
- Artrosis femoro-patelar.
- Osteonecrosis.
- Reumatismos inflamatorios: artritis reumatoide, espondiloartritis anquilosante, artritis psoriásica.
- Secuelas de osteoartritis infecciosas.
- Tumores de la rodilla.

Escuelas de diseño e investigación en prótesis total de rodilla (PTR), aplicadas en el HSJD en la década de los 70

En implantología de rodilla, en cuanto a su utilización en el HSJD en la década de los 70, han destacado especialmente los modelos y diseños que surgieron a partir de investigadores médicos, ingenieros y biomecánicos de las escuelas inglesa, suiza y americana.

Escuela inglesa

Esta escuela promovió el uso de las siguientes prótesis:

- Prótesis constreñidas en bisagra: L.G.P. Shiers, de Londres, diseñó un modelo extremadamente rígido y constreñido de prótesis de rodilla, basado esquemáticamente en la bisagra, aparecido en los primeros años 70, que se utilizó escasamente en el HSJD
- Prótesis de reemplazo de superficie o de deslizamiento: los modelos de prótesis de rodilla de Freeman-Swanson fueron desarrollados a partir de 1970 en el Imperial College London Hospital (ICLH) por el equipo del Dr. Freeman. Las prótesis llamadas de deslizamiento representaban una filosofía y biomecánica completamente distinta de las prótesis en bisagra, ya que se ajustaban más a la anatomía y fisiología de la articulación de la rodilla. A lo largo de los años el equipo de Freeman en colaboración con Swanson y después con Samuelson realizó varias versiones de su idea original, surgiendo los modelos llamados Mark 1 a 6, hasta llegar a la ICHL de Freeman-Samuelson. Todos ellos fueron apareciendo en el mercado y fueron utilizados por los cirujanos del HSJD a partir de 1975.

Escuela suiza

Esta escuela promovió el uso de la prótesis GSB: diseñada conjuntamente por los Dres. N. Gschwend, H.J.G Scheier de la Clínica ortopédica “Wilheem Schulthess” de Zurich y el profesor A. Bähler de Estudios Ortopédicos de Zurich. Era una prótesis llamada de bisagra con pivot central. Con este modelo se inicia en 1976 en el HSJD su aplicación en los casos graves de osteoartrosis de rodilla con grandes desaxaciones articulares. Este diseño tuvo una gran expansión y utilización en nuestro medio, por los buenos resultados que generaba. También se utilizaba como sistema de rescate después de fracaso de prótesis de deslizamiento tipo Freeman y otras.

Escuela americana

En el Hospital for Special Surgery de Nueva York, a lo largo de los años 70, el cirujano John Insall y el ingeniero biomecánico Albert Burstein fueron los auténticos pioneros del desarrollo actual de las prótesis de rodilla. Partieron de las ideas que Freeman y Swanson habían iniciado en Inglaterra en el Imperial College London Hospital. Se trataba de modelos protésicos de deslizamiento, con reemplazo de superficies y semiconstricción de la articulación

Insall y Berstein, en el Hospital for Special Surgery de Nueva York, desarrollaron los distintos modelos: Duocondilar (1971), Total condilar I (1973), Duopatellar (1974), Total condilar II (1976) y la Total condilar estabilizada posterior (1978) que fueron ampliamente aceptadas por la comunidad ortopédica mundial y algunas de ellas utilizadas en el HSJD.

El modelo Total condilar estabilizado posterior y sus evoluciones posteriores, tuvo una gran difusión y se desarrollaría en España a partir de la siguiente década de los 80.

Procedimientos quirúrgicos

Si bien se contaba con tipos de prótesis no cementadas en la rodilla, dentro de la casuística del HSJD, se han utilizado de manera casi exclusiva las prótesis cementadas. Las formas no cementadas solo se han utilizado en casos extremadamente particulares.

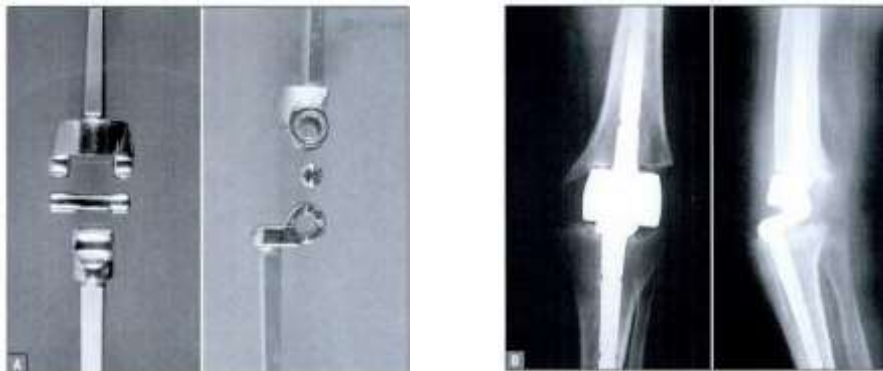
En cuanto al diseño se han empleado varios tipos: prótesis constreñidas, constreñidas con pivot central y semiconstreñidas de reemplazo de superficie o de deslizamiento.

Prótesis constreñidas de charnela

- **Prótesis de Shiers**

Fue de los primeros modelos utilizados en la década de los 70. L.G.P. Shiers introdujo en 1954 un modelo tipo charnela en acero inoxidable que se colocaba cementando ambos componentes. Este modelo se utilizó en escasas ocasiones (5 casos) ya que presentaba serios inconvenientes: precisaba una gran resección ósea, no respetaba el aparato ligamentoso de la rodilla, tenía un difícil rescate y producía fracturas espontáneas a nivel de fémur o tibia.

Fig. Ap II.12. Prótesis de rodilla modelo Shiers



A la izquierda se muestran los implantes y a la derecha su colocación en la articulación de la rodilla. Fuente: imagen procedente del archivo personal del autor.

Prótesis constreñidas con pivot central

- **Prótesis GSB (Gschwend, Scheir y Bahler)**

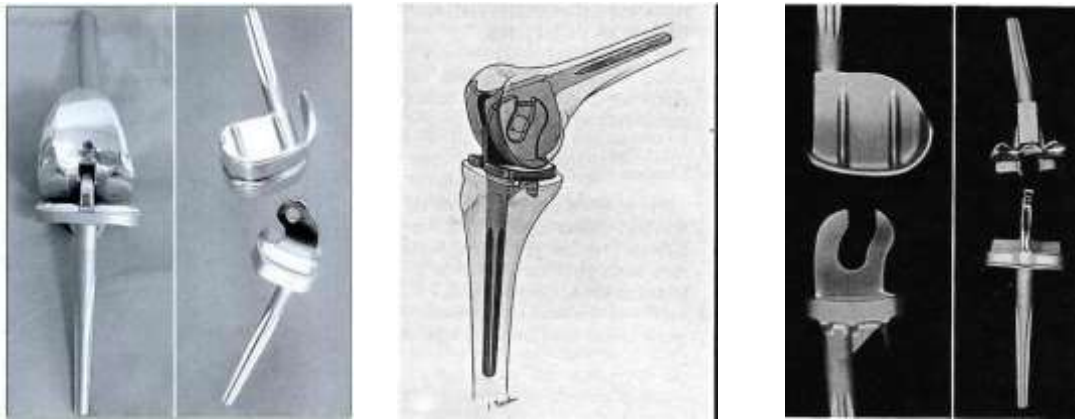
La prótesis GSB representa una situación intermedia entre las prótesis totalmente constreñidas tipo charnela (Shiers) y las prótesis de deslizamiento. Este modelo protésico, ampliamente utilizado en el HSJD fue puesto en el mercado sanitario a partir de 1972. Procede del diseño de especialistas suizos, concretamente de los Dres. N. Gschwend y H. Scheier de la Clínica Ortopédica zuriquesa W. Schulthess y de A. Bähler del Estudio Ortopédico de Zurich.

La ventaja de la prótesis GSB es que posee un eje deslizante fisiológico que sólo tiene la función de guía y no está sujeto a la carga. Las superficies de contacto están constituidas por el protasul-10 (aleación de metales) y el polietileno por lo que presentan un desgaste muy reducido. Permite una flexión de más de 110 grados de la rodilla, tiene amplias superficies de apoyo para la transmisión fisiológica de las cargas y requiere una mínima resección ósea. Tiene dos tetones, uno femoral y otro tibial para su encaje a los huesos, y se ancla con cemento. Los primeros

modelos no sustituían la rótula, aunque posteriormente se añadió un implante para recambio rotuliano.

La llamada GSB-II se diseñó para recambios protésicos, en casos de descementaciones de los implantes primarios. Su utilización continuó en la década de los 80.

Fig. Ap II.13. Prótesis de rodilla modelo GSB (Gschwend, Scheir y Bahler)



Se muestran los implantes y su articulación mecánica. Fuente: imágenes tomadas del libro 'Artritis y artrosis de la rodilla. Clínica y tratamiento quirúrgico' M.A.R. Freeman. Salvat Editores S.A. Barcelona (España, 1982).

Prótesis de reemplazo de superficie o de delizamiento (semiconstreñidas)

- **Prótesis Insall-Burstein**

Fue diseñada por el cirujano John N. Insall¹²¹, jefe del departamento de cirugía ortopédica del Beth Israel Hospital de Nueva York y el ingeniero biomecánico Albert H. Burstein, director del departamento de biomecánica del Hospital for Special Surgery de Nueva York.

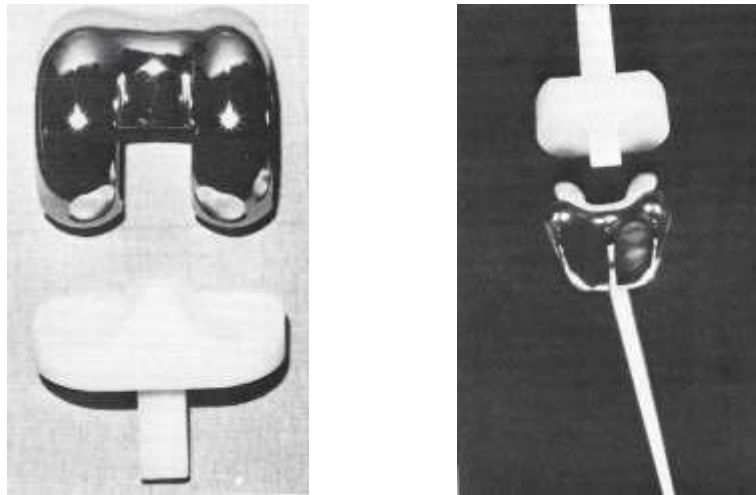
El primer modelo apareció en 1973; fue la llamada prótesis Total condilar I y en 1976 apareció la Total condilar II. Eran modelos que no conservaban el ligamento cruzado posterior.

En 1974 el mismo equipo de cirujanos e ingenieros desarrollaron el modelo Total condilar III para casos de revisión de prótesis o errores técnicos o en casos de grandes varos y valgos de la rodilla.

En 1978 los mismos autores diseñaron el llamado modelo Total condilar postero-estabilizado, que en años posteriores continuaría mejorándose hasta adquirir una gran popularidad en medios americanos y europeos, incluida España.

¹²¹John Nevil Insall (1930 Bournemouth, U.K.- 2000 Nueva York, EEUU) cirujano ortopédico inglés, que colaboró con M. Freeman en el Medical School de Londres. Posteriormente se desplazó a Montreal, Canadá y en 1965 se instaló definitivamente en Nueva York (EEUU), donde desarrolló su labor profesional. Es considerado uno de los padres de la cirugía de la rodilla. Fundó la Knee Society en 1983 y formó parte fundamental del Hospital for Special Surgery de Nueva York. Fundó en 1991 el Insall Scott Kelly-Instituto de Ortopedia y Medicina del Deporte en el Beth Israel Medical Center de N.Y. Nota del autor.

Fig. Ap II.14. Prótesis de rodilla Insall-Burstein



Prótesis de rodilla Insall-Burstein, modelo Total condilar I estándar (izda) y modelo Total condilar III (drcha). Fuente: imágenes tomadas del libro "Surgery of the knee". John N. Insall. Ediyptial Churchill Livingstone Inc. Nueva York 1984.

El componente femoral estaba construido en aleación metálica de cromo-cobalto-molibdeno. El componente tibial en polietileno de alta densidad al igual que el componente rotuliano, poseía una eminencia en su parte central que separaba a ambos lados una superficie bicóncava para alojar los cóndilos femorales. Posteriormente, en otros modelos sucesivos se añadió una bandeja metálica tibial de soporte del implante de polietileno.

- **Prótesis Freeman-Swanson. Mark I-VI**

La primera prótesis original (Mark I) consistía en una unidad femoral condilar de vitalio y en una unidad de meseta trivial de polietileno de alta densidad. La unidad femoral tenía dos superficies de carga hemisféricas con un radio de 23,8mm, unidas por una barra. Este elemento se unía al fémur mediante dos vástagos que se insertaban en las superficies del fémur. La unidad tibial de polietileno era cóncava para poder ajustarse a los cóndilos metálicos, y también poseía una barra que unía ambos lados del implante tibial. Ambos componentes, femoral y tibial, se unían a los respectivos huesos por cemento de metilmetacrilato.

En diseños posteriores se modificaron levemente los componentes femorales y tibial dando origen a los modelos Mark II, Mark III. Siguieron los modelos Mark IV y V en que la prótesis fue aumentando su superficie anterior en el fémur, disponiendo de un platillo metálico tibial y un vástago tibial, hasta llegar al modelo Mark VI, como se aprecia en la figura. En el HSJD estos modelos ingleses iniciaron su aparición a partir de 1978.

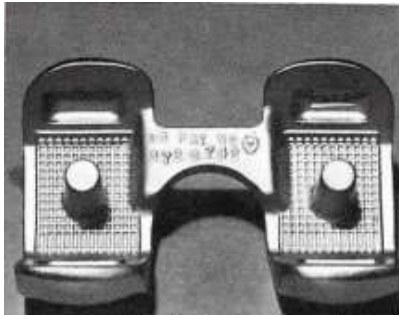
Fig. Ap II.15. Prótesis de rodilla modelo Freeman (Mark I-VI)



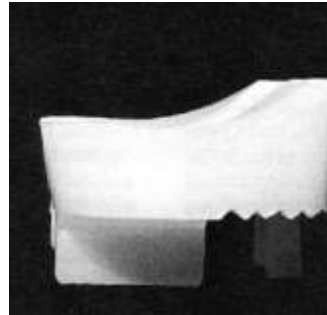
Mark I



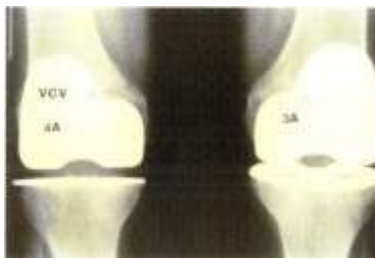
Mark II



Mark III



Mark III



Mark IV



Mark V



Mark V



Mark VI

Fuente: archivo fotográfico del autor

Fig. Ap II.16. Prótesis de rodilla modelo Freeman (Mark I-VI)

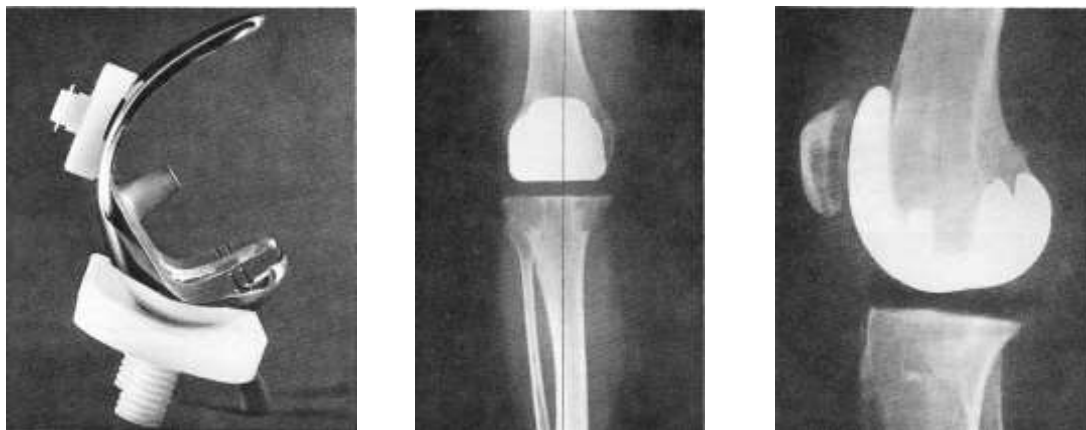


A la izquierda, diversos implantes mark II y III. En el centro modelo mark IV implantado en una rodilla. A la derecha el último modelo mark VI. Fuente: imagen tomada del libro 'Artritis y artrosis de la rodilla. Clínica y tratamiento quirúrgico' M.A.R. Freeman. Salvat Editores S.A. Barcelona (España). 1982.

- **Prótesis ICLH (Imperial College London Hospital) de Freeman-Samuelson**

Prótesis ICLH de Freeman- Samuelson, en la versión usada a finales de la década de los 70, que consta de un componente femoral en aleación de acero inoxidable con cobalto y cromo y un elemento tibial en polietileno de peso molecular elevado. Se añade también un inserto para la rótula en el mismo material. Posteriormente, este modelo se dotó de una placa metálica basal en el inserto tibial, así como tutores intramedulares para tibia y fémur.

Fig. Ap II.17. Prótesis de rodilla modelo ICHL de Freeman Samuelson



Se muestran los implantes y su colocación en la rodilla. Fuente: imágenes procedentes del libro 'Artritis y artrosis de la rodilla. Clínica y tratamiento quirúrgico' M.A.R. Freeman. Salvat Editores S.A. Barcelona (España), 1982.

- **Prótesis unicondilares**

Constituidas por un inserto femoral unicondilar en aleación metálica y un inserto tibial unicondilar en polietileno.

Fig. Ap II.18. Prótesis unicondilar de Freeman



Se muestran los implantes y su colocación en la rodilla. Fuente: archivo fotográfico de imágenes clínicas del Dr. A. Pérez Feliu.

I.4 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DEL CODO

- **Prótesis de Swanson**

Implante del tipo de interposición ideado por Alfred Bertil Swanson (1923-2016) utilizado para sustituir la cabeza del radio, construido en elastómero de silicona. Este tipo de prótesis, aparecida sobre 1970, se utilizó especialmente en nuestro medio para el tratamiento de las fracturas conminutas de la cabeza-cuello del radio, en casos donde no era posible la osteosíntesis.

Fig. Ap II.19. Prótesis de codo modelo Swanson



Imagen mostrando los implantes de distintos maños. Fuente: archivo personal del autor.

I.5 CIRUGÍA DE LA MANO

- **Prótesis de Swanson**

Implante del mismo autor utilizado para sustituir las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de los dedos de la mano, construidos con polietileno de alta densidad. Su utilidad era para la patología degenerativa de las pequeñas articulaciones de la mano, en enfermedades reumáticas.

Fig. Ap II.20. Prótesis de articulaciones digitales de la mano modelo Swanson



Fuente: archivo personal del autor.

I.6 CIRUGÍA DEL PIE

Pie plano infanto-juvenil

- **Protesis en copa de A. Viladot**

Dicha prótesis difundida por el Dr. Antonio Viladot¹²² (Barcelona 1922-2001) del Hospital de San Rafael de Barcelona, se utilizaba en el transcurso de la cirugía del pie plano-laxo infantil, operación descrita por el referido autor a partir del Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica (SICOT) de París de 1966. Cirugía frecuentemente utilizada por los distintos traumatólogos en el hospital de San Juan de Dios de Palma, en la época de sanatorio Infantil y durante las décadas de los 70 y 80 en que se mantuvo cierto número de ingresos infantiles

Fig. Ap II.21. Prótesis de A. Viladot para el pie

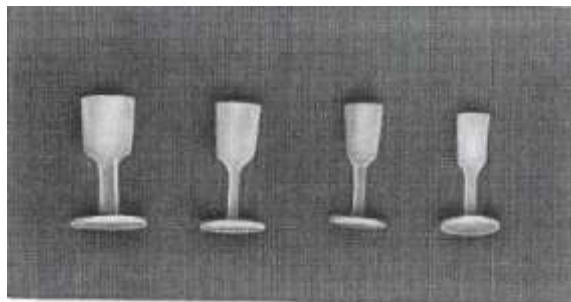


Imagen mostrando los cuatro tamaños de la prótesis de Viladot usada para el tratamiento del pie plano-laxo infantil en la década de los setenta y ochenta. Fuente: archivo personal del autor.

I.7 CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

- **Instrumentación de Harrington**

Dicho método puesto a punto por Paul Harrington (1911, Kansas-1980, Texas), profesor de cirugía ortopédica en el Baylor College of Medicine en Houston, Texas, EEUU, entre 1947 y 1954 alcanzó una pronta y rápida difusión mundial a partir de 1962 fecha en la que el autor publicó los resultados de sus primeros 129 casos de escoliosis tratados con su método. Tuvo una difusión

¹²²Dr Antonio Viladot Pericé (1922, Barcelona-2001 Ibidem) famoso traumatólogo y cirujano ortopédico español, formado en el Hospital Clínico de Barcelona y dedicado específicamente a la patología del pie y tobillo. Fue entre otros jefe de Servicio del Hospital San Rafael de Barcelona y profesor en la Universidad Autónoma de Barcelona. Fue Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) entre los años 1986-1988. Fue cofundador junto a Jean Lelievre del Colegio Internacional de Podología. Nota del autor.

mundial y su aplicación perduró al menos hasta la década de los 90. Se calcula que entre 1960-1990 hasta un millón de pacientes con escoliosis fueron intervenidos por este método. Cuando aparecieron mejoras en el aparataje, especialmente por el mejicano Eduardo Luque, el sistema Harrington fue perdiendo adeptos. En el HSJD se usó entre 1970-1980.

Fig. Ap II.22. Instrumentación de Harrington



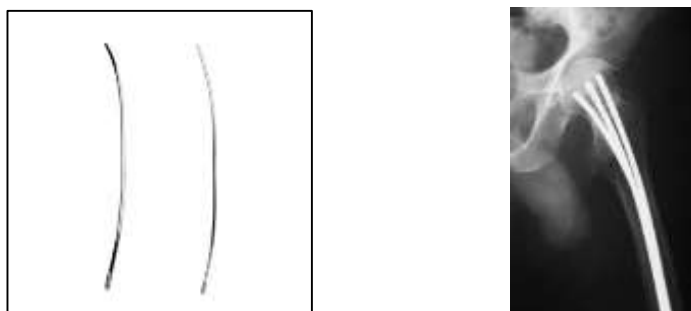
Instrumentación de Harrington con sus varillas y ganchos en acero inoxidable y su aplicación en un caso de escoliosis dorsal. Fuente: archivo fotográfico del autor.

I.8 TRAUMATOLOGÍA. OSTEOSÍNTESIS DE GRANDES HUESOS

▪ Clavos de Ender¹²³

Ender y Weidner desarrollaron a partir de 1969 unos clavos largos y elásticos que se popularizaron en la década de los 70. Se trataba de montajes multifasciculados y se introducían por un abordaje pequeño y alejado del foco de fractura. En el caso del fémur para las fracturas de la región trocánterica el sistema se introducía por el cóndilo femoral interno. Tenían que rellenar completamente la diáfisis. Se utilizaron en fracturas de fémur, tibia, humero, radio y cúbito. Fueron ampliamente utilizados por su bajo coste y simplicidad técnica. A los 10-15 años se abandonaron por otros tipos de osteosíntesis que lograban reducciones más precisas.

Fig. Ap II.23. Clavos de Ender femorales



Se muestran ejemplares de clavos de ender femorales y su colocación en una fractura de la región trocánterica del fémur. Fuente: archivo personal del autor.

¹²³H.G. Ender, *Treatment of pertrochanteric and subtrochanteric fractures of the femur with Ender pins*. (St. Louis: Mosby-year Book Inc. 1978).

- **Clavos de Kuntscher¹²⁴**

El enclavado endomedular en el contexto moderno fue introducido por Gerhard Benno Gustav Küntscher (Zwickau 1900 - Flensburg 1972, Alemania) a partir de la presentación de sus casos en la Asamblea de la Asociación Alemana de Cirugía celebrada en Berlín en marzo de 1940. El método se difundió ampliamente por Alemania y Austria y a pesar de la II guerra mundial se conoció en Europa. En España se introdujo precozmente gracias a la labor difusora del cirujano y traumatólogo español Francisco Jimeno Vidal (Reus 1906-Barcelona 1978). Se aplicó a las fracturas diafisarias de los huesos largos, especialmente fémur y tibia. En nuestro país se dispuso del utillaje correspondiente a la introducción de los clavos a partir de las décadas de los 50 y 60 y su empleo era generalizado en todo el territorio nacional.

En décadas posteriores aparecieron mejoras y modificaciones de los clavos endomedulares, hasta los que se utilizan actualmente, pero en síntesis derivan todos de la idea introducida por Küntscher.

Fig. Ap II.24. Clavos de Küntscher femorales



Se muestran ejemplares de clavos de Küntscher femorales. Fuente: archivo personal del autor.

- **Clavo Rush**

Se utilizó especialmente en las fracturas de la extremidad inferior de peroné.

Fig. Ap II.25. Clavode Rush

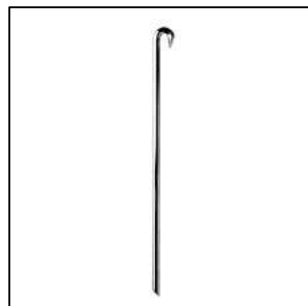


Imagen mostrando un ejemplar de Clavode Rush. Imagen procedente del archivo personal del autor

¹²⁴Kuntscher desarrolló su método en colaboración con Ernst Pohl ingeniero y fabricante de material médico de Kiel a la sazón se desempeñaba como médico residente en Kiel bajo la supervisión y estímulo de su jefe Willi Anschütz. La primera implantación del clavo tuvo lugar en 1939 y su difusión a partir de la II guerra mundial. Después siguió un periodo de escepticismo. Con posterioridad tuvo un reconocimiento universal. Nota del autor.

Osteosíntesis en traumatología general

Se aplicó la metodología de la Escuela Suiza AO.

II TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ESPECÍFICAS DE LA DÉCADA DE LOS AÑOS 80

En esta década continuó el proceso de aplicación de las más modernas técnicas de implantología en la cirugía del recambio articular, que es uno de los puntos fuertes y de prestigio que el HSJD fue adquiriendo a lo largo de la anterior década. A continuación, se describen los principales procedimientos quirúrgicos que aparecen en los programas diarios de quirófano del hospital.

II.1 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA

En implantología de cadera, durante esta década apareció el concepto de modularidad; esto es que los componentes de la prótesis, hasta ahora vástago femoral y cotilo, se amplían y se separa otro componente formado por la unidad cabeza-cuello. Este detalle permitió la colocación más ajustada de la prótesis ya que se afinó más el concepto de isometría del miembro reproduciéndose exactamente el offset de la cabeza femoral respecto al trocánter mayor.

Escuelas de diseño e investigación en la cirugía implantológica de cadera del HSJD en la década de los 80

Escuela italiana

La prótesis diseñada por Lorenzo Spotorno, en 1983 en Pietra Ligure (Italia) y puesta al mercado en 1984, representó un concepto novedoso en la concepción del cotilo y el vástago. El primero, a pesar de ser de base metálica, tenía la característica peculiar de ser expansivo y por tanto favorecer la introducción y adecuación a las diferentes tallas del cotilo óseo; en cuanto al vástago recto tenía un diseño en cuña tridimensional que favorecía la fijación primaria en el fémur

Escuela Suiza

La creación de la prótesis isoelástica surge de la confluencia de tres investigadores: el ingeniero biomecánico Robert Mathys de Bettlach (Suiza) y los Dres Erwin Morscher de Basilea (Suiza) y Renato Bombelli de Busto Arsizio, Varese, (Italia). En la búsqueda de un material con gran compatibilidad biológica con el cuerpo humano y con unas características físicas y mecánicas parecidas al hueso, encuentran en la resina de poliacetal estos requisitos. Diseñan prótesis con componente femoral, cotiloideo y de cabeza-cuello, descritos más adelante.

Las prótesis diseñadas por M. Müller de vástago recto siguen su utilización especialmente en las formas cementadas y en casos de cotilo dísplásico

Escuela inglesa

Utiliza la prótesis de Charnley en casos que requieran cementación.

Escuela austríaca

La prótesis de Zweymüller diseñada por este médico e investigador de Viena (Austria), tuvo una gran utilización en los ambientes hospitalarios españoles y en Baleares. Entre 1979 y 1983 Karl Zweymüller (Viena, Austria, 1941) junto al Dr. M. Endler ambos de la Clínica ortopédica de la Universidad de Viena y Semlitsch de la empresa Sulzer, diseñaron un prototipo de prótesis de cadera no cementada con un cotilo de polietileno roscado, vástago de aleación formada por Ti-

6Al-4V (Protasul 64WF) y cabeza cerámica de óxido de aluminio. Posteriormente, el cotilo se revistió con una capa de titanio puro y finalmente en 1984 se fabricaron los cotilos totalmente autorroscantes en titanio puro e inserto de polietileno.

Es a partir de mediados de la década de los 80 cuando el Servicio de COT del Hospital Son Dureta introdujo en Palma este tipo de implante no cementado. Posteriormente, este implante se utilizaría en el HSJD y en la práctica privada, obteniendo una amplia y larga popularidad en los ambientes ortopédicos de las Islas Baleares

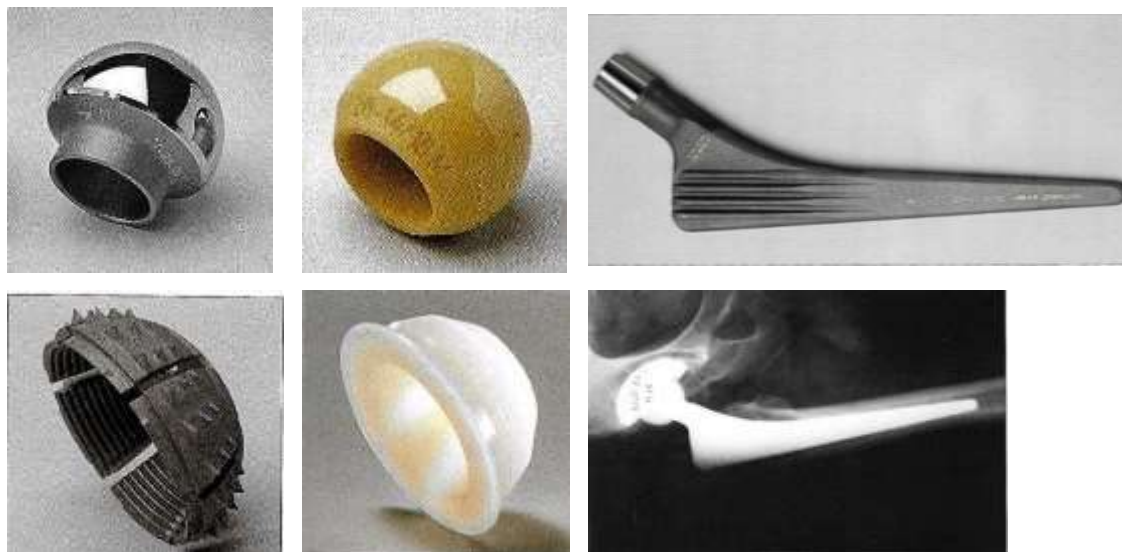
Escuela americana

Las prótesis de los modelos PCA (Porous Coated Anatomic) y Optifix procedentes de la investigación y fabricación de la industria norteamericana tuvieron menos representación en el HSJD.

- **Prótesis de Spotorno**

En 1987 el equipo quirúrgico de JAS introdujo en el HSJD el modelo protésico diseñado por el cirujano italiano Lorenzo Spotorno (1936-2009), basado en un implante no cementado. El vástago CLS se concibió con el objetivo de lograr una estabilidad primaria mediante un anclaje proximal (metafisario) que conservara la función de transmisión de fuerzas en la metafisis. Esta fijación primaria se conseguía mediante una forma tridimensional en cuña de la parte proximal del implante, lo cual contribuye a transmitir los vectores de torsión.

Fig. Ap II.26. Prótesis de cadera modelo Spotorno



Implantes y su colocación en la cadera. Fuente: archivo personal del autor, año 1987.

Se utilizó un cotilo expansivo que constaba de una bandeja de titanio puro y un inserto de polietileno. El vástago tenía un ángulo CCD de 145 grados aunque después se hicieron modelos con ángulos de 135 y 125, carece de collarín y está disponible en 11 tamaños. El material de construcción era una aleación de titanio-aluminio-niobioTi-6Al-7Nb (Protasul 100). Posteriormente, se recubrió con hidroxiapatita para una mejor integración en el fémur. La cabeza se construye con una aleación de Co-Cr-Mo o bien con cerámica Al₂O₃.

Representaba un modelo protésico sólido y de colocación protocolizada pero su inconveniente era que no se adaptaba a los diferentes tipos de metafisis superior del fémur. Su indicación princeps era el fémur en trompeta.

En una revisión realizada en 2004 por Malchau et al. (Swedish National Hip Arthroplasty, Register Annual Report 2003) sobre 404 casos analizados a los 10 años de colocación se detallaba un 100% de supervivencia de los implantes.

- **Prótesis de Zweymuller**

A resultas del traslado de la sección JAS al HSJD en 1987, se introdujo en este centro el uso de esta prótesis, llamada con el tiempo a adquirir una gran popularidad entre la comunidad ortopédica de Baleares. Un factor adicional favorecedor fue la frecuente visita del autor del implante el Profesor Karl Zweymuller a nuestra comunidad y su radicación en Mallorca como residente en verano.

Desde mediados del año 1982, cuando apareció publicada en el *Journal of Bone and Joint Surgery*, la llamada vía directa lateral, llamada Vía de Hardinge, por los autores anglosajones, o Vía de Bauer para los alemanes, se utilizó sistemáticamente este tipo de acceso quirúrgico en el hospital.

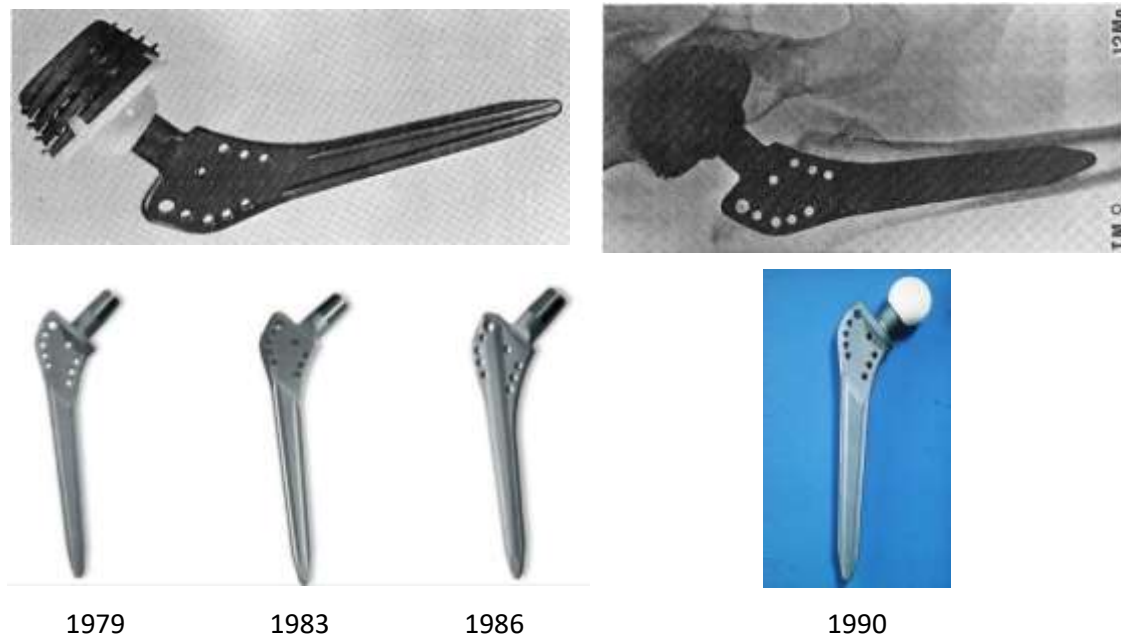
El primer tipo de cotilo Endler roscado de polietileno ultramolecular fue precozmente recubierto por una fina capa de titanio (Schwagerl 1983). A partir de 1984 el propio Zweymuller adoptó un nuevo modelo de cotilo troncocónico autorroscante, constituido totalmente en titanio puro forjado y que aloja en su interior un componente de polietileno. La cabeza era esférica, de cerámica Biolox Al₂O₃ y con un diámetro de 32mm. Los vástagos femorales eran de una aleación formada por Ti-6Al-4V (Protasul 64 WF), se fabricaron 13 tamaños, con un diseño favorecedor del anclaje diafisario y metafisario. En este diseño la anteversión del cuello es neutra y el valgismo es de 131 grados. La forma del implante femoral está ideada para anular las fuerzas de torsión y conseguir el anclaje directo diafisario y metafisario y tiene una conicidad de 3 grados en su parte media y distal. En la parte proximal aplanada existen 9 orificios para facilitar la extracción del vástago cuando proceda, las mediciones radiográficas y la penetración ósea. El extremo proximal del vástago termina en un tronco de cono que sirve para encajar la cabeza femoral cerámica. La fijación del vástago se realiza por el contacto con la cortical diafisaria.

El crecimiento de hueso nuevo sobre las superficies de titanio se ha podido documentar de forma fehaciente mediante los exámenes histológicos realizados en preparados de fémur de pacientes fallecidos portadores de vástagos Zweymuller. Estos exámenes mostraron un excelente crecimiento del tejido óseo sobre la superficie de óxido de titanio. A este respecto, son muy ilustrativos los estudios anatomo-patológicos realizados por F. Lintner del Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Viena.

Como se ha señalado, este tipo de implante fue especialmente utilizado por el grupo de traumatólogos de la sección JAS, aunque posteriormente también fue asumido por otros especialistas en el marco del gran intercambio de experiencias que se concitaron en aquellos años en el HSJD.

En años posteriores el propio autor del implante diseñó modelos para reprotésis de cadera que también se utilizaron, si bien en menor escala, en el HSJD.

Fig. Ap II.27. Prótesis de cadera modelos Zweymüller



Prótesis de cadera modelos Zweymüller mostrando los implantes y su colocación en la cadera. En la fila superior: imágenes procedente del libro "Symposium sobre prótesis totales de cadera no cementadas Zweymüller/Endeler" Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Año 1986. En la fila inferior distintos modelos del vástago y sus modificaciones a lo largo de la década 1980/1990.

▪ Prótesis PCA (Porous Coated Anatomic)

Otro de los tipos de prótesis de cadera no cementada usados en el HSJD, si bien en menor número que la precedente, era la conocida como prótesis de cadera PCA. Dicho implante basa su potencial de fijación al hueso a través del crecimiento óseo sobre superficies rugosas, idea que corresponde a los investigadores europeos, que desde Judet y Lord a finales de los 60 y principios de los 70 trabajaron en esta teoría: Judet buscaba la fijación a través de superficies rugosas mientras que Lord lo hacía experimentando sobre superficies porosas. Para la implantación quirúrgica de esta prótesis se recomendaba la vía lateral directa de Hardinge.

El cotilo era de tipo esférico recubierto de microesferas de un espesor de 1,5mm con una porosidad global de un 35% y con un tamaño de poro situado alrededor de los 425 micrones. Como se ha demostrado experimentalmente, el tamaño del poro debe oscilar entre 50 y 500 milimicras para permitir el crecimiento del hueso en el interior del poro y mantener con el tiempo su actividad biomecánica óptima. Hay dos tetones de fijación en el reborde acetabular. Existe un rango de medidas entre los 46 y los 64mm.

El vástago de tipo anatómico está cubierto por el mismo microporo que el cotilo pero únicamente a nivel de la metafisis. Tiene una anteversión normal a nivel del cuello del implante. La parte metafisaria tiene un diseño trapezoidal permitiendo una adaptación a esta parte del hueso. El resto del vástago es de sección circular y diámetro decreciente. En visión latero-lateral la prótesis presenta un arqueamiento de concavidad posterior que le permite seguir la incurvación anatómica de la diáfisis femoral. Existen 7 medidas distintas para el lado derecho y otras tantas para el izquierdo.

La cabeza femoral es de 32mm, compuesta de vitalio en dos medidas diferentes: el modelo normalizado y otro modelo 5mm más largo para permitir la restauración exacta de la longitud de la extremidad.

Fig. Ap II.28. Prótesis de cadera modelo PCA



Imágenes de los implantes y su colocación en la cadera. Fuente: 'Prótesis sin cementar de la cadera' Felipe Bastos-Mora. Editorial JIMS. Barcelona (España) 1988.

▪ Prótesis isoelástica de Robert Mathys

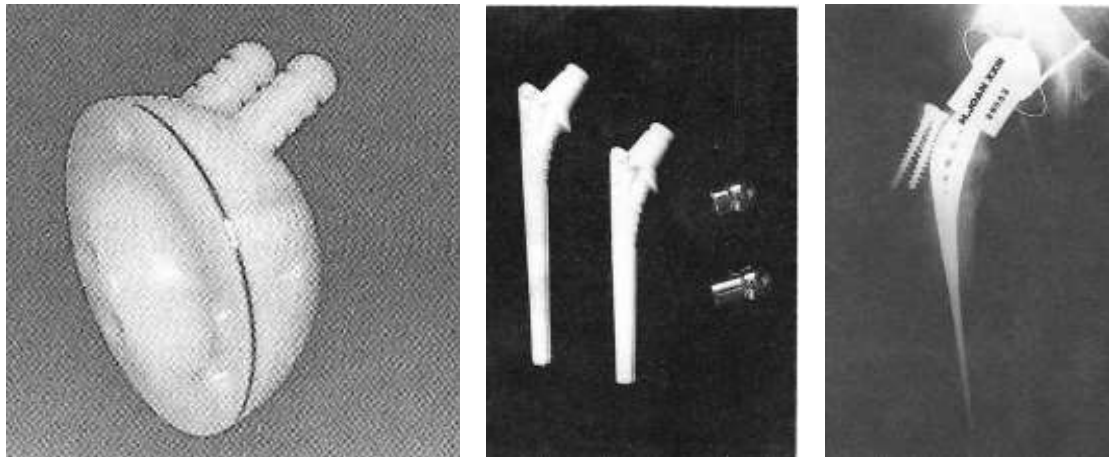
Se trata de una prótesis sin cementar. El cotilo está fabricado en polietileno de alta densidad con un diseño esférico y dos tetones en la zona de carga en la convexidad del implante. Periféricamente hay una serie de orificios para tornillos adicionales con el fin de asegurar la estabilidad primaria. Existen tres tipos de cotilo: estándar, displásico y biselado, en varios tamaños.

El vástago es de diseño recto con una ánima metálica recubierta de poliacetal. Este detalle de fabricación tiene por objeto conseguir la máxima isoelasticidad con el hueso adyacente, lo que facilita una mejor adaptación al endostio del fémur y por consiguiente es de esperar una coexistencia más prolongada. Tiene una longitud de 140mm y un ángulo cérvico-diafisario de 144 grados. El anclaje se complementa con dos tornillos de esponjosa. Existen tres longitudes: 140, 180 y 240mm en varios grosores. La cabeza es metálica y presenta tres tamaños: cuello corto, medio y largo.

Como muchos otros modelos la prótesis isoelástica sufrió paulatinos cambios que con el tiempo fueron adaptando las mejoras que la investigación biomédica ponía a disposición de los fabricantes. Así, se recubrió con titanio o con hidroxiapatita la superficie convexa del cotilo y se adaptaron cabezas de cerámica. También se dispuso de modelos especiales para casos de recambio protésico.

Las prótesis isoelásticas fueron ampliamente utilizadas en el HSJD ya que se adherieron a su utilización el equipo propio del hospital y los cupos quirúrgicos. Su empleo se prolongó 14 años (1984-1998) y el HSJD fue nombrado hospital de referencia para la docencia del método isoelástico, con el consiguiente reconocimiento del hospital en los ambientes ortopédicos profesionales y universitarios.

Fig. Ap II.29. Prótesis de cadera modelo isoelástico de Robert Mathys



Se muestran los implantes y su colocación en la cadera. Fuente: 'Prótesis sin cementar de la cadera' Felipe Bastos-Mora. Editorial JIMS. Barcelona (España) 1988.

- **Prótesis Optifix**

Este modelo de prótesis estaba formado por un vástago recto que se implantaba sin el uso de cemento y poseía en la zona metafisaria un área de metal poroso que propiciaba el crecimiento endostico de hueso que procuraba la fijación del implante.

Fig. Ap II.30. Vástagos de la prótesis de cadera Optifix



II.2 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Escuelas de diseño e investigación en prótesis de rodilla en el HSJD en la década de los 80

Escuela americana

Desarrolló el uso de los siguientes tipos de prótesis:

La prótesis de deslizamiento de rodilla PCA (Porous Coated Anatomic de Howmedica) tenía la característica de que podía ser aplicada sin cemento, gracias a que este tipo incorporaba unas esférulas microporosas de cobalto-cromo que favorecían la penetración de hueso neoformado en su interior y así se lograba la fijación secundaria. Era de diseño anatómico con componentes derecho e izquierdo. En casos de pacientes más añosos o con osteoporosis el implante se colocaba cementado.

La prótesis de rodilla Insall-Burstein I y II se introdujeron en el mercado a finales de los años 80. La prótesis Insall-Burstein Estabilizada Posterior I apareció en la comunidad ortopédica a partir de 1983. Era un modelo semiconstreñido sin conservación del ligamento cruzado posterior. De entrada se utilizó la versión PSI y después la versión PSII. A partir de 1989 se configuró la última generación de prótesis Insall-Burstein. Este tipo protésico constaba de dos apartados: la Prótesis Insall-Burstein E.P.II y la Insall-Burstein II Condilar Costreñida.

Escuela austriaca

Esta escuela propugnó el uso de la prótesis APS diseñada por el profesor Dr. Wolfgang Schwägerl de la Clínica Ortopédica de la Universidad de Viena. El Dr Schwägerl proponía un tipo de prótesis de deslizamiento con la particularidad de que no utilizaba cemento y lograba la integración de los implantes por vía biológica. Se limitaba su aplicación a casos con buena dotación ósea y personas relativamente jóvenes. Se utilizó escasamente en el HSJD ya que no aportaba mejora sobre los otros sistemas

- **Prótesis PCA de Rodilla**

El implante PCA primario de rodilla estaba compuesto por un implante femoral en diversas tallas que reproduce la geometría de los cóndilos femorales; una bandeja metálica tibial con diversas tallas y con tres tipos de anclaje óseo; un inserto de polietileno y un implante rotuliano de base metálica con suplemento de polietileno.

Fig. Ap II.31. Prótesis de rodilla PCA

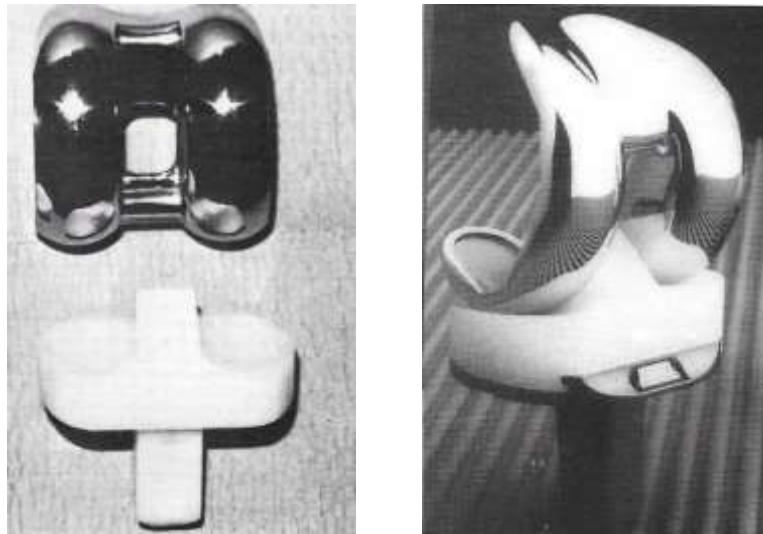


Imágenes de los implantes femoral, tibial, rotuliano y el inserto de polietileno correspondiente a la prótesis PCA de rodilla. Fuente: archivo fotográfico personal del autor.

- **Prótesis de Insall-Burstein Estabilizada Posterior I y II**

El componente femoral era de aleación de cromo-cobalto-molibdeno (Zimaloy). Los componentes tibiales estaban formados por diversos elementos: unas superficies articulares en polietileno de alta densidad, platillos tibiales metálicos, cuñas, hemicuñas y vástagos en diversas longitudes y grosores. Los implantes metálicos tibiales eran de aleación de titanio-aluminio-vanadio. El componente rotuliano era de polietileno de alta densidad.

Fig. Ap II.32. Prótesis de rodilla Insall-Burnstein



Prótesis Insall-Burnstein de rodilla modelo estabilizada posterior sin y con bandeja tibial metálica reproduciendo dos versiones PS I y PSII. Fuente: "Surgery of the knee". Jonh N. Insall. Ediyptial Churchill Livingstone Inc. Nueva York 1984

II.3 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DEL CODO

- Prótesis tipo bisagra

Este implante protésico de codo se aplicó en muy contadas ocasiones, únicamente en secuelas de graves fracturas de codo

II.4 CIRUGÍA DE LA MANO

- Prótesis de semilunar, de escafoides y de la articulación trapecio-metacarpiana

Estos implantes se utilizaron con bastante frecuencia en procesos artrósicos y artríticos de los huesos mencionados

II.5 CIRUGÍA DEL PIE

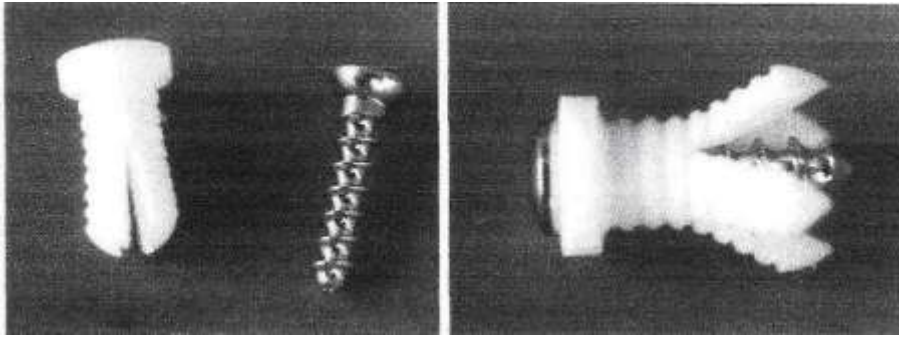
- Prótesis en copa de champan de Viladot

Descrita previamente.

- Prótesis de Giannini

Se utilizó al igual que la prótesis de Viladot para el tratamiento del pie plano-laxo infantil rebelde al tratamiento fisioterápico u ortésico. Consistía en un implante a modo de taco dilatable que se introducía en el seno del tarso para lograr un efecto de artrorraxis entre astrágalo y calcáneo devolviendo las relaciones anatómicas entre ambos huesos.

Fig. Ap II.33. Endoprótesis subastragalina de Giannini



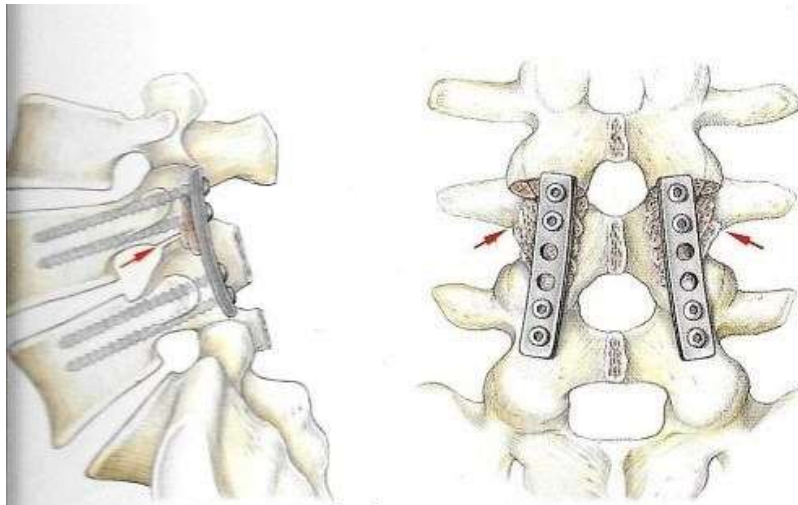
Se aprecia la apertura de las aletas del implante de polietileno tras la introducción del tornillo. Fuente: archivo personal del autor.

II.6 CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

▪ Placas de Louis

Las placas de Louis se utilizaron en la patología discolumbar para el tratamiento de las inestabilidades. Su objetivo era lograr una artrodesis a nivel de la columna lumbar, acompañando la aposición de injerto óseo.

Fig. Ap II.34. Placas de Louis



Colocación de las placas de Louis en la cirugía de la artrodesis de la columna lumbar. Fuente: archivo personal del autor.

II.7 CIRUGÍA ARTROSCÓPICA

▪ Artroscopia de rodilla y hombro

Diversos especialistas del hospital iniciaron la implantación de la técnica de artroscopia de rodilla a partir de 1984, destacando entre ellos los Dres. G. Malberti Fernández, J.L. León Martínez y M. Dora Parera. Posteriormente, se inició la artroscopia de hombro.

En la rodilla se utilizó para procesos tipo meniscopatia, bridas articulares, lesiones de ligamentos cruzados, osteonecrosis, etc. En el caso del hombro se propuso para la patología de la cofia de los rotadores.

II.8 TRAUMATOLOGÍA. OSTEOSINTESIS DE GRANDES HUESOS

Cirugía practicada en el HSJD, especialmente por la sección JAS.

▪ Sistema Clavo Gamma

En 1988 apareció el clavo gamma (TGN) introducido en la praxis traumatológica por la escuela francesa de politraumatizados de Estrasburgo por Kempff, Grosse y Taagland. También se desarrolló una forma parecida en el Royal Halifax Infirmary inglés. Ambos sistemas derivaban en realidad del llamado clavo en Y, introducido con anterioridad, en 1940, por Küntscher. En España pronto se utilizó el diseño francés, y en el HSJD se indicó en las fracturas basicervicales, pertrocanterea y subtrocanterea, compartiendo con otros sistemas. Posteriormente, aparecieron modificaciones al primer diseño y aparecieron los Clavos gamma II y el Tipo III.

Fig. Ap II.35. Clavo gamma



*Imagen de clavo gamma y su colocación en una fractura pertrocanterea de femur.
Fuente: archivo personal del autor.*

▪ Clavos endomedulares encerrojados

Se adjuntan imágenes de los clavos endomedulares encerrojados y su utilización en fracturas diafisarias de fémur, tibia y húmero. En esta década se trata de clavos encerrojados, evolución del primitivo clavo de Küntscher, que evitan el deslizamiento de los implantes y permiten la dinamización de los montajes para acelerar la formación del callo óseo.

Fig. Ap II.36. Clavo endomedular

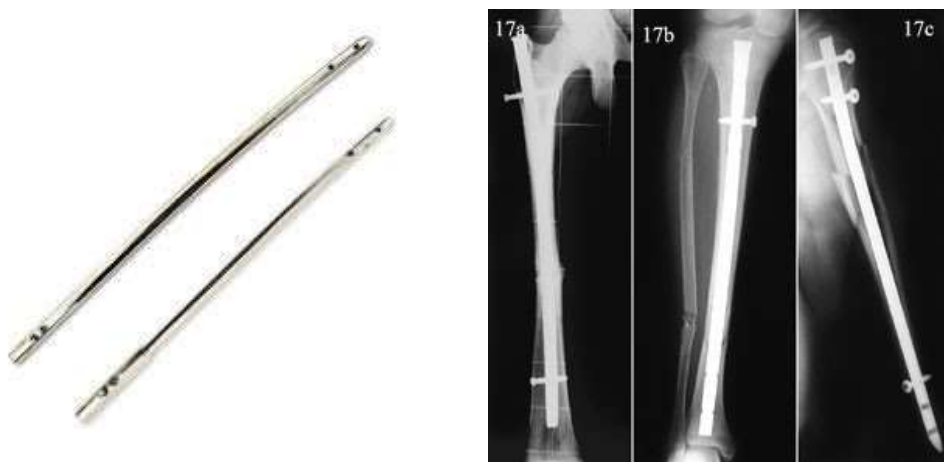


Imagen de clavo endomedular y su colocación en una fractura en un hueso largo: femur, tibia y humero. Fuente: archivo personal del autor.

- Sistema tornillos deslizantes-placas (Osteosíntesis dinámicas)

En la década de los 80 se desarrollaron diversos tipos de osteosíntesis llamadas dinámicas, telescópicas o deslizantes cuya peculiaridad era ofrecer compresión en el foco de fractura para acelerar la consolidación de la fractura. Sus precursores fueron Putti en Italia y Pohl en Alemania en 1951, Deschamps en Francia en 1956 y Charnley y cols. en 1957.

Se presentaron en dos modelos de diseño: los de ángulo variable y los de ángulo fijo. Entre los primeros se utilizó el DMS de Martin. Entre los de ángulo fijo, que fueron más utilizados en nuestro medio, destacaron los promovidos por la AO suiza: el DHS (Dynamic Hip Screw) y el DCS (Dynamic Condilar Screw). Otros sistemas aunque menos utilizados fueron el THS (Trocanteric Hip Screw) de Richards-Howmedica y el FFSS de Zimmer.

Fig. Ap II.37. Tornillo deslizante



Imágenes del tornillo deslizante-placa de la AO suiza: DHS (izquierda) y DCS (derecha). Fuente: archivo personal del autor.

III INNOVACIONES EN TÉCNICAS QUIRÚRICAS ESPECÍFICAS EN LA DÉCADA DE LOS 90

III.1 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA

En la década de los 90 se perfilan cambios en el tipo de implantes utilizados en los procedimientos de la cirugía protésica de la cadera. De la experiencia en el centro destaca la gran popularidad que adquirieron los diseños ingleses y en menor medida los franceses. Tenían la peculiaridad de ser diseños con modularidad de sus piezas, presentar vástagos femorales de diseño recto y en el caso del modelo inglés la cobertura de hidroxiapatita que favorecía la unión entre implante y hueso.

Escuelas de diseño e investigación en la cirugía implantológica de cadera del HSJD en la década de los 90

Escuela inglesa

La prótesis de cadera de Furlong, apareció en 1985 y supuso un nuevo concepto de reemplazo total de la articulación. El primer implante había sido realizado en el Queen Victoria Hospital (East Grinstead, West Sussex) por Ronald John Furlong (1909-2002) el 9 de septiembre de 1985. Se trataba de unos implantes recubiertos de hidroxiapatita, lo que suponía una revolución en aquel momento, dado que predominaban los implantes cementados. Por otro lado, una geometría específica del vástago, con la parte metafisaria en forma de copa, conseguía un éxito clínico sin precedentes en la implantología de la cadera. Se trataba de una fijación de los implantes a la vez mecánica (por el diseño similar a un tapón de cristal cerrado una botella) y biológica (por la cerámica de hidroxiapatita/ supravit). Esta última lograba que a los tres meses aproximadamente se produjera una fijación biológica del implante ya que las trabéculas óseas penetraban en la hidroxiapatita. Había sido un modelo diseñado en colaboración con el Dr. Johannes-Friedrich Osborn (1946-1990) cirujano maxilofacial y científico de remarcable talento afincado en Bonn (Alemania). En el HSJD empezó a utilizarse por la sección JAS en 1992

Escuela francesa

De la escuela francesa cabe destacar:

La prótesis de cadera francesa Cerafit que es un producto de investigación de la empresa Ceraver del país galo debido a la unión entre el ingeniero mecánico Daniel Blanquaert y el cirujano ortopédico Dr. Pierre Boutin. Ambos investigadores iniciaron en 1970 la aplicación de la cerámica de alumina ($Al_2O_3-Al_2O_3$) en la fabricación de las articulaciones de la cadera protésica; en 1971-72 fabricaron los primeros vástagos femorales en aleación de titanio ($TiAl_6V_4$); en 1974 idearon la primera prótesis de cadera no cementada y en 1982 propagaron la utilización de cotilos de titanio con inserto de cerámica de alumina.

Los modelos protésicos ABG I y II de cadera, proceden de la investigación de un grupo de cirujanos ortopedistas franceses interesados en los modelos de prótesis sin cemento. Desde 1986 este grupo de investigadores realizan estudios apoyados en los centros de investigación de Rutheford (Nueva York) y d'Herouville (Caen, Francia). El elemento del vástago de $Ti-Al_6-V$ es de diseño anatómico: derecho e izquierdo, con una zona metafisaria en forma de tulipa y con recubrimiento de hidroxiapatita y una punta relativamente corta y terminada en punta para evitar el contacto diafisario. El elemento cotiloideo totalmente hemisférico, fijado en pres-fit y dotado de puntas o tornillos de refuerzo adicional. La cabeza es de material cerámico.

- **Prótesis Furlong**

Se trata de una prótesis no cementada, puesta a punto por la Sección JAS de COT en el HSJD a partir del año 1992.

El vástago, en la parte metafisaria posee una sección rectangular, con collarín proximal medial. En la zona de transición, el vástago adopta forma de tronco de cono invertido, que a modo de cuña se impacta con firmeza en la zona metafisaria del fémur. La porción distal es cilíndrica y alargada. Una aleta en el cuerpo del vástago tiene como objetivo el bloqueo de los movimientos rotatorios. El ángulo cervico-diafisario va desde 133 a 140 con dos opciones de offset (normal y extendido). El cotilo tiene forma esférica recubierta de hidroxiapatita con orificios para colocación de tornillos y posibilidad de insertos de polietileno o cerámica. Las cabezas con metálicas o cerámicas de tamaños: 38, 32, 36 y 40 mm. Los insertos son de polietileno y cerámicos.

Fig. Ap II. 38. Prótesis de cadera modelo Furlong



Se muestra el vástago con la cabeza cerámica, el cotilo esférico y el inserto en polietileno o en cerámica y la aplicación de los tornillos para la fijación inmediata. Fuente: Dr. Keith Jackson et al., «Furlong 20 años en España» Conferencia pronunciada en la Jornada Científica Casa Llotja de Mar de Barcelona, 2/10/2010.

- **Modelos de revisión Furlong de vástago largo**

Existen modelos de revisión con vástagos largos. Aplican la misma tecnología descrita para los implantes estándar.

Fig. Ap II. 39. Prótesis de cadera modelo Furlong Furlong de vástago largo



Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis ABG-II y ABG-II modular**

La prótesis de cadera modelo ABG-II en sus variantes estándar o modular consistía en un sistema protésico no cementado y cuyo diseño pretende remedar la forma anatómica del fémur en sus tres planos.

El vástago es de $TiAl_6V$, con la zona metafisaria recubierta de hidroxiapatita, existe modelo derecho e izquierdo. El cuello puede ser modular de vitalio, aleación de Cr-Co, del que existen 10 modelos. El cotilo era semiesférico y recubierto de hidroxiapatita con dispositivo en forma de puntas o tornillos para aumentar la fijación. Los insertos pueden ser de dos tipos: en cerámica biolox o en vitalio. Las cabezas igualmente pueden ser de cerámica biolox o vitalio.

Fig. Ap II. 40. Prótesis de cadera modelo ABG-II estándar



Se muestran los implantes femoral y cotoideo y diversos insertos en polietileno o cerámica así como cabeza metálica y cerámica. Fuente: archivo personal del autor.

Fig. Ap II. 41. Prótesis de cadera modelo ABG-II modular



Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis Cerafit**

Se trata de un modelo de prótesis de cadera no cementada y constituida con los cuatro componentes clásicos de estos implantes. Los vástagos son rectos con encaje a presión

metafiso-diafisario en 12 tallas. Están compuestos de material metálico de aleación de $TiAl_6V_4$ con recubrimiento de hidroxiapatita o sin el. El ángulo cervicodiafisario es de 132 grados. Para las cabezas, existen dos posibilidades: en acero inoxidable en 13 tallas y con medidas de 22, 28 y 32 mm; la otra posibilidad es de cerámica Al_2O_3 en 6 tallas y con tamaños de 28 y 32 mm. Los cotilos, fabricados en la misma aleación metálica de $TiAl_6V_4$, tienen forma semiesférica y van insertados a presión. Pueden estar o no recubiertos de una capa de hidroxiapatita y poseen fijación adicional mediante tornillos. Existen tallas desde 42 a 68 mm. En relación a los insertos, pueden ser de polietileno o de cerámica y existe un modelo antiluxante.

Fig. Ap II.42. Prótesis de cadera Cerafit



Imagen izquierda: vástagos de la prótesis cerafit, con cabeza cerámica de implante no cementado. Imagen derecha: implante cotoideo con el inserto de polietileno y debajo las cabezas cerámica y metálica. Fuente: archivo personal del autor.

III.2 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Escuelas de diseño e investigación en la cirugía implantológica de rodilla del HSJD en la década de los 90

Escuela americana

Los modelos implantológicos propugnados por la escuela americana fueron:

La prótesis Optetrak, es un modelo que nace en 1994 bajo los auspicios del Dr. William Petty (Exactech), Albert H. Burstein y demás colegas del Hospital for Special Surgery de Nueva York, los Dres. Bill Murray, Ivan Gradisar y los ingenieros Gary Miller y Raymond Cloutier. Los primeros diseños fueron el modelo CR y el PS. En 1997 se pone a punto el diseño para casos de revisión. En 1999 se dispone de un modelo más constreñido sin vástagos, llamado NMC (No Modular Constreñida).

Otras prótesis de rodilla, utilizadas en el HSJD, procedentes del campo de la investigación médica de EEUU fueron la prótesis LCS descrita en este capítulo.

Escuela francesa

La prótesis de rodilla Hermes diseñada por la empresa francesa Ceraver, tuvo una escasa utilización en el HSJD.

Escuela española

La prótesis de rodilla Anakine procedente de la empresa española Lafitt, radicada en Valencia, tuvo un período de aplicación en el HSJD dada la facilidad de implantación del modelo español, especialmente para casos de cirugía primaria.

▪ Prótesis Optetrak

El implante se comenzó a aplicar en el HSJD a partir de 1997. El sistema de prótesis de rodilla Optetrak, es un tipo de implante con diseño de deslizamiento, por lo que exige la indemnidad de los ligamentos colaterales. Fue ideado en el Hospital de Cirugía Especial de Nueva York, por los Dres. Albert Burnstein y Donald Bartel de la Universidad de Cornell, a partir de finales de la dejada de los 80. Puede ser empleado con la conservación del ligamento cruzado posterior o sin él.

Consta de un componente femoral, uno tibial, uno rotuliano y el inserto de polietileno. Se usa con aplicación de una interfase de cemento, aunque existen implantes porosos para prescindir de cemento. El modelo de revisión, Optetrak CC, contaba con vástagos femorales y tibiales y cuñas de suplementación en fémur y tibia.

El primer modelo fue la Optetrak Simetrica CR/PS, con conservación o no del LCP, apareciendo después la Optetrak CC de revisión y la Optetrak de NMC. Todos estos modelos se utilizaron en el hospital durante la década de los 90. En décadas posteriores, de 2002 a 2011 aparecieron nuevos modelos de la misma prótesis (Optetrak Asimétrica CR-PS, Optetrak HI-FLEX, Optetrak RBK, Optetrak Logic PS, Optetrak Logic CR y Optetrak CR Slope) pero no se utilizaron en el hospital.

Fig. Ap II. 43. Prótesis de rodilla Optetrak



Prótesis Optetrak CR/PS de rodilla mostrando los componentes: femoral, tibial y rotuliano. Modelo primario CR/PS disponible a partir de los años 1994-1997.

Prótesis Optetrak CC de rodilla mostrando los componentes: femoral, tibial y rotuliano con sus vástagos y cuñas Modelo disponible a partir de los años 1997-1998.

Prótesis Optetrak modelo NMC. Estuvo disponible a partir del año 1999 y se utilizaba en casos primarios en los que se requería una mayor constricción.

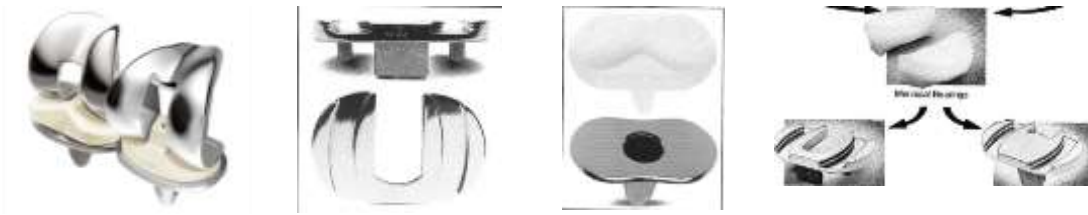
Fuente: archivo personal del autor

▪ Prótesis LCS De Puy

Otro modelo cementado en la década de los 90, aunque menos usado en el hospital fue la prótesis de rodilla LCS. En principio tenía parecidos planteamientos a la prótesis Optetrak, aunque con la particularidad de ofrecer una versión que reproducía el efecto del mecanismo de amortiguación meniscal. Poseía tres versiones distintas: plataforma rotatoria, conservación de ambos cruzados o únicamente conservación del LCP. En las dos últimas versiones el inserto tibial

de polietileno reproducía el mecanismo de deslizamiento meniscal, un detalle que la hace más próxima al estado anatómico de la articulación.

Fig. Ap II.44. Prótesis de rodilla de Puy



Prótesis de rodilla de Puy con plataforma rotatoria y con bandeja tibial con insertos meniscales apta para la conservación de uno o los dos cruzados. Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis de rodilla Hermes**

Formada por implantes cementados en cromo-cobalto. La versión primaria se componía de un modelo postero-estabilizado, un modelo con conservación de un cruzado y un tercer modelo que conservaba los dos cruzados.

Existía el modelo de revisión provisto de tutores femorales y tibiales y cuñas de aditamento. Se disponía de un modelo unicompartmental y otro femoro-patelar. En el HSJD únicamente se usaron los modelos estándar y durante corto espacio de tiempo.

Fig. Ap II. 45. Prótesis de rodilla Hermes



Distintos modelos de implantes de prótesis de rodilla Hermes de izquierda a derecha: Prótesis estabilizada posterior, Prótesis con conservación de uno o dos cruzados, Prótesis de revisión, Prótesis unicompartmental y Prótesis femoro-patellar. Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis de rodilla Anakine**

La prótesis de rodilla Anakine utilizada en el HSJD fue diseñada como un implante para utilización en cirugías primarias con conservación o resección del ligamento cruzado posterior. Existe posibilidad de cementación o no.

Está constituida por un componente femoral anatómico, derecho e izquierdo, con posibilidad de conservación o sustitución del ligamento cruzado posterior y en material poroso o pulido para la cementación. Existen 5 tallas de cada una de estas modalidades (40 referencias). Presenta un componente tibial en bandeja metálica en 5 tallas. Existe la opción de vástago de refuerzo tibial. El inserto es de polietileno en versión CR o PS en diferentes tallas. El componente rotuliano es de polietileno.

Fig. Ap II. 46. Prótesis de rodilla Anakine



Fuente: archivo personal del autor.

III.3 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DEL HOMBRO

- Prótesis de hombro Aequalis

Las prótesis de hombro son las de mayor antigüedad en el campo ortopédico. Jules Pean en Francia en 1893, aplicó la primera prótesis de hombro en un caso de artritis tuberculosa. Ya en el siglo XX Krueger y Judet realizaron avances en el diseño, pero sería Charles S. Neer de Nueva York (1917-2011, Oklahoma, USA) quien entre 1950-1952 diseñara el primer modelo realmente funcional y con técnica de implantación reproducible de una prótesis de hombro parcial. Posteriormente, Kenmore en 1954 amplió el diseño configurando una prótesis total. Prácticamente los modelos actuales derivan del original de Neer-Kenmore. Paul Grammont de Dijon, Francia introdujo en 1980 el concepto de prótesis invertida o reversa.

En el HSJD se utilizó el modelo de prótesis de hombro Aequalis, en casos de grave artrosis de la articulación escapulohumeral. Consta de cuatro elementos: el vástago humeral, la pieza intermedia, la cabeza humeral y el implante glenoideo. Se utilizaba cemento acrílico para mejorar la fijación de los elementos humeral y glenoideo. El material de construcción de la parte humeral es de aleación de titanio y la glena de polietileno.

Fig. Ap II. 47. Prótesis de hombro Aequalis



Prótesis de hombro modelo Aequalis cementada en su componente humeral y glenoideo.

Fuente: archivo personal del autor.

La prótesis Aequalis se presenta en dos opciones: para tratamiento de patología artrósica y para el tratamiento de fracturas conminutas de la cabeza humeral. El vástago humeral cementado existe en tres tallas de grosor distinto. Existen cuatro piezas intermedias que permiten adaptar

el implante al ángulo de inclinación humeral. Se dispone de siete tallas de cabeza articular. Existen tres tallas de implantes glenoideos.

- **Prótesis de hombro Equinox**

Se implantó en pocas ocasiones, a partir de 1997, dada la infrecuencia de las patologías en las que está indicado este tipo de implantes, especialmente en el HSJD. Esta prótesis viene diseñada como:

- Un sistema protésico parcial para fracturas complejas de la cabeza humeral.
- Un sistema primario normal anatómico, o bien un sistema de prótesis invertida, en ambos casos para patologías de artrosis avanzada de la articulación escapulo-humeral o para artritis de diversas etiologías. En el HSJD solamente se utilizó el sistema anatómico normal.

Fig. Ap II. 48. Prótesis de hombro Equinox



Fuente: archivo personal del autor.

III.4 CIRUGÍA DE LA MANO

- **Prótesis de escafoides**

La utilización de prótesis parciales de escafoides en el HSJD, fue muy restringida y solo utilizada en casos de pseudartrosis de escafoides con necrosis del polo superior. Se trataba de prótesis de silastic tipo Swanson en cinco tallas para cada lado, que reproducen la porción proximal del hueso junto a un pequeño vástago para fijar el implante al resto del hueso.

Fig. Ap II. 49. Prótesis de escafoides



Prótesis parcial de escafoides y su colocación en un caso de pseudartrósis de escafoides. Fuente: archivo personal del autor.

▪ Prótesis trapecio-metacarpiana Elektra

Los tipos de prótesis trapecio-metacarpiana derivan de los modelos diseñados en Francia por Jean-Yves de La Caffiniere (1938, Saint Nazaire, Francia) a partir de 1973. Eran implantes metálicos en aleación de cromo-cobalto (vitalium), con un diseño formado por un vástago que se implanta en el metacarpiano, una cabeza esférica y una cavidad cotiloidea, anclada en el hueso trapecio. De este primer diseño posteriormente han aparecido distintas variaciones. Estas técnicas sí fueron ampliamente utilizadas en el HSJD, dada la frecuencia de los procesos degenerativos de la articulación trapecio-metacarpiana que se presentaban en los pacientes asistidos

Su principal indicación es la rizartosis y la artritis reumatoide. Se empezó a emplear a partir del año 1997

El sistema de la prótesis Elektra consta de una cúpula trapecoidal roscada que se inserta en el hueso trapecio, un cuello con cuatro longitudes y un vástago metacarpiano en cuatro tallas. Los elementos que se insertan en zonas óseas (cúpula y vástagos) van recubiertos de hidroxiapatita.

Fig. Ap II. 50. Prótesis trapecio-metacarpiana Elektra



Fuente: archivo personal del autor

▪ Prótesis trapecio-metacarpiana Ivory

Se utilizó en las mismas indicaciones de todas las prótesis trapecio-metacarpianas; la artrosis primaria o secundaria de la articulación trapecio-metacarpiana. La prótesis consta de tres elementos, y se utiliza sin cemento. Una cúpula de acero inoxidable recubierta de hidroxiapatita en tres tallas. El cuello intermedio en tres tallas y el vástago metacarpiano en acero recubierto de hidroxiapatita.

Fig. Ap II. 51. Prótesis trapecio-metacarpiana Ivory



Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis trapecio-metacarpiana Arpe**

Tuvo las mismas indicaciones que los modelos anteriores. Es un sistema no cementado en acero inoxidable, constituido por tres elementos: cúpula de acero recubierta de hidroxiapatita en dos tallas; cabeza-cuello en cuatro tallas y vástago metacarpiano recubierto de hidroxiapatita en cuatro tallas.

Fig. Ap II. 52. Prótesis trapecio-metacarpiana Arpe



Fuente: archivo personal del autor.

III.5 CIRUGÍA DEL PIE

Escuela de Samuel Barouk

Durante esta década el HSJD introduce las novedosas técnicas en cirugía del pie puestas a punta por el Dr. Samuel Barouk de Burdeos, para el tratamiento del hallux valgus y otras deformidades del antepie, con la técnica “scarf”, osteotomías tipo Weil, tornillos canulados, etc.

Fig. Ap II. 53. Tornillo tipo Barouk



Tornillo tipo Barouk para cirugía de pie y su colocación en un caso de hallux valgus. Fuente: archivo personal del autor.

A este respecto, el Servicio de COT del HSJD presentó el primer trabajo clínico en Baleares en una ponencia al XXIV Simposium de COT del Hospital Son Dureta (26/9/1996) con la aplicación de aquellas técnicas: "Tratamiento del hallux valgus con la técnica scarf".

III.6 CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

En la patología de columna se abordaron algunos casos de patología degenerativa lumbar aplicando el sistema TSRH de artrodesis posterior lumbar.

Fig. Ap II. 54. Fijación-artrodesis lumbar mediante el sistema TSRH



Fuente: archivo personal del autor.

III.7 CIRUGÍA ARTROSCÓPICA

La artroscopia adquirió mayor importancia a lo largo de la década de los 90, siguiendo un desarrollo clínico y técnico evolutivo progresivo a partir de su implantación en la década de los 80. La patología asumida mediante artroscopia asumió mayor protagonismo en la cartera de servicios del HSJD.

- **Artroscopia de rodilla**

Se asisten procesos de patología meniscal, bridas meniscales, lesiones de LCA y LCP, cuerpos extraños, de ostoecondritis y osteocondrosis, osteonecrosis y de condromalacia rotuliana.

- **Artroscopia de hombro**

Se asume la patología del conflicto subacromial, la patología de la cofia de los rotadores, de las lesiones del tendón bicipital, de la articulación acromio-clavicular y la tendinitis calcificante.

III.8 ORTOGERIATRÍA

Debemos recordar en los antecedentes de la Unidad de Orto geriatria que un hecho impulsor de la misma fue que a partir de 1987 la Unidad de la JAS empezó a operar traumatología urgente diferida (léase fracturas de cadera y otras) en el HSJD. Este hecho determinó que con el tiempo se fuera mejorando e implementando este aspecto, lo que condujo finalmente a la organización de la Unidad de Orto geraitría

La creación de una Unidad de Orto geriatria, representó una faceta desarrollada profusamente por el HSJD en el tratamiento de las fracturas de la región de la cadera del anciano. Esta unidad estaba conformada por médicos internistas, traumatólogos, anestesiistas y rehabilitadores y puede afirmarse que este tipo de organización fue pionera en Baleares.

Los pacientes derivados desde los hospitales de agudos, preferentemente del Hospital Son Dureta eran evaluados y preparados por el Servicio de Medicina interna. Se procuraba una rápida atención quirúrgica mediante procedimientos de osteosíntesis o prótesis y se continuaba con el seguimiento postoperatorio y la precoz rehabilitación y deambulación del paciente.

III.9 FIJACIÓN EXTERNA

▪ Osteotaxis

El uso de la fijación externa en su concepción moderna se vino usando desde 1993 con diseños muy avanzados que permiten amplias indicaciones en COT, dado que combina el concepto de fijación con compresión con el de dinamización del callo óseo, con transferencia progresiva de carga. Además permite otras acciones mecánicas sobre los huesos como son: el alargamiento y la corrección angular.

Las indicaciones con las que se ha empleado en el HSJD son:

- En traumatología:
 - Fracturas de huesos largos
 - Fracturas articulares o periarticulares
 - Fracturas pélvicas
 - Fracturas de huesos pequeños de mano o pie
- En cirugía ortopédica:
 - Manipulaciones del callo óseo por: alargamientos o correcciones
 - Pseudartrosis
 - Artrodesis
 - Artrodiastasis
 - Corrección de contracturas de tejidos blandos

Fig. Ap II. 55. Montaje de un sistema de osteotaxis orthofix en una fractura de tibia

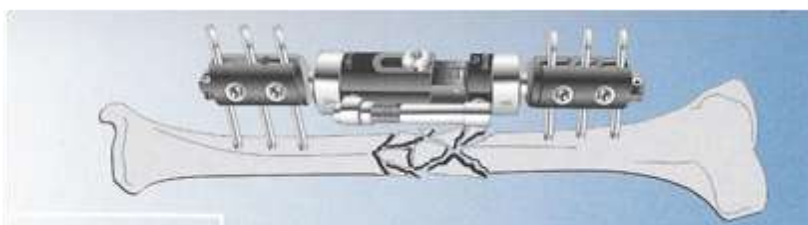


Imagen correspondiente al esquema de montaje de un sistema de osteotaxis orthofix en una fractura de tibia. Fuente: archivo personal del autor.

IV INNOVACIONES EN TÉCNICAS QUIRÚRICAS ESPECÍFICAS ENTRE 2000-2015

IV.1 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA

Escuelas de diseño e investigación en la cirugía implantológica de cadera del HSJD en las décadas de 2000

Escuela inglesa

Se siguen utilizando las prótesis del modelo Furlong, procedentes de la investigación anglo-germánica, ya descrito anteriormente.

En relación a la prótesis de resuperficialización Cormet y Birmingham. Entre 1991 y 1997 Derek McMinn y colaboradores desarrollaron un nuevo tipo de prótesis de cadera en el BMI Edgbaston Hospital de Birmingham (Inglaterra) apoyados por el Centro de Investigación Interdisciplinaria de Biomateriales de Queen Mary, de la Universidad de Londres.

La aparición de este nuevo diseño en el campo de las prótesis de cadera, indicado en personas jóvenes y con una dotación ósea suficiente, pareció revolucionar las expectativas en este campo. Desgraciadamente las complicaciones posteriores y la limitación de su aplicación han hecho desistir en gran medida su utilización. Los primeros casos tratados en el HSJD corresponden al año 2007.

Por otro lado, la miniprótesis Evolution pertenece igualmente al campo de la innovación de la investigación británica surgida del grupo de Furlong. La prótesis Evolution es en cierta forma un diseño derivado del vástago furlong original, en la que han participado un grupo de cirujanos e investigadores ingleses de varios centros británicos: Imperial College de Londres, Scarborough General Hospital, Royal National Orthopaedic Hospital, etc. En conjunto bajo el paraguas de la empresa británica JRI (Joint Replacement Instrumentation Limited), fundada por R. Furlong en 1970 en Sheffield, Inglaterra y especializada en implantes protésicos articulares.

Escuela austriaca

El modelo Zweymuller ha proseguido su utilización a lo largo de las décadas desde su primer diseño por Karl Zweymüller en el año 1979 y fabricado por la compañía suiza Sulzer Medizinaltechnik AG, con posteriores modificaciones en 1983, 1985, 1986, 2002 y 2004 dada la fiabilidad de su diseño y facilidad de su colocación. En 2004, la casa Sulzer fue adquirida por Zimmer y con ello el modelo Zweymuller, por lo que actualmente el fabricante del modelo diseñado por Karl Zweymüller es la empresa Zimmer de Warsaw, Indiana, EEUU.

Escuela americana

Representada por la empresa Zimmer, de Warsaw, Indiana, EEUU, la actual comercializadora del modelo Zweymuller.

- **Prótesis modelo Furlong**

El vástago furlong aparecido en Inglaterra en 1985 ha permanecido inalterado a lo largo de estos años con una base de titanio y manteniendo el recubrimiento total de hidroxapatita que le caracteriza. Este recubrimiento en 1985 era de Osprovit APS, en 1993 de Osprovit VPS incorporando una base de titanio y a partir de 2001 de Supravit con base de titanio y otra de titanio poroso.

Únicamente en los últimos diseños presenta una variedad en los cervicodiafisarios existiendo dos posibilidades: de 133 y 140 grados. Igualmente existen una forma normal y otra lateralizada para lograr un offset de +5 mm.

La cabeza-cuello es de cerámica biolox delta en tamaños de 28, 32, 36 y 40 mm. Los cuellos se presentan en tamaño corto, medio y largo. Otra posibilidad es el cromo-cobalto en tamaños de 22, 28, y 32 mm y los cuellos en tamaño corto, medio, largo y extralargo.

El cotilo CSF Plus es de base metálica y con recubrimiento actual de Supravit. Admite una fijación suplementaria con tornillos y posee dos versiones para configurar un par cerámica-cerámica y un par polietileno-metal.

Fig. Ap II. 56. Prótesis de cadera Furlong



Imágenes mostrando el modelo Furlong estándar a la izquierda y el vástago de revisión a la derecha. Fuente: archivo personal del autor.

▪ **Prótesis Zweymüller**

El sistema de vástagos del profesor Zweymüller, desde su aparición en el año 1979 en Viena, ha sufrido una serie de pequeñas modificaciones que no han alterado la virtud substancial del diseño. En cuanto a la configuración, han aparecido sucesivos cambios en 1983 (supresión del collar), 1985, 1986, 2003 y 2004. En cuanto al material se trata de una aleación con base de titanio que inicialmente era el Protasul 64W (Ti_6Al_4V) y que posteriormente, a partir de 1985 ha pasado a Protasul 100 (Ti_6Al_7Nb). Posteriormente, se añaden formas de vástagos con lateralización, mayor longitud y con un área de hidroxiapatita. El ángulo del cuello CCD se realiza en dos versiones con ángulos de 131 y 121 grados. Las cabezas son de cerámica, y de metal. El cotilo es esférico con base metálica para configurar pares cerámica-polietileno, cerámica-cerámica y metal-metal.

Fig. Ap II. 57. Prótesis de cadera Zweymüller



A la izquierda modelo protésico con el par metal-metal. A la derecha evolución del vástago en los años 2002 y 2003. Fuente: archivo personal del autor.

▪ Prótesis Cormet-sistema de superficie

Se introdujeron en el armamentario protésico de cadera a partir de la década de los 80, aunque los intentos fueron muy anteriores. Puede decirse que son un descendiente de la antigua artroplastia por interposición de Smith-Petersen (1948). En el HSJD se implantaron a partir del año 2007 de hecho el hospital fue el pionero en Mallorca en la utilización de este tipo de implante.

En este modelo de prótesis de cadera únicamente se recambia la superficie del cotilo (acetábulo) y la superficie de la cabeza femoral. Las prótesis de superficie son del tipo monobloque y están constituidas por un par metal-metal.

En esta prótesis el diámetro de la cabeza es prácticamente el mismo que la pieza anatómica por lo que la dislocación de la cadera es mucho más difícil. En este procedimiento no se elimina la cabeza femoral, solo se talla y también se conserva todo el cuello femoral.

En el caso del implante femoral, este no invade ni la metafisis ni el tallo femoral. En caso de recambio protésico al haber conservado la dotación ósea casi intacta, la cirugía resulta mucho más fácil.

En la experiencia del HSJD, se ha utilizado el sistema de resuperficialización Cormet que consta de los siguientes elementos:

- Componente acetabular: tiene forma esférica. Todas las copas llevan doble revestimiento externo (Bi-coated) poroso de titanio más hidroxiapatita que proporciona un excelente método de fijación a largo plazo. Las copas vienen en tamaños desde 46 a 62 mm con incrementos de 2 mm. También existe un modelo de copa para displasia de cadera.
- Componente femoral: se ofrecen en diámetros externos desde 40 a 54 mm. Pueden suministrarse sin recubrimiento interno para su uso con cemento o con recubrimiento interno de hidroxiapatita.
- Par: metal-metal

Entre las ventajas del sistema destacan:

- Menor probabilidad de luxación protésica.
- Mayor preservación del stock óseo. Si en un futuro más lejano la prótesis necesita ser revisada, el cirujano tiene la posibilidad de implantar un modelo convencional.

Entre los inconvenientes:

- Se trata de una intervención relativamente nueva que exige un seguimiento más largo y detallado para evaluar los resultados definitivos.
- No puede usarse en pacientes de más de 65 años.
- No es aconsejable su aplicación en personas con sobrepeso o en mujeres.

Como recomendaciones antes de la cirugía, deben tenerse en cuenta:

- Selección de pacientes valorando el perfil riesgo/beneficio. Los factores a considerar incluyen: edad, sexo, peso corporal, diagnóstico, nivel de actividad física
- Información al paciente sobre riesgos/beneficios.

- Grupos poblacionales con contraindicación para este tipo de prótesis.

En relación a las alertas relacionadas con las prótesis de cadera metal-metal, aunque la mayoría de pacientes portadores de una prótesis metal-metal no presentan molestias ni desarrollan problemas graves, existe evidencia de que, en algunas ocasiones, el par metal-metal genera reacciones adversas, debido a la liberación de partículas metálicas provenientes del rozamiento de las superficies de metal. Las partículas liberadas pueden causar reacciones locales (pseudotumores) o bien a distancia por acumularse en hígado, riñón o sistema nervioso. Hay evidencias que confirman la elevación de iones pesados (cromo, cobalto) en sangre, suero, orina, eritrocitos, etc.

La Sociedad Española de Cirugía de la Cadera (SECCA), en un documento publicado en 2011 recomienda lo siguiente:

- Localización y seguimiento de paciente a los que se ha retirado una prótesis metal-metal.
- Seguimiento de portadores de un implante metal-metal.
- Valoración de cirugía de revisión en pacientes con síntomas severos y/o pruebas patológicas

La misma SECCA en 2012 amplía los criterios de recomendaciones. Finalmente en febrero de 2014 un comité de expertos de la Comisión Europea, *el Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR)* emite una publicación acerca de la seguridad y las recomendaciones de estas prótesis con par metal-metal. Concretamente establece la necesidad de realizar un seguimiento al paciente implantado.

Se distinguen dos grupos de pacientes: asintomáticos y con síntomas.

Se recomienda seguimiento anual durante la vida del implante, siguiendo un protocolo específico.

Se debe considerar la revisión de la prótesis si los síntomas son persistentes, según los controles radiológicos o con aumento de niveles de cromo y cobalto en sangre.

Las cirugías de revisión se consideran incidentes que los profesionales sanitarios deben comunicar al punto de vigilancia de productos sanitarios de su comunidad autónoma de acuerdo al procedimiento establecido en el documento " *Directrices para la aplicación del sistema de vigilancia por los centros y profesionales sanitarios*". Ref.: AEMPS/CTI-PS/ Octubre 2010.

Fig. Ap II. 58. Prótesis de cadera Cormet Resurfacing



Imagen mostrando el inserto femoral y acetabular.
Fuente: archivo personal del autor

- **Prótesis de superficie Birmingham (2006)**

Tiene una presentación muy parecida al modelo Cormet. Posee las mismas indicaciones clínicas, está formada por un par metal-metal con las mismas ventajas e inconvenientes.

Consta de un implante para el cotilo en material metálico de aleación con cromo, cobalto y molibdeno. Este implante va recubierto de una superficie porosa de hidroxapatita y se presenta en 12 tallas. El implante correspondiente a la cabeza femoral está constituido por la misma aleación metálica de cromo-cobalto-molibdeno y se presenta en seis tallas.

Fig. Ap II. 59. Prótesis de cadera Birmingham



*Se muestran el inserto femoral y acetabular.
Fuente: archivo personal del autor*

- **Miniprótesis de cadera Evolution (2014)**

La artroplastia total de cadera ha redefinido los planteamientos en los últimos años. En el caso de los vástagos se han introducido implantes de diseño reducido, más respetuosos con el stock óseo existente.

El nuevo vástago Evolution tiene la forma de un cono invertido en la transición metafisaria y una sección proximal cuadrangular para evitar las rotaciones. El núcleo del implante está formado por titanio recubierto por hidroxapatita. La longitud del vástago es de 100 mm., el ángulo cervico-diafisario es de 133 grados con dos posibilidades de offset y longitud del cuello. Existen ocho tallas para el offset normal y otras ocho para el offset extendido.

Fig. Ap II. 60. Miniprótesis de cadera Evolution



Se muestra el inserto femoral, acetabular y la cabeza femoral cerámica. Fuente: archivo personal del autor.

El cuello es de forma cono morse de 12/14 lo que permite combinar dicho vástago con todos los pares articulares disponibles actualmente. El cotilo (CSF plus) tiene forma esférica y se adapta a la anatomía del cotilo óseo. Construido en titanio rugoso recubierto de supravit contiene un inserto que puede ser de cerámica o de polietileno. Posee la opción de unos orificios para la colocación de tornillos que refuerzan la fijación primaria. Las cabezas pueden ser igualmente de

cerámica (12 tallas de 28, 32, 36 o 40 mm) o de cromo-cobalto (16 tallas desde 22, 28, 32, y 36 mm).

IV.2 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Escuelas de diseño e investigación en la cirugía implantológica de rodilla en las décadas de 2000

Escuela americana

De origen americano, ha surgido el uso de las siguientes prótesis de rodilla:

Los modelos Apex diseñados por la empresa Omni Life Science, creada por un grupo de ingenieros biomédicos (George Cipolletti, Edward Cheal, etc) y cirujanos ortopédicos (James E. Bates, Anthony F. Infante, etc).

Los diseños producidos por la casa Zimmer, básicamente el sistema Nexgen en el que intervienen una serie de investigadores médicos e ingenieros entre los que destacan: John N. Insall, Jorge O. Galante, Victor M Golberg, Wayne Paprosky, Peter Walker, etc.

El modelo de Smith &Nephew Richards, Memphis, TN que corresponde el modelo Génesis

- **Prótesis de rodilla Génesis II**

Como todas las prótesis de rodilla sus indicaciones son: artritis reumatoide, artrosis de diversas etiologías, osteotomías fallidas. El modelo génesis II está formado por:

- Un componente femoral en aleación de Cr-Co, con posibilidad de utilizar una variante (Oxinium) de aleación Zi-Ni. En cuanto a las posibilidades de implante, el elemento femoral puede ser de material poroso, cementado, postero-estabilizado y de revisión.
- La base tibial constituida en aleación de Ti_6Al_4V igualmente tiene dos formas de implante: porosa o cementada.
- El inserto es de polietileno y existe en las variantes de: plano, posteroestabilizado y constreñido.
- La rótula en polietileno se presenta en dos variantes: biconvexa y plana.

Para casos de revisión existen vástagos femorales y tibiales y cuñas supletorias.

Fig. Ap II. 61. Prótesis de rodilla Génesis II



*Se muestra el inserto femoral y tibial.
Fuente: archivo personal del autor*

- **Prótesis de rodilla Apex**

Esta prótesis cementada de rodilla se compone de los cuatro elementos fundamentales: componente femoral, que en este caso es anatómico, existiendo modelos derecho e izquierdo; componente tibial; inserto de polietileno y componente rotuliano en polietileno. Existen dos variedades: con conservación o no del ligamento cruzado posterior.

Fig. Ap II. 62. Prótesis de rodilla Apex



*Se muestra el inserto femoral y tibial, en
la variante postero-estabilizada.
Fuente: archivo personal del autor.*

- **Prótesis Unicompartimental de rodilla Accuris (2005)**

Este modelo unicompartimental de prótesis parcial de rodilla está formado por tres componentes: el componente femoral del que existen dos modelos, uno en cromo-cobalto molibdeno y otro en zirconio-niobio. Existe una sola talla. El componente tibial que es de titanio-aluminio-vanadio, del que existe una sola talla y el inserto tibial que es de polietileno y del existen dos tallas.

Fig. Ap II. 63. Prótesis de rodilla Accuris modelo unicompartimental



*Se muestra el inserto femoral y tibial.
Fuente: archivo personal del autor.*

- **Prótesis de rodilla antialérgica tipo ACS**

La prótesis de rodilla antialérgico tipo ACS presenta un inserto de plástico.

Fig. Ap II. 64. Prótesis de rodilla antialérgica



Se muestra el implante femoral y tibial con el inserto de plástico. Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis femoro-patelar Avon**

En 2003 se inició la utilización de la prótesis de rodilla modelo femoro-patelar Avon, para los casos de patología dolorosa especialmente localizada en la región femoro patelar.

Fig. Ap II. 65. Prótesis femoro-patelar Avon



Se muestra el inserto femoral. Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis de rodilla Nexgen**

Es una de las prótesis de rodilla últimamente utilizadas en la experiencia clínica del HSJD.

Fig. Ap II. 66. Prótesis de rodilla Nexgen



Fuente: archivo personal del autor.

- **Prótesis de rodilla Nexgen en bisagra rotatoria**

Esta prótesis se utiliza en casos de mayor complejidad o como rescate de algún fracaso protésico previo.

Fig. Ap II. 67. Prótesis de rodilla Nexgen en bisagra



Fuente: archivo personal del autor.

IV.3 CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN DEL HOMBRO

- **Prótesis de hombro Aequalis**

Se la define como una prótesis de hombro de tercera generación ya que incluye los conceptos de modularidad y adaptabilidad. Su diseño se debe a los investigadores y cirujanos franceses: el profesor Pascal Boileau, del Centre Hospitalier Universitaire de Niza y el Dr. Giles Walch, del Centre Hospitalier Universitaire de Lyon. Se diseñó a partir de la década de los 80-90 con ligeras modificaciones. Consta de cuatro componentes: vástago humeral, pieza intermedia, cabeza (los tres en aleación de titanio) y glena de polietileno. Los implantes humeral y glenoideo se colocan con cemento, mientras que la pieza intermedia y la cabeza se adaptan mecánicamente. En su producción participó la casa Tornier. Posteriormente, también se han diseñado modelos Aequalis sin cementar, para casos de fractura de húmero y el modelo Aequalis inverso, aunque de estos últimos no se ha tenido experiencia en el HSJD.

En el HSJD se colocaron escasos ejemplares del modelo cementado de este implante, siempre en casos de enfermedad degenerativa del hombro, aunque su resultado clínico fue excelente.

Fig. Ap II. 68. Prótesis de hombro Aequalis



A la izquierda diversos modelos de implante cotiloideo y a la derecha implante humeral con cabeza incluida y vástago humeral no cementado. Fuente: archivo personal del autor.

IV.4 CIRUGÍA DE LA MANO

▪ Prótesis Maïa

La prótesis trapecio-metacarpiana Maïa se caracteriza por estar constituida por tres elementos:

- Un vástago metacarpiano en aleación de titanio, aluminio y vanadio, recubierto de hidroxiapatita, de forma anatómica y de encaje autobloqueante, en cuatro tallas.
- Cuatro cuellos modulares, rectos y decalados.
- Una cúpula para ser insertada en el hueso trapecio, construida con el mismo material que el vástago.

Fig. Ap II. 69. Prótesis Maïa



Fuente: archivo personal del autor.

IV.5 CIRUGÍA DEL PIE

La cirugía percutánea del pie, conocida como cirugía MIS (en inglés: minimal incision surgery), es un método que permite realizar cirugía a través de incisiones mínimas. Estas técnicas nacieron en EEUU de la mano de Morton Polokoff (1945), Edwin Prober (1960) y Hymes (1974) que fueron los pioneros. En la década de los 90 Stephen Isham, propone su técnica para el Hallux valgus.

En Europa esta técnica entró a través de España en la década de los 90 impulsada por M. de Prado y P.L. Ripoll de USP Hospital San Carlos de Murcia. Posteriormente alcanza verdadera difusión nacional e internacional gracias a los «Cursos prácticos sobre técnicas actuales en

cirugía del pie», realizados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona por el Departamento de Ciencias Morfológicas (impartidos por el profesor D. Ruano).

El Servicio de COT del HSJD se inició en este tipo de cirugía a partir de los años 2000 acudiendo a Murcia para observar directamente las técnicas introducidas por el Dr. De Prado y las aplicó en aquellos casos en que estaba indicado este tipo de cirugía.

IV.6 CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Procedimientos clásicos

Desde los inicios de la cirugía ortopédica el HSJD aplicaba los procedimientos quirúrgicos para la hernia discal lumbar y cervical. Posteriormente, se incluyeron los procedimientos de rizólisis (cervical-lumbar), quimoneucleolisis con discogel e infiltraciones epidurales.

Fijaciones de columna lumbar

- Sistema Firebird

El sistema de fijación con tornillos pediculares firebird limita su aplicación a pacientes con esqueleto maduro y como complemento de la fusión ósea, a la que no pueden sustituir.

Los elementos de los que consta son tornillos pediculares mono o poliaxiales, canulados o no, varillas, conectores, etc en aleaciones de titanio y de Cr-Co.

Las indicaciones en las que se usa en en HSJD son: degeneración discal, espondilólisis-listesis, trauma vertebral, estenosis de canal lumbar.

Fig. Ap II. 70. Sistema de fijación de columna Firebird



Fuente: archivo personal del autor.

- Instrumentación de columna lumbar sistema Polaris

El sistema vertebral Polaris es un sistema de fijación vertebral, no cervical, que está indicado como sistema de fijación de tornillos pediculares. Requiere un esqueleto maduro.

Su uso está indicado especialmente a nivel de la columna lumbar, en el tratamiento de la discopatía degenerativa, espondilolistesis, traumatismo, deformidad o curvatura, tumores, estenosis de canal lumbar. En general en procesos vertebrales con inestabilidad mecánica significativa.

Fig. Ap II. 71. Sistema de fijación de columna Firebird



Fuente: archivo personal del autor.

IV.7 OSTEOTOMÍAS Y ARTRODESIS

- Placas para osteotomía de rodilla según la técnica de Puddu

En el año 2003 se inició la utilización de las placas de Puddu para la realización de osteotomía tibial alta o femoral distal en casos de genu-varo o genu-valgo.

Fig. Ap II. 72. Implante Puddu en osteotomía tibial y femoral



Implante Puddu en su aplicación de osteotomía tibial y femoral. Año 2003. Fuente: archivo personal del autor.

- Clavo de artrodesis de rodilla tipo Wichita

El clavo de Wichita se empleó en escasas ocasiones a partir del año 2000 para la realización de artrodesis de rodilla secundarias a fracasos protésicos previos.

Fig. Ap II. 73. Implante de artrodesis de rodilla Clavo Wichita



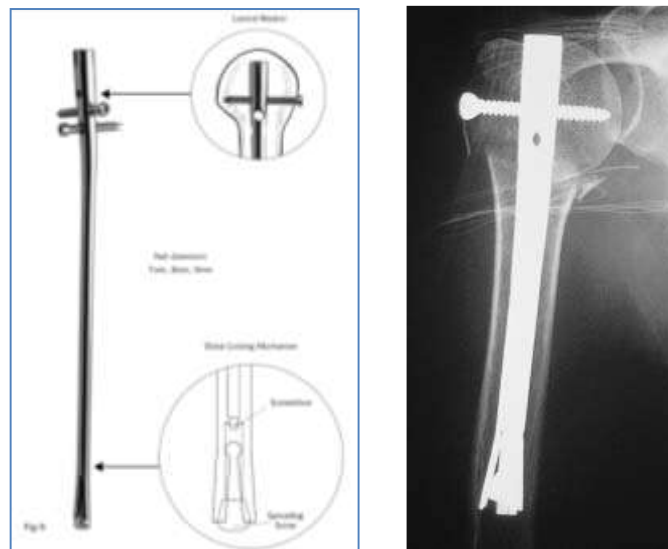
Se muestra el implante de artrodesis de rodilla Clavo Wichita y su colocación en un caso de fracaso de prótesis de rodilla. Año 2000. Fuente: archivo personal del autor.

Implantes de osteosíntesis especiales

- Clavo de húmero Seidel

El clavo de Seidel se utilizó a partir del año 2003 como osteosíntesis interna para las fracturas altas o diafisarias del húmero.

Fig. Ap II. 74. Implante de húmero Seidel



Se muestra el implante y su colocación en una fractura de húmero. Año 2003. Fuente: archivo personal del autor.

IV.8 CIRUGÍA ARTROSCÓPICA

A lo largo del siglo XXI la cirugía artroscópica ha adquirido un gran protagonismo en el HSJD. Como en otros centros hospitalarios, este tipo de cirugía se inició abordando la cirugía de rodilla. Posteriormente se añadió el hombro. A estas dos articulaciones siguieron el tobillo, la muñeca y la cadera. Las principales patologías a las que se aplica cirugía artroscópica son:

- **Cirugía de rodilla**
 - Meniscopatías
 - Patología de los ligamentos cruzados
 - Patología de las osteocondritis, osteocondrosis y osteonecrosis
 - Cuerpos libres intraarticulares, bridas
 - Fracturas intraarticulares
 - Patología degenerativa de la rótula y liberación artroscópica del alerón rotuliano

- **Cirugía de hombro**
 - Compromiso subacromial
 - Patología de la cofia de los rotadores
 - Tendinitis calcificante
 - Inestabilidad y luxaciones del hombro

- **Cirugía de tobillo**
 - Sinovectomias
 - Lesiones condrales
 - Osteofitosis anterior

- **Cirugía de muñeca**
 - Lesiones del ligamento triangular

- **Cirugía de cadera:**
 - Compromiso femoroacetabular

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes documentales primarias

- Acord de col.laboració entre l'Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 0153, de 28 de gener de 1999.
- Acord-Marc de col.laboració entre l' Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referencia 519. De 17 de febrero de 1994.
- Anexe II al Protocol dins el marc de l' acord signat a Palma el 17 de febrer de 1994 entre l'Hospital de Sant Joan de Deu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 809, de 3 de diciembre de 1996.
- Ballesteros Fernández, José Alfonso. 1986 <<Planificación Hospitalaria en Mallorca para situaciones de catástrofe>>. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears.
- BOE nº 215 de 26 de junio de 1957, página 777.
- BOE nº 215 de 23 de agosto de 1957.
- BOE nº 46 de 23 de febrero de 1971, página 2979
- BOE nº 119 de viernes 19 de mayo de 1989. Resolución 11297 del Ministerio de Sanidad y Consumo, paginas: 14912-149150.
- BOE nº 185 de viernes 3 de agosto de 1990. Resolución 18701 del Ministerio de Sanidad y Consumo, paginas: 22741- 22744.
- BOE nº 103 de viernes 30 de abril de 1999. Resolución 9659 del Ministerio de Sanidad y Consumo, paginas: 15911- 15924.
- Calleja de Frutos, Carlos «Escuela del Hospital San Rafael de Madrid: la formación de profesionales de Enfermería y Fisioterapia en el período 1957-1988». Tesis doctoral. Universidad Pontificia ICAI-ICADE de Comillas, Madrid, 2015.
- Cláusula adicional 1997. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección general de conciertos 27/3/ 1998.
- Cláusula adicional de actualización de tarifas para 1997 y de ampliación de concierto singular entre el Insalud y el Hospital San Juan de Dios. Marzo de 1998.
- Cláusula adicional de actualización de tarifas para 1998 y de ampliación de concierto singular entre el Insalud y el Hospital San juna de Dios. Diciembre de 1998.
- Cláusula adicional de actualización de tarifas para 1999 y de ampliación de concierto singular entre el Insalud y el Hospital San juna de Dios. Febrero de 2000.
- Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios de Palma de Mallorca. *Historia de la Casa. Libro 1º. 1952-1986. Manuscrito*. Palma, 1986.
- Concierto singular entre el HSJDD e INSALUD de 21 de junio de 1990.Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto nacional de la Salud.
- Contrato de Gestión de Servicios Públicos en la modalidad de Concierto entre HSJD y Servei de Salut de les Illes Balears, de 1 de octubre de 2004. Expediente de contratación Nº SSCCGS18/04. Director general del IB-Salut.
- Conveni de col.laboració entre el Servei de Neuropsicologia i logopedia de l'Hospital sant Joian de Déu i el Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Referència 0025, de 23 de setembre de 1997.
- Convenio singular entre el INSALUD y HSJD, en Palma de Mallorca para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social de 22 de mayo de 2000.

- Convenio singular de vinculació entre el Servei de Salut de les Illes Balears i el Hospital San Juan de Dios para la prestació de atenció sanitària a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en el àmbit de les Illes Balears, firmat el 19 de desembre de 2013.
- Decreto-Ley 3/ 2013, de 14 de junio de creació de la Red Hospitalaria Pública de les Illes Balears i el procediment de vinculació de Centres Privats de atenció especialitzada (BOIB nº 85 de 15 de junio de 2013, Fascículo 138-Sec I).
- Documentació procedent del "Arxiu de la Universitat de les Illes Balears".
- Documents procedents de los Archivos del IB-Salut de la Comunitat autònoma de les Illes Balears.
- Documents de revisió de tarifes emesos per INSALUD en los años 1991, 1992,1993, 1995 y 1995.
- Documento del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Intervención General de la Seguridad Social. Referencia 4839-5082-5378 de 7 de octubre de 1996.
- Informe de situació del Centre de Rehabilitació San Juan de Dios y Proyecto Futuro Fray José María Muñoz- Alcon. Palma .1978
- Jordà López, Eduardo. <<Historia del Hospital Son Dureta>>. Tesis doctoral. Universidad de les Illes Balears, 2006.
- Junta de Govern 2193 Acord Normatiu del dia 1 de març de 1994.
- Memoria EFQM del Hospital San Juan de Dios de Palma. Año 2006
- Memorias del Hospital de San Juan de Dios de Palma. Años 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006, 2007,2008,2009,2010, 2011, 2012,2013, 2014 y 2015
- Memoria Centro Mater Misericordiae. Año 2015.
- Memoria Hospital de Inca. Año 2015.
- Memoria Hospital de la Cruz Roja. Año 2015.
- Memoria Hospital de Manacor. Año 2015.
- Memoria Hospital General (incluida en Son Espases). Año 2015.
- Memoria Hospital Juan March. Año 2015.
- Memoria Hospital Psiquiátrico (incluida en Son Espases). Año 2015.
- Memoria Hospital Son Llàtzer. Año 2015.
- Memoria Hospital Universitario Son Dureta. Año 2007.
- Memoria Hospital Universitario Son Espases. Año 2015.
- Memorias Mutua Balear de Palma de Mallorca, años 1972, 1973,1974, 1975 y 1976.
- Orde Hospitalaria de S. Joan de Déu. *Carta d'identitat de l'Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu. L'assistència als malalts i als necessitats segons l'estil de Sant Joan de Déu.* Barcelona: Germans de Sant Joan de Déu. Documents 1,
- Perez Feliu, Antonio. *Nuestro grano de arena.Hospital San Juan de Dios Palma de Mallorca (1974-2006).* Palma, 2018
- Plan de empresa 2007-2010. Hospital San Juan de Dios de Palma.
- Presupuesto del Hospital San Juan de Dios de Palma, año 2008.
- Primer protocol per al desenvolupament d'un programa de cooperació educativa i de formació entre l'Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 0470, de 14 de desembre de 2001.
- Propuesta manuscrita de estructura y función del centro de rehabilitación Mutua Balear de Palma. Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Palma, 1972.

- Protocol dins el marc de l' acord signat a Palma el 17 de febrer de 1994 entre l'Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 809, de 3 de desembre de 1996.
- Rodríguez Pérez, Juan Felix « Las colonias escolares municipales madrileñas (1910-1936)». Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid, 2001.
- Segon protocol per al desenvolupament d'un programa de cooperació educativa i de formació entre l'Hospital de Sant Joan de Déu i la Universitat de les Illes Balears. Referència 2095, de 7 de juliol de 2010.
- Título de ATS y Título de Fisioterapeuta de Andrés Buades Lladonet
- San Juan de Dios. Solidaridad. Memoria 2015.
- Toledo Maruhenda, José Vicente. «La poliomiélitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas en fisioterapia». Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández. Alicante. 2009

Fuentes orales primarias

- Alias Aguiló, Tomás: DUE/ Fisioterapeuta
- Alomar Cardell, Mercedes. Fisioterapeuta. Secretaria escuelas ATS y Fisioterapia
- Aloy Oliver, Catalina. DUE
- Amengual Masianas, Jordi: DUE/ Fisioterapeuta
- Andujar Soler, Jaime. DUE/Fisioterapeuta
- Benavides Vazquez, Francisco. Director del Archivo-Museo San Juan de Dios "Casa de los Pisa". Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Granada.
- Blazquez Mulero, Manuel, Dr
- Barcelo Nicolau, Miguel. O. H.
- Barrios Caldentey, Miguel. DR
- Bauzá, Miguel (Mutua Balear)
- Bartomeu Bestard Cladera. Cronista oficial de la ciudad de Palma.
- Buades Lladonet, Andreu. DUE/ Fisioterapeuta
- Caride Eiras, Jose Luis, Dr. (Mutuas de Accidentes de Trabajo, Compañías de Seguro de accidentes de tráfico y Aseguradoras médicas)
- Carulla Civit, Juan. Dr. Gerente del Hospital San Juan de Dios de Palma de Mallorca
- Cladera Munar, Antonia. Serv Voluntarios HSJD
- Claverol Serra, José. DUE
- Cloquell Mir, Miguel. DUE
- Cremades Pascual, Santiago. DUE
- Chornet Barceló, Jesús Alberto O.H.
- Domenech, Elisa. DUE/ Fisioterapeuta
- Estarellas Roca, Juan. Dr.
- Espinar salom, Eloy, Dr.
- Fernandez Alcazar, Fernando. Dr.
- Fernandez-Escandón García, Arturo. Colaborador Técnico
- Flaquer Terrassa, Nicolau. Director médico del HSJD
- Fonseca Bravo, José Luis. Hno Superior Provincial de Aragón-San Rafael
- Fontirroig Munar, Domingo. DUE/ Fisioterapeuta

- Galiana Veiret, Pedro. Historiador
- Garcia Ginard, Francisco. Dr
- Garcia Moris, Santos, Dr.
- Goas, Luisa. DUE
- Gutierrez Rivas, Antonio. DUE/Fisioterapeuta
- Iglesias Barceló, Jesús. Director RRHH del HSJD
- Janer Beltran, Miguel. DR.
- Leon Martinez, Juan Luis. Dr.
- Luna Fernandez, Jesús. Director –gerente Centros Mater Misericordiae de Palma
- Llabres Mayans, Pablo. Dr.
- Malberti Fernandez, Guillermo. DR.
- Manresa Tejedor, Sebastian, DR.
- Marqués, Adolfo. Dr.
- Martorell Vanrell, Jaime. Colaborador Técnico
- Marzo Calvo, José Luis. Hno Secretario Provincial de Aragón-San Rafael
- Mayrata Fiol, Jaime. Delegado de Mutua Universal en baleares
- Mesquida Pons, Irene. Auxiliar administrativa
- Mir Mir, Narciso, O. H.
- Mora Esteva, Manuel. Dr
- Morales Molina, José Antonio. Dr.
- Morant García, Pablo. Farmacéutico
- Morell Elías, Jaime. Director económico-financiero del hospital del HSJD de Palma de Mallorca
- Moreno Gómez, Carlos. DUE/ Fisioterapeuta
- Muntaner Rullan, Jaime. DUE
- Navarro Febrer, Juan Antonio. DUE
- Navarro Ciruelos, Nuria. Dra
- Nicolau Munar, Antonio. Colaborador Técnico
- Nogueras Palmer, Elena. Auxiliar Enfermería
- Palou Oliver, Andrés. Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la UIB.
- Perez Feliu, Antonio. Dr.
- Pericás Alemany, Miquel. DUE/ Fisioterapeuta
- Pons Delgado, Felix. Dr.
- Klapsing Schulte-Wintrop, Pia. Dra.
- Ribas Bisquerra, Carmen. Auxiliar Enfermería
- Ribas Bisquerra, Margarita. DUE
- Ripoll Estela, Guillermo. Dr.
- Riquelme Cantero, Pedro Lucas, Dr. (Hospital Militar de Palma)
- Rodriguez, Juan. Colaborador Técnico
- Romanos Mesa, Felipe. O.H. Superior de la Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios de Palma de Mallorca
- Rosselló Janer, Esperanza. DUE
- Rul. Ian Buades, Gabriel. Dr

- Sampol Vicens, Antonia. Farmacéutica
- Sanguino Vidal, Mateo. Dr.
- Dr. Sans Tous, Onofre. Dr.
- Segarra Ferran, Marta. DUE
- Simonet Borrás, Xavier. (Mutua Balear)
- Simonet Pujol, Jaime. Colaborador Técnico.
- Vacas Guerrero, Mercedes. Directora Enfermería HSJD
- Velasco Soler, Jordi. Colaborador Técnico
- Vicens López Julià, Vicens. Serv. Informatica HSJD

Fuentes archivísticas y registrales primarias

Archivos

Documentales

- Archivos de la ABCOT (Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología)
- Archivo Histórico del Colegio Oficial de Arquitectos de Cataluña. Expediente 402 (Catalogación provisional 2016) del arquitecto Sixto Illescas y Mirosa.
- Archivo Histórico Militar Intermedio de Mallorca.
- Archivo Provincial, documento número 10, Casa de Palma.
- Arxiu del Regne de Mallorca.
- Archivos de la Universitat de les Illes balears (UIB)
- Archivo Municipal de Palma de Mallorca” Can Bordils”Expediente de licencia de obras: L.O.1978/1984. Arquitectos: Sr. Miguel Arenas Gou y José Francisco Villalonga Garau. Técnico Sr. Mateo Cañellas Amengual.
- Archivos de la Curia Provincial de la Provincia de Aragón-San Rafael. Sant Boi de Llobregat, Barcelona. Año 1991; año 1992; año 1993; año 1994; año 1995; año 1996 y año 1997.
- Archivo estadístico del Dr. A. Pérez Feliu.
- Archivo estadístico del autor.
- Centro de Historia y Cultura Militar de las Baleares.

Fotográficos

- Archivo fotográfico de Pedro Galiana Veiret, Coll d’ en Rabassa, Palma.
- Archivo fotográfico personal del autor
- Archivo fotográfico Hospital San Juan de Dios de Palma.
- Archivo fotográfico de Mutua Balear.
- Archivo fotográfico de la Curia Provincial de Aragón-San Rafael. SWant Boi de Llobregat. Barcelona.
- Archivo fotográfico Dr Antonio Perez Feliu

Registros

- Registro Civil nº 2 del Ministerio de Justicia. Palma
- Registro general de los actos de última voluntad. Ministerio de Justicia. palma
- Registro Notarial de Palma de Mallorca

Fuentes documentales secundarias

- Aguedas Fernández-Cueto, Paloma. «*La Educación Especial en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: El sanatorio marítimo de Gijón*» Aula abierta. Nº 81 (2003): pp 85-98.
- Albadalejo L. «Poliomielitis anterior aguda. Estado actual de esta enfermedad en España». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 10 (1935): 17-32.
- Alenyà Fuster, Miquel. *La Creu Roja a les Balears. 140 anys d' acció humanitaria (1874-2014)*. Palma: Creu Roja Espanyola, 2014.
- Alted, Alicia. « El testimonio oral como fuente histórica. Aproximación metodológica». *Perspectiva Contemporánea, Volumen I, nº 1*, 1998
- Alvarez Sierra, José. *Influencia de San Juan de Dios y de su Orden en el progreso de la Medicina y la cirugía*. Madrid: Artes gráficas Argés, 1950.
- Alvarez Sierra, José. *El padre Menni y su obra*. Barcelona: Editorial Hospitalaria, 1968
- Aragó Mitjans, Ignasi; Artigas Candela, José; Muntaner Pascual, José M; Soler Durall, Carles. *Plan general de Regionalización hospitalaria en Cataluña y baleares, 5ª región hospitalaria española*. Barcelona: Caja de Ahorros Provincial de la Diputacion de Barcelona, 1959.
- Arce Alonso, G. y Clavero del Campo, G. *Clínica y epidemiología de la poliomielitis anterior aguda. Estudio de un estado epidémico*. Santander: Imprenta de la librería moderna, 1930.
- Arostegui, Julio. *La investigación histórica: teoría y método*. Barcelona: editorial Crítica, 1995
- *Ayudantes Técnicos Sanitarios*. Madrid: Ediciones Oteo, 1971.
- Ballester Añón, Rosa. « Cambios en la configuración asistencial y profesional en relación con la introducción de tecnologías médicas. Los hospitales de Alicante (1925-1960)» en Martínez Pérez, J.; Porras Gallo, I; Samblás Tilve, P.y Del Cura Gonzalez, M. (Coord). *La medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha, pp.713-730, 2004.
- Barraclough, Geoffrey. *Introduccion a la historia contemporánea*. Madrid: Editorial Gredos, 1979
- Bastos Mora, Felipe. *Prótesis sin cementar de la Cadera*. Barcelona: Editorial JIMS, 1988.
- Bátiz Cantera, Jacinto. « Aportaciones socio-sanitarias del Hospital de San Juan de Dios de Santurce desde 1924 a 2014». Tesis doctoral. Universidad del País Vasco. 2015.
- Bedarida, François. « Definición, método y práctica de la Historia del Tiempo Presente». *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 20 (1998), pag.22
- Beltran Pons, Bartolomé. *Enciclopedia Práctica de Medicina y Salud de Baleares. Dos volúmenes*. Palma de Mallorca: Promomallorca Edicions, S.A., 1995.
- Benavides Vazquez, Francisco « Nuevas aportaciones documentales a la historia de la Restauración de la Orden en España: La fundación del Sanatorio San José de Cienpuzuelos a través de las primeras actas capitulares 1878-1881». *Archivo*

- hospitalario. Revista histórica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, numero 13 (2015): 55-93.*
- Bonnin, Rafael y Perez, Paco. *Bombers de Palma*. Palma: Ajuntament de Palma, 2009.
 - Biurrun Eslava, Juan O.H. « Apuntes para la historia del nuevo Sanatorio Infantil». *Labor Hospitalaria*. Año IX. Enero-Febrero 1956. Número 49. (1956): 27-31
 - Biurrun Eslava, Rvdo. P. Juan. Pbro. O. H. « Apuntes para la Historia del nuevo Sanatorio infantil». *Labor Hospitalaria*. Año IX. Enero-febrero 1956. Numero 49 (1956): p.28.
 - Boadas, Joan LLuis; Casellas, Esteve y Suquet, Maria dels Angels. *Manual para la gestión de fondos y colecciones fotográficas*. Girona. Centre de Recerca i Difusió de la Imatge. 2001.
 - Bonfield, Christopher; Reinarz, Jonathan y Huguet-Termes, Teresa. *Hospitals and Communities 1100-1960*. Berna: Peter Lang AG, 2013
 - Bueno Gonzalez, Fray José. *El arte de enfermería. Segunda parte de la Instrucción de novicios*. Madrid: Oficina de Juan Nepomuceno Ruiz, 1833.
 - Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija.
 - Ciudad Gómez, Juan, OH. *Compendio de historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. (Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios, 1963)
 - Ciudad Gómez, Juan. *Historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. Granada: Archivo interprovincial. 1963.
 - Ciudad Gómez, Juan. *Historia de la restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España*. Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios. 1968.
 - Ciudad Gómez, Juan, O.H. *Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. El resurgir de una obra*. (Granada: Archivo interprovincial. Casa del tránsito de San Juan de Dios, 1968).
 - Clavero. Datos oficiales de la epidemia, 1930.
 - Cotta, H; Heipertz, W y Teirich-Leube, H. *Tratado de rehabilitación 3 tomos*. Barcelona: Editorial Labor, 1974.
 - Cuenca González; Concepción y Maraver Eyzaguirre, Francisco. *Historia del Instituto de Hidrología y Climatología Alfonso Limón Montero*. Balnea. Serie de monografías. Madrid: Escuela Profesional de Hidrología Médica e Hidroterapia. Facultad de Medicina. Publicaciones Universidad Complutense, 2014.
 - Cruset, José. *Crónica Hospitalaria*. (Barcelona: Editorial Hospitalaria. 1.971), pp.487-495
 - Cruz, Toribio M^a O.H. « Bendición e inauguración del Sanatorio Infantil de San Juan de Dios, en Palma de Mallorca. Pórtico». *Labor Hospitalaria*. Año IX. Enero-Febrero 1956. N^o 49 (1956):4-26.
 - Cuesta, Josefina. *Historia del presente*. Madrid: EUDEMA, 1993
 - "El tratamiento del documento oral" en *Debats*, n^o 10 (1984), pp. 72-87
 - Cuerda Barceló, Juan. *Los tiempos cuaternarios en Baleares*. Palma de Mallorca: Diputación Provincial de Baleares. Instituto de Estudios Baleáricos. Patronato "José M^o Quadrado". Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1975.
 - Curia provincial hermanos de San Juan de Dios. *"Reglamento general de organización y funcionamiento de las instituciones hospitalarias de San Juan de Dios*.

- Provincia de Aragón*". Barcelona: Editorial hospitalaria. Curia provincial Hermanos de San Juan de Dios. Carretera de Esplugas, 1974.
- Chapman, Michael W, M.D. y Madison, Michael, Ph.D. *Operative Orthopaedics Volume 1 y 2*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1988.
 - Charnley, Sir John. *Artroplastia de baja fricción en la cadera*. Barcelona: Salvat Editores S.A, 1981.
 - De Doncker, E. y Kowalski, C. *Cinésiologie et Rééducation du Pied*. (Monographies de l' Ecole de Cadres de Kinésithérapie de Bois-Larris) Paris: Editorial Masson, 19
 - De Prado, Mariano, Pedro Luis Ripoll y Pau Golanó. *Cirugía percutánea del pie. Técnicas quirúrgicas, Indicaciones y Bases anatómicas*. Barcelona: Masson SA, 2003.
 - Delgado Aboza, Francisco Manuel. *Sevilla y la Orden de San Juan de Dios. Historia y Patrimonio Artístico del hospital de Nuestra Señora de la Paz*. Sevilla: Provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2010.
 - Dena Gardiner, M. *Manual de ejercicios de rehabilitación*. Barcelona: editorial JIMS. 1964
 - Durich J. «Contribución al estudio de la poliomiélitis». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 20 (1946): 663-700.
 - Durich, J. «Una epidemia de 76 casos de parálisis infantil en Mallorca». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 9 (1934): 417-443.
 - Dvorak, Jiri y Dvorak, Vaclav. *Medicina Manual. Diagnóstico*. Barcelona: Editorial Scriba S.A. (2 edición), 1993
 - Esteve de Miguel, Rafael y Otal, Alejandro. *Rehabilitación en Ortopedia y traumatología*. Barcelona: Editorial Jims, 1963.
 - Fábregas, Pedro A. Los primeros 100 años. Mutua Universal. Aniversario 1907-2007. Barcelona: Ediciones Reunidas (Grupo Zeta), 2007.
 - Fanconi, Guido y A. Wallgren. *Tratado de Pediatría*. Barcelona: Editorial Científico-médica, 1965.
 - Febvre, Lucien. *Combates por la historia*. Barcelona: Editorial Ariel, 1975.
 - Foix, Laia. Institut d' Estudis Fotogràfics de Catalunya. *La gestión de fondos fotográficos en entidades no comerciales*. (On-line). « Hipertext.net», nº 1, 2003.< [http:// www. Hipertext.net](http://www.Hipertext.net)>
 - Folguera, Pilar. *Cómo se hace la historia oral*. Madrid: EUEMA, 1994.
 - Freire Magariños, A. «La cura balnearia». *Rheuma*. nº 3(1996): pp. 36-39.
 - Freeman, M.A.R. *Artritis y artrosis de la rodilla. Clínica y tratamiento quirúrgico*. Barcelona: Salvat Editores S.A ,1982.
 - Fuentes de Cia, Angel María. *La conservación de Archivos Fotográficos*. Asociación Española de Documentación e Información (SEDIC). Documento de Trabajo. Octubre 2012. 1ª Revisión. Editor SEDIC
 - Fundación Premios Princesa de Asturias.
 - Furlong, Ronald F.R.C.S. *Six Years Experience of Hydroxyapatite Ceramic Coated Hip Prostheses*. Londres: Furlong Research Foundation, 1992.
 - Galeno. *Comentarios a los escritos de Hipócrates. De aere, aqua et locis*. Citado por Laín Entralgo, Pedro en *Historia Universal de la Medicina. Tomo II*. Barcelona: Salvat Editores, SA; 1972.
 - Galiana Veiret, Pedro. *Cala Gamba, la finestra a la mar del Coll d'en Rabassa*. Palma: pendiente de imprenta.

- Gállego Izquierdo, Tomas. *Bases teóricas y fundamentos de la Fisioterapia*. Buenos Aires-Madrid: Editorial médica panamericana, 2007.
- García Carraffa, Alberto y García Carraffa, Arturo. *El solar catalán, valenciano y balear (Tomo IV)*. San Sebastián: Librería internacional, 1968.
- García González, José. *La implantación del hospital moderno en España: El Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible*. Oviedo: Ediciones Nobel, 2011.
- Gargantilla Madera, Pedro. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Ediciones Nowtilius S. L., 2011.
- Gayà Obrador, Cosme. *Viento en Palma*. Palma: Ministerio de Transportes, Turismo y Comunicaciones. Instituto Nacional de Meteorología; 1982.
- Gómez-Moreno Martínez, Manuel. *San Juan de Dios. Primicias históricas suyas. Dispuestas y comentadas por Manuel Gómez-Moreno*. Madrid: Editorial Provincias Españolas de la Orden Hospitalaria, 1950.
- Gonzalez Más, R. *Tratado de rehabilitación medica. 2 tomos. (3ªedición)* Barcelona: Editorial científico-médica, 1976.
- González Rodríguez, P y Bosch Marín, J. «La parálisis infantil en España. Estudio del brote epidémico de 1952». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 27 (1953): 613-622.
- GRAN ENCICLOPEDIA CATALANA. Sixt Illescas i Mirosa
- Henderson, J; Pastore, A y Horden, P. *The impact of hospitals 300-2000*. Berna: Peter Lang, 2007.
- Hermanos de San Juan de Dios. Provincia de Aragón-San Rafael «Un hospital junto al mar, 50 años de historia». *Información y Noticias*. Marzo-Abril (2005):29-41.
- Hernández Morejón, Antonio. *Historia Bibliográfica de la Medicina Española*. Madrid: Imprenta Viuda Jordán e hijos, 1842.
- Herta Frankel (2016, 2 de julio) Wikipedia. La enciclopedia libre
- Herreman, Rogelio. *Historia de la Medicina*. Mexico D. F.: Editorial Trillas, 1987.
- Hipocrates. *Peri aerón, hydáton, topón. LII*. Citado por Laín Entralgo, Pedro en *Historia Universal de la Medicina. Tomo II*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1972.
- Hobsbawn, Eric. *Ecrire l' Histoire du Temps Present*. Paris: CNR Editions, 1993
- *Hygiea Internationalis. An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*. Volumen 11,nº 1 (2015)
- Insall, John N, Russell E. Windsor, W. Norman Scott, Michael A. Kelly y Paolo Aglietti. *Cirugía de la Rodilla. (2 tomos)*.Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- Jackson, Keith y otros. *Furlong 20 años en España*. Barcelona: Departamento de marketing MBA, 2011.
- Jansà, Agustí. *El Clima de les Illes Balears*.Palma: LLeonard Muntaner, 2014.
- Josa Bullich, S y de Palacios y Carvajal, J. *Cirugía de la Rodilla*. Barcelona: Editorial JIMS S.A., 1995
- Josa Bullich, S. y José de Palacios y Carvajal. *Cirugía de la Rodilla*. Barcelona: Editorial JIMS S.A., 1995.
- Joutard, Philippe. *Esas voces que nos llegan del pasado*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1986 (ed. Francesa 1983)
- Kapandji, I. A. *Cuadernos de Fisiología Articular (3 Tomos)*. Barcelona: Editorial Toray-Masson, 1974

- Keay, John. *India: A History*. Grove-Press 13-14
- "La Caridad". Memoria Histórica. LXXV Aniversario de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España, Portugal y América. 1867-1942. Talleres gráficos de la federación católico-agraria. Palencia. 1942.
- *Labor Hospitalaria*. Revista de información de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Provincia de Aragón y América Central Año IX. Enero-Febrero de 1956. Nº 49. Casa del Tránsito. Archivo "Los Pisa". Granada: (1956).
- Laín Entralgo, Pedro. *Historia Universal de la Medicina. Tomo III*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1972.
- Lapiere, A. *La reeducación física. 3 Tomos*. Barcelona: Editorial Científico-medica, 1978
- Lindermann, K; Teirich-Leube, H. y Heipertz, W. *Tratado de Rehabilitación. 3 Tomos*. (3ª Edición) Barcelona: Editorial Labor S.A., 1975.
- Littré, É. *Oeuvres Completes d' Hippocrate*. De aere, aquis et locis en griego: Peri aéron, hydáton, tópon. LII. Paris: Ed. J.B. Bailliere; 1839. Citado por Lain Entralgo, Pedro en *Historia Universal de la Medicina. Tomo II*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1972.
- López-Durán Stern, L. y de Pedro Moro, J.A. *Avances de Traumatología y Cirugía ortopédica: I Artroplastia total de Cadera*. Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- López Molina, J. y Esteban de Abizanda, R. El hospital provincial de Baleares. 1456-1960. Monografía de historia, arte y estadística editada con motivo del V centenario de su fundación. Palma de Mallorca: Imprenta-Escuela de Nazaret, 1961.
- López Ruiz de Azagra, Manuel. *Casa de socorro 1901-1950*. Palma: Ayuntamiento de Palma, 1987.
- Maraver Eyzaguirre, Francisco, Coordinador. *Establecimientos Balnearios: historia, literatura y medicina*. Madrid: Escuela Profesional de Hidrología Médica e Hidroterapia. Facultad de Medicina. Publicaciones Universidad Complutense, 2006.
- Mariezcurrena Iturmendi, David «La historia oral como método de investigación histórica». *Gerónimo de Uztariz, números 23-24* (2008): 227-233.
- Marinas, J. M. y Santamarina, Cristina (eds.). *La historia oral: Métodos y experiencias*. Madrid: Editorial Debate, 1993.
- Martí, X; March Cerdà y Rigo Carratalà, Eduardo (Coordinadores). *Psicología i Pedagogia. Llibre homenatge a Alfredo Gómez Barnusell*. Palma de Mallorca: Didàctica i Psicopedagogia 2. Universitat de les Illes Balears, 1995.
- Martínez Gil, José Luis, OH. *Iconos de hospitalidad de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios 1536-2011. Volumen II*. (Madrid: Editorial hospitalaria, 2011)
- Martínez Gil, José Luis, O.H. *Superiores Generales, Santos y Beatos de la Orden de San Juan de Dios. 1536-2010*. (Madrid: Editorial hospitalaria, 2010)
- Martínez Navarro, Ferrán. «Los estudios epidemiológicos sobre la poliomielitis en España antes de la vacunación». *Revista española de salud pública*. Vol. 67. No 5. (2013): Sept.-oct.
- Matas Pastor, Joan Josep. *Crónica 50 anys Mater Misericordiae*. Palma: Impresariat para Rapiitbook; 2015.
- Mora Esteva, manuel. (2017, 17 de julio). Viquioèdia Enciclopèdia lliure
- Morales, J.L. «Poliomielitis. Estudio epidemiológico. Profilaxis y tratamiento». *Acta Pediátrica Española*. (1951): 1141-1159.

- Muller, M. E. *Total hip replacement without trochanteric osteotomy*. In *The Hip Society: The Hip. Proceedings of the Second Open Scientific Meeting of the Hip Society*. St.Louis: Mosby, 1974.
- Muller, M.E., Allgower M. y Willenegger H. *Manual de Osteosíntesis. Técnica AO*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1971.
- Muñoz Benavente, Teresa « El patrimonio fotográfico: la fotografía en los archivos». *Manual para el uso de archivos fotográficos. Fuentes para la investigación y pautas de conservación de fondos documentales fotográficos*. Santander. Ministerio de Educación y Cultura. 1997, pp.37-69.
- Navarro Y García, Ramón. *Historia de las Instituciones Sanitarias Nacionales*. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, 2010.
- Neiger, Henri. *Estiramientos Analíticos Manuales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998
- Nuñez, Manuel y Navarro, Claudina. *Como cura el mar*. Barcelona: RBA Libros, 2001
- Ortega Lazaro, Luis. O.H. *Para la historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Hispanoamerica y Filipinas*. Madrid: Secretariado Permanenter Interprovincial Hermanos San Juan de Dios, 1992
- Palma Rodriguez, Fermín. *Historia del Hospital de la Santa Misericordia y de San Juan de Dios de Jaén*. Jaén: Autor-editor 477, 1982
- Pardo Montaner, J., Editor. *Symposium Internacional sobre artroplastias de cadera con recubrimiento de hidroxapatita*. Madrid: EGRAF, SA, 1991.
- Pasamar, Gonzalo. *La Historia contemporánea. Aspectos teóricos e historiográficos*. Madrid: editorial Sintesis, 2000
- Passerini, Luisa. *Storia e suggestività. Le fonti orali, la memoria*. Florencia, 1988.
- Pereira Rodriguez, Teresa. « Fuentes orales e historia contemporánea: Un archivo en formación». *Espacio, Tiempo y Forma V*, nº 3 (1990), pp. 17-42.
- Pereira Rodriguez, Teresa. « Un archivo audio-visual para el estudio de la Historia Contemporánea en España y de las Relaciones Internacionales». *A distancia* (1997), pp. 10-12
- Pérez Gallardo F, Nájera Morrondo E, Ruiz Falcó, F. «Epidemiología de la poliomielitis en España. Estudio de morbilidad y mortalidad durante los años 1931-35 y 1940-62». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 37 (1963): 11-12.
- Pérez Gallardo F, Nájera Morrondo J.A., Ruiz Falcó F, Nájera Morrondo E. «Epidemiología de la poliomielitis en España. Estudio de los casos y defunciones por poliomielitis, notificados mediante la ficha epidemiológica en el quinquenio 1955-1959». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Nº 36 (1962): 374-415.
- Pérez Fernández, M^a Reyes. *Principios de Hidroterapia y Balneoterapia*. Madrid: McGraw-Hill.Interamericana, 2005.
- Pino Vicente, Eduardo. "Almas de barro". *La voz de Almeria*. Almeria: 2012, pag 256
- Piulachs Oliva, Pedro. *Lecciones de Patología Quirúrgica*. 5 Tomos. Barcelona: Editorial Toray, S.A., 1963.
- Plumed Moreno, Calixto A. *Un siglo con el enfermo mental. Caminos abiertos....* Madrid: Fundacion Juan Ciudad, 2000.
- Polaino Llorente, Aquilino y Lisazoain, O. «La pedagogía hospitalaria en europa: La historia reciente de un movimiento pedagógico innovador». *Psicothema*, volumen 4, nº 1, (1992), Universidad de Oviedo. pp.49-67

- Portugal, Mercedes; Guzzo, Sivana y Rodriguez, Amancio « Los materiales fotográficos: su organización y tratamiento en la biblioteca». *Informacion, Cultura y Sociedad (Version On-line)*, nº 8 (2003), pp. 85-105
- Porras Gallo, María Isabel; Ayarzagüena Sanz, Mariano; de las Heras Salord, Jaime y Baguena Cervellera, María José (Coords). *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Madrid: Los libros de la catarata, 2013.
- Porras Gallo, Maria Isabel; Bágena Cervellera, Maria José; Ayarzagüena Sanz, Mariano; Martín Espinosa, Noelia María (Coord). *La erradicación y el control de las Enfermedades Infecciosas*. Madrid: Los libros de la catarata, 2016.
- Raposo Vidal y Otros. *La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia*. 2001 Fisioterapia, volº 23, nº4: 206-217.
- Risse, Guenter B. *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*. Oxford: University Press, Inc, 1999
- Rodriguez Jimenez, J.L. y Rubio, Antonio (eds.).*Las fuentes orales: metodología para trabajar con una fuente oral que buscas y te busca*. Primer Encuentro entre el periodismo de Investigación y la Historia. Homenaje a Kapuscinski. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos e Instituto de Humanidades de la URJC, 2008.
- Rodríguez Pérez, Juan Félix. «Salud, Higiene y Educación. Los primeros sanatorios marítimos infantiles en el extranjero». Fundación Sociedad protectora de los Niños. *"El futuro del Pasado"*, nº 4 (2013): 175-190.
- Rodríguez Tejerina, José María. *Historia de la Medicina en Mallorca. Tomo I, 1981; Tomo II, 1984; Tomo III, 1986*. Palma de Mallorca: Caja de Baleares "Sa Nostra",1981-1986.
- Rosenberg, Charles E. *The care of strangers: the rise of America's hospital system*. New York: Basic Books, 1987.
- Ruiloba Quecedo, Cecilia. *Arquitectura Sanitaria: Sanatorios Antituberculosos*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad, 2014.
- San Martín Bacaicoa, Josefina «Talasoterapia: Proyección terapéutica actual». Separata de *Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo CXII, Cuaderno segundo*. Madrid, 1995
- Salmón Muñiz, Fernando; Arrizabalaga, Jon; García Ballester, Luis. « La introducción del hospital contemporáneo en España: La quiebra del modelo originario de organización de la Casa de Salud Valdecilla de Santander». *Acta Hispania ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol 7-8, año 1987-88. pp 249-273. Universidad de Granada.
- Sanchez Cabeza, Angel. *Terapia ocupacional en disfunciones físicas*. Madrid: Editorial Sintesis, 2015
- Sauret i Valet, J. « La cura sanatorial de la tuberculosis». *Enfermedades emergentes* 3 (4) (2001): pp 199-205.
- Scott, Pauline M. *Clayton's Electroterapia y Actinoterapia*. Barcelona: Editorial JIMS, 1972.
- Schnapper, D. y Hanet, D. « Sources orales, archives orales». *Annales*, enero-febrero 1980
- Schneider, Robert. *La prótesis total de cadera. Un concepto biomecánico y sus consecuencias*. Madrid: Editorial AC, 1983.

- Schneider, Werner; Dvorak, Jiri; Dvorak, Vaclav y Trietschler, Thomas. *Medicina Manual. Terapéutica*. Barcelona: Editorial Scriba S.A. (2ª edición), 1993.
- Seco Calvo, Jesús Angel. *Métodos específicos de intervención en Fisioterapia*. Madrid: Editorial Médicfda Panamericana, 2015
- Seco Calvo, Jesus Angel. *Fisioterapia en Especialidades clínicas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2016
- Self-Locking System SLS. Original M.E. Müller. Protek. A company of Sulzer medica. Edición 1990/1.
- Seral Iñigo, F. *Symposium sobre prótesis totales de cadera no cementadas Zweymüller/Endler*. Zaragoza: Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Cátedra de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 1986.
-
- Soto i Company, Ricard. *Codex Catala del Llibre del Repartiment de Mallorca*. Barcelona: Conselleria d' Educació i Cultura del Govern Balear. Direcció General de Cultura, 1984.
- Terol García, Enrique y Palanca Sanchez, Inés (Coordinadores). *Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, 2008.
- Thompson, Paul. *La voz del pasado. La historia oral*. Valencia: Edicions El Magnànim, 1988 (ed. inglesa 1978)
- Thuillier, Guy y Jean Tulard. *Como preparar un trabajo de historia. Métodos y técnicas*. Barcelona: Oikos-tau. 1989.
- Tronzo, Raymond G, M.D .*Surgery of the Hip Joint*. Philadelphia: Lea& Febiger, 1973.
- Valero i Martí, Gaspar. *Els noms de fora porta de la ciutat de Mallorca. Toponimia documentada del terme de Palma (1230-1901)*. Palma: Ajuntament de Palma; 2008.
- Vansina, Jan. *Oral Tradition as History*. London: Ed. Harmondsworth, 1998
- Vazquez López, Guillermo Jesús y Marquez Diaz, Maria del Carmen. *Balneoterapia, Spa y Talasoterapia*. Madrid: Mandala Ediciones, 2015
- Vidal, Jacques y Simon, Lucien. *Prótesis de Cadera y Rodilla*. Barcelona: Masson S.A ,1991.
- Vilanova, Mercedes. "El combate, en España, por una historia sin adjetivos con fuentes orales". *Historia y Fuente Oral. Volumen2, nº 1 (1995)*, pp 95-116
- Vilanova, Mercedes. « La historia presente y la historia oral. Relaciones, balance y perspectivas». *Cuadernos de Historia Contemporánea*, nº 20 (1998),pag.70
- Vilar Rodriguez, Margarita y Pons Pons, Jerónima. « La construcción de la red de hospitales y ambulatorios públicos en España, 1880-1960» en *Documentos de Trabajo de la Asociación Española de Historia Económica, AEHE, nº 1609*. Año 2016
- VV.AA. *Hospital San Rafael. I Centenario 1888-1988. Historia y Evolución de los Servicios de Ortopedia.100 años iluminando*. Barcelona: Editorial Masson, 1989
- Williams, Gareth. *Paralysed with Fear. The Story of Polio*. New York. Palgrave Macmillan, 2013
- Yunta, Alejandro et al. *Furlong. 20 años en España. Jornada científica*. Barcelona: Departamento de Marketing MBA, 2011.

Prensa histórica de Palma

- Diario Constitucional de Palma de Mallorca. Número 74.1837.Marzo 15
- Diario de Palma. Numero 1. 1861. Enero 1
- El áncora: diario católico popular de las baleares. Año VII. Numero 1955. 1886. Junio 2
- El Balear. Año III. Numero 748. 1884. Julio 16
- El Balear. Año IV. Numero 1095. 1885. Septiembre 18
- El bien público. Año XVI. Numero 4695. 1888. Agosto 29
- El centinela. Año IV. Número 177. 1889. Mayo 27
- El Isleño. Año II. Numero 468.1858. Diciembre 5
- El Isleño. Año II Número 470. 1858. Diciembre 7
- El Isleño. Año XXXVII. Numero 11915. 1893. Julio 1
- El magisterio balear. Año XVII. Número 40. 1889. Octubre 15
- El Noticiero balear. Año III. Numero 874. 1893. Octubre 3
- Las Baleares: diario republicano. Año II. Número 415. 1892. Septiembre 28
- Las Baleares: diario republicano. Año IV. Número 709. 1893. Septiembre 29
- Mallorca dominical. Año III. Tomo II. Número 116. 1899. Abril 23
- Semanario católico. Año I. Número 37. 1888. Setiembre 15

Páginas web

- Miralles, Francesc. *Historia de l' art català VIII. L' època de les avantguardes 1917-1970* Barcelona.Edicions62, 2001. Acceso el 16/07/2017 https://es.wikipedia.org/wiki/Sixt_Illescas.
- https://www.myheritage.es/names/jos%C3%A9_alomar%20bosch. Acceso el 16/07/2017.
- <http://www.aemet.es/es/conocermas/publicaciones/detalles/Atlas-climatol%C3%B3gico>. Acceso 12/06/2017.
- http://www.Aemet.es/es/conocermas/publicaciones/detalles/gu%C3%ADa_resumida_2010. Acceso 12/06/2017.
- http://es.wikipedia.org/wiki/ba%C3%B1os_publicos. Acceso 13/07/2017.
- Donangelo, Karina. *Breve historia de los baños. Costumbres de la antigüedad*. <https://www.almargen.com.ar/sitio/seccion/cultura/banos/> Acceso 18/06/2017
- El Mercado de Seguros por Provincias. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). <https://www.icea.es/es-ES>. Acceso 11/01/2017.
- <https://es.linkedin.com/pulse/pedagogia-hospitalaria-juan-soto-rodriuez-1>
- www.santjoandedeu.edu.es/es/campus-docente/historia. Acceso 7/01/2017.